Universiteit Utrecht

RUIMTE VOOR ELKAAR

HET BELANG VAN ONTMOETINGSPLEKKEN VOOR DE MENTALE GEZONDHEID VAN JONGEREN IN NEDERLAND TIJDENS DE COVID-19 PANDEMIE

Aleande Ehrencron

5 juli 2021

Studentnr.: 5834503
Begeleider: P. Hagedoorn

Master Human Geography
Universiteit Utrecht

Voorwoord

Dit onderzoek heeft plaatsgevonden ten tijde van de COVID-19 pandemie waarin maatregelen zoals de *lockdown* en *social distancing* van kracht waren. Deze uitzonderlijke situatie is dan ook mijn inspiratie geweest voor de masterscriptie die nu voor u ligt. Na een jaar lang mijn master te hebben gevolgd via afstandsonderwijs mag ik met trots middels dit onderzoek mijn studententijd afsluiten. Het belang van ontmoetingsplekken heb ik zelf dagelijks gevoeld terwijl ik al mijn opdrachten vanuit mijn slaapkamer maakte. Een gebrek aan leefruimte is niets nieuws voor mij en mijn leeftijdsgenoten, waarbij een woonkamer en afwisselende leefruimten binnenshuis slechts luxe schijnen te zijn. Het hebben van een goed sociaal netwerk bleek eveneens belangrijk en daarom dank ik ook zowel mijn familie als vriendinnen en huisgenoten die mij hebben bijgestaan in deze hectische maar leerzame periode. Als laatste bedank ik mijn begeleider Paulien Hagedoorn die mij de afgelopen maanden de nodige begeleiding heeft gegeven om mijn scriptie succesvol af te ronden.

Ik wens u veel leesplezier!

Aleande Ehrencron
Utrecht, juli 2021

Bron afbeelding voorkant: (van Setten in DUIC, 2020)

Abstract

De COVID-19 pandemie heeft gezorgd voor een uitzonderlijke situatie die leidde tot ingrijpende veranderingen in het dagelijkse leven van mensen. Vooral jongeren bleken toegenomen mentale klachten te hebben als gevolg van de COVID-19 pandemie en gerelateerde maatregelen. Veel studies wijzen op de rol die de sociale dimensie van de leefomgeving speelt bij de mentale gezondheid. *Third places* - in dit onderzoek 'ontmoetingsplekken' – kunnen juist voor jongeren een belangrijke rol vervullen. In deze studie is daarom onderzocht welke rol ontmoetingsplekken spelen bij de mentale gezondheid van jongeren in Nederland. Op kwantitatieve wijze is via een online vragenlijst gedurende een korte periode data verzameld (ten tijde van de COVID-19 maatregelen). Hieruit bleken de belangrijkste resultaten: de meerderheid van de jongeren heeft mentale klachten; jongeren hebben veel behoefte aan ontmoetingsplekken en fysiek samenzijn; de grootste behoefte is sociaal contact; ten slotte zijn digitale middelen niet voldoende om fysiek contact te vervangen. De conclusie luidt dat ontmoetingsplekken een rol spelen bij de mentale gezondheid van jongeren door het faciliteren van verschillende behoeftes waarvan sociaal contact de belangrijkste is. Toekomstige studies kunnen zich richten op longitudinaal onderzoek op grote schaal dat de representativiteit van de onderzoekspopulatie kan waarborgen.

Inhoudsopgave

Voorwoord **1**

Abstract **2**

1. Inleiding **4**

1.2 Context van COVID-19 beleid in Nederland **7**

2. Theoretisch kader **8**

2.1. Conceptueel model **18**

2.2 Hypothesen **19**

3. Methoden **20**

3.1 Methodologie **20**

3.2 Steekproefplan **20**

3.3 Operationalisering **21**

3.4 Data-analyse **28**

3.5 Vragenlijst **29**

4. Responsgroep **31**

5. Resultaten **36**

5.1 Mentale gezondheid **36**

5.2 Invloed ontmoetingsplekken op mentale gezondheid **37**

5.3 Wegvallen van fysieke ontmoetingsplekken en invloed van digitalisering op de mentale gezondheid **42**

6. Discussie **44**

6.1 Mentale gezondheid Nederlandse jongeren **44**

6.2 Invloed ontmoetingsplekken op mentale gezondheid **45**

6.3 Invloed digitalisering op ontmoetingsplekken **47**

7. Conclusie **49**

8. Literatuurlijst **50**

9. Bijlage **58**

1. Inleiding

Sinds de WHO in maart 2020 officieel de COVID-19 pandemie had uitgeroepen, voerden landen wereldwijd drastische maatregelen in om virusverspreiding tegen te gaan (WHO, 2020). Maatregelen zoals *social distancing* en verplichte quarantaine hadden grote impact op het dagelijkse leven van mensen op sociaal en ruimtelijk niveau (Singh & Singh, 2020). Het bezoeken van publieke ruimtes werd grotendeels verboden en mensen waren aangewezen op hun eigen woning en directe leefomgeving. Zo werden woningen opeens de enige plek waar mensen sliepen, aten, werkten, sporten en sociale activiteiten ondergingen (Amerio et al., 2020). De Nederlandse bevolking werd streng geadviseerd om thuis te blijven en kon enkel naar buiten in geval van ‘essentiële beroepen’, boodschappen doen of lichamelijke beweging (Niedzwiedz et al., 2021). De maatregelen waren lange tijd gebaseerd op het beschermen van de kwetsbare groepen en ouderen via het bereiken van groepsimmuniteit. Pas later kwam er meer aandacht voor de sociale effecten op de lange termijn, zoals een sterke vermindering van het mentale welzijn onder de jongerenpopulatie. Zorgen hiervoor baseerden zich op de groeiende mentale klachten van jongeren en gerelateerde gezondheidsrisico’s voor de ontwikkelingsfase van deze groep op de lange termijn ('Coronajaar zal jongeren op latere leeftijd nog parten spelen', 2020; de Kort, 2021; van der Wal, 2021). Zo bleek ook uit gedragswetenschappelijk onderzoek van het RIVM dat het mentaal welbevinden van jongeren tussen de 16-24 jaar sinds de uitbraak het laagst was vergeleken met oudere leeftijdsgroepen, namelijk 62 procent versus 72-92 procent (RIVM, 2021). Daarbij komt dat veel jongeren werken in flexibel dienstverband, vaak als uitzendkracht en in sectoren zoals de horeca en detailhandel. Door de pandemie werd de groep van 15 tot 25 jaar ook het hardst getroffen met een daling in dienstverband van drie procent in een jaar tijd (CBS, 2021). Zorgen over de mentale gezondheid van jongeren is in de wetenschap echter geen nieuw fenomeen (Gjerde, Block & Block, 1988; Bayram & Bilgel, 2008). Ook hebben studies aangetoond dat de leefomgeving een belangrijke rol speelt bij de mentale gezondheid van jongeren (Aneshensel & Sucoff, 1996). Aangezien juist voor deze groep sociale netwerken en mentale gezondheid onlosmakelijk verbonden zijn moeten de gevolgen van maatregelen zoals *social distancing*, het sluiten van openbare instellingen, langdurig afstandsonderwijs en een beperking van het sociale leven niet worden onderschat (Elmer, Mepham & Stadtfeld, 2020). De fysieke omgeving van scholen, onderwijsinstellingen, werk en openbare voorzieningen dienen namelijk als belangrijke ontmoetingsplekken en laten zich moeilijker vervangen door digitale alternatieven (De Haas, Faber & Hamersma, 2020). Digitale middelen kunnen zelfs angstgevoelens versterken en slechte woonomstandigheden hebben invloed op de fysieke gezondheid en gezondheidsongelijkheid (Glowacz & Schmits, 2020; Amerio et al., 2020). In

de literatuur staan fysieke ontmoetingsplekken ook bekend als *third places,* die naast de *first place* (woning) en *second place* (werk) een belangrijke functie hebben in het sociale leven van mensen (Finlay et al., 2019; Mehta & Bosson, 2010). Het wegvallen van deze ontmoetingsplekken kan daarom grote invloed hebben op het mentale welzijn.

Relevantie

Enkele studies zijn al uitgevoerd naar de impact van de COVID-19 maatregelen op de mentale gezondheid (Bauerle et al., 2020; Smit et al., 2020; Verma & Mishra, 2020), kwaliteit van leven (Zhang & Ma, 2020), de veranderende rol van de fysieke omgeving door deze ingrepen (Tokazhanov et al., 2020) en de specifieke effecten op jongeren (Shanahan, 2020; Volk et al., 2021). Weinig onderzoek is nog gedaan naar de situatie binnen Nederland en dan specifiek de doelgroep jongeren van 18 t/m 24 jaar. Recent onderzoek binnen de Nederlandse context toont aan dat stedelijkheid een rol speelt bij het welzijn: jongeren in steden hebben het meest last van verveling en gezondheidsklachten tijdens de *lockdown* (Van Leeuwen & Bourdeau-Lepage, 2020). Daarbij komt dat mensen die wonen in een eengezinshuis met tuin minder klachten hadden dan mensen in een appartement zonder terras of balkon (Van Leeuwen & Bourdeau-Lepage, 2020). Er is dus behoefte aan onderzoek dat de relatie tussen de fysieke ruimte en het sociale welzijn in verschillende steden verkent met uitkomsten vanuit meer diverse contexten (Mouratidis, 2018). Daarbinnen is kennis nodig van de impact van de pandemie op het wegvallen van sociale activiteiten en voorzieningen voor de mentale gezondheid van mensen. De context van de COVID-19 pandemie en de *lockdown* in Nederland biedt daarom een unieke mogelijkheid om onderzoek te doen naar het belang van ontmoetingsplekken voor jongeren en hun mentale gezondheid. Uitzonderlijke situaties zoals een pandemie kunnen namelijk fungeren als ‘gamechanger’ die bepaalde gedragspatronen van mensen permanent veranderen (De Haas, Faber & Hamersma, 2020). Ook is de rol die *third places* (kunnen) spelen voor de mentale gezondheid te weinig onderzocht (Finlay et al., 2019).

Dit onderzoek kan daarom een bijdrage leveren aan literatuur over de rol die (fysieke) ontmoetingsplekken hebben in het dagelijks leven van jongeren. Ook kan het inzicht leveren in welke aspecten van de omgeving (moeilijk) vervangbaar zijn en op welke mate de fysieke ruimte van de leefomgeving flexibel ingericht kan worden om de mentale gezondheid te onderhouden. Op het moment dat dit onderzoek wordt uitgevoerd zijn echter nog verschillende maatregelen van kracht en hebben COVID-19 studies de effecten op de langere termijn niet kunnen onderzoeken. Ook binnen dit onderzoek gaat de aandacht uit naar de korte termijneffecten van de COVID-19 maatregelen op de mentale gezondheid van jongeren -

aangezien juist jongeren kwetsbaar zijn voor sociaal-isolerende maatregelen die gepaard gaan met weinig perspectief en onzekerheid voor de toekomst (Glowacz & Schmits, 2020). Het onderzoek wordt uitgevoerd onder jongeren uit heel Nederland. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen jongeren uit stedelijk gebied en de meer suburbane gebieden. De uitkomsten van dit onderzoek kan verder handvatten bieden voor meer leeftijdsspecifiek beleid bij gelijksoortige situaties in de toekomst. Het onderzoek zal zich richten op de volgende onderzoeksvraag met vier bijbehorende deelvragen:

“In hoeverre spelen ontmoetingsplekken een rol bij de mentale gezondheid van jongeren tussen 18-24 jaar in Nederland ten tijde van de COVID-19 maatregelen?”

Mentale gezondheid jongeren

1. Hoe is het gesteld met de mentale gezondheid van jongeren in Nederland ten tijde van de COVID-19 maatregelen?
2. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten in mentale gezondheid tussen jongeren in Nederland?

De eerste deelvraag meet de mentale gezondheid van de jongeren via een momentopname gedurende de pandemie. Vervolgens kan dit in verband worden gebracht met verschillende demografische kenmerken. De tweede deelvraag meet daarnaast de verschillen en overeenkomsten in mentale gezondheid. Door deze in verband te brengen met demografische kenmerken en andere data kunnen verklaringen voor de gevonden uitkomsten worden gegeven.

Invloed ontmoetingsplekken op mentale gezondheid

3. Welke invloed hebben ontmoetingsplekken op de mentale gezondheid van jongeren?

De derde deelvraag onderzoekt het verband tussen ontmoetingsplekken en de ondervonden mentale gezondheid van de jongeren. Hieruit zal blijken wat de voornaamste functies zijn van deze plekken en in welke rol ze het meest kunnen voorzien.

Invloed digitalisering en wegvallen van fysieke ontmoetingsplekken

4. Welke invloed heeft het wegvallen van fysieke ontmoetingsplekken en de digitalisering hiervan als gevolg op de mentale gezondheid van jongeren in Nederland ten tijde van de COVID-19 maatregelen?

De laatste deelvraag is gericht op het wegvallen van fysieke ontmoetingsplekken als gevolg van de COVID-19 maatregelen en de digitale alternatieven die hiervoor in de plaats zijn gekomen. Deze 'digitalisering' slaat op de digitale middelen, zoals sociale media, die weggevallen functies van fysieke ontmoetingsplekken hebben moeten opvangen gedurende de pandemie.

1.2 Context van COVID-19 beleid in Nederland

In Nederland lag de focus in allereerste instantie op het beschermen van de kwetsbaren van de samenleving door groepsimmuniteit (Rijksoverheid, 2020). Daarna veranderde de hoofdstrategie in het in bedwang houden en beperken van virusverspreiding met *social distancing* - bij afwezigheid van grootschalige vaccinatie en contact- en brononderzoek (Boterman, 2020). De ingevoerde maatregelen hadden als hoofddoel "het beschermen van de mensen met een kwetsbare gezondheid en het toegankelijk houden van de zorg" (Rijksoverheid, 2021). In de latere fase werd gesproken van de 'intelligente lockdown' waarbij mensen streng werd geadviseerd hun woning zo min mogelijk te verlaten en te werken vanaf huis. Horeca, (sport)scholen en 'contactberoepen' zoals kappers, waren gesloten en bezoek aan zorginstellingen was verboden. Iedereen werd geadviseerd enkel het huis te verlaten voor basisbehoeften zoals boodschappen, (medische) zorg, voor anderen of voor dieren, een frisse neus en onderwijs of werk (als dit thuis niet mogelijk was) (Rijksoverheid, 2021). Mensen mochten wel vrij bewegen maar enkel op 1.5 meter afstand. Er was strenge handhaving met een boete van €390 - later verlaagd naar €95 (De Haas, Faber & Hamersma, 2020; Rijksoverheid, 2021). Het minimaliseren van fysiek contact was dus het uitgangspunt om ziekteverspreiding tegen te gaan. Dit had directe gevolgen voor de dagelijkse fysieke en sociale contacten van mensen die vervolgens via online alternatieven moesten worden vervangen. In het geval van jongeren hadden de COVID-19 maatregelen vooral invloed op de sluiting van de openbare instanties zoals scholen, sportgelegenheden, detailhandel- en horeca, de avondklok en de beperking van sociale contacten. In de eerste stadia werden grote evenementen en uitgaansgelegenheden gesloten en verboden waardoor het dag- en nachtleven van veel jongeren drastisch veranderde. Dit had veel impact op jongeren omdat deze de voornaamste consumenten hiervan waren en ook de grootste arbeidsgroep binnen deze sector vormden. De avondklok die in een later stadium werd ingevoerd zorgde voor een nog beperkter nachtleven voor jongeren. Terwijl veel jongeren eerder 's avonds met elkaar op straat afspraken, waren zij nu ook verplicht om thuis te blijven. Volgens de autoriteiten moesten deze maatregelen illegale feesten afdwingen die voornamelijk onder jongeren werden gegeven. Ook de verkoop van alcohol na 20.00 uur werd verboden, om zo naleving van de coronaregels beter te stimuleren.

2. Theoretisch kader

Dit hoofdstuk behandelt het theoretisch kader omtrent de centrale vraag in dit onderzoek. Als eerste wordt een definitie van mentale gezondheid gegeven om vervolgens specifiek in te gaan op de mentale gezondheid van jongeren. Daarna wordt de mentale gezondheid in een context van de COVID-19 pandemie geschetst met daarbij de belangrijkste stressfactoren die van invloed zijn op jongeren. Ten slotte wordt de link gelegd met de leefomgeving en de mentale gezondheid. Hierbij wordt ingegaan op het sociale en ruimtelijke gedrag van jongeren, waarin fysieke en digitale ontmoetingsplekken een centrale rol spelen.

Mentale gezondheid

De mentale gezondheid is een integraal onderdeel van de algehele gezondheid en wordt bepaald door socio-economische, biologische en ecologische factoren (WHO, 2018).

De WHO omschrijft mentale gezondheid als volgt:
"*Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community*" (WHO, 2004).

De definitie van mentale gezondheid is gebaseerd op drie componenten: het emotionele, psychologische en sociale welzijn (Keyes, 2007). Deze hebben betrekking op de manier waarop we denken, voelen en ons gedragen. Het bepaalt hoe we met stress omgaan, met anderen omgaan en keuzes maken (Mentalhealth.gov, 2020). Mentale gezondheid is dus niet alleen de afwezigheid van mentale stoornissen of emoties die daarmee te maken hebben, zoals somberheid, ongelukkigheid en boosheid (WHO, 2004). Het heeft ook te maken met het (subjectieve) welzijn van een individu en hoe deze in het dagelijkse leven omgaat met tegenslagen en betekenis geeft aan zijn/haar leven en omgeving. Desondanks wordt de mate van mentale gezondheid vaak gedefinieerd als verschillende psychiatrische diagnoses zoals depressie, angststoornissen of schizofrenie (Hoeymans et al., 2004).

De mentale gezondheid staat verder in relatie met de kwaliteit van leven, welke mede door de kwaliteit van sociale relaties wordt bepaald (Tartaglia, 2013). De sociale omgeving heeft een belangrijke rol als supportsysteem voor individuen, waarbij vriendschappelijke relaties bij alle factoren een rol spelen. Baumeister & Leary (1995) benadrukken daarnaast het belang van regelmatig in contact blijven met het sociale netwerk. Mensen hebben slechts enkele hechte

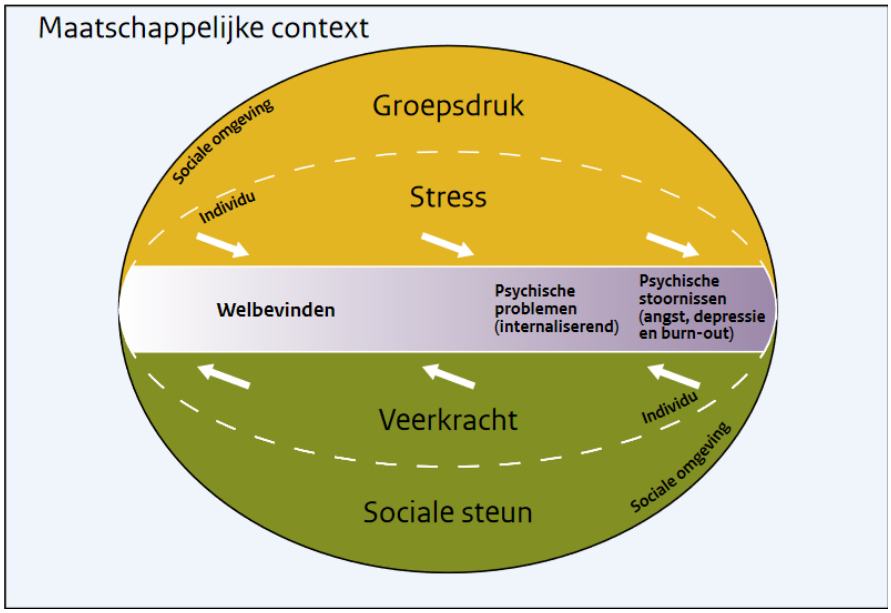
relaties nodig voor een gevoel van verbondenheid. Gezondheidsproblemen zoals suïcide of eetstoornissen komen bijvoorbeeld vaker voor bij mensen die minder verbonden zijn met anderen. Zo blijkt ook uit onderzoek van Mair et al. (2008) dat de relatie tussen depressieve klachten sterker is met de sociale context dan met de fysieke context (Mair et al., 2008).

Mentale gezondheid jongeren

Studies over de mentale gezondheid van jongere generaties hanteren verschillende leeftijdsgrenzen en benamingen voor dezelfde leeftijdsgroep die te maken heeft met de transitie van adolescentie naar jongvolwassenheid (Patel et al., 2007). Dit onderzoek richt zich op personen in de leeftijdsgroep 18 tot en met 24 jaar die bekend staan als jongeren of jongvolwassenen. Deze leeftijdsgroep bevindt zich namelijk in de overgang naar 'volwassenheid'. Ze worden seksueel volwassen, zitten in de laatste fase van hun onderwijscarrière, beginnen aan hun eerste baan en hebben te maken met verschillende sociale en romantische transities (Patel et al., 2007).

Volgens het RIVM-rapport van Schoemaker et al. (2019) wordt de mentale gezondheid van jongeren zowel door individuele kenmerken als door culturele en maatschappelijke factoren beïnvloed. In dit rapport is ook een model opgesteld met de belangrijkste factoren die de mentale gezondheid van jongeren bepalen (zie figuur 2.1).

Figuur 2.1 Stressfactoren mentaal welbevinden jongeren



Bron: Schoemaker et al. (2019)

Het model laat een continuüm zien waarin de mentale gezondheid wordt beïnvloed door individuele factoren en de sociale omgeving. Factoren als groeps- en prestatiedruk vormen de ‘draaglast’ en hebben een negatieve invloed op de gezondheid. Factoren als veerkracht en sociale steun vormen de ‘draagkracht’ en hebben positieve invloed op de gezondheid (Schoemaker et al., 2019). Het rapport formuleerde ook stressfactoren aan de hand van ervaringen van jongeren. Deze zijn onderverdeeld in individuele factoren, de fysieke en sociale omgeving en de maatschappelijke context:

- Individuele factoren: prestatiedruk en verwachtingen
- Fysieke en sociale omgeving: prestatiedruk, sociale media en online leven, spanningen- en zorgen thuis en verwachtingen
- Maatschappelijke context: prestatiedruk en gebeurtenissen in de wereld.

Het omgaan met stress bij jongeren hangt dus af van interne factoren - zelfvertrouwen en controle (*mastery*) - en externe factoren - de mate van sociale steun (Bovier, Chamot & Perneger, 2004). Zo blijken in het geval van studenten sterke copingmechanismen en een hoog zelfvertrouwen belangrijke factoren te zijn om met spanning en studiegerelateerde stress om te gaan (Byrd & McKinney, 2012). Naast interne factoren hebben sociale factoren zoals de familie, school en de gemeenschap invloed op de mentale gezondheid (Patel et al., 2007). Familie speelt een rol bij de opvoeding. School dient als supportsysteem en biedt educatieve ontwikkeling. De gemeenschap heeft invloed via sociale cohesie, discriminatie en marginalisatie, geweld en veiligheid, verbonden- en betrokkenheid, mogelijkheden voor ontspanning en culturele ervaringen (Patel et al., 2007).

Demografische factoren als leeftijd, geslacht en sociaaleconomische status hebben ook een duidelijke relatie met de mentale gezondheid (Verheij, 1996). Jonge vrouwen hebben een hogere kans op angst en depressieve klachten en zelfbeschadiging dan mannen (Lucero et al., 2021; Patel et al., 2007). Jonge mannen hebben echter meer kans op gedragsproblemen en schizofrenie (Patel et al., 2007). Geslacht staat ook in relatie met omgevingsfactoren. Vrouwen hebben bijvoorbeeld een verhoogde kans op mentale klachten doordat ze vaker slachtoffer zijn van geweld (Patel et al., 2007). Ook sociaaleconomische status heeft verband met de mentale gezondheid van jongeren. Uit onderzoek van Tanton et al. (2021) bleek dat jongeren die geen opleiding deden of baan hadden, eerder een slechte mentale gezondheid hadden dan jongeren die wel studerend of werkzaam waren. Een slechte mentale gezondheid kan verder ook tot ontwikkelingsproblemen leiden op het gebied van educatieve prestatie, middelengebruik en -misbruik, geweld en seksuele gezondheid (Patel et al., 2007). Naast demografische factoren spelen contextuele factoren een rol. Volgens Eckersley (2011) komt

een toename van mentale klachten onder jongere generaties mede door de karakterisering van jongeren als sociaal kwetsbaar en teruggetrokken - een schijnbaar gevolg van gebrek aan werk en onderwijs in hun leven. Eckersley (2011) benoemt echter de invloed van groeiende prestatiedruk en maatschappelijke verwachtingspatronen - als gevolg van de nadruk op werk en opleiding - waardoor de mentale druk op jongeren toeneemt (Eckersley, 2011). Deze prestatiedruk in combinatie met weinig perspectief op de arbeidsmarkt vormen dus risicofactoren voor zelfmoord en slechte mentale gezondheid - met name bij jongeren die niet op school zitten (Patel et al., 2007). Kortom, de mentale gezondheid van jongeren wordt dus beïnvloed door demografische maar ook contextuele factoren - maatschappelijke normen en exogene gebeurtenissen. De laatste factor wordt in de volgende paragraaf toegelicht.

Mentale gezondheid en de COVID-19 pandemie

Naast individuele factoren kunnen exogene situaties zoals een pandemie negatieve invloed hebben op de mentale gezondheid van mensen (Pfefferbaum & North, 2020). Stressfactoren zijn bijvoorbeeld de onzekerheid van de situatie, beperking van de bewegingsvrijheid en een opdoemende economische crisis (Pfefferbaum & North, 2020). Op veel vlakken zouden jongere leeftijdsgroepen tijdens de pandemie meer stress hebben ervaren dan oudere groepen en hebben vaak een verhoogde kans op angst- en depressieve gevoelens (Birditt et al., 2021). Kwong et al. (2020) noemen daarbij een onderscheid tussen depressie- en angstklachten: depressie relateert tot verlies, angst relateert tot dreiging zoals abrupte maatschappelijke veranderingen. De plotselinge veranderingen in het dagelijks leven, als gevolg van maatregelen als lockdown en *social distancing,* hadden daarom meer angst- dan depressieklachten als gevolg bij jongeren (Kwong et al., 2020). Dit kan ook worden verklaard doordat jongeren vaker intolerant zijn voor onzekerheden en gevoeliger voor angstklachten dan oudere leeftijdsgroepen (Glowacz & Schmits, 2020). Studenten hebben als kwetsbare groep bijvoorbeeld last van onzekerheden met betrekking tot hun toekomst en educatieve prestaties (Glowacz & Schmits, 2020; Xiong et al., 2020). Daarnaast kunnen jongeren pessimistischer zijn over de gezondheidsgevolgen van COVID-19 dan ouderen en schatten de risico’s voor zichzelf en anderen vaak hoger in (Bordalo, Coffman, Gennaioli & Schleifer, 2020). Leeftijd en opleidingsniveau spelen hierbij een rol, en naarmate de leeftijd of opleidingsniveau stijgt, neemt het pessimisme af (Bordalo, Coffman, Gennaioli & Schleifer, 2020). Volgens Shanahan. (2020) hebben jongeren echter veel veerkracht, omdat ze weinig gezondheidsrisico lopen, makkelijk contact houden via sociale media en over het algemeen geen zorgverplichting hebben voor anderen (Shanahan, 2020). Kortom, jongeren kenmerken

zich door onzekerheden met hogere kans op angst- en depressieve gevoelens maar hebben daarnaast verschillende leeftijdsgerelateerde voordelen om met tegenslagen om te gaan.

Externe stressfactoren

Naast individuele kenmerken zijn echter ook externe stressfactoren gerelateerd aan de pandemie die invloed hebben op de mentale gezondheid van jongeren. Deze zijn de mate van mediaconsumptie en de directe en indirecte invloed van de COVID-19 maatregelen.

Mediaconsumptie

De pandemie speelt zich af in een tijd waarin massamedia en social media een grote impact hebben op de maatschappij, waarvan voornamelijk jongere generaties grootgebruikers zijn (Eckersley, 2011). Zo komen enkele effecten van de pandemie op de mentale gezondheid voort uit de grote stroom aan informatie via de verschillende digitale platformen. Een toename aan angst- en stressklachten is namelijk gerelateerd aan geruchten en misinformatie waar mensen dagelijks mee worden overspoeld (Kumar & Nayar, 2020). Bovendien draagt tegenstrijdige berichtgeving van autoriteiten en gezondheidsdiensten bij aan gevoelens van angst, machteloosheid, verwarring en onzekerheid (Han et al., 2018). Overmatige blootstelling aan diverse media beïnvloedt ook ideeën over de fysieke gezondheid en leefstijl waaronder dieetculturen, alcoholmisbruik, slaaptekort, seksualisering en negatieve beeldvorming over de wereld (Eckersley, 2011). Uit onderzoek van Allington et al. (2020) bleek bijvoorbeeld dat het complotdenken voornamelijk onder jongvolwassenen was gegroeid. Zij gebruiken sociale media als voornaamste informatiebron, in tegenstelling tot oudere leeftijdsgroepen, die meer gereguleerde media gebruiken. Het complotdenken had als gevolg dat gezondheidsregels tijdens de pandemie slechter werden nageleefd (Allington et al., 2020). Zo zorgt een gebrek aan verschillende sociale contexten buiten het huis ervoor dat een constante stroom aan selectieve informatie weinig kan worden gerelativeerd.

Gevolgen COVID-19 maatregelen

Externe factoren zoals de duur van de *lockdown* en andere maatregelen staan zowel in directe als indirecte relatie met de mentale gezondheid. Zo bleek dat het aantal jongvolwassenen in het Verenigd Koninkrijk met angstklachten en een lager welzijn was verdubbeld als gevolg van de pandemie ten opzichte van pre-pandemische longitudinale data (Kwong et al., 2020). Van directe invloed waren vooral de maatregelen als *lockdown* en *social distancing*, die sociale interactie en bewegingsvrijheid beperkten, en niet de kans op besmetting. Beperking van bewegingsvrijheid en vermindering van fysieke activiteit staat in relatie tot toenemende

depressieve gevoelens (Giuntella et al., 2021). Regelmatige fysieke beweging is kan dus mentale klachten verlichten of voorkomen. Daarnaast staan contactbeperkende maatregelen zoals isolatie in relatie met een toenemende ontevredenheid over het (sociale) leven (Clair et al., 2021). Dit komt overeen met eerder onderzoek dat aantoont hoe geïsoleerde mensen zich minder verbonden voelen met de gemeenschap en minder tevreden zijn over basisaspecten uit hun omgeving zoals wonen en eten (Clair et al., 2021; Hawryluck et al., 2004). Jongeren die alleen wonen tijdens de pandemie bleken ook eerder depressieve gevoelens te ontwikkelen (Kwong et al., 2020). Zowel minder bewegingsvrijheid als de langdurigheid van de maatregelen zorgen voor toenemende gevoelens van verveling en eentonigheid, vooral onder jongeren. Het gevoel van rusteloosheid door het voortdurend binnen zitten kan zelfs leiden tot geweld en agressie (Kumar & Nayar, 2020). Echter, veranderingen in fysieke activiteit en welzijn kunnen ook verklaard worden door de invloed van de mentale gezondheid zelf. Zo kan een veranderde leefstijl symptomatisch zijn voor de status van de mentale gezondheid. Individuele eigenschappen spelen hierbij een rol: degene die dezelfde leefstijl behouden zijn vaak degene die hun mentale gezondheid beter onderhouden ten tijde van ontwrichtingen zoals een pandemie (Giuntella et al., 2021).

Afgezien van de directe gevolgen bestonden indirecte gevolgen van de COVID-19 maatregelen voor jongeren uit de sluiting van scholen en universiteiten, het terugverhuizen naar het ouderlijk huis en hoge werkloosheid - vaak gepaard met inkomensdaling (Copp, 2017). Gevoelens van onzekerheid als gevolg van werkloosheid, financiële zorgen en weinig toekomstperspectief dragen bij aan mentale klachten zoals depressie- en angstgevoelens (Kwong et al., 2020; Kumar & Nayar, 2020). Daarnaast worden jongeren niet alleen geraakt door werkloosheid via de getroffen sectoren, maar ook door de kosten van de pandemie die hen op de lange termijn zullen achtervolgen (Nicola et al., 2021).

Leefomgeving en mentale gezondheid

Dit onderzoek speelt zich af binnen een context waarin een exogene invloed - de COVID-19 pandemie - het dagelijkse leven en daarmee het sociaal-ruimtelijk gedrag van mensen sterk heeft beïnvloed. Met de invoering van de maatregelen zijn mensen meer aangewezen op hun directe leefomgeving en hebben beperkte mogelijkheden voor sociale interactie, terwijl juist tijdens een pandemie de behoefte aan sociaal contact groot is (Usher et al., 2020). Hoe de leefomgeving wordt gedefinieerd verschilt echter binnen de literatuur en is gebaseerd op de geografische afbakening die past bij het betreffende onderzoek (Diez Roux, 2001). Dit onderzoek beschouwt de leefomgeving als de ruimte waarin een individu op dagelijkse basis zijn/haar leven besteedt. Veel studies hebben aangetoond dat de leefomgeving een rol speelt

bij de mentale gezondheid. Van negatieve invloed zijn bijvoorbeeld factoren zoals wanorde, geweld, ongeschikte huisvesting en een gebrek aan levensmiddelen en groene ruimtes (Mair et al., 2008). Volgens Verheij (1996) speelt ook de stedelijkheid van een gebied een rol. In steden, ten opzichte van rurale gebieden, heerst een cultuur van meer tolerantie en minder stigmatisering van het 'ongewone', wat meer mogelijkheden biedt voor mensen om te ontmoeten en verbinden. Aan de andere kant worden sociale veranderingen, zoals tijdens een pandemie, als eerst en het snelst in steden ervaren, vooral door jongvolwassenen (Verheij, 1996). Steden kenmerken zich verder door een hoge dichtheid en toegankelijkheid, openbaar vervoer en gemengde ruimtelijke vormen met veel mogelijkheden tot sociale interactie - in tegenstelling tot suburbane gebieden waar sociale contacten op buurtniveau weer sterker zijn (Mouratidis, 2018).

First, second en third places

Naast de druk op de woonruimte hebben de COVID-19 maatregelen gezorgd voor het wegvallen van een groot aanbod van ontmoetingsplekken buitenshuis. Volgens Oldenburg (1999) speelt het leven van mensen zich af in drie contexten: *first places*, de woning/privé leefruimte; *second places*, werk of school – die een economische functie hebben; en *third places,* de overige ruimtes die noch privéruimte noch werk zijn. Het belang van de drie ruimtes voor het individu hangt verder af van de individuele tijdsbesteding en voorkeur: iemands werkomgeving is bijvoorbeeld een ander zijn *third place* (Oldenburg, 1999; Jeffres, Bracken, Jian & Casey, 2009).

Woonomstandigheden *(first places)*

Ontmoetingsplekken buitenshuis spelen dus een rol in de toegang tot (basis)voorzieningen, faciliteiten en recreatie maar ook als ruimtes voor ontmoetingen, ontspanning en verbindingen met anderen (Finlay et al., 2019). Ten tijde van de COVID-19 maatregelen waren mensen echter grotendeels op hun woning aangewezen als voornaamste leefruimte. Woonomstandigheden kunnen daarnaast van invloed zijn op de mentale gezondheid. Zo kunnen slechte woonomstandigheden leiden tot (meer) mentale klachten. Hieronder vallen gebrek aan leefruimte (te kleine appartementen), slechte fysieke staat en weinig ramen voor uitzicht, en gebrekkige condities binnenshuis die zorgen voor minder privacy (Amerio et al., 2020). Door de vermenging van werkvloer met de huisvloer is ook de emotionele scheiding van werk en privé vervaagd (Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 2020). Door het langdurig thuiswerken en bijbehorende sociale isolatie, leven mensen soms 24 uur achter elkaar in dezelfde ruimte. Het gebrek aan afwisselende leefruimtes kan leiden tot een afname in productiviteit en (meer) mentale klachten, zoals een burn-out (Amerio et al., 2020; SCP,

2020). Door de pandemie kregen sommige jongeren te maken met een veranderde woonsituatie. Soms werden jongeren door het verlies van arbeid financieel afhankelijk van hun families. Onderzoek heeft aangetoond dat jongeren die terugkeren naar familie aan de ene kant profiteren van de middelen van het ouderlijk huis maar aan de andere kant negatieve gevolgen ervan ervaren. Een ongeplande terugkeer kon bijvoorbeeld botsen met het verwachtingspatroon van jongeren - doordat ze een deel van hun onafhankelijkheid verloren - en kan daarom bijdragen aan onzekerheidsgevoelens (Copp, 2017). In enkele gevallen leidde een (plotselinge) nieuwe woonsituatie ook tot conflict- en stressituaties (Brooks et al., 2020).

School (second places)

Bij jongeren van 18 tot 24 jaar spelen bepaalde *third places* een grotere rol dan bij andere leeftijdsgroepen. Veel jongeren volgen bijvoorbeeld een opleiding en zijn daarom dagelijks te vinden in onderwijsinstellingen. School en andere onderwijsinstellingen dienen zowel als *second place* maar ook als *third place* door het faciliteren van ontmoetingen en sociale connecties. Deze vormen dus een belangrijk onderdeel in het leven van de meeste jongeren. Studenten gaan naar de bibliotheek om contacten te leggen binnen de universiteitsgemeenschap, maar ook voor ontspannende activiteiten zoals mensen kijken, vrienden ontmoeten en stilte vinden (Waxman et al., 2007). Door de COVID-19 maatregelen is het (hoger) onderwijs echter bijna volledig op afstand georganiseerd, wat de mogelijkheid om te ontmoeten buitenshuis heeft beïnvloed. Uit grootschalig onderzoek is gebleken dat als gevolg de kwaliteit van onderwijs achteruit is gegaan en studenten weinig sociale interactie hebben, vaak met eenzaamheid als gevolg (ISO, 2021).

Ontmoetingsplekken (third places)

Third places kunnen daarom worden gedefinieerd als “informele ontmoetingsplekken in de publieke ruimte” (Oldenburg, 1999). *Third places* zijn de ‘neutrale grond’ voor de momenten waarop mensen niet aan hun verplichtingen hoeven te voldoen. Ze voorzien buiten de verplichtingen van thuis, werk en school, in de behoeften van mensen om te socializen en te ontspannen (Oldenburg, 1999). Het zijn ruimtes om naartoe te ‘vluchten’, waar mensen elkaar regelmatig kunnen bezoeken (Oldenburg & Brissett, 1982). Een *third place* kan het individu verlossen van stressvolle situaties meegenomen vanuit werk of thuis en kan mensen een gevoel van inclusiviteit en *belonging* geven (Soukup, 2006). Volgens Oldenburg (1999) staat het ‘socializen’ en verbinden met anderen in *third places* voorop, en juist doordat ze gescheiden zijn van thuis en werk, is de sfeer vaak ‘speels’ (Oldenburg, 1999). Deze ontmoetingsplekken dragen daarom bij aan de mentale gezondheid. Ze faciliteren namelijk

sociale interactie, gaan eenzaamheid tegen en zorgen voor meer realiteitszin bij mensen door hun gesprekken met anderen (Nguyen et al., 2019; Oldenburg & Brisett, 1982).

Meer recente studies benadrukken het belang van andere aspecten van *third places* die - naast het 'socializen' en verbinden zoals Oldenburg (1999) beschrijft - vooral voor hedendaagse jongeren van belang zijn. Studenten bijvoorbeeld bezoeken koffietentjes en restaurants op regelmatige basis, niet alleen om te *socializen* en te kletsen, maar juist ook om even 'weg te zijn' en 'rond te hangen' (Waxman et al., 2007). Deze plekken hebben zo een ontspannende functie binnen het dagelijkse leven. Ze zijn vaak onderdeel van de dagelijkse routine en kunnen zelfs functioneren als "tweede thuis" (Nguyen et al., 2019). Voor jongerengroepen die beperkte woonruimte hebben zoals studenten, vormen *third places* dus een belangrijk onderdeel van hun dagelijkse leefruimte. Ook Nguyen et al. (2019) toonden aan in hun studie naar de populariteit van *bookstores* in China dat sociale interactie niet de enige functie is van deze plekken. In deze plekken is de mogelijkheid om zowel te werken als te ontspannen, met het belangrijkste element de aanwezigheid van een sociale omgeving - de meesten zijn namelijk virtueel verbonden met anderen via (sociale)media. Deze *bookstores* hebben daarnaast een functie als "leveler": ze zijn toegankelijk voor en accepteren mensen van diverse sociale achtergronden. *Third place*s kunnen dus een centrale rol spelen in het sociale leven van jongeren. De beschikbare mogelijkheden om anderen te ontmoeten hebben ook invloed hebben op de wijze waarop persoonlijke netwerken van mensen zijn samengesteld (Mollenhorst et al., 2008). Op deze manier spelen ontmoetingsplekken dus een rol bij zowel sociale als romantische relaties van jongeren.

Het nachtleven

Bovendien hebben *third places* niet alleen overdag een essentiële functie maar zijn ook verbonden met het nachtleven in de stad. Gerelateerd aan dit onderwerp zijn studies gefocust op de 'night-time economy' (NTE) - waarvan jongeren grootgebruikers zijn. De NTE kenmerkt zich door de consumptiepraktijken en sociale activiteiten die vanaf 8 uur 's avonds plaatsvinden. Hieronder vallen uitgaansgelegenheden (kroegen, bioscopen, theaters), (studenten)verenigingen en evenementen, die vooral bestemd zijn voor jongere leeftijdsgroepen (Brands et al., 2014). In steden heerst een andere sfeer in de nacht dan overdag waardoor ook de ruimte anders kan worden gebruikt door jongeren. Zo faciliteert het nachtleven ontmoetingen die overdag niet plaatsvinden, speelt het een rol bij identiteitsvorming en biedt het gezelligheid en entertainment (Van Liempt et al., 2015). Vooral voor jongeren is het nachtleven vaak onderdeel van hun leefstijl en identiteitsvorming (Chatterton & Hollands, 2002). Het nachtleven kent echter ook een schaduwkant door meer

criminele activiteiten en toename van (een gevoel van) onveiligheid. Maatregelen zoals de avondklok, maar ook de sluiting van 'niet-essentiële winkels' en horeca hebben de NTE echter bijna volledig stilgelegd. Dit had zowel sociale als economische gevolgen voor jongeren. Het beperkte met name de mogelijkheden voor veel jongeren om te ontmoeten, te ontspannen en te daten. Uitgaansgelegenheden dienen in vergelijking tot andere sociale contexten bijvoorbeeld vooral voor de vorming van relaties met het andere geslacht (Mollenhorst et al., 2008).

Groene ruimtes

In veel studies wordt het belang van groene ruimtes voor de mentale gezondheid benadrukt. Zo blijkt dat wonen in de nabijheid van een natuurlijke omgeving positieve invloed heeft op het mentaal welzijn (Perez-Urrestarazu et al., 2020). Groene ruimtes zoals parken functioneren bijvoorbeeld als plek om te ontspannen, te recreëren en te ontmoeten. De invloed van groen op de gezondheid blijkt bovendien hoger te zijn bij jongeren dan bij volwassenen, maar ook bij mensen met een lagere sociaaleconomische status vergeleken met een hogere (Maas et al., 2006). Het regelmatig bezoeken van groene ruimtes heeft daarnaast directe invloed op de mentale gezondheid en indirecte invloed via fysieke beweging (Perez-Urrestarazu et al., 2020; Zhang et al., 2018). Tijdens de COVID-19 pandemie steeg de mate en duur van bezoeken aan blauwe en groene ruimtes (Astell-Burt & Feng, 2021; Venter et al., 2020). Dit had bijvoorbeeld te maken met een verandering van het dagritme en de beperkte mogelijkheden om eropuit te gaan. Groene ruimtes dienden zowel als alternatief voor de sluiting van sportfaciliteiten, als voor ontspanning om stressklachten te verlichten (Venter et al., 2020). Groene ruimtes zoals parken functioneren daarnaast vaak als inclusieve en tolerante ruimtes waar sociale interactie tussen verschillende bezoekersgroepen wordt gestimuleerd, wat vervolgens bijdraagt aan de sociale duurzaamheid van de stad (Van Aalst & Brands, 2020).

Virtuele third places

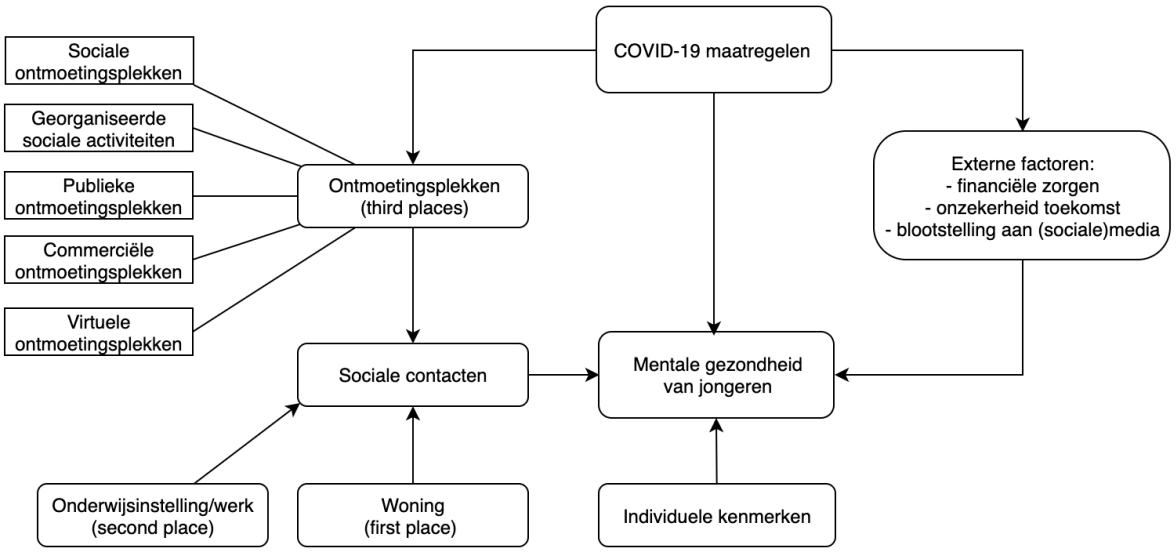
Met de komst van het internet spelen menselijke ontmoetingen zich ook in een virtuele context af. Via verschillende onlinegemeenschappen kunnen mensen continue met elkaar in contact staan en informatie uitwisselen, zonder elkaar fysiek tegen te komen (Moore et al., 2009). Deze virtuele *third places* dienen als digitale ontmoetingsplekken en bieden een alternatief voor fysieke ontmoetingen in de publieke ruimte (Jeffres et al., 2009). Online games lijken zelfs de rol van fysieke *third places* voor een grote groep te kunnen vervangen (Ducheneaut et al., 2007). De aanwezigheid van zowel fysieke als virtuele ontmoetingsplekken kan dus juist voor jongeren van belang zijn voor het vormen van een ondersteunend netwerk maar ook om een plek te vinden in de wereld terwijl ze bezig zijn een eigen identiteit te vormen.

Kortom, ontmoetingsplekken in het dagelijks leven van jongeren bevinden zich in een fysieke en virtuele dimensie. Jeffres, Bracken, Jian & Casey (2009) hebben onderzoek gedaan naar de rol van *third places* in het gemeenschapsleven en maken daarbij onderscheid tussen vier typen *third places*. Aangezien virtuele ontmoetingsplekken ook een belangrijke rol innemen in de huidige tijd, wordt er in dit onderzoek onderscheid gemaakt tussen vijf typen ontmoetingsplekken in totaal:

1. Sociale ontmoetingsplekken: hieronder vallen koffietentjes, bars en kroegen, restaurants en cafés. Deze zijn gericht op sociale interactie en kenmerken zich als 'neutrale ruimte' en een laagdrempeligheid om te eten, te drinken en te *socializen*
2. Georganiseerde sociale activiteiten: religieuze instellingen, clubs en verenigingen en gemeenschapscentra
3. Ontmoetingsplekken buiten: hieronder vallen parken, de straat en 'de stad' als ruimte.
4. Commerciële ontmoetingsplekken: gericht op commercie. Hieronder vallen winkels, winkelcentra en -markten, schoonheidssalons/kappers, bioscopen, concerten, festivals.
5. Virtuele ontmoetingsplekken

2.1. Conceptueel model

Conceptueel model



Op basis van het theoretisch kader is een conceptueel model opgesteld voor dit onderzoek dat een schematisch overzicht geeft van factoren die invloed hebben op de mentale gezondheid van jongeren. Zoals blijkt uit het theoretisch kader, hebben ontmoetingsplekken als *third places* dus een belangrijke rol binnen het sociale leven van jongeren. Ze dienen namelijk als ruimtes buitenshuis - buiten de *first* en *second place* om – voor jongeren om te ontspannen, te ontmoeten en rond te hangen. Een groene ruimte als een park kan bijvoorbeeld zowel voor ontspanning als ontmoeten zorgen maar ook als plek om rond te hangen ter afwisseling van leefruimte. Het wegvallen van een groot deel van *third places* tijdens de pandemie heeft er echter voor gezorgd dat jongeren op een andere manier in hun behoeftes moeten voorzien om hun mentaal welzijn te onderhouden. Deze plekken hebben namelijk een bufferfunctie in het verlichten van mentale klachten waaronder stress, somberheid en eenzaamheid. De verschuiving van de fysieke naar de digitale context kan een alternatief bieden voor sociale interactie. Echter, het onderhouden van het sociale netwerk via digitale middelen is afhankelijk van de individuele voorkeuren en beschikbare mogelijkheden. De effecten voor de mentale gezondheid kunnen daarom per individu verschillen.

In het conceptueel model komt het belang van de sociale context voor de mentale gezondheid zoals Mair et al. (2008) noemen terug in de rol van ‘sociale contacten’. Deze dienen als mediërende factor bij zowel ontmoetingsplekken, de woning als onderwijsinstellingen en werk op de mentale gezondheid. Verder staan de COVID-19 maatregelen in directe relatie met de mentale gezondheid. Deze hebben bijvoorbeeld invloed op de mogelijkheid tot en mate van sociale interactie (Usher et al., 2020). Ook hebben de maatregelen indirecte invloed via externe factoren bestaande uit financiële zorgen, onzekerheid toekomst en blootstelling aan (sociale)media. Als laatste hebben individuele kenmerken directe invloed op de mentale gezondheid van jongeren.

2.2 Hypothesen

Door de exploratieve aard van dit onderzoek is gekozen om twee hypothese te toetsen die aan de hand van het conceptueel model zijn opgesteld. Hierbij zijn enkel de belangrijkste elementen opgenomen uit het conceptueel model. Wegens de grootte en tijdsduur van dit onderzoek zijn de externe factoren dus niet meegenomen.

1. De COVID-19 maatregelen hebben indirecte invloed op de mentale gezondheid via ontmoetingsplekken.
2. Ontmoetingsplekken hebben directe invloed op de mentale gezondheid van jongeren als plekken die sociale contacten faciliteren.

3. Methoden

Dit hoofdstuk behandelt de methoden waarmee de onderzoeksvraag “In hoeverre spelen ontmoetingsplekken een rol bij de mentale gezondheid van jongeren tussen 18-24 jaar in Nederland ten tijde van de COVID-19 maatregelen?” wordt beantwoord. In de eerste paragraaf is de methodologie verantwoord. Hierna komt het steekproefplan aan bod. Vervolgens volgt de operationalisering van de theorie en het data-analyseplan. Als laatste is de samenstelling van de vragenlijst beschreven met daarbij de kwaliteit van de operationalisering en ethische overwegingen.

3.1 Methodologie

Om uitspraken te doen over de relatie tussen ontmoetingsplekken en mentale gezondheid is gebruik gemaakt van kwantitatieve methoden. Voordelen hiervan zijn objectiviteit en statistische generaliseerbaarheid (Verhoeven, 2018). Het onderzoeksontwerp is bovendien cross-sectioneel. Hierbij worden fenomenen of gebeurtenissen geobserveerd van een bepaald moment in de tijd (Levin, 2006). Deze vorm is daarom geschikt om een correlatie te onderzoeken tussen ontmoetingsplekken en de mentale gezondheid. Een nadeel van deze methode is dat de causaliteit van de verbanden niet kan worden aangetoond (Scheepers et al., 2016). Aangezien dit onderzoek van exploratieve aard is, is het voornaamste doel om inzicht te verschaffen over correlaties tussen de verschillende variabelen. Vervolgonderzoek kan zich richten op de causaliteit en interpretatie van mogelijke verbanden.

3.2 Steekproefplan

Het onderzoek is gericht op jongeren tussen de 18 tot 25 jaar. Deze leeftijdsgrenzen zijn bewust gekozen omdat is aangetoond dat in deze leeftijdsgroep de belangrijkste ontwikkelingsfase van de mentale gezondheid plaatsvindt. Deze groep ontwikkelt zich naar ‘volwassenheid’ toe, zijn seksueel actief, in de laatste fase van hun onderwijsloopbaan of aan het begin van hun carrière. Ze maken kennis met de eerste facetten van het ‘volwassen leven’ zoals het vinden van een baan, het aangaan van romantische relaties en het gebruik van alcohol en tabak, maar ook het verkrijgen van stemrecht en een rijbewijs (Patel et al., 2007).

De dataverzameling vond plaats in de vorm van een online vragenlijst die verspreid werd onder jongeren woonachtig in Utrecht en Almere. Wegens tegenvallende respons is gedurende de dataverzameling gekozen om de onderzoekspopulatie te verspreiden naar

jongeren over heel Nederland. Aangezien dit onderzoek is uitgevoerd ten tijde van de pandemie was de dataverzameling via enquêtes beperkt tot online verspreiding ervan: dit kon invloed hebben op de invulling van de gegevens en het bereiken van geschikte respondenten. Echter, het feit dat jongeren over het algemeen veel gebruik maken van sociale media en digitale middelen zorgde voor verschillende mogelijkheden om ze te bereiken.

3.3 Operationalisering

Demografische kenmerken

De invloed van de leefomgeving is afhankelijk van de individuele eigenschappen van een persoon (Verheij, 1996). Er is daarnaast behoefte aan onderzoek naar de mate waarin het gebruik van *third places* verschilt op basis van individuele factoren (Finlay et al., 2019). Zeven demografische kenmerken zijn daarom gevraagd: geslacht, leeftijd, opleidingsniveau, occupatie (student/werkend), woonsituatie, woonlocatie en migratieachtergrond - bestaande uit die van de jongere en diens ouders. Deze vragen hebben over het algemeen een lage non-respons, een hoge betrouwbaarheid en een hoge validiteit. De mate van mentale gezondheid kan bijvoorbeeld samenhangen met het geslacht van een persoon (Lucero et al., 2021; Patel et al., 2007). Daarnaast kan het opleidingsniveau een rol spelen in hoeverre een individu tevreden is over zijn/haar leven (Tartaglia, 2013). De occupatie student, werkend of werkloos is van belang omdat deze ook in relatie staan met de mentale gezondheid (Tanton et al., 2021). Op deze manier kan bovendien worden gemeten worden of de steekproef in dit onderzoek representatief is voor de jongerenpopulatie van Nederland (Scheepers et al., 2016, p.123 en p. 166).

De eerste vraag betreft het geslacht van de respondent. Hierin zijn drie keuzes mogelijk: man, vrouw of ‘anders’. Deze laatste optie geven respondenten die zich niet met de traditionele geslachten identificeren een derde antwoordmogelijkheid.

Aan de hand van een vragenlijst van de Universiteit van Amsterdam, Groningen en Utrecht (Völker, 2006) is er naar het geboortejaar gevraagd van de respondenten. Dit kan namelijk leiden tot een hogere respons, dan wanneer er naar de leeftijd wordt gevraagd. De geboortejaren 2003 - 1997 vormen de antwoordcategorieën, afgestemd op jongeren die op 1 januari 2021 tussen 18-24 jaar oud waren. Op deze manier wordt de respondent niet uitgesloten als deze vlak voor of vlak na het invullen van de vragenlijst niet meer tussen 18 en 24 jaar oud is.

Op basis van Scheepers et al. (2016, p.123) is er gevraagd naar de hoogst voltooide opleiding. Hierbij zijn antwoordmogelijkheden gegeven aan de hand van de vragenlijst van Völker (2006). De eerste vijf antwoordmogelijkheden behoren tot de laagopgeleiden (tot en met VMBO), de volgende drie behoren tot de gemiddeld opgeleiden (tot en met MBO) en de laatste twee antwoordmogelijkheden tot de hoogopgeleiden (HBO en WO/universitair geschoold).

- Geen opleiding
- Basisonderwijs
- Speciaal Voortgezet Onderwijs (VSO)
- Praktijkschool
- V(M)BO
- HAVO
- VWO
- MBO
- HBO
- WO

De vierde vraag betreft de occupatie van de respondent welke invloed kan hebben op de mentale gezondheid van jongeren (Tanton et al., 2021). Uit het rapport van het CBS blijkt dat studenten minder betrokken zijn bij hun woonomgeving dan niet-studerende twintigers maar dat beide groepen wel even tevreden zijn. Studenten zouden meer gericht zijn op hun eigen ‘bubbel’ zoals de onderwijsinstelling en voorzieningen voor studenten, en dus minder afhankelijk van hun directe leefomgeving (Valk, 2015). Occupatie is in de vragenlijst vertaald naar ‘dagelijkse bezigheid’ om de vraag begrijpelijker te maken voor de respondent. Er zijn zes antwoordcategorieën (inclusief de mogelijkheid ‘anders’).

- Middelbare scholier
- Student
- Werkend
- Student en werkend
- Werkloos
- Anders, namelijk …

De vijfde vraag betreft de huishoudenssamenstelling van de respondent. Hiermee kan worden nagegaan wat de woonsituatie is van de respondent door te vragen naar zijn/haar huisgenoten.

Huishoudenssamenstelling:

- Alleenwonend
- Met familie
- Met vrienden
- In studentenhuis
- Anders, namelijk …

Als vijfde kwam de woonlocatie aan bod. Volgens Verheij (1996) kan de stedelijkheid van de leefomgeving namelijk een rol spelen bij de mentale gezondheid. Hierin waren drie opties mogelijk:

- Randstad (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht), namelijk …
- Andere stad, namelijk …
- Dorp, namelijk …

Met het laatste demografische kenmerk migratieachtergrond is gemeten of er overeenkomsten en verschillen zijn in mentale gezondheid op basis van afkomst. Daarnaast kan migratieachtergrond invloed hebben op het gebruik van ontmoetingsplekken (Jeffres et al., 2009). Twee vragen - individueel en de ouders van de respondent - zijn hiervoor opgesteld. De respondent kon de migratieachtergrond kiezen uit een uitgebreide lijst van landen (afkomstig uit Qualtrics).

Mentale gezondheid

De mentale gezondheid is getoetst aan de hand van de General Health Questionnaire (GHQ-12) vragenlijst (Goldberg & Williams, 1988). De GHQ-12 beschrijft de huidige psychologische toestand van de respondent aan de hand van persoonlijke normen (Gisle, 2008). De vragenlijst bestaat uit twaalf vragen met een tijdsreferentie van “de afgelopen weken” waardoor recente veranderingen worden gemeten ten opzichte van de gewone toestand van de persoon (Gisle, 2008). De GHQ-12 score is gemeten via de Likert-schaal (0-1-2-3) waaruit een score volgt van 0 tot 36. Hoe hoger de score hoe slechter de mentale gezondheid (Del Pilar Sánchez-López & Dresch, 2008). Om goede en slechte mentale gezondheid te onderscheiden, is er gekozen voor een cutoff score van 11/12 (Goldberg et al., 1997). Scores tot 12 duiden op goede mentale gezondheid en scores vanaf 12 duiden op slechte(re) mentale gezondheid.

Uit de twaalf vragen zijn twee variabelen afgeleid. Als eerste is de individuele GHQ-12 score berekend, gebaseerd op de totale som van de antwoorden op de twaalf vragen. Daarna is een

tweede variabele gevormd waarin de mentale gezondheid onderverdeeld is in goed en slecht, gebaseerd op de cut-off grens van 11/12.

De antwoordcategorieën zijn afgestemd op de vraagstelling, zoals de volgende twee vragen illustreren:
1. Heb je je kunnen concentreren op je bezigheden?
Antwoordcategorieën: meer dan gewoonlijk; hetzelfde als gewoonlijk; minder dan gewoonlijk; veel minder dan gewoonlijk
2. Ben je door zorgen veel slaap tekortgekomen?
Antwoordcategorieën: helemaal niet; niet meer dan gewoonlijk; wat meer dan gewoonlijk; veel meer dan gewoonlijk

Sociaal contact

Het belang van ontmoetingsplekken voor jongeren is echter niet in één keer te meten. Tien stellingen zijn opgesteld om te onderzoeken in hoeverre het sociale leven van de respondenten is veranderd tijdens de pandemie en de rol die ontmoetingsplekken hierbij spelen. De antwoorden op de tien stellingen representeren de invloed van de COVID-19 maatregelen. Door middel van een 5-punt Likertschaal geven respondenten aan of ze het eens (= 1) of oneens (= 5) zijn met de stellingen. De keuze voor een 5-punt Likertschaal was gemaakt omdat respondenten nu wel de mogelijkheid kregen om ‘neutraal’ te antwoorden – in tegenstelling tot de GHQ-12 vragenlijst.

Antwoordcategorieën:
Zeer eens - Beetje eens - Neutraal - Beetje oneens - Zeer oneens

Stellingen:

1. Ik ben tevreden over mijn sociale leven op dit moment
2. Ik spreek mijn sociale contacten meer via digitale middelen dan voorheen
3. Sociale media en digitale middelen zijn voldoende om mijn sociale contacten te onderhouden
4. Ik heb behoefte om anderen fysiek te zien
5. Ik maak gebruik van ontmoetingsplekken om anderen te ontmoeten
6. Ontmoetingsplekken zijn voor mij belangrijk om anderen te ontmoeten
7. Er zijn voldoende ontmoetingsplekken in mijn omgeving voor mijn behoefte aan sociaal contact
8. Tijdens de coronapandemie mis ik ontmoetingsplekken om anderen te zien

9. Door de coronapandemie maak ik minder gebruik van ontmoetingsplekken
10. Door de coronapandemie spreek ik meer met mensen thuis af

Ontmoetingsplekken

Het laatste onderdeel is gebaseerd op open-vraagstelling naar ontmoetingsplekken zoals in de studie van Jeffres et al. (2009). De vier categorieën ontmoetingsplekken zijn sociale ontmoetingsplekken, georganiseerde sociale activiteiten, publieke ontmoetingsplekken en commerciële ontmoetingsplekken. Aan de hand van de theorie is het vijfde type 'virtuele ontmoetingsplekken' toegevoegd. Aangezien het onderzoek zich richt op ontmoetingsplekken die beïnvloed zijn door de COVID-19 maatregelen is gekozen voor open-vraagstelling. Hierdoor geven respondenten zelf antwoord op de vraag aan welke ontmoetingsplekken ze behoefte hebben. Achteraf zullen deze antwoorden worden gerangschikt op basis van categorisering van ontmoetingsplekken zoals geformuleerd binnen het theoretisch kader.

Gebruikte ontmoetingsplekken

De eerste vraag was 'Welke ontmoetingsplekken gebruik je nu tijdens de pandemie?'. Deze vraag gaat in op de mate van gebruik van ontmoetingsplekken tijdens de pandemie door de jongeren. Het meet bovendien welke mogelijkheden jongeren zien om hun sociale contacten buitenshuis te ontmoeten.

Gemiste ontmoetingsplekken

De tweede vraag was 'Welke ontmoetingsplekken mis je het meest tijdens de pandemie?'. Met deze vraag is de invloed van de pandemie en COVID-19 maatregelen gemeten op de toegankelijkheid van ontmoetingsplekken gedurende deze tijd. De behoefte aan ontmoetingsplekken die zijn weggevallen is hiermee blootgelegd. Onder de vier typen zijn de volgende plekken gecategoriseerd:

1. Sociale ontmoetingsplekken:
    - Koffietentjes
    - Bars en kroegen
    - Restaurants en cafés / terrassen
2. Georganiseerde sociale activiteiten:
    - Religieuze instellingen
    - (Sport)clubs en verenigingen
    - Gemeenschapscentra

3. Publieke ontmoetingsplekken/buitenlucht:
    - Parken
    - Straat
    - ‘De stad’
4. Commerciële en publieke ontmoetingsplekken: gericht op commercie.
    - Winkels, winkelcentra en -markten
    - Schoonheidssalons/kappers
    - Bioscopen, musea, theater (cultuur)
    - Concerten en festivals
    - Bibliotheek
5. Virtuele ontmoetingsplekken

Er zijn nog twee categorieën toegevoegd die de *first place* en *second place* vertegenwoordigen:

6. De woning of de woning van anderen
7. De onderwijsinstelling of werk

Behoefte ontmoetingsplekken

De derde open vraag was ‘Waarom heb je nu behoefte aan deze ontmoetingsplekken?’. Via deze vraag is gemeten of de behoeftes naar ontmoetingsplekken was veranderd als gevolg van de invloed van de COVID-19 maatregelen op ontmoetingen buitenshuis. Ook hier is open-vraagstelling gebruikt omdat de uitzonderlijke situatie van de pandemie andere behoeftes kan blootleggen dan gebruikelijk zijn in normale omstandigheden. Aan de hand van de theorie en de antwoorden van de respondenten zijn er zes typen behoeftes geformuleerd:

1. Sociaal contact (niet alleen zijn/anderen ontmoeten/gezelligheid)

‘Sociaal contact’ slaat op de behoefte om contact te hebben met anderen, onder de mensen te zijn en nieuwe mensen te ontmoeten. Ook valt hieronder het tegengaan van eenzaamheidsgevoelens. Deze behoefte is gebaseerd op de functie van sociale interactie, het ontmoeten van nieuwe mensen en de ‘gezellige sfeer’ (Oldenburg, 1999; Mollenhorst et al., 2008; Van Liempt et al., 2015).

2. Afwisseling omgeving (gescheiden ruimtes)

Ontmoetingsplekken zorgen voor een ‘afwisseling van omgeving’, zoals een *third place* ten opzichte van de *first* en *second*. Het gaat hierbij om afwisseling binnen de leefruimte die

ontmoetingsplekken grotendeels bieden binnen het dagelijkse leven. Deze behoefte komt ook overeen met de literatuur waaruit blijkt dat een gebrek aan afwisselende ruimte tot mentale klachten kan leiden (Amerio et al., 2020).

3. Vrije tijd en ontspanning (activiteiten doen/sport)

‘Vrije tijd en ontspanning’ is een bekende behoefte voor ontmoetingsplekken, en vormt een van de voornaamste functies van ontmoetingsplekken (Nguyen et al., 2019; Oldenburg, 1999). Hier voorzien de ruimtes en bijbehorende activiteiten in vermaak en plezier, waar dat elders niet mogelijk of minder geschikt is.

4. Groepsontmoetingen (plek om met groepen samen te komen/weersomstandigheden)

Bij de behoefte ‘groepsontmoetingen’ dienen ontmoetingsplekken als ruimtes waar grotere groepen bijeen kunnen komen. Dit heeft zowel te maken met een gebrek aan ruimte elders, als de weersomstandigheden die de behoefte voor bepaalde plekken beïnvloeden. Zo noemden een aantal respondenten dat door het gebrek aan ontmoetingsplekken ze hun sociale contacten die in groepsverband plaatsvonden, moeilijk of niet konden onderhouden. Volgens Mollenhorst et al. (2008) hebben de mogelijkheden om anderen te ontmoeten ook invloed op de samenstelling van persoonlijke netwerken.

5. Gewoonte

Onder de behoefte ‘gewoonte’ zijn antwoorden zoals ‘lang geleden’, ‘gewoon/omdat’ gecategoriseerd. Deze behoefte komt overeen met de functie van ontmoetingsplekken als ruimte waar mensen op regelmatige basis komen (Oldenburg & Brisett, 1982; Waxman et al., 2007). Onder de verschillende respondenten leeft het idee dat ontmoetingsplekken vanzelfsprekend zijn en onderdeel van hun dagelijkse routine.

6. Inspiratie (nieuwe prikkels/geen eentonigheid)

De behoefte ‘inspiratie’ omvat behoeftes voor nieuwe prikkels, inspiratie en het verbreken van eentonigheid/verveling. Onder deze behoefte zijn antwoorden gecategoriseerd die overeenkomen met sociaal contact maar een specifiekere focus hebben op ‘nieuwigheid’ en het doorbreken van een ‘sleur’. Zoals genoemd in de literatuur kunnen ontmoetingsplekken daarnaast zorgen voor meer realiteitszin, doordat mensen met nieuwe perspectieven worden geconfronteerd (Oldenburg & Brisett, 1982).

3.4 Data-analyse

Om de vier deelvragen te beantwoorden met de twee hypothesen zijn verschillende analyses uitgevoerd. De vier deelvragen waren:

1. Hoe is het gesteld met de mentale gezondheid van jongeren in Nederland ten tijde van de COVID-19 maatregelen?
2. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten in mentale gezondheid tussen jongeren in Nederland?
3. Welke invloed hebben ontmoetingsplekken op de mentale gezondheid van jongeren?
4. Welke invloed heeft het wegvallen van fysieke ontmoetingsplekken en de digitalisering hiervan als gevolg op de mentale gezondheid van jongeren in Nederland ten tijde van de COVID-19 maatregelen?

De eerste twee deelvragen onderzochten de relatie tussen demografische kenmerken en de mentale gezondheid van de onderzoekspopulatie. Als eerste is via frequentietabellen van alle demografische variabelen de percentuele verdeling van onderzoekspopulatie weergegeven. De twaalf GHQ-12 stellingen die de mentale gezondheid beoordelen hadden een intervalschaal, waar vervolgens twee variabelen uit zijn gevormd: de intervalvariabele ‘totale GHQ-12 score’ en de dichotome variabele ‘verdeling in goede en slechte mentale gezondheid’ met cutoff score 11/12. Om de mate van samenhang (interne consistentie) te meten bij de GHQ-12 vragen is een itemanalyse uitgevoerd. De Cronbach’s Alpha was 0,87 wat duidt op goede interne consistentie. Aangezien de GHQ-12 variabelen twee verschillende meetschalen hadden is er zowel een lineaire als binaire logistische regressie uitgevoerd. De afhankelijke variabele was de GHQ-12 score en de onafhankelijke de demografische variabelen. De analyses zijn per demografische variabele uitgevoerd om de mogelijke invloed van de andere demografische variabelen uit te sluiten.

De derde deelvraag is onderzocht via een analyse van de tien stellingen en de open vragen. De tien stellingen vormen een construct om de verandering in het sociale leven van de respondenten te meten gedurende de COVID-19 maatregelen. Om de verbanden tussen de stellingen met ordinale schaal te meten is via een bivariate correlatie-analyse de Spearman correlatiecoëfficiënt berekend. Om verder de invloed van ontmoetingsplekken te meten zijn de drie open vragen via tekstanalyse en turven onderzocht. Aangezien meerdere antwoorden op de vragen mogelijk waren zijn deze gecategoriseerd als Multiple Response Set. De drie open vragen zijn vervolgens via Crosstabs in verband gebracht met de variabele ‘verdeling goede en slechte mentale gezondheid’ waarbij de Chi-square kwadraat het significantieniveau heeft berekend.

Om de vierde deelvraag te beantwoorden is de digitalisering- en het wegvallen van fysieke ontmoetingsplekken geanalyseerd. Hierbij is specifiek gekeken naar de stellingen over ‘digitaal contact’ en het gebruik van virtuele ontmoetingsplekken. Ook deze zijn via lineaire en binaire logistische regressie in verband gebracht met de twee variabelen ‘totale GHQ-12 score’ en ‘verdeling in goede en slechte mentale gezondheid’.

3.5 Vragenlijst

De vragenlijst bestond uit vijf onderdelen die in de volgorde van algemeen naar concreet waren opgedeeld (Scheepers et al., 2016, p. 169). Het eerste onderdeel ging over demografische kenmerken. Het tweede onderdeel bestond uit een GHQ-12 vragenlijst over de mentale gezondheid die door de gevoeligheid ervan niet als eerste en niet als laatste werden gesteld (Scheepers et al., 2016, p. 169). Het derde onderdeel bestond uit de tien stellingen. Het vierde onderdeel bevatte de drie open vragen over de rol van ontmoetingsplekken. Deze zijn makkelijk te beantwoorden en worden daarom aan het eind van de vragenlijst gesteld (Scheepers et al., 2016, p. 169). Vooraf aan de officiële vragenlijst is een “pilot”-vragenlijst uitgestuurd die testte of de vragenlijst goed geconstrueerd was (Scheepers et al., 2016, p. 171).

Validiteit

Om de inhoudsvaliditeit te waarborgen is in de vragenlijst bij zowel de stellingen als de open vragen de gehanteerde definitie van ontmoetingsplekken gegeven om onduidelijkheid te voorkomen. Voor ecologische validiteit is gevraagd naar de woonlocatie, gebaseerd op mate van stedelijkheid, zodat onderscheid kon worden gemaakt in geografische verspreiding van de onderzoekspopulatie. Voor validiteit van mentale gezondheid is de meting hiervan gedaan op basis van de GHQ-12 vragenlijst. Dit is een veelgebruikte indicator in meerdere studies en met twaalf vragen ook relatief kort - wat gunstig was voor de respons. Ook is een itemanalyse gedaan bij de GHQ-12 vragen waarvan de Cronbach’s alpha uitwees op goede interne consistentie. Wegens de dataverzameling ten tijde van de COVID-19 maatregelen waren er beperkte mogelijkheden om populatievaliditeit te waarborgen. De online vragenlijsten zijn zowel via sociale media als de sneeuwbalmethode (via kennissen) verspreid om een zo groot mogelijk bereik te hebben voor een representatieve onderzoekspopulatie (Scheepers et al., 2016, p.261).

Betrouwbaarheid

Voor de operationalisering van de verandering in het sociale leven en de rol van ontmoetingsplekken bestond het construct uit tien stellingen met een 5-punt Likertschaal. Het gebruik van de Likertschaal draagt bij aan hogere betrouwbaarheid en validiteit van de antwoorden. Om de betrouwbaarheid verder te verhogen werd de afnameperiode van twee weken verlengd wegens tegenvallende resultaten. Een minimum van 100 respondenten werd gezocht, bestaande uit jongeren over heel Nederland. Ook werd de vragenlijst via verschillende platformen verspreid om zowel het bereik als de diversiteit van de onderzoekspopulatie te vergroten. Voor betrouwbaarheid van de vragenlijst zijn verschillende opties ingesteld binnen het softwareprogramma *Qualtrics* om zowel de betrouwbaarheid van de respons te verhogen als non-respons te beperken.

Ethische overwegingen

In dit onderzoek is gevraagd naar de mentale gezondheid van jongeren wat een gevoelig onderwerp is. Daarom werd alvorens het invullen van de vragenlijst toestemming gevraagd voor deelname. Ook is hierbij vermeld dat de respondent ten alle tijden mocht stoppen met de vragenlijst en dat de antwoorden geanonimiseerd werden. Hierdoor werd de veiligheid van de respondent gewaarborgd.

4. Responsgroep

Dit hoofdstuk bevat de samenstelling van de respons/non-respons van de totale steekproef. Daarnaast is een overzicht van de demografische kenmerken van de responsgroep gegeven. Hierbij is de onderzoekspopulatie getoetst op representativiteit.

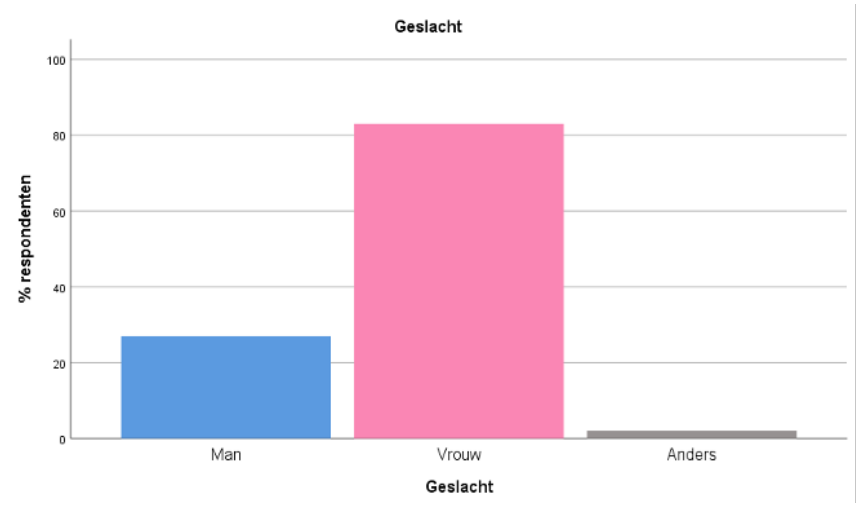
Non-respons

Er zijn in totaal 148 online vragenlijsten afgelegd waarvan er 99 voor 100 procent zijn ingevuld, wat neerkomt op 66,7% respons. Uiteindelijk zijn er 112 vragenlijsten (75,7%) meegenomen in de data-analyse omdat deze wel antwoord gaven op de vragen waarmee wordt geanalyseerd.

Geslacht

In figuur 4.1 is de verdeling van de respondenten naar geslacht te zien. Van de 112 respondenten was er 27 man (24,1%), 83 vrouw (74,1%) en 2 'anders' (1,8%). Dit verschilt met de verdeling van jongeren volgens het CBS (2020) (tabel 4.2).

Figuur 4.1: Verdeling geslacht



Tabel 4.2: Verdeling jongeren naar geslacht

Totaal	Man	%	Vrouw	%
1.532.597	779.002	50,8	753.595	49,2

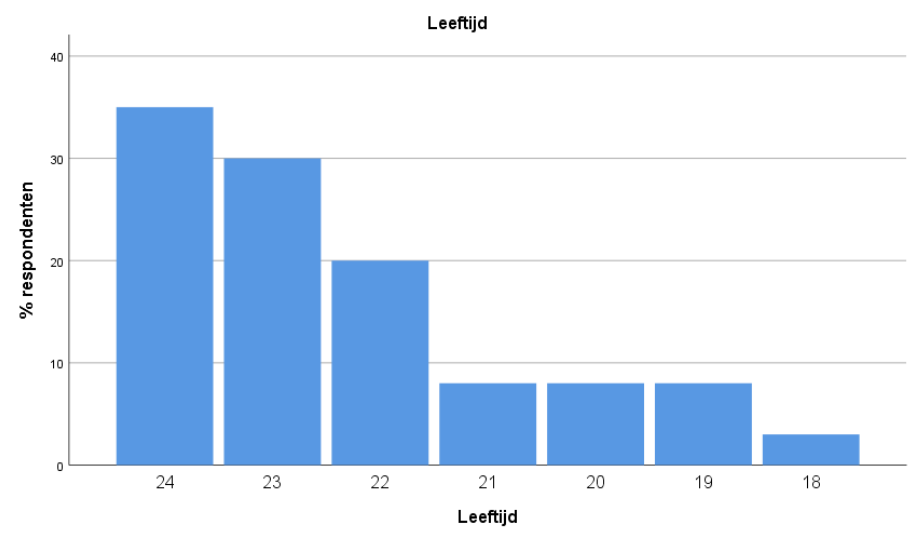
Bron: CBS (2020)

De ongelijke en niet-representatieve verdeling van geslacht heeft als gevolg dat er hierover geen statistische uitspraken mogelijk zijn binnen dit onderzoek.

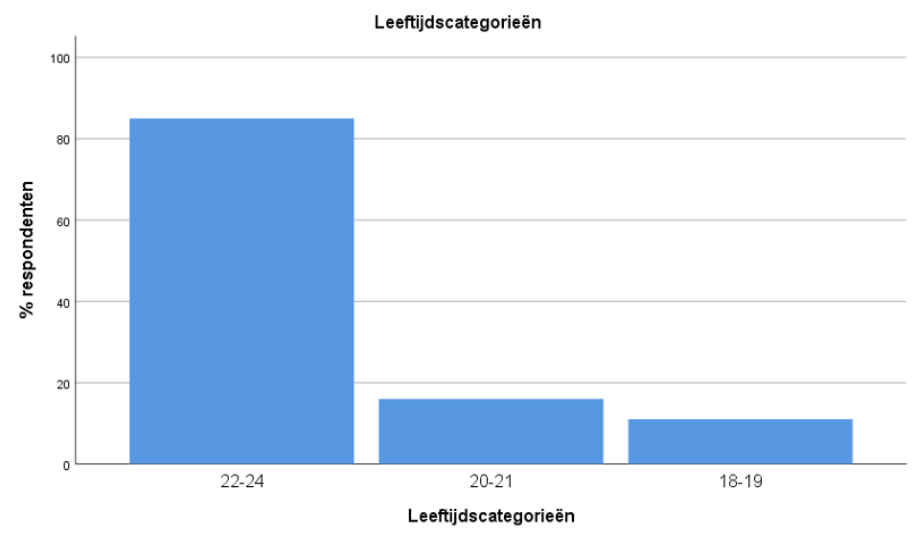
Leeftijd

In figuur 4.3 is de verdeling van de leeftijd weergegeven. Hieruit blijkt een grote meerderheid van oudere jongeren ten opzichte van de jongste jongeren. De grootste leeftijdsgroep is 24 met 31,3% en de laagste is 18 jaar met 2,7%. In figuur 4.4 zijn de leeftijden gecategoriseerd in drie groepen van oud naar jong. Hierbij telt de leeftijdsgroep 22-24 jaar voor 75,9% van de respondenten, 20-21 jaar is 14,3% en 18-19 is 9,8%.

Figuur 4.3: Verdeling leeftijd



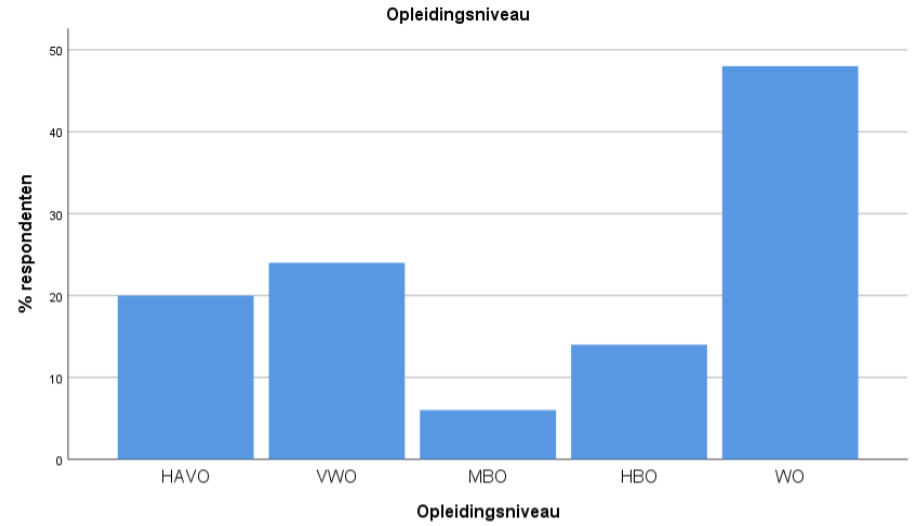
Figuur 4.4: Verdeling leeftijdscategorieën



Opleidingsniveau

Er zijn vijf opleidingsniveaus genoemd: havo, vwo, mbo, hbo en wo. Hiervan is wo oververtegenwoordigd met 42,9% en mbo ondervertegenwoordigd met 5,4% (zie figuur 4.5).

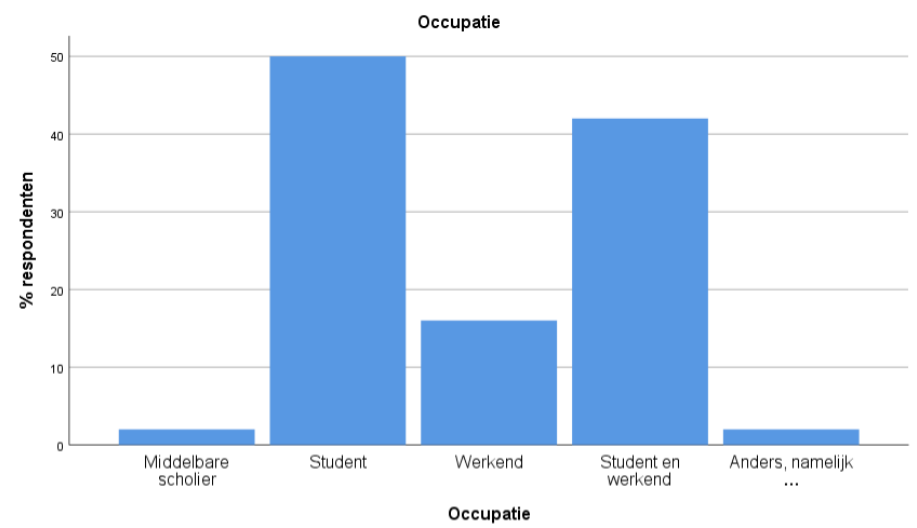
Figuur 4.5: Verdeling opleidingsniveau



Occupatie

Er is gevraagd naar de occupatie van de respondenten door middel van de vraag ‘wat is je dagelijkse bezigheid?’. Hieruit blijkt dat grootste groep student is (44,6%) gevolgd door ‘student en werkend’ (37,5%) (figuur 4.6).

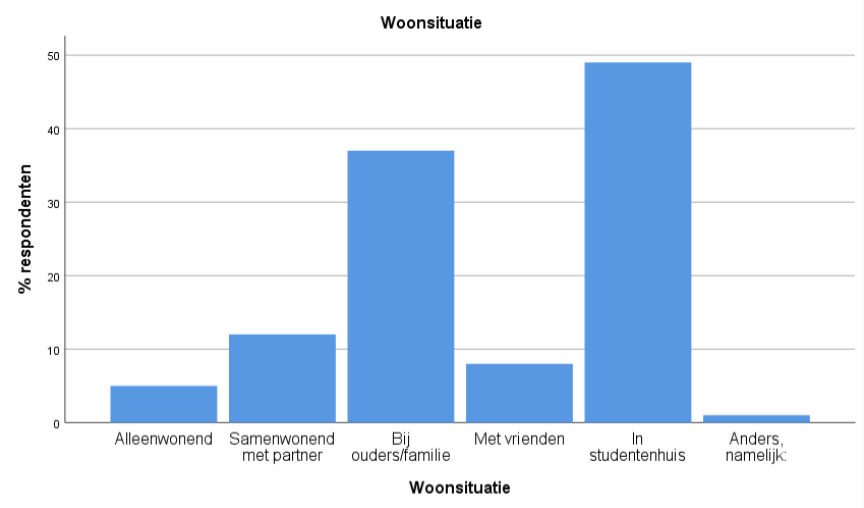
Figuur 4.6 Verdeling occupatie



Woonsituatie

Gerelateerd aan de variabele occupatie, is van de grootste groep (studenten) de woonsituatie ‘in studentenhuis’ (43,8%). Daaropvolgend wonen 33% van de respondenten ‘bij ouders/familie’ (zie figuur 4.7). De antwoordoptie leverden geen belangrijke uitkomsten op.

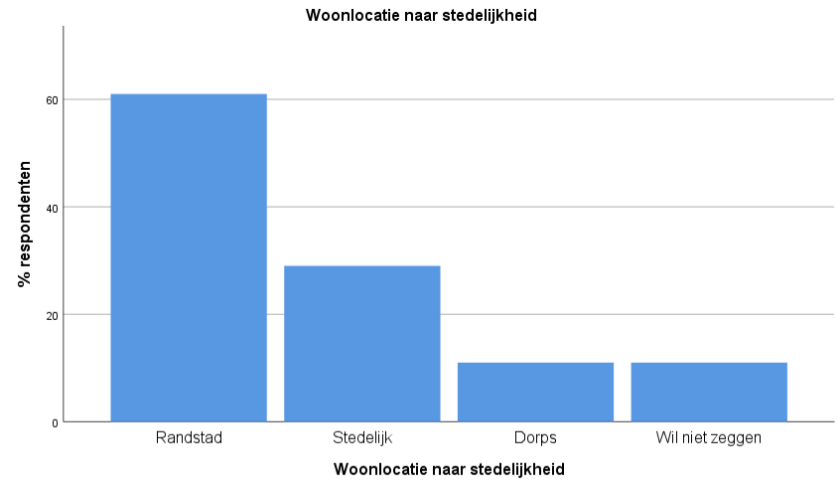
Figuur 4.7 Verdeling woonsituatie



Woonlocatie

Aangezien er tijdens de dataverzameling is gekozen om de onderzoekspopulatie uit te breiden over heel Nederland in plaats van Almere en Utrecht, is deze vraag herschreven naar de woonplek met een keuze van ‘de Randstad’, ‘andere stad’ en ‘een dorp’. Hierbij kon de respondent aangeven om welke specifieke stad of dorp dat ging. Er zijn vervolgens drie categorieën onderscheiden: Randstad (Amsterdam, Utrecht, Rotterdam en Den Haag), stedelijk en dorps (zie fig. 4.7). Van de totale steekproef kwam 54,5% uit de Randstad, 25,9% uit stedelijke gemeenten, 9,8% uit dorpen en 9,8% had geen antwoord gegeven.

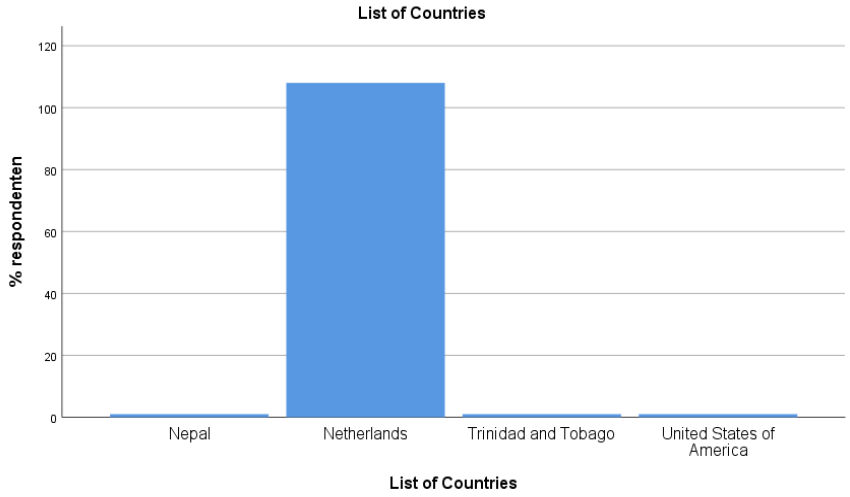
Figuur 4.8 Verdeling woonlocatie

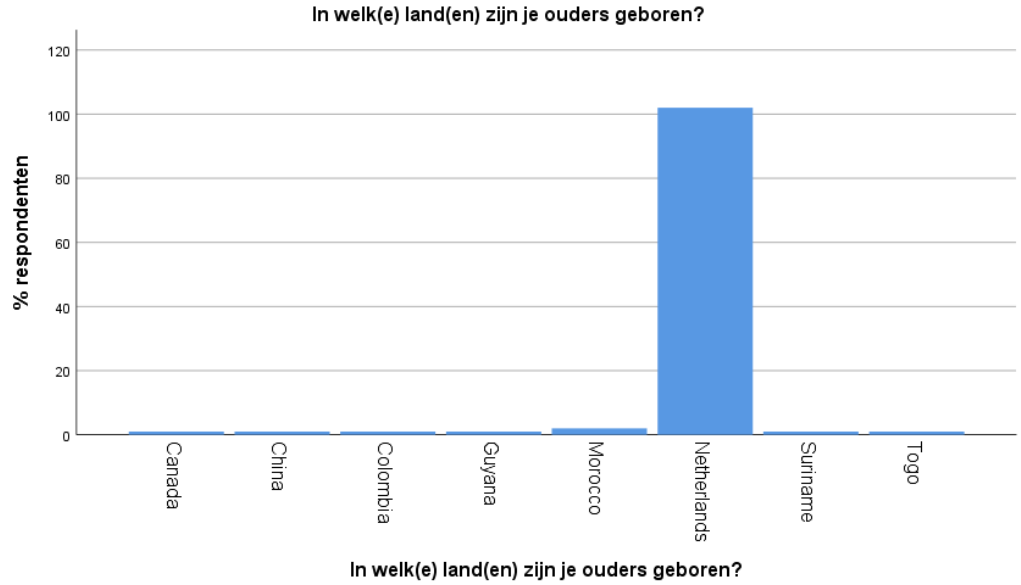


Migratieachtergrond

Als laatste demografische variabele is er gevraagd naar de migratieachtergrond van de respondent en diens ouders. Van de 112 respondenten kwamen de ouders van 102 uit Nederland (91,1%). Van de landen Canada, China, Colombia, Guyana, Suriname en Togo komen van telkens een respondent de ouders hier vandaan. Bij twee respondenten komen de ouders uit Marokko (zie fig. 4.8).

Fig. 4.8 Migratieachtergrond respondent en ouders





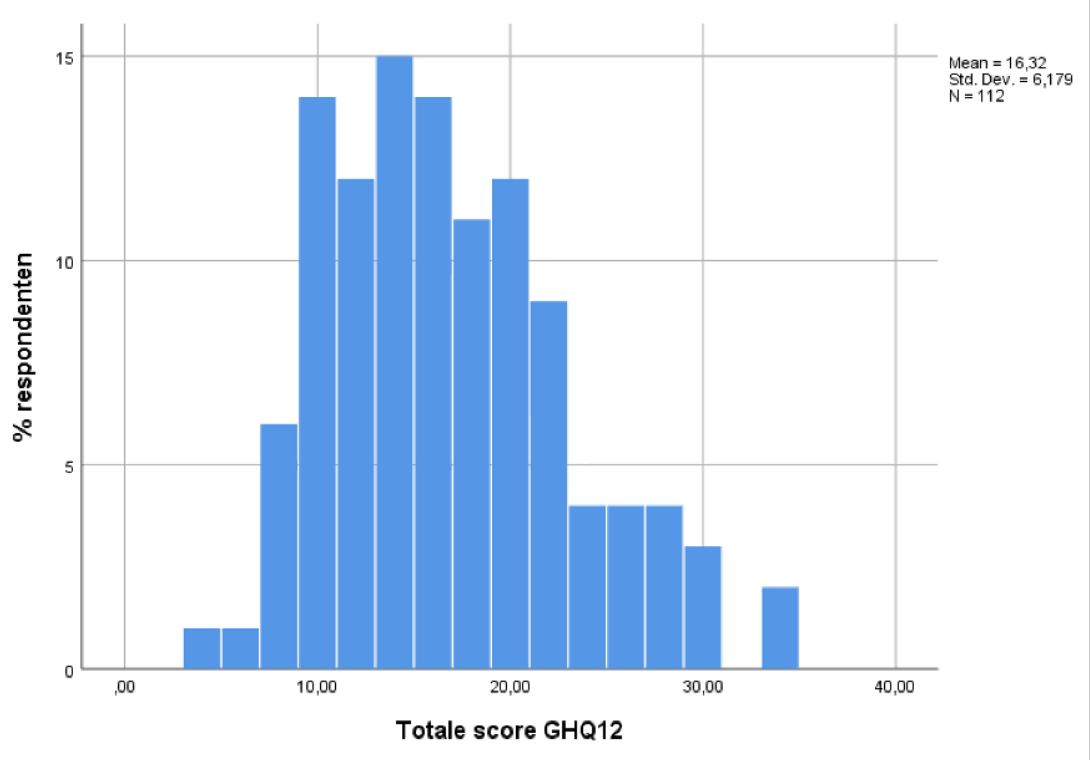
5. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste resultaten besproken aan de hand van de vier deelvragen. Deze zijn onderverdeeld in drie thema's. Als eerst wordt de mentale gezondheid van de onderzoekspopulatie weergegeven. Vervolgens komt de invloed van ontmoetingsplekken op de mentale gezondheid aan bod. Als laatste worden de resultaten met betrekking tot de digitalisering en het wegvallen van fysieke ontmoetingsplekken behandeld.

5.1 Mentale gezondheid

De eerste twee deelvragen behandelen wat de mentale gezondheid is van jongeren op dit moment. Figuur 5.1 toont de verdeling van de 'totale GHQ-12 score' van alle respondenten waaruit de mate van mentale gezondheid van de onderzoekspopulatie blijkt. De gemiddelde GHQ-12 score blijkt 16,32, met de laagste score 4 en hoogste score 33 (maximum haalbare is 36).

Figuur 5.1: Totale score GHQ-12



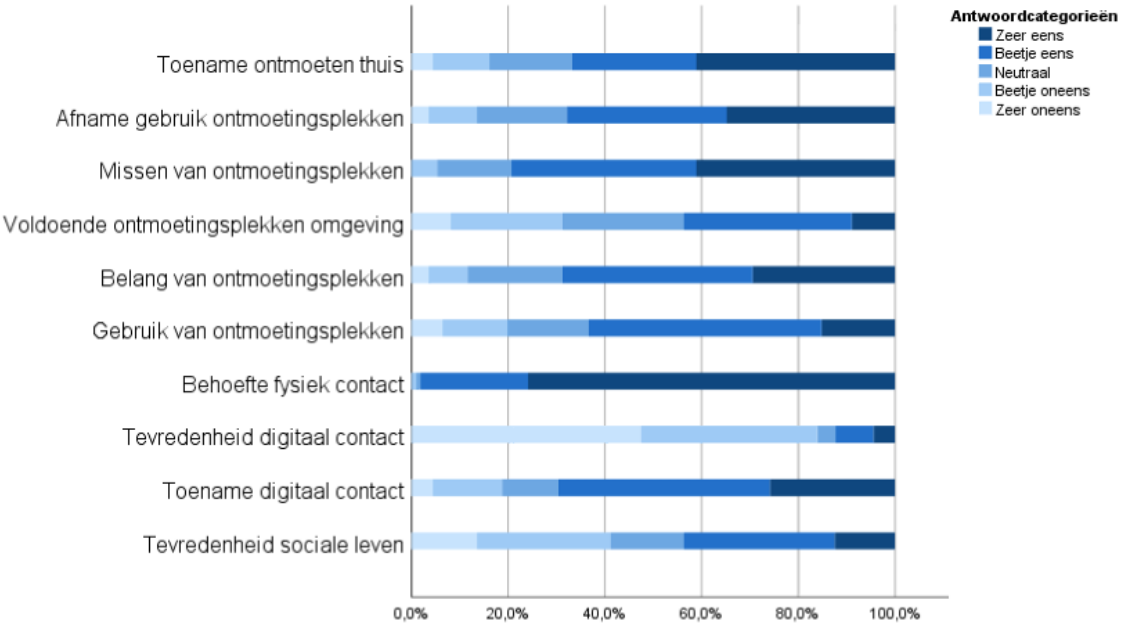
De verdeling van goede en slechte mentale gezondheid via een cutoff-score van 11/12 toont dat 75% een slechte en 25% een goede mentale gezondheid heeft. Er zijn verder geen significante verbanden tussen de variabele 'verdeling mentale gezondheid' en de demografische variabelen. Dit komt er niet kon worden voldaan aan de maximale 20% Expected counts < 5 (bij de Chi-kwadraattoets). Bij de variabele 'geslacht' is de Fisher's Exact

Test gebruikt omdat hierbij een 2x2 tabel kon worden gevormd (de Vocht, 2016, p. 153). Aangezien de steekproef ook niet-representatief is door ongelijke verdeling van de demografische variabelen zijn uitspraken hierover beperkt. De belangrijkste resultaten van de demografische vragen waren als volgt en zijn te zien in de frequentietabellen in bijlage 9.2.3: Van de totale respondenten is een grote meerderheid vrouw: ruim 76% tegenover 24% man. Twee respondenten categoriseren zichzelf als ‘anders’. Deze hebben echter beide een slechte mentale gezondheid (score 20 en 33). Gekeken naar leeftijd is het jaar 1998 met 60% tegenover 40% het meest gelijk verdeeld ten opzichte van andere leeftijden. Verder zijn er geen opvallende resultaten. Lagere opleidingsniveaus hebben een relatief hoger aandeel in slechte mentale gezondheid. Echter, het aantal respondenten is in hogere opleidingsniveaus het grootst wat de gelijkere verdeling in mentale gezondheid kan verklaren. Van de occupaties ‘student’ en ‘student en werkend’ is het aandeel slechte mentale gezondheid het hoogst en bij ‘werkend’ het laagst. Onder de woonsituaties scoren ‘studentenhuis’ en ‘ouders/familie’ het hoogst op slechte mentale gezondheid en scoort ‘met vrienden’ het laagst. De woonlocatie toont dat het grootste aandeel slechte mentale gezondheid in de Randstad of zeer stedelijk gebied woont. Als laatste, is ruim 90% van de respondenten van Nederlandse afkomst. Daarentegen hebben alle respondenten met een migratieachtergrond een slechte mentale gezondheid.

5.2 Invloed ontmoetingsplekken op mentale gezondheid

Voor de tweede deelvraag die de invloed van ontmoetingsplekken op de mentale gezondheid onderzocht, is allereerst gekeken naar de rol van ontmoetingsplekken ten tijde van de COVID-19 pandemie. De respons op de tien stellingen over het ‘sociale leven tijdens de pandemie’ is weergegeven in figuur 5.2 (zie bijlage 9.3.1 voor de frequentietabel). Uit de figuur blijkt dat respondenten een grote behoefte aan fysiek contact hadden en tegelijkertijd ontmoetingsplekken misten tijdens de pandemie. Daarnaast gaven veel respondenten aan ontevreden of zeer ontevreden te zijn met het onderhouden van sociale contacten via digitale middelen. Uit de bivariate analyse blijkt een sterke correlatie ($r = 0,624$) tussen het belang wat respondenten hechten aan ontmoetingsplekken en de mate van gebruik van ontmoetingsplekken. Bovendien zijn er correlaties tussen het gebruik van ontmoetingsplekken met zowel het idee dat er voldoende ontmoetingsplekken zijn ($r = 0,264$) als de toename van ontmoetingen thuis ($r = 0,261$). Hieruit kan worden opgemaakt dat woningen ook worden gezien als plekken om met anderen te ontmoeten en dus onderdeel zijn van het gebruik van ontmoetingsplekken.

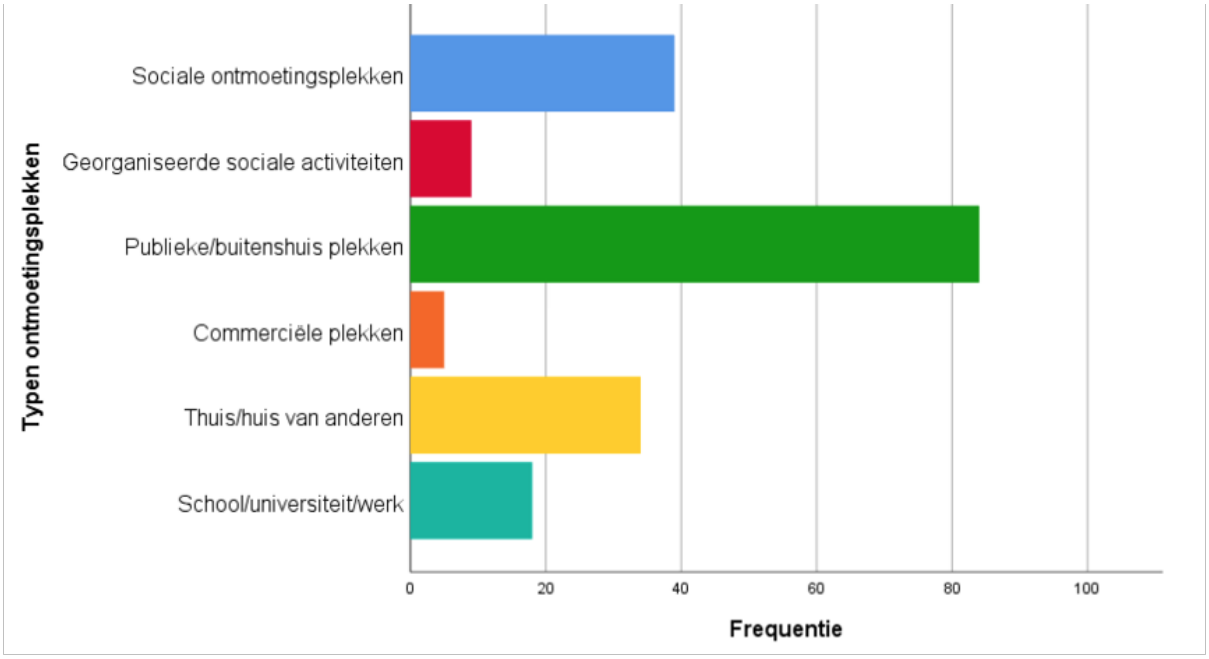
Figuur 5.2: Relaties stellingen en ontmoetingsplekken



Een andere bivariate analyse toont een matige sterke correlatie (r = 0,425) tussen het missen van ontmoetingsplekken en het belang van ontmoetingsplekken. Tegelijkertijd is er een positief verband tussen hoe tevreden respondenten zijn over hun sociale leven en het idee dat er voldoende ontmoetingsplekken zijn (*r* = 0,382) en een negatieve verband (r = -0,193) tussen 'voldoende ontmoetingsplekken' en 'het missen van ontmoetingsplekken'. Deze correlaties tonen aan dat de mate waarin respondenten het aanbod van ontmoetingsplekken in hun omgeving voldoende vinden, samenhangt met de mate waarin ze hiermee tevreden zijn en/of ontmoetingsplekken missen. Hieruit blijkt ook weer het belang dat respondenten hechten aan ontmoetingsplekken.

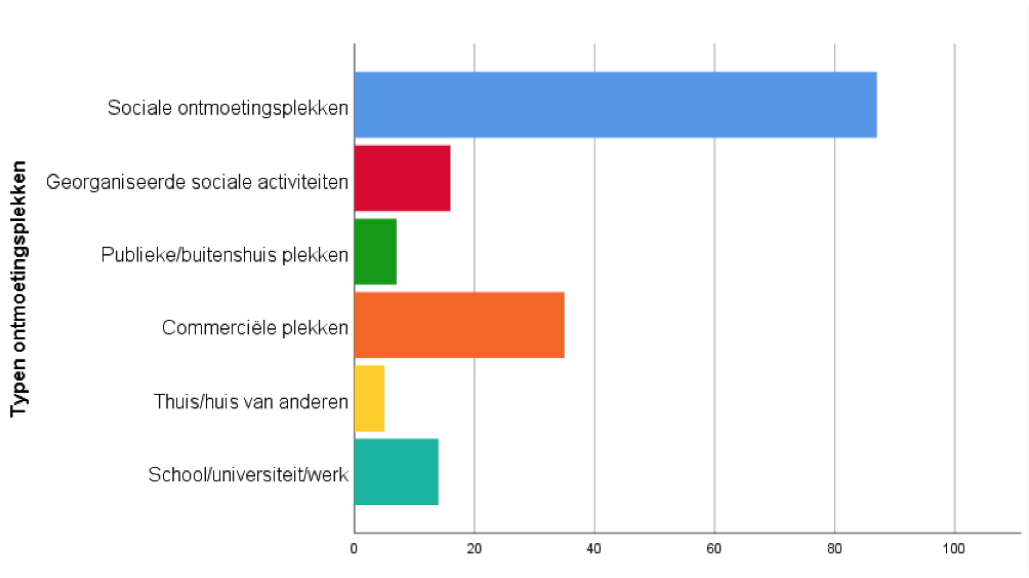
Door middel van open vragen is er verder gekeken welke ontmoetingsplekken tijdens de pandemie zijn gebruikt en welke er worden gemist door de respondenten. Aangezien er geen virtuele ontmoetingsplekken werden genoemd, zijn die buiten beschouwing gelaten - ondanks dat de literatuur deze wel benoemde. Figuur 5.3 geeft weer welke ontmoetingsplekken door respondenten het meest gebruikt werden tijdens de COVID-19 pandemie. Publieke plekken en plekken buitenshuis werden het meest gebruikt, waaronder met name ontmoetingen in het park als vaak gebruikte ontmoetingsplek werd genoemd. Ook sociale ontmoetingsplekken als eet- en drinkgelegenheden werden vaak gebruikt om mensen te ontmoeten, terwijl commerciële ontmoetingsplekken en georganiseerde sociale activiteiten minder gebruikt werden. Daarentegen werden de *first* en *second place,* namelijk de eigen woning of die van anderen en onderwijsinstellingen en/of werk, ook meer gebruikt.

Figuur 5.3: Gebruik van ontmoetingsplekken tijdens pandemie



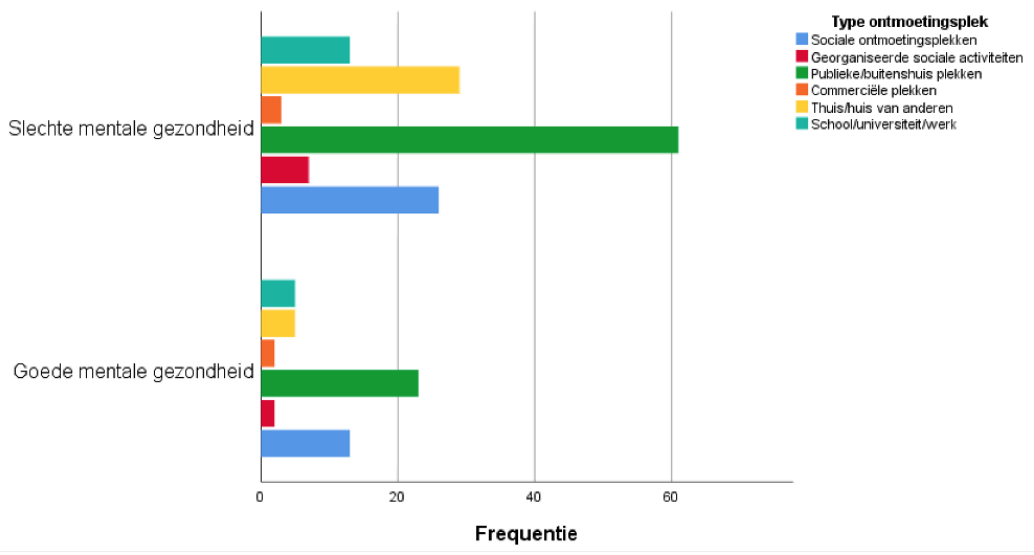
In figuur 5.4 is weergegeven welke ontmoetingsplekken het meest werden gemist tijdens de COVID-19 pandemie. Hieruit blijkt dat sociale ontmoetingsplekken het meest zijn genoemd. Dit zijn plekken als uitgaansgelegenheden (kroeg en clubs) en horeca (terras, cafés en restaurants). Daarnaast werden commerciële ontmoetingsplekken veel gemist. Deze bestaan uit culturele instanties als musea, theater en bioscoop. Hieronder vallen ook grootschalige evenementen (concerten en festivals) en *entertainment*-gerelateerde instanties zoals winkels, pretparken en dierentuinen. Opvallend is dat sociale ontmoetingsplekken zoals het terras, cafés en restaurants, werden relatief veel gebruikt ondanks dat deze ook werden gemist. Dit is te verklaren omdat gedurende de dataverzameling er horecaversoepelingen kwamen die ervoor zorgden dat er deze sociale ontmoetingsplekken toegankelijker werden. Het minst gemist zijn de publieke plekken en woningen: deze werden ook juist het meest gebruikt ten tijde van de COVID-19 maatregelen.

Figuur 5.4: Gemiste ontmoetingsplekken tijdens pandemie

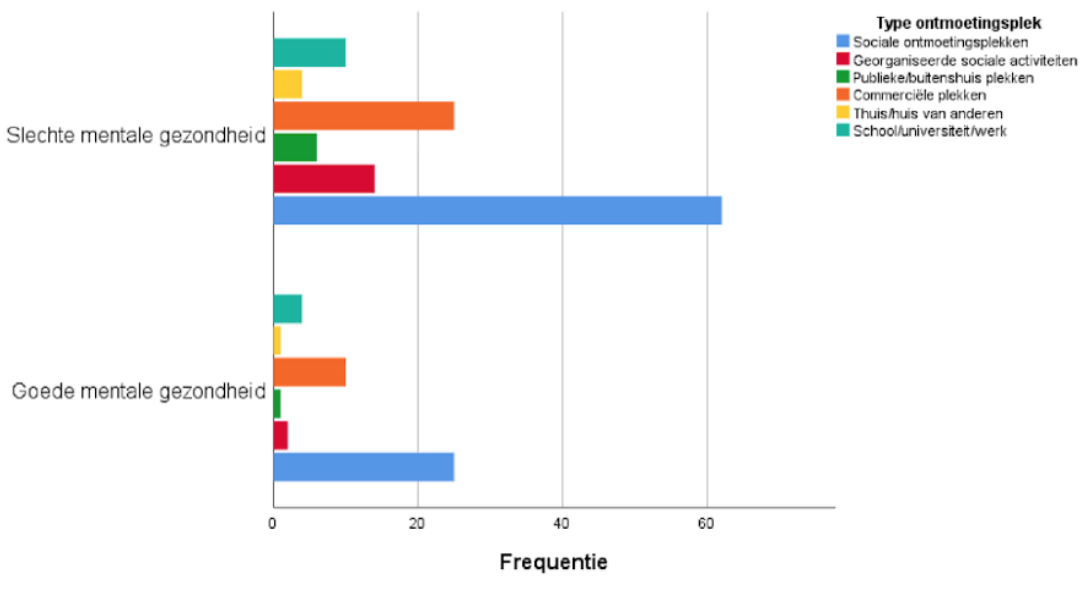


Vervolgens is gekeken in hoeverre ontmoetingsplekken in verband gebracht kunnen worden met mentale gezondheid. Figuur 5.5 en 5.6 geven aan welke ontmoetingsplekken respectievelijk genoemd en gemist werden door respondenten met een slechte en goede mentale gezondheid. Hieruit blijkt dat respondenten met een slechte mentale gezondheid in verhouding vaker thuis of bij anderen afspreken dan respondenten met een goede mentale gezondheid. Daarnaast geeft een relatief groot aandeel van respondenten met een slechte mentale gezondheid aan georganiseerde sociale activiteiten te missen. Er kon bij beide vragen echter geen significant verband worden aangetoond door overschrijding van het maximum van de verwachte celfrequentie (20%).

Figuur 5.5: Gebruikte ontmoetingsplekken * mentale gezondheid

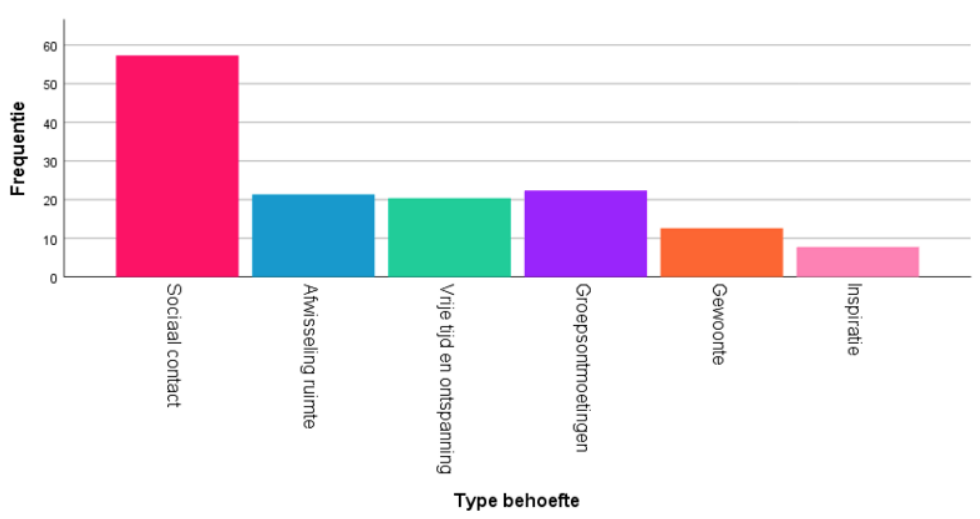


Figuur 5.6: Gemiste ontmoetingsplekken * mentale gezondheid



Als gevolg op het gebruik en gemis van ontmoetingsplekken, werd onderzocht welke behoeftes de respondenten hadden voor het gebruik van ontmoetingsplekken. Figuur 5.7 toont de verdeling van de zes behoeftes onder de respondenten.

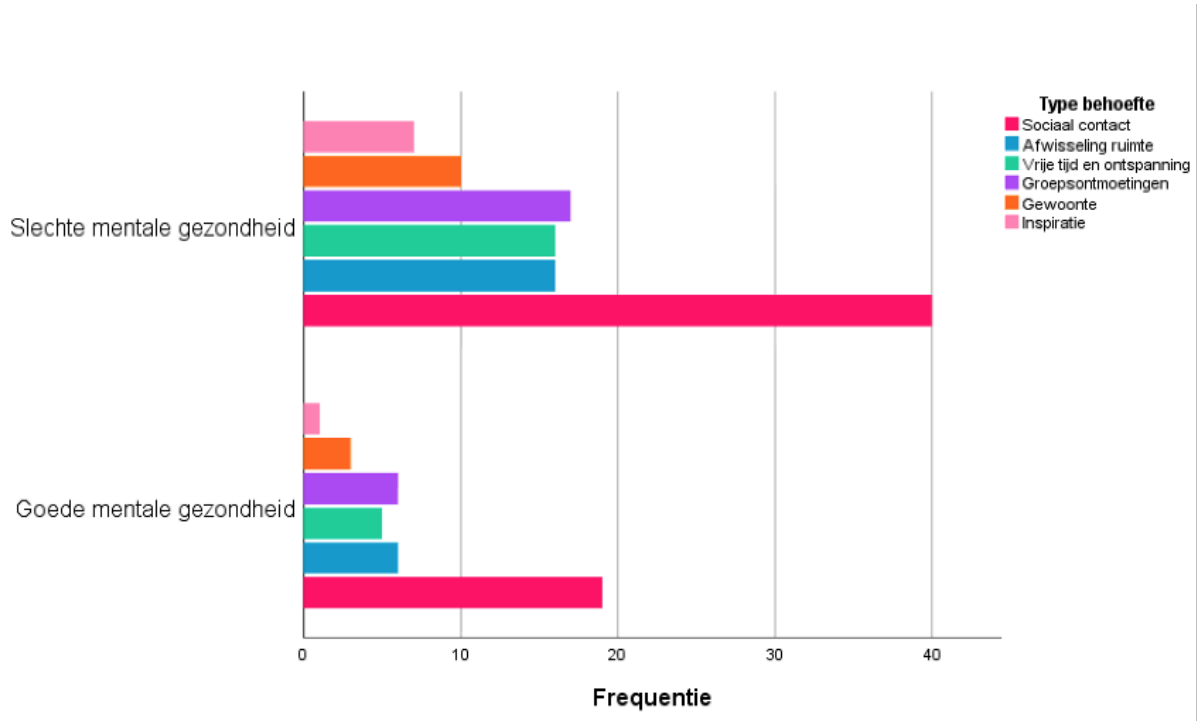
Figuur 5.7 Behoeftes naar ontmoetingsplekken



Respondenten hadden de grootste behoefte aan sociaal contact (57% van alle behoeftes). Daarna waren drie behoeftes gelijk verdeeld, namelijk de behoefte voor afwisseling in ruimte, vrije tijd en ontspanning en groepsontmoetingen. Respondenten noemden het minst dat ze behoefte hadden aan ontmoetingsplekken omdat het een gewoonte was of ter inspiratie, in de vorm van nieuwe prikkels of verbreking van eentonigheid.

De behoeftes zijn vervolgens in verband gebracht met de mentale gezondheid. Hieruit blijkt dat er geen significant verband is tussen de behoeftes aan ontmoetingsplekken en de mate van mentale gezondheid ($\chi 2 = 0{,}619$).

Figuur 5.8 Behoeftes ontmoetingsplekken * mentale gezondheid



5.3 Wegvallen van fysieke ontmoetingsplekken en invloed van digitalisering op de mentale gezondheid

De vierde deelvraag over fysieke ontmoetingsplekken en digitalisering, wordt beantwoord door de mentale gezondheid in verband te brengen met de tien stellingen. Voor de beantwoording van de vierde deelvraag is gekeken naar de volgende stellingen (figuur 5.2).

- Tevredenheid sociale leven
- Toename digitaal contact
- Tevredenheid digitaal contact
- Behoefte fysiek contact
- Belang van ontmoetingsplekken
- Missen van ontmoetingsplekken

Uit de bivariate analyse blijkt een matig sterk correlatie tussen de behoefte van respondenten voor fysiek contact en hun tevredenheid over het onderhouden van sociale contacten via digitale middelen (r = -0,362). Hoe meer behoefte respondenten aangeven te hebben aan fysiek contact hoe minder tevreden ze dus zijn met digitaal contact. Een andere correlatie blijkt tussen de tevredenheid van digitaal contact en het belang dat ontmoetingsplekken hebben voor de respondenten (r = -0,252). Hieruit blijkt dat naarmate de behoefte voor fysiek contact toeneemt, de tevredenheid van digitaal contact afneemt maar het belang van ontmoetingsplekken ook toeneemt.

Vervolgens is er zowel een binaire logistische regressieanalyse als een lineaire regressieanalyse uitgevoerd om het verband te meten tussen mentale gezondheid en de digitalisering van sociale contacten. Bij de binaire regressie is de dichotome variabele 'verdeling mentale gezondheid' gebruikt en bij de lineaire regressie de variabele 'totale GHQ-12 score'. De volgende stellingen bleken hiervoor het meest relevant en zijn daarom meegenomen in de analyses. Deze zijn namelijk gericht op de vorm van contact (fysiek of digitaal) of contact in het algemeen (sociale leven).

- Tevredenheid sociale leven
- Toename digitaal contact
- Tevredenheid digitaal contact
- Behoefte fysiek contact

Bij de binaire regressieanalyse blijkt voor geen enkele combinatie een significant verband. Statistische uitspraken hierover zijn daarom beperkt. Via de lineaire regressie blijkt echter wel dat de tevredenheid over het sociale leven een significant effect heeft op de totale GHQ-12 score met een matig sterk positief verband (R = 0,351, p < 0,001). Ook de stelling 'voldoende ontmoetingsplekken in omgeving' heeft een significant effect op de mentale gezondheid met een matig sterk positief verband (R = 0,346, p < 0,001). Daarnaast heeft enkel de stelling 'gebruik van ontmoetingsplekken' een zwak positief verband (R = 0,211, p = 0,026) met de totale GHQ-12 score. De hoogte van de GHQ-12 score staat dus in positief verband met het gebruik van ontmoetingsplekken.

Samenvattend, tonen de analyses aan dat naarmate de behoefte voor fysiek contact toeneemt, de tevredenheid van digitaal contact afneemt. Tegelijkertijd blijkt bij deze afname in tevredenheid dat het belang van ontmoetingsplekken toeneemt. Daarnaast is er een significant verband tussen zowel 'tevredenheid sociale leven' als 'voldoende ontmoetingsplekken' met 'totale GHQ-12 score'. Ten slotte blijkt het gebruik van ontmoetingsplekken toe te nemen naarmate de GHQ-12 score toeneemt.

6. Discussie

Het doel van dit onderzoek was om te bepalen welke rol ontmoetingsplekken spelen bij de mentale gezondheid van jongeren in Nederland gedurende de COVID-19 maatregelen. De resultaten tonen aan dat veel jongeren mentale klachten hebben en dat er een sterke behoefte is aan plekken buitenshuis die sociaal contact en vrijetijdsbesteding faciliteren voor jongeren. Hieruit blijkt een indirecte invloed van de COVID-19 maatregelen op de mentale gezondheid en een directe invloed van ontmoetingsplekken als plekken die sociale contacten faciliteren.

6.1 Mentale gezondheid Nederlandse jongeren

De meerderheid van de ondervraagde jongeren kampt met mentale klachten. Dit komt overeen met de literatuur waaruit blijkt dat mentale klachten typerend zijn voor jongeren tussen 18-24 jaar (Patel et al., 2007). Op basis van leeftijd zijn er geen opvallende resultaten. Wel blijkt dat werkende respondenten relatief betere mentale gezondheid hebben dan scholieren en (werkende) studenten. Studenten hebben daarnaast het grootste aandeel in slechte mentale gezondheid. Dit kan verklaard worden doordat school en studie meer stress kunnen opleveren (Eckersley, 2011) maar ook door het gebrek aan fysiek onderwijs waardoor het supportsysteem van school en studie is weggevallen (Patel et al., 2007). Mensen die werk hadden tijdens de pandemie zouden ook meer perspectief en zekerheid hebben dan studenten die eerder zorgen kunnen krijgen over de toekomst (Kwong et al., 2020). Daarnaast hebben lagere opleidingsniveaus een relatief hoger aandeel in slechte mentale gezondheid maar door ongelijke steekproefgrootte kunnen hierover geen generalisaties worden gemaakt. Wanneer gekeken wordt naar de woonsituatie woont het grootste aandeel respondenten met slechte mentale gezondheid bij ouders/familie of in een studentenhuis. Er bleken geen jongeren te zijn die alleen woonden waardoor geen link kan worden gelegd met de studie van Kwong et al. (2020). Jongeren die met vrienden wonen hebben relatief de beste mentale gezondheid. Dit is te verklaren doordat zij tijdens de pandemie makkelijker in contact bleven met hun nabije sociale contacten (Baumeister & Leary, 1995). Het grootste aandeel van jongeren met mentale klachten woonden bovendien in de Randstad en zeer stedelijk gebied. De mate van stedelijkheid kan hierbij een rol spelen en kan de impact van de COVID-19 maatregelen daarom groter zijn in deze gebieden (Verheij, 1996). Bovendien zouden mensen in minder stedelijke gebieden betere contacten met hun directe leefomgeving hebben wat bijdraagt aan een hoger mentaal welzijn (Mouratidis, 2018). Als laatste blijken jongeren met een migratieachtergrond bijvoorbeeld allemaal een slechtere mentale gezondheid te hebben.

Door het lage aantal respondenten is niet met zekerheid te zeggen of het om een willekeurig verband gaat. Dit kan daarom een uitgangspunt zijn voor toekomstig onderzoek.

6.2 Invloed ontmoetingsplekken op mentale gezondheid

Uit de stellingen blijkt dat jongeren veel gebruik maakten van ontmoetingsplekken maar dat dit is afgenomen als gevolg van de COVID-19 maatregelen. Jongeren gaven aan dat ze veel behoefte hadden aan fysiek contact en ontmoetingsplekken erg misten tijden de pandemie. Zo bleek dat naarmate de mentale gezondheid slechter was (hogere GHQ-12 score) ontmoetingsplekken meer werden gebruikt. Dit kan worden beschouwd als een *coping mechanisme* voor jongeren om met mentale klachten om te gaan. De meerderheid is bovendien niet tevreden met het onderhouden van sociale contacten via digitale middelen. Ondanks dat jongeren grootgebruikers zijn van social media zoals Eckersley (2011) benoemt, vervullen deze dus niet voldoende in hun behoefte voor sociaal contact. Daarnaast is het aantal ontmoetingen thuis toegenomen. Er is dus een verschuiving gaande tijdens de pandemie van *third place* naar *first place* waarbij de laatste meerdere functies heeft gekregen. Ook blijkt er een verband tussen tevredenheid over het sociale leven en het idee dat er voldoende ontmoetingsplekken in de omgeving zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat jongeren - ondanks de COVID-19 maatregelen - plekken in hun leefomgeving vinden waar ze met anderen kunnen afspreken die afwijken van hun gebruikelijke ontmoetingsplekken. Echter, het blijkt ook dat hoe minder ontmoetingsplekken er zijn in de omgeving hoe meer ze worden gemist.

Uit de open vragen blijkt dat tijdens de pandemie publieke/buitenshuise plekken het meest werden gebruikt, gevolgd door sociale ontmoetingsplekken en woningen. Deze waren als een van de weinige ontmoetingsplekken altijd toegankelijk tijdens de pandemie. Parken werden veelal het meest gebruikt door de jongeren. Hieraan gerelateerd zijn de studies van Van Aalst & Brands (2020) en Venter et al. (2020) die het belang van groene ruimtes onderzochten voor ontspanning maar ook sociale interactie tussen jongeren. Het minst gebruikt werden commerciële plekken en georganiseerde sociale activiteiten waarvan bekend was dat deze door de COVID-19 maatregelen ook het langst waren gesloten. Daartegenover werden sociale ontmoetingsplekken en commerciële ontmoetingsplekken het meest gemist. Vooral uitgaansgelegenheden zoals kroegen en clubs, maar ook *entertainment*-gerelateerde activiteiten als winkelen en grootschalige evenementen (concerten en festivals) werden hierbij genoemd. Het belang van uitgaansgelegenheden en *entertainment* komt overeen met de literatuur (Van Liempt et al., 2015). De aspecten ‘gezelligheid’ en de ‘vrijheid’ waarmee deze ontmoetingsplekken worden gekenmerkt (Chatterton & Hollands, 2002) komt bovendien

overeen met behoeftes van de respondenten naar sociaal contact, vrije tijd en ontspanning, afwisseling ruimte, inspiratie maar ook gewoonte: deze plekken spelen vaak een belangrijk onderdeel in het dagelijkse leven van jongeren. Dat publieke plekken en de woningen het minst werden gemist is verwacht, omdat de lange periode dat de COVID-19 maatregelen van kracht waren ervoor heeft gezorgd dat het leven zich voornamelijk in de buitenlucht of *first place* afspeelde. De maatregelen hadden dus invloed op de verandering in gebruik en het missen van bepaalde ontmoetingsplekken die in verband staan met de behoeftes van jongeren binnen hun dagelijks leven. Hiermee kan de hypothese 'COVID-19 maatregelen hebben indirect invloed op de mentale gezondheid via ontmoetingsplekken' worden bevestigd.

Van alle behoeftes blijkt 'sociaal contact' sterk oververtegenwoordigd. Dit bevestigt de typering van *third places* zoals Oldenburg (1999) omschrijft, waarbij 'socializen' en verbinden met anderen de voornaamste functie is van ontmoetingsplekken. Naast deze sociale functie hebben ze ook een duidelijke praktische functie in de vorm van de ruimte die ze aanbieden voor bezoekers. Uit de behoeftes 'groepsontmoetingen' en 'afwisseling ruimte' blijkt daarom de functie van *third place* dat ze activiteiten faciliteren die niet mogelijk zijn in de woning of de school-/werkomgeving. Afwisseling van ruimte is een functie kenmerkend voor *third places* waarbij deze juist voor de emotionele en ruimtelijke afscheiding van de dagelijkse heisa binnen de woning en op studie/werk kan zorgen (Oldenburg, 1999). Deze afwisseling in ruimte komt ook terug in de behoefte om te 'ontsnappen' en 'weg te zijn' van de dagelijkse verplichtingen zoals Waxman et al. (2007) benoemen. De grootte van deze plekken speelt daarbij een rol, want juist ontmoetingen met grotere groepen en niet de individuele sociale contacten worden door ontmoetingsplekken gefaciliteerd. Er is dus een verband tussen gebrek aan voldoende ontmoetingsplekken en het onderhouden van sociale contacten in groepsverband. Dit relateert ook aan het onderzoek van Mollenhorst et al. (2008) die aantonen dat de samenstelling van persoonlijke netwerken gevormd wordt door de mogelijkheden die er zijn om anderen te ontmoeten. Door het gebrek aan ontmoetingsruimte voor groepen kunnen deze contacten bijvoorbeeld slechter onderhouden worden. Dit kan invloed hebben op het sociale leven van jongeren waarbij de sociale contacten het meest binnen groepsverband plaatsvinden. Al met al, kan de hypothese 'ontmoetingsplekken hebben directe invloed op de mentale gezondheid als plekken die sociale contacten faciliteren' hiermee worden bevestigd.

6.3 Invloed digitalisering op ontmoetingsplekken

Er is een grote behoefte aan fysiek contact waar ontmoetingsplekken een rol bij spelen. Jongeren lijken over het algemeen tevreden te zijn met hun sociale leven welke gedeeltelijk door digitale middelen wordt opgevangen. Echter, er blijkt ook een onvrede over het gebruik van digitale middelen om sociale contacten te onderhouden. Social media en digitale communicatiemiddelen functioneren dus meer als minimale vervanger dan als volwaardig alternatief van fysieke ontmoetingen. Ondanks dat virtuele ontmoetingsplekken wel een grote rol spelen voor bepaalde jongeren (Ducheneaut et al., 2007) geldt dat voor de jongeren in dit onderzoek niet. Ook hierbij kan de oververtegenwoordiging van vrouwen, het grote aandeel studenten en de rol van andere demografische kenmerken van invloed zijn op dit verschil. De lage tevredenheid van digitale middelen voor sociaal contact laat verder een groot belang zien van offline ontmoetingsplekken voor het sociale leven van jongeren. De combinatie van het ontbreken van significante verbanden en virtuele ontmoetingsplekken uit de open vragen, toont aan dat digitalisering geen rol speelt bij de mentale gezondheid van jongeren in dit onderzoek tijdens de COVID-19 maatregelen. Het positieve significante verband tussen de mentale gezondheid met zowel ‘tevredenheid over het sociale leven’ en ‘voldoende ontmoetingsplekken’ toont aan dat andere aspecten een rol kunnen spelen zoals omgevingskenmerken. Het toont aan dat naarmate de mentale gezondheid verslechterd, de tevredenheid van het sociale leven afneemt en het idee ontstaat dat er niet voldoende ontmoetingsplekken in de omgeving zijn. Omgevingskenmerken kunnen daarom van invloed zijn in de vorm van het aanbod van ontmoetingsplekken, als andere mogelijkheden om het sociale leven te onderhouden.

Beperkingen

Enkele beperkingen van dit onderzoek hebben te maken met inhoud van de vragenlijst. Zo is de betrouwbaarheid van de twaalf GHQ-12 vragen afhankelijk van het inschattingsvermogen van de respondent over zijn/haar welzijn. Zo kan de mate van mentale gezondheid beïnvloed zijn door individuele eigenschappen die niet zijn meegenomen in het onderzoek. Daarnaast kan een cross-sectioneel onderzoeksontwerp enkel relaties aantonen tussen de variabelen en geen causale verbanden aantonen. Bovendien zijn er geen data beschikbaar over de mentale toestand van de respondenten voorafgaand aan de pandemie. *Reporting bias* is een andere beperking. Dit komt bijvoorbeeld voor als mensen die al een slechte mentale gezondheid hebben hun omgeving op basis daarvan negatief ervaren (Mair et al., 2008). De generaliseerbaarheid van de resultaten is beperkt doordat de responsgroep niet volledig representatief is voor de jongerenpopulatie van Nederland. Aangezien mannen

ondervertegenwoordigd hebben de resultaten meer betrekking op de mate van mentale gezondheid van vrouwen. Het gegeven dat de meerderheid een slechte gezondheid had komt ook overeen met de literatuur waaruit blijkt dat vrouwen eerder mentale klachten krijgen dan mannen (Lucero et al., 2021; Patel et al., 2007). Vervolgonderzoek zou moeten kijken naar onderliggende factoren die slechtere mentale gezondheid van vrouwen kunnen veroorzaken. Daarnaast kunnen externe factoren zoals de versoepeling van COVID-19 maatregelen en de gestegen temperatuur gedurende de dataverzameling de antwoorden hebben beïnvloed. Zo zijn de antwoorden van de eerste serie respondenten gebaseerd op situaties met beperkte toegang tot ontmoetingsplekken vergeleken met de laatste respondenten die bijvoorbeeld op dat moment al naar het terras konden. Daarnaast zou de beantwoording van de GHQ-12 vragen beïnvloed kunnen zijn door het weer en omstandigheden van de periode waarin ze de enquête hadden ingevuld (Schwarz & Clore, 1983). Vervolgonderzoek kan bijvoorbeeld rekening houden met seizoensgerelateerde mentale gezondheid waaronder een winterdepressie. Deze is in dit onderzoek echter niet behandeld.

Implicaties en vervolgonderzoek

Dit onderzoek is van exploratieve aard omdat het de relatief onderbelichte relatie tussen ontmoetingsplekken en mentale gezondheid onderzocht binnen een kader van de COVID-19 pandemie. Echter, een onvoorspelbare en onzekere situatie zoals een pandemie leent zich daarom juist voor onderzoek naar het mentaal welbevinden. Specifiek gericht op de leeftijd 18-24 jaar die in de transitie naar volwassenheid zit, blijkt de mentale gezondheid van deze groep op zijn kwetsbaarst en is het onderhouden hiervan cruciaal. Vervolgonderzoek zou daarom van longitudinale aard moeten zijn en een grote onderzoekspopulatie moeten bevatten. Hierbij kan rekening worden gehouden met de mate van stedelijkheid van de leefomgeving van jongeren, maar ook samenstelling en kwaliteit van hun sociale omgeving en netwerk. Aangezien dit onderzoek heeft plaatsgevonden tussen lente en zomer in, vormden parken een gunstige plek om naartoe te gaan wat blijkt uit het grote gebruik van deze ruimte tijdens de pandemie. Vervolgonderzoek zou moeten nagaan in hoeverre de seizoenen en weersomstandigheden invloed hebben op het gebruik en behoefte van ontmoetingsplekken voor jongeren. Ook hierbij heeft longitudinaal onderzoek de voorkeur zodat de mentale gezondheid over een langere periode met wisselende seizoenen kan worden gemonitord. Ander onderzoek kan zich richten op de mate van invloed die de migratieachtergrond heeft op de mentale gezondheid van jongeren.

7. Conclusie

In dit onderzoek is onderzocht welke rol ontmoetingsplekken spelen bij de mentale gezondheid van jongeren in Nederland ten tijde van de COVID-19 pandemie. Meer dan de helft van de jongeren in dit onderzoek blijkt een slechte mentale gezondheid te hebben. De resultaten zijn echter beperkt tot vrouwen en oudere jongeren die oververtegenwoordigd waren. Er zijn ook geen statistische verbanden gevonden tussen de mentale gezondheid en individuele kenmerken van de jongeren. Verder is aangetoond dat jongeren regelmatig gebruik maken van ontmoetingsplekken en de behoefte hiernaar groot is. Er is een verandering zichtbaar in de verschuiving van *third place* naar *first place* via de toename in ontmoetingen thuis of bij anderen thuis. Het ontbreken van deze ontmoetingsplekken tijdens de pandemie blijkt ook uit het gemis hiervan en ontevredenheid over het sociale leven. Gedurende de COVID-19 maatregelen werden publieke/buitenshuise ontmoetingsplekken het meest gebruikt. Sociale ontmoetingsplekken werden zowel veel gebruikt als gemist, wat beïnvloed kan zijn door versoepeling van COVID-19 maatregelen. Andere gemiste ontmoetingsplekken waren commerciële ontmoetingsplekken en georganiseerde sociale activiteiten. Sociaal contact was de voornaamste behoefte gerelateerd aan ontmoetingsplekken. Jongeren wilden graag nieuwe mensen ontmoeten en onder de mensen zijn waaruit ook het belang van fysiek contact blijkt. Tegelijkertijd bieden ontmoetingsplekken ruimte voor jongeren die ze elders niet hebben door hun woonsituatie of de reikwijdte van hun sociale netwerk. Digitale middelen vormen bovendien geen volwaardige vervanging voor fysiek contact en het onderhouden van sociale contacten. Virtuele ontmoetingsplekken werden niet genoemd in dit onderzoek. De invloed van digitalisering en het wegvallen van fysieke ontmoetingsplekken is in dit daarom onderzoek beperkt. Kortom, dit onderzoek heeft aangetoond dat de invloed van de COVID-19 maatregelen op het aanbod van ontmoetingsplekken en mentale klachten van jongeren niet moet worden onderschat. Toekomstig beleid zou hier daarom rekening mee moeten houden. Vervolgonderzoek met een grotere steekproef is echter nodig om de invloed van demografische kenmerken te bepalen en dieper in te gaan op de gevonden verbanden tussen mentale gezondheid en ontmoetingsplekken.

8. Literatuurlijst

Allington, D., Duffy, B., Wessely, S., Dhavan, N., & Rubin, J. (2020). Health-protective behaviour, social media usage and conspiracy belief during the COVID-19 public health emergency. *Psychological medicine*, 1-7.

Amerio, A., Brambilla, A., Morganti, A., Aguglia, A., Bianchi, D., Santi, F., ... & Capolongo, S. (2020). Covid-19 lockdown: Housing built environment's effects on mental health. *International journal of environmental research and public health*, *17*(16), 5973.

Astell-Burt, T., & Feng, X. (2021). Time for 'Green'during COVID-19? Inequities in Green and Blue Space Access, Visitation and Felt Benefits. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5), 2757.

Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, *117*(3), 497.

Birditt, K. S., Turkelson, A., Fingerman, K. L., Polenick, C. A., & Oya, A. (2021). Age differences in stress, life changes, and social ties during the COVID-19 pandemic: Implications for psychological well-being. *The Gerontologist*, *61*(2), 205-216.

Bordalo, P., Coffman, K. B., Gennaioli, N., & Shleifer, A. (2020). *Older people are less pessimistic about the health risks of COVID-19* (No. w27494). National Bureau of Economic Research.

Boterman, W. R. (2020). Urban-Rural Polarisation in Times of the Corona Outbreak? The Early Demographic and Geographic Patterns of the SARS-CoV-2 Epidemic in the Netherlands. *Tijdschrift voor economische en sociale geografie*, *111*(3), 513-529.

Bovier, P. A., Chamot, E., & Perneger, T. V. (2004). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of life research*, *13*(1), 161-170.

Brands, J., Schwanen, T. & van Aalst, I. (2014). Spatiotemporal variations in nightlife consumption: A comparison of students in two Dutch cities. *Applied Geography*, 54, 96-109.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, *395*(10227), 912-920.

Byrd, D. R., & McKinney, K. J. (2012). Individual, interpersonal, and institutional level factors associated with the mental health of college students. *Journal of American College Health*, *60*(3), 185-193.

CBS (2020). Jongeren verdeling geslacht [informatiepagina]. Verkregen van https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/jongeren

CBS (2021). Wat zijn de gevolgen van de eerste coronagolf voor arbeid en inkomen. Verkregen van https://www.cbs.nl/nl-nl/faq/corona/arbeideninkomen/wat-zijn-de-gevolgen-van-de-eerste-coronagolf-voor-arbeid-en-inkomen-

Chatterton, P., & Hollands, R. (2002). Theorising urban playscapes: producing, regulating and consuming youthful nightlife city spaces. *Urban studies*, *39*(1), 95-116.

Clair, R., Gordon, M., Kroon, M., & Reilly, C. (2021). The effects of social isolation on well-being and life satisfaction during pandemic. *Humanities and Social Sciences Communications*, *8*(1), 1-6.

Copp, J. E., Giordano, P. C., Longmore, M. A., & Manning, W. D. (2017). Living with parents and emerging adults' depressive symptoms. *Journal of Family Issues*, *38*(16), 2254-2276.

De Vocht, A. (2016). *SPSS 24 Basishandboek.* Utrecht: Bijleveld Press.

Del Pilar Sánchez-López, M., & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema, 20*(4), 839-843.

Diez Roux, A. V. (2001). Investigating neighborhood and area effects on health. *American journal of public health*, *91*(11), 1783-1789.

Ducheneaut, N., Moore, R. J., & Nickell, E. (2007). Virtual “third places”: A case study of sociability in massively multiplayer games. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, *16*(1), 129-166.

DUIC (2020, 12 juni). Utrecht spreekt van een succes: ook andere parken krijgen coronacirkels. Foto door Bas van Setten [afbeelding]. Verkregen van https://www.duic.nl/algemeen/utrecht-spreekt-van-een-succes-ook-andere-parken-krijgen-coronacirkels/

Eckersley, R. (2011). A new narrative of young people's health and well-being. *Journal of youth studies*, *14*(5), 627-638.

Finlay, J., Esposito, M., Kim, M. H., Gomez-Lopez, I., & Clarke, P. (2019). Closure of ‘third places’? Exploring potential consequences for collective health and wellbeing. *Health & place*, *60*, 1-5.

Gisle, L. (2008). Mentale Gezondheid. *Gezondheidsenquête België*.

Giuntella, O., Hyde, K., Saccardo, S., & Sadoff, S. (2021). Lifestyle and mental health disruptions during Covid-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *118*(9).

Glowacz, F., & Schmits, E. (2020). Psychological distress during the COVID-19 lockdown: the young adults most at risk. *Psychiatry research*, *293*, 113486.

Goldberg, D., & Williams, P. (1988). A user’s guide to the General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson.

Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological medicine*, *27*(1), 191-197.

Haas, M. de, Faber, R., & Hamersma, M. (2020). How COVID-19 and the Dutch ‘intelligent lockdown’change activities, work and travel behaviour: Evidence from longitudinal data in the Netherlands. *Transportation Research Interdisciplinary Perspectives*, *6*, 1-11.

Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*, *10*(7), 1206.

Hoeymans, N., Garssen, A. A., Westert, G. P., & Verhaak, P. F. (2004). Measuring mental health of the Dutch population: a comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. *Health and quality of life outcomes*, *2*(1), 1-6.

ISO (2021). Ervaringen van studenten met onderwijs en toetsen op afstand tijdens corona. Nijmegen: ResearchNed.

Jeffres, L. W., Bracken, C. C., Jian, G., & Casey, M. F. (2009). The impact of third places on community quality of life. *Applied research in quality of life*, *4*(4), 333.

Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, *62*(2), 95.

Kwong, A. S., Pearson, R. M., Adams, M. J., Northstone, K., Tilling, K., Smith, D., ... & Timpson, N. J. (2020). Mental health before and during the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. *The British Journal of Psychiatry*, 1.

Kumar, A., & Nayar, K. R. (2020). COVID 19 and its mental health consequences. *Journal of Mental Health*, *180*(6), 817-8.

Levin, K. A. (2006). Study design III: Cross-sectional studies. *Evidence-based dentistry*, *7*(1), 24-25.

Lucero, J. E., Emerson, A. D., Bowser, T., & Koch, B. (2021). Mental Health Risk Among Members of the Millennial Population Cohort: A Concern for Public Health. American Journal of Health Promotion, 35(2), 266-270.

Maas, J., Verheij, R. A., Groenewegen, P. P., De Vries, S., & Spreeuwenberg, P. (2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *60*(7), 587-592.

Mair, C., Diez-Roux, A. V., & Galea, S. (2008). Are neighbourhood characteristics associated with depressive symptoms? A review of evidence. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *62*(11), 940-946.

Mehta, V., & Bosson, J. K. (2010). Third places and the social life of streets. *Environment and Behavior*, *42*(6), 779-805.

MentalHealth.gov (28 mei, 2020). What is Mental Health? [informatiepagina]. Geraadpleegd op 5 april 2021, verkregen van https://www.mentalhealth.gov/basics/what-is-mental-health

Mollenhorst, G., Völker, B., & Flap, H. (2008). Social contexts and personal relationships: The effect of meeting opportunities on similarity for relationships of different strength. *Social Networks*, *30*(1), 60-68

Moore, R. J., Gathman, E. C. H., & Ducheneaut, N. (2009). From 3D space to third place: The social life of small virtual spaces. *Human Organization*, 230-240.

Nicola, M., Alsafi, Z., Sohrabi, C., Kerwan, A., Al-Jabir, A., Iosifidis, C., ... & Agha, R. (2020). The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: a review. *International journal of surgery,* 78, p. 185-193.

Nguyen, T. V. T., Han, H., Sahito, N., & Lam, T. N. (2019). The bookstore-café: Emergence of a new lifestyle as a “Third Place” in Hangzhou, China. *Space and Culture*, *22*(2), 216-233.

Oldenburg, R., & Brissett, D. (1982). The third place. *Qualitative sociology*, *5*(4), 265-284.

Oldenburg, R. (1999). *The great good place: Cafes, coffee shops, bookstores, bars, hair salons, and other hangouts at the heart of a community*. New York: Marlowe & Company.

Patel, J. A., Nielsen, F. B. H., Badiani, A. A., Assi, S., Unadkat, V. A., Patel, B., ... & Wardle, H. (2020). Poverty, inequality and COVID-19: the forgotten vulnerable. *Public health*, *183*, 110.

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, *369*(9569), 1302-1313.

Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*, *383*(6), 510-512.

Rijksoverheid (2020, 16 maart). TV-toespraak van minister-president Mark Rutte [toespraak]. Verkregen van https://www.rijksoverheid.nl/documenten/toespraken/2020/03/16/tv-toespraak-van-minister-president-mark-rutte

Rijksoverheid (2021). Algemene coronaregels - Corona en boetes [informatiepagina]. Verkregen vanhttps://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/algemene-coronaregels/corona-en-boetes

Scheepers, P.L.H., Tobi, H., & Boeije, H.R. (2016). *Onderzoeksmethoden* (negende druk). Amsterdam: Boom uitgevers.

Schoemaker, C., Kleinjan, M., Van der Borg, W., Busch, M., Muntinga, M., Nuijen, J., & Dedding, C. (2019). *Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen.* Bilthoven: RIVM.

Schwarz, N., & Clore, G. L. (1983). Mood, misattribution, and judgments of well-being: informative and directive functions of affective states. *Journal of personality and social psychology*, *45*(3), 513.

Shanahan, M. J. (2000). Pathways to adulthood in changing societies: Variability and mechanisms in life course perspective. *Annual review of sociology*, *26*(1), 667-692.

Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) (oktober, 2020). *SCP Coronakompas: Werk – Kwaliteit van leven in tijden van corona*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Soukup, C. (2006). Computer-mediated communication as a virtual third place: building Oldenburg's great good places on the world wide web. *New Media & Society*, *8*(3), 421-440.

Tanton, C., McDonagh, L., Cabecinha, M., Clifton, S., Geary, R., Rait, G., ... & Mercer, C. H. (2021). How does the sexual, physical and mental health of young adults not in education, employment or training (NEET) compare to workers and students?. *BMC public health*, *21*(1), 1-17.

Tartaglia, S. (2013). Different predictors of quality of life in urban environment. *Social Indicators Research*, *113*(3), 1045-1053.

Usher, K., Bhullar, N., & Jackson, D. (2020). Life in the pandemic: Social isolation and mental health. I*nternational Journal of Mental Health Nursing*, *29,* 549–552.

Valk, J. van der (2015). *De leefomgeving van twintigers.* Den Haag: CBS.

Van Aalst, I. & Brands, J. (2021). Young people: being apart, together in an urban park. *Journal of Urbanism: International Research on Placemaking and Urban Sustainability*, *14*(1), 1-17.

Van Leeuwen, E.S. & Bourdeau-Lepage L. (2020). Ruimtelijke verschillen in de impact van de lockdown op welzijn in Nederland. Wageningen: Universiteit Wageningen. Verkregen van https://www.wur.nl/en/newsarticle/WUR-vragenlijst-over-Ruimtelijke-verschillen-in-de-impact-van-de-lockdown-daling-welzijn-vooral-in-de-stad..htm

Van Liempt, I., Van Aalst, I. & Schwanen, T. (2015). Introduction: Geographies of the urban night. *Urban Studies, 52*(3) 407–421.

Venter, Z. S., Barton, D. N., Gundersen, V., Figari, H., & Nowell, M. (2020). Urban nature in a time of crisis: recreational use of green space increases during the COVID-19 outbreak in Oslo, Norway. *Environmental Research Letters*, *15*(10), 104075.

Verheij, R. A. (1996). Explaining urban-rural variations in health: a review of interactions between individual and environment. *Social science & medicine*, *42*(6), 923-935.

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken (zesde druk)*. Amsterdam: Boom uitgevers.

Völker, B. (2006). Sociale relaties en netwerken op het werk en in de buurt. Utrecht: UvA, RUG, UU.

Wal, C. van der (2021, 6 februari). Tachtig procent van de jongeren zit door corona tegen burn-out aan. Verkregen van https://www.ad.nl/gezond/tachtig-procent-van-jongeren-zit-door-corona-tegen-burn-out-aan~aa7d954/

Waxman, L., Clemons, S., Banning, J., & McKelfresh, D. (2007). The library as place: Providing students with opportunities for socialization, relaxation, and restoration. *New Library World*, *108(*9/10), 424-434

WHO (2004). *Investing in mental health.* Geneva: World Health Organization.

WHO (2018, 30 maart). Mental health: strengthening our response. [Informatiepagina]. Verkregen van https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

WHO (2020, 11 maart). WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Verkregen van https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., ... & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*.

Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, *17*(7), 2381.

Zhang, L., Zhou, S., Kwan, M. P., Chen, F., & Lin, R. (2018). Impacts of individual daily greenspace exposure on health based on individual activity space and structural equation modeling. *International journal of environmental research and public health*, *15*(10), 2323.

9. Bijlage

9.1 Demografische variabelen

9.1.1 Geslacht

Frequencies

Statistics

Geslacht

N	Valid	112
	Missing	0

Geslacht

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Man	27	24,1	24,1	24,1
	Vrouw	83	74,1	74,1	98,2
	Anders	2	1,8	1,8	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

B9.1.2 Leeftijd

Geboortejaar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18	3	2,7	2,7	100,0
	19	8	7,1	7,1	97,3
	20	8	7,1	7,1	90,2
	21	8	7,1	7,1	83,0
	22	20	17,9	17,9	75,9
	23	30	26,8	26,8	58,0
	24	35	31,3	31,3	31,3
	Total	112	100,0	100,0	

Leeftijdscategorieën

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-19	11	9,8	9,8	100,0
	20-21	16	14,3	14,3	90,2
	22-24	85	75,9	75,9	75,9
	Total	112	100,0	100,0	

9.1.3 Opleidingsniveau

Statistics

Opleidingsniveau

N	Valid	112
	Missing	0

Opleidingsniveau

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	HAVO	20	17,9	17,9	17,9
	VWO	24	21,4	21,4	39,3
	MBO	6	5,4	5,4	44,6
	HBO	14	12,5	12,5	57,1
	WO	48	42,9	42,9	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

9.1.4 Occupatie

Statistics

Occupatie

N	Valid	112
	Missing	0

Occupatie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Middelbare scholier	2	1,8	1,8	1,8
	Student	50	44,6	44,6	46,4
	Werkend	16	14,3	14,3	60,7
	Student en werkend	42	37,5	37,5	98,2
	Anders, namelijk …	2	1,8	1,8	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

9.1.5 Woonsituatie

Statistics

Woonsituatie

N	Valid	112
	Missing	0

Woonsituatie

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Alleenwonend	5	4,5	4,5	4,5
	Bij ouders/familie	37	33,0	33,0	37,5
	Met vrienden	8	7,1	7,1	44,6
	In studentenhuis	49	43,8	43,8	88,4
	Anders, namelijk:	1	,9	,9	89,3
	Samenwonend met partner	12	10,7	10,7	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

9.1.6 Woonlocatie naar stedelijkheid

Statistics

Woonplek_naam

N	Valid	112
	Missing	0

Woonplek_naam

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Randstad	61	54,5	54,5	54,5
	Stedelijk	29	25,9	25,9	80,4
	Dorps	11	9,8	9,8	90,2
	Wil niet zeggen	11	9,8	9,8	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

9.1.7 Migratieachtergrond

List of Countries

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nepal	1	,9	,9	,9
	Netherlands	108	96,4	97,3	98,2
	Trinidad and Tobago	1	,9	,9	99,1
	United States of America	1	,9	,9	100,0
	Total	111	99,1	100,0	
Missing	System	1	,9		
Total		112	100,0		

In welk(e) land(en) zijn je ouders geboren?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Canada	1	,9	,9	,9
	China	1	,9	,9	1,8
	Colombia	1	,9	,9	2,7
	Guyana	1	,9	,9	3,6
	Morocco	2	1,8	1,8	5,5
	Netherlands	102	91,1	92,7	98,2
	Suriname	1	,9	,9	99,1
	Togo	1	,9	,9	100,0
	Total	110	98,2	100,0	
Missing	System	2	1,8		
Total		112	100,0		

9.2 GHQ-12 analyse

9.2.1 Cronbach's alpha GHQ-12

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	112	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	112	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,870	12

9.2.2 Totale score GHQ-12

Statistics

Totale score GHQ12

N	Valid	112
	Missing	0
Mean		16,3214
Median		15,0000
Mode		10,00[a]
Std. Deviation		6,17932
Variance		38,184
Range		29,00
Minimum		4,00
Maximum		33,00
Percentiles	25	11,2500
	50	15,0000
	75	20,0000

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Verdeling goede en slechte mentale gezondheid

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Goede mentale gezondheid	28	25,0	25,0	25,0
	Slechte mentale gezondheid	84	75,0	75,0	100,0
	Total	112	100,0	100,0	

9.2.3 Crosstabs mentale gezondheid en demografische variabelen

Geslacht * Verdeling goede en slechte mentale gezondheid Crosstabulation

			Verdeling goede en slechte mentale gezondheid		
			Goede mentale gezondheid	Slechte mentale gezondheid	Total
Geslacht	Man	Count	8	19	27
		% within Geslacht	29,6%	70,4%	100,0%
	Vrouw	Count	20	63	83
		% within Geslacht	24,1%	75,9%	100,0%
	Anders	Count	0	2	2
		% within Geslacht	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	28	84	112
		% within Geslacht	25,0%	75,0%	100,0%

Geboortejaar * Verdeling goede en slechte mentale gezondheid Crosstabulation

			Verdeling goede en slechte mentale gezondheid		
			Goede mentale gezondheid	Slechte mentale gezondheid	Total
Geboortejaar	24	Count	9	26	35
		% within Geboortejaar	25,7%	74,3%	100,0%
	23	Count	12	18	30
		% within Geboortejaar	40,0%	60,0%	100,0%
	22	Count	3	17	20
		% within Geboortejaar	15,0%	85,0%	100,0%
	21	Count	1	7	8
		% within Geboortejaar	12,5%	87,5%	100,0%
	20	Count	2	6	8
		% within Geboortejaar	25,0%	75,0%	100,0%
	19	Count	1	7	8
		% within Geboortejaar	12,5%	87,5%	100,0%
	18	Count	0	3	3
		% within Geboortejaar	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	28	84	112
		% within Geboortejaar	25,0%	75,0%	100,0%

Geboortejaar * Verdeling goede en slechte mentale gezondheid Crosstabulation

			Goede mentale gezondheid	Slechte mentale gezondheid	Total
	24	Count	9	26	35
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	32,1%	31,0%	31,3%
	23	Count	12	18	30
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	42,9%	21,4%	26,8%
	22	Count	3	17	20
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	10,7%	20,2%	17,9%
	21	Count	1	7	8
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	3,6%	8,3%	7,1%
	20	Count	2	6	8
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	7,1%	7,1%	7,1%
	19	Count	1	7	8
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	3,6%	8,3%	7,1%
	18	Count	0	3	3
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	0,0%	3,6%	2,7%
Total		Count	28	84	112
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	100,0%	100,0%	100,0%

Opleidingsniveau * Verdeling goede en slechte mentale gezondheid Crosstabulation

			Verdeling goede en slechte mentale gezondheid		
			Goede mentale gezondheid	Slechte mentale gezondheid	Total
Opleidingsniveau	HAVO	Count	4	16	20
		% within Opleidingsniveau	20,0%	80,0%	100,0%
	VWO	Count	5	19	24
		% within Opleidingsniveau	20,8%	79,2%	100,0%
	MBO	Count	1	5	6
		% within Opleidingsniveau	16,7%	83,3%	100,0%
	HBO	Count	5	9	14
		% within Opleidingsniveau	35,7%	64,3%	100,0%
	WO	Count	13	35	48
		% within Opleidingsniveau	27,1%	72,9%	100,0%
Total		Count	28	84	112
		% within Opleidingsniveau	25,0%	75,0%	100,0%

Occupatie * Verdeling goede en slechte mentale gezondheid Crosstabulation

			Verdeling goede en slechte mentale gezondheid		
			Goede mentale gezondheid	Slechte mentale gezondheid	Total
Occupatie	Middelbare scholier	Count	0	2	2
		% within Occupatie	0,0%	100,0%	100,0%
	Student	Count	11	39	50
		% within Occupatie	22,0%	78,0%	100,0%
	Werkend	Count	7	9	16
		% within Occupatie	43,8%	56,3%	100,0%
	Student en werkend	Count	10	32	42
		% within Occupatie	23,8%	76,2%	100,0%
	Anders, namelijk ...	Count	0	2	2
		% within Occupatie	0,0%	100,0%	100,0%
Total		Count	28	84	112
		% within Occupatie	25,0%	75,0%	100,0%

Woonsituatie * Verdeling goede en slechte mentale gezondheid Crosstabulation

			Verdeling goede en slechte mentale gezondheid		
			Goede mentale gezondheid	Slechte mentale gezondheid	Total
Woonsituatie	Alleenwonend	Count	1	4	5
		% within Woonsituatie	20,0%	80,0%	100,0%
	Bij ouders/familie	Count	8	29	37
		% within Woonsituatie	21,6%	78,4%	100,0%
	Met vrienden	Count	3	5	8
		% within Woonsituatie	37,5%	62,5%	100,0%
	In studentenhuis	Count	13	36	49
		% within Woonsituatie	26,5%	73,5%	100,0%
	Anders, namelijk:	Count	0	1	1
		% within Woonsituatie	0,0%	100,0%	100,0%
	Samenwonend met partner	Count	3	9	12
		% within Woonsituatie	25,0%	75,0%	100,0%
Total		Count	28	84	112
		% within Woonsituatie	25,0%	75,0%	100,0%

Woonplek * Verdeling goede en slechte mentale gezondheid Crosstabulation

			Verdeling goede en slechte mentale gezondheid		
			Goede mentale gezondheid	Slechte mentale gezondheid	Total
Woonplek	Randstad	Count	18	44	62
		% within Woonplek	29,0%	71,0%	100,0%
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	66,7%	59,5%	61,4%
	Zeer stedelijk	Count	4	19	23
		% within Woonplek	17,4%	82,6%	100,0%
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	14,8%	25,7%	22,8%
	Stedelijk	Count	2	4	6
		% within Woonplek	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	7,4%	5,4%	5,9%
	Dorp	Count	3	7	10
		% within Woonplek	30,0%	70,0%	100,0%
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	11,1%	9,5%	9,9%
Total		Count	27	74	101
		% within Woonplek	26,7%	73,3%	100,0%
		% within Verdeling goede en slechte mentale gezondheid	100,0%	100,0%	100,0%

9.3 Overzicht 10 stellingen over ‘sociale leven’

9.3.1 Descriptives statistics 10 stellingen over ‘sociale leven’

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Tevredenheid sociale leven	112	1	5	2,98	1,280
Toename digitale contact	112	1	5	2,28	1,133
Tevredenheid digitaal contact	112	1	5	4,14	1,106
Behoefte fysiek contact	112	1	4	1,27	,520
Gebruik van ontmoetingsplekken	112	1	5	2,47	1,098
Belang van ontmoetingsplekken	112	1	5	2,17	1,056
Voldoende ontmoetingsplekken omgeving	112	1	5	2,87	1,119
Missen van ontmoetingsplekken	112	1	4	1,85	,872
Afname gebruik ontmoetingsplekken	112	1	5	2,14	1,114
Toename ontmoeten thuis	112	1	5	2,13	1,202
Valid N (listwise)	112				

9.3.2 Correlation Bivariate analysis (groen = sig. <0,05; rood = sig. <0,01)

Correlations

Correlation Coefficient

		Tevredenheid sociale leven	Toename digitaal contact	Tevredenheid digitaal contact	Behoefte fysiek contact	Gebruik van ontmoetingsplekken	Belang van ontmoetingsplekken	Voldoende ontmoetingsplekken omgeving	Missen van ontmoetingsplekken	Afname gebruik ontmoetingsplekken	Toename ontmoeten thuis
Spearman's rho	Tevredenheid sociale leven	1,000	,033	,189*	-,075	,167	-,069	,382**	-,166	-,040	,283**
	Toename digitaal contact	,033	1,000	,102	,160	,182	,208*	,019	,273**	,119	,181
	Tevredenheid digitaal contact	,189*	,102	1,000	-,362**	-,164	-,252**	,292**	-,184	-,112	-,054
	Behoefte fysiek contact	-,075	,160	-,362**	1,000	,329**	,457**	,022	,366**	,254**	,219*
	Gebruik van ontmoetingsplekken	,167	,182	-,164	,329**	1,000	,624**	,264**	,131	,073	,261**
	Belang van ontmoetingsplekken	-,069	,208*	-,252**	,457**	,624**	1,000	,058	,425**	,320**	,256**
	Voldoende ontmoetingsplekken omgeving	,382**	,019	,292**	,022	,264**	,058	1,000	-,193*	,034	,103
	Missen van ontmoetingsplekken	-,166	,273**	-,184	,366**	,131	,425**	-,193*	1,000	,455**	,154
	Afname gebruik ontmoetingsplekken	-,040	,119	-,112	,254**	,073	,320**	,034	,455**	1,000	,132
	Toename ontmoeten thuis	,283**	,181	-,054	,219*	,261**	,256**	,103	,154	,132	1,000

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

9.3.3 Spearman's rho correlatie - rangschikking van hoog naar laag

Stelling 1	Stelling 2	Spearman's rho (+/-)	Significantie	Sterkte verband
Gebruik van ontmoetingsplekken	Belang van ontmoetingsplekken	0,624	<0,01	Sterk
Behoefte fysiek contact	Belang van ontmoetingsplekken	0,457	<0,01	Matig sterk
Missen van ontmoetingsplekken	Afname gebruik ontmoetingsplekken	0,455	<0,01	Matig sterk
Missen van ontmoetingsplekken	Belang van ontmoetingsplekken	0,425	<0,01	Matig sterk
Tevredenheid sociale leven	Voldoende ontmoetingsplekken	0,382	<0,01	Matig sterk
Behoefte fysiek contact	Missen van ontmoetingsplekken	0,366	<0,01	Matig sterk
Behoefte fysiek contact	Tevredenheid digitaal contact	-0,362	<0,01	Matig sterk
Behoefte fysiek contact	Gebruik van ontmoetingsplekken	0,329	<0,01	Matig sterk
Belang van ontmoetingsplekken	Afname gebruik ontmoetingsplekken	0,320	<0,01	Matig sterk
Tevredenheid digitaal contact	Voldoende ontmoetingsplekken	0,292	<0,01	Zwak
Tevredenheid sociale leven	Toename ontmoeten thuis	0,283	<0,01	Zwak
Toename digitaal contact	Missen van ontmoetingsplekken	0,273	<0,01	Zwak

Gebruik van ontmoetingsplekken	Voldoende ontmoetingsplekken	0,264	<0,01	Zwak
Gebruik van ontmoetingsplekken	Toename ontmoeten thuis	0,261	<0,01	Zwak
Belang van ontmoetingsplekken	Toename ontmoeten thuis	0,256	<0,01	Zwak
Behoefte fysiek contact	Afname gebruik ontmoetingsplekken	0,254	<0,01	Zwak
Tevredenheid digitaal contact	Belang van ontmoetingsplekken	-0,252	<0,01	Zwak
Behoefte fysiek contact	Toename ontmoeten thuis	0,219	<0,05	Zwak
Toename digitaal contact	Belang van ontmoetingsplekken	0,208	<0,05	Zwak
Voldoende ontmoetingsplekken	Missen van ontmoetingsplekken	-0,193	<0,05	Zwak
Tevredenheid sociale leven	Tevredenheid digitaal contact	0,189	<0,05	Zwak

9.4 Open vragen turflijst

Q16 Welke ontmoetingsplekken gebruik je nu tijdens de pandemie?

Soort ontmoetingsplek	**Frequentie**
Park	LIIII IIIIII IIIIII IIIIII IIIIII IIIIII IIIIII IIIIII IIIIII IIIIII II
Thuis	LIIII IIIIII IIIIII III
Sportschool (voorzieningen, hockeyclub)	LIIII II

Huis van vrienden/anderen	LIIII IIIIII IIIIII II
School/universiteit	LIIII I
Religieuze instelling (kerk)	I
Openveld (basketbalveld, voetbalveld)	II
Terras (restaurant, cafe)	LIIII IIIIII IIIIII IIIIII IIIII IIII
Openbare ruimte (stadsplein, straat, 'buiten')	LIIII IIIIII IIIIII IIIIII
Winkel(s)-/centra	IIIIII
Groene ruimte (natuur, bos)	LIIIII I
Tuin (dakterras)	III
Werk	II
Strand	III
Koffietentjes/to-go	IIII
Bibliotheek	I
Vakantiehuis	I
Studievereniging	I
Auto	I
Wandelen (waar je doorheen kunt lopen)	LIIII I
Geen	III

Q17 Welke ontmoetingsplekken mis je het meest tijdens de pandemie?

Soort ontmoetingsplek	**Frequentie**
Vereniging	IIIII
Sportvoorziening (kantine, sportschool)	LIIII IIIIII
Uitgaansgelegenheid (kroeg, loodsen, club)	LIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII II
School/universiteit	LIIII IIIII II
Grootschalige evenementen (festival, concert, feestje)	LIIII IIIII IIIII I
Horeca (terras, restaurant)	LIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII IIIII III

Park	II
Winkels	III
Culturele instellingen (musea, theater, bioscoop)	LIIII IIIII IIIII IIIII I
Dierentuin	II
Attractiepark	II
Geen	II
Thuis	I
Huis van anderen	IIII
Andere stad	II
Religieuze instelling (kerk)	I
Bibliotheek	III
Bankjes buiten	I

Q18 Waarom heb je nu behoefte aan deze ontmoetingsplekken?

Behoefte	**Frequentie**	**Categorisering 6 typen**
Sociaal contact	LIIII IIIII IIIII IIIII I	Sociaal contact
Gezelligheid	LIIII IIIII	Sociaal contact
Niet alleen zijn; eenzaamheid	II	Sociaal contact
Reuring van mensen om je heen	II	Sociaal contact
‘Lang niet gedaan’; ‘omdat’ (het niet mogelijk is); ‘vond altijd leuk’	LIIII IIIII III	Gewoonte
Afwisseling sociaal contact / buiten eigen kringen	LIIII IIIII I	Afwisseling omgeving
‘Is leuk’; fijn gevoel	III	Vrije tijd/ontspanning
Nieuwe mensen ontmoeten	LIIII IIIII IIIII I	Sociaal contact

Energie opladen	II	Ontspanning
Niet mogelijk thuis mensen ontvangen	I	Groepsontmoetingen
Digitaal contact verveelt	I	Inspiratie
Ontmoetingsplekken zijn fijn	I	Afwisseling omgeving
Voor fysieke en mentale gezondheid; sporten	II	Vrije tijd/ontspanning
Gevoel van vrijheid, loslaten, leven; ontspanning; uitlaatklep; spontaniteit	IIIII	Vrije tijd/ontspanning
Reden om naar buiten te gaan; zorgt dat je je eigen huis uit kan	III	Afwisseling omgeving
Dansen	II	Vrije tijd/ontspanning
Lekker eten	I	Vrije tijd/ontspanning
Weersomstandigheden; mogelijkheid om mensen ook buitenshuis te ontmoeten	LIIII III	Groepsontmoetingen
Toegankelijker om daar af te spreken (functie van neutrale ruimte)	III	Groepsontmoetingen; afwisseling omgeving
Nieuwe prikkels; geïnspireerd raken	IIII	Inspiratie
Leuke dingen doen; plezier	LIIII I	Entertainment
Contacten onderhouden (moeilijker zonder ontmoetingsplekken)	II	Groepsontmoetingen
Verveling; onderbreken van ‘sleur’	II	Inspiratie
Plek/mogelijkheid om af te spreken met anderen; in groepen samenkomen	LIIII IIIII I	Groepsontmoetingen

Ontsnappen aan de werkelijkheid (met een film (=1)); afleiding	II	Ontspanning; inspiratie
Afwisseling omgeving	IIIII	Afwisseling omgeving
Geen doel meer in het leven zonder anderen te zien	I	Inspiratie
Meer sociale cohesie	I	Sociaal contact
Gewoonte/altijd gedaan	I	Gewoonte
Makkelijker	I	Afwisseling omgeving; sociaal contact

9.5 Open vragen beschrijvende statistiek

9.5.1 Gebruik ontmoetingsplekken

Beschikbare ontmoetingsplekken

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
	Sociale ontmoetingsplekken	39	20,6%	37,5%
	Georganiseerde sociale activiteiten	9	4,8%	8,7%
	Publieke/buitenshuis plekken	84	44,4%	80,8%
	Commerciele plekken	5	2,6%	4,8%
	Thuis/huis van anderen	34	18,0%	32,7%
	School/universiteit/werk	18	9,5%	17,3%
Total		189	100,0%	181,7%

9.5.2 Gemiste ontmoetingsplekken

Gemiste ontmoetingsplekken

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
	Sociale ontmoetingsplekken	87	53,0%	87,0%
	Georganiseerde sociale activiteiten	16	9,8%	16,0%
	Publieke/buitenshuis plekken	7	4,3%	7,0%
	Commerciele plekken	35	21,3%	35,0%
	Thuis/huis van anderen	5	3,0%	5,0%
	School/universiteit/werk	14	8,5%	14,0%
Total		164	100,0%	164,0%

9.5.3 Behoeftes ontmoetingsplekken

Behoeftes ontmoetingsplekken

		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
	Sociaal contact	59	40,4%	57,3%
	Afwisseling ruimte	22	15,1%	21,4%
	Vrije tijd en ontspanning	21	14,4%	20,4%
	Groepsontmoetingen	23	15,8%	22,3%
	Gewoonte	13	8,9%	12,6%
	Inspiratie	8	5,5%	7,8%
Total		146	100,0%	141,7%

9.5.4 Crosstabs open vragen en verdeling mentale gezondheid

		Verdeling goede en slechte mentale gezondheid			
		Goede mentale gezondheid		Slechte mentale gezondheid	
		Count	Column N %	Count	Column N %
Gebruikte ontmoetingsplekken	Sociale ontmoetingsplekken	13	50,0%	26	33,3%
	Georganiseerde sociale activiteiten	2	7,7%	7	9,0%
	Publieke/buitenshuis plekken	23	88,5%	61	78,2%
	Commerciele plekken	2	7,7%	3	3,8%
	Thuis/huis van anderen	5	19,2%	29	37,2%
	School/universiteit/werk	5	19,2%	13	16,7%

Pearson Chi-Square Tests

		Verdeling goede en slechte mentale gezondheid
Gebruikte ontmoetingsplekken	Chi-square	7,247
	df	6
	Sig.	,299[a]

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

a. More than 20% of cells in this subtable have expected cell counts less than 5. Chi-square results may be invalid.

		Verdeling goede en slechte mentale gezondheid			
		Goede mentale gezondheid		Slechte mentale gezondheid	
		Count	Column N %	Count	Column N %
Gemiste ontmoetingsplekken	Sociale ontmoetingsplekken	25	96,2%	62	83,8%
	Georganiseerde sociale activiteiten	2	7,7%	14	18,9%
	Publieke/buitenshuis plekken	1	3,8%	6	8,1%
	Commerciele plekken	10	38,5%	25	33,8%
	Thuis/huis van anderen	1	3,8%	4	5,4%
	School/universiteit/werk	4	15,4%	10	13,5%

Pearson Chi-Square Tests

		Verdeling goede en slechte mentale gezondheid
Gemiste ontmoetingsplekken	Chi-square	5,284
	df	6
	Sig.	,508[a]

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

a. More than 20% of cells in this subtable have expected cell counts less than 5. Chi-square results may be invalid.

		Verdeling goede en slechte mentale gezondheid			
		Goede mentale gezondheid		Slechte mentale gezondheid	
		Count	Column N %	Count	Column N %
Behoefte ontmoetingsplekken	Sociaal contact	19	73,1%	40	51,9%
	Afwisseling ruimte	6	23,1%	16	20,8%
	Vrije tijd en ontspanning	5	19,2%	16	20,8%
	Groepsontmoetingen	6	23,1%	17	22,1%
	Gewoonte	3	11,5%	10	13,0%
	Inspiratie	1	3,8%	7	9,1%

Pearson Chi-Square Tests

		Verdeling goede en slechte mentale gezondheid
Behoefte ontmoetingsplekken	Chi-square	4,430
	df	6
	Sig.	,619

Results are based on nonempty rows and columns in each innermost subtable.

9.6 Regressieanalyses

9.6.1 Binary logistic regressieanalyse stellingen en mentale gezondheid

Block 1: Method = Enter

Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	14,052	10	,171
	Block	14,052	10	,171
	Model	14,052	10	,171

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	111,911[a]	,118	,175

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

Variables in the Equation

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1[a]	Tevredenheid sociale leven	,226	,219	1,073	1	,300	1,254
	Toename digitale contact	-,069	,221	,097	1	,756	,934
	Tevredenheid digitaal contact	-,372	,264	1,982	1	,159	,689
	Behoefte fysiek contact	,613	,652	,884	1	,347	1,846
	Gebruik van ontmoetingsplekken	,138	,335	,169	1	,681	1,148
	Belang van ontmoetingsplekken	-,030	,385	,006	1	,938	,970
	Voldoende ontmoetingsplekken omgeving	,520	,269	3,740	1	,053	1,681
	Missen van ontmoetingsplekken	,036	,351	,011	1	,918	1,037
	Afname gebruik ontmoetingsplekken	-,189	,240	,620	1	,431	,828
	Toename ontmoeten thuis	,022	,228	,009	1	,923	1,022
	Constant	,059	1,586	,001	1	,970	1,061

a. Variable(s) entered on step 1: Tevredenheid sociale leven, Toename digitale contact, Tevredenheid digitaal contact , Behoefte fysiek contact, Gebruik van ontmoetingsplekken, Belang van ontmoetingsplekken, Voldoende ontmoetingsplekken omgeving, Missen van ontmoetingsplekken, Afname gebruik ontmoetingsplekken, Toename ontmoeten thuis.

9.6.2 *Lineaire regressieanalyse 'tevredenheid sociale leven' en totale GHQ-12 score*

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,351[a]	,124	,116	5,81137

a. Predictors: (Constant), Tevredenheid sociale leven

ANOVA[a]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	523,512	1	523,512	15,501	,000[b]
	Residual	3714,917	110	33,772		
	Total	4238,429	111			

a. Dependent Variable: Totale score GHQ12

b. Predictors: (Constant), Tevredenheid sociale leven

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients B	Unstandardized Coefficients Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	Sig.
1	(Constant)	11,263	1,397		8,061	,000
	Tevredenheid sociale leven	1,696	,431	,351	3,937	,000

a. Dependent Variable: Totale score GHQ12

9.6.3 Lineaire regressieanalyse 'voldoende ontmoetingsplekken' en totale GHQ-12 score

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,346[a]	,120	,112	5,82318

a. Predictors: (Constant), Voldoende ontmoetingsplekken omgeving

ANOVA[a]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	508,385	1	508,385	14,992	,000[b]
	Residual	3730,043	110	33,909		
	Total	4238,429	111			

a. Dependent Variable: Totale score GHQ12

b. Predictors: (Constant), Voldoende ontmoetingsplekken omgeving

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	10,840	1,519		7,137	,000
	Voldoende ontmoetingsplekken omgeving	1,913	,494	,346	3,872	,000

a. Dependent Variable: Totale score GHQ12

9.6.4 Lineaire regressieanalyse 'gebruik van ontmoetingsplekken' en totale GHQ-12 score

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,211[a]	,045	,036	6,06760

a. Predictors: (Constant), Gebruik van ontmoetingsplekken

ANOVA[a]

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	188,693	1	188,693	5,125	,026[b]
	Residual	4049,736	110	36,816		
	Total	4238,429	111			

a. Dependent Variable: Totale score GHQ12

b. Predictors: (Constant), Gebruik van ontmoetingsplekken

Coefficients[a]

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	13,386	1,418		9,441	,000
	Gebruik van ontmoetingsplekken	1,187	,524	,211	2,264	,026

a. Dependent Variable: Totale score GHQ12

9.7 Vragenlijst

Enquête Masterscriptie - AE

Start of Block: Default Question Block

Q1 Beste deelnemer aan deze vragenlijst,
Voor mijn afstudeerscriptie van de Master Human Geography aan de Universiteit Utrecht doe ik onderzoek naar de mentale gezondheid van jongvolwassenen (geboortejaar 1997 t/m 2003) in Nederland tijdens de coronapandemie. Binnen dit onderzoek richt ik me verder op de rol die ontmoetingsplekken kunnen spelen. Het zou mij erg helpen als je deze vragenlijst zou willen invullen. Jouw gegevens worden vertrouwelijk en anoniem behandeld en alleen gebruikt voor dit onderzoek.
Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten.
Als je nog vragen hebt over het onderzoek kan je contact opnemen met Aleande Ehrencron, a.ehrencron@students.uu.nl
Alvast bedankt voor je medewerking!

Page Break

Q2 Wat is je geslacht?

- ○ Man (4)
- ○ Vrouw (5)
- ○ Anders (6)

Page Break

Q3 Wat is je geboortejaar?

- 1997 (1)
- 1998 (2)
- 1999 (3)
- 2000 (4)
- 2001 (5)
- 2002 (6)
- 2003 (7)

Page Break

Q4 Wat is je hoogst afgeronde opleiding?

- Geen opleiding (1)
- Basisonderwijs (2)
- Speciaal Voortgezet Onderwijs (VSO) (3)
- Praktijkschool (4)
- V(M)BO (5)
- HAVO (6)
- VWO (7)
- MBO (8)
- HBO (9)
- WO (10)

Page Break

Q5 Wat is je dagelijkse bezigheid?

- ○ Middelbare scholier (1)
- ○ Student (2)
- ○ Werkend (3)
- ○ Student en werkend (4)
- ○ Werkloos (5)
- ○ Anders, namelijk … (6)

_____

Page Break

Q6
Wat is je woonsituatie?

- ○ Alleenwonend (1)
- ○ Samenwonend met partner (6)
- ○ Bij ouders/familie (2)
- ○ Met vrienden (3)
- ○ In studentenhuis (4)
- ○ Anders, namelijk: (5)

_____

Page Break

Q7 In welk van onderstaande plekken woon je?

- ○ Randstad (Amsterdam, Den Haag, Rotterdam, Utrecht), namelijk: (1) _____
- ○ Andere stad, namelijk: (2) _____
- ○ Dorp, namelijk: (4) _____

Page Break

Q8 In welke stad of welk dorp woon je?

_____

Page Break

Q9 In welk land ben je geboren?

▼ Afghanistan (1) ... Zimbabwe (1357)

Page Break

Q10 In welk(e) land(en) zijn je ouders geboren?

▼ Afghanistan (1) ... Zimbabwe (1357)

Page Break

Q11 De volgende twaalf vragen gaan over je mentale gezondheid van de afgelopen weken. Kies het antwoord dat het meest op jou van toepassing is.

Q12 “In de afgelopen weken, …”

Heb je je kunnen concentreren op je bezigheden? (1)	○ Meer dan gewoonlijk (1)	○ Hetzelfde als gewoonlijk (2)	○ Minder dan gewoonlijk (3)	○ Veel minder dan gewoonlijk (4)
Heb je door zorgen te weinig kunnen slapen? (2)	○ Helemaal niet (1)	○ Niet meer dan gewoonlijk (2)	○ Wat meer dan gewoonlijk (3)	○ Veel meer dan gewoonlijk (4)
Heb je het gevoel gehad zinvol bezig te zijn? (3)	○ Meer dan gewoonlijk (1)	○ Hetzelfde als gewoonlijk (2)	○ Minder gewoonlijk (3)	○ Veel minder dan gewoonlijk (4)
Voelde je je in staat om beslissingen (over dingen) te nemen? (4)	○ Meer dan gewoonlijk (1)	○ Hetzelfde als gewoonlijk (2)	○ Minder gewoonlijk (3)	○ Veel minder dan gewoonlijk (4)
Heb je het gevoel gehad dat je voortdurend onder druk stond? (5)	○ Helemaal niet (1)	○ Niet meer dan gewoonlijk (2)	○ Wat meer dan gewoonlijk (3)	○ Veel meer dan gewoonlijk (4)
Heb je het gevoel gehad dat je je moeilijkheden niet de baas kon zijn? (6)	○ Helemaal niet (1)	○ Niet meer dan gewoonlijk (2)	○ Wat meer dan gewoonlijk (3)	○ Veel meer dan gewoonlijk (4)
Heb je plezier kunnen beleven aan je gewone, dagelijkse bezigheden? (7)	○ Meer dan gewoonlijk (1)	○ Hetzelfde als gewoonlijk (2)	○ Minder gewoonlijk (3)	○ Veel minder dan gewoonlijk (4)
Ben je in staat geweest je problemen onder ogen te zien? (8)	○ Meer dan gewoonlijk (1)	○ Hetzelfde als gewoonlijk (2)	○ Minder gewoonlijk (3)	○ Veel minder dan gewoonlijk (4)

Heb je je ongelukkig en neerslachtig gevoeld? (9)	○ Helemaal niet (1)	○ Niet meer dan gewoonlijk (2)	○ Wat meer dan gewoonlijk (3)	○ Veel meer dan gewoonlijk (4)
Ben je het vertrouwen in jezelf kwijtgeraakt? (10)	○ Helemaal niet (1)	○ Niet meer dan gewoonlijk (2)	○ Wat meer dan gewoonlijk (3)	○ Veel meer dan gewoonlijk (4)
Heb je jezelf als een waardeloos iemand beschouwd? (11)	○ Helemaal niet (1)	○ Niet meer dan gewoonlijk (2)	○ Wat meer dan gewoonlijk (3)	○ Veel meer dan gewoonlijk (4)
Heb je je alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld? (12)	○ Meer dan gewoonlijk (1)	○ Hetzelfde als gewoonlijk (2)	○ Minder gewoonlijk (3)	○ Veel minder dan gewoonlijk (4)

Page Break

Q13 De volgende vraag bestaat uit stellingen die betrekking hebben tot jouw sociale leven tijdens de coronapandemie.

Page Break

Q14 Geef van de volgende stellingen aan in hoeverre deze passen bij jouw situatie tijdens de pandemie

Ontmoetingsplekken = plekken buiten je woning en werk om, die je bezoekt om met anderen in contact te komen (zoals je vrienden maar ook vreemden)

	Zeer eens (1)	Beetje eens (2)	Neutraal (3)	Beetje oneens (4)	Zeer oneens (5)
Ik ben tevreden over mijn sociale leven op dit moment (1)	○	○	○	○	○
Ik spreek mijn sociale contacten meer via digitale middelen dan voorheen (2)	○	○	○	○	○
Sociale media en digitale middelen zijn voldoende om mijn sociale contacten te onderhouden (3)	○	○	○	○	○
Ik heb behoefte om anderen fysiek te zien (4)	○	○	○	○	○
Ik maak gebruik van ontmoetingsplekken om anderen te ontmoeten (7)	○	○	○	○	○
Ontmoetingsplekken zijn voor mij belangrijk om anderen te ontmoeten (6)	○	○	○	○	○
Er zijn voldoende ontmoetingsplekken in mijn omgeving voor mijn behoefte aan sociaal contact (9)	○	○	○	○	○
Tijdens de coronapandemie mis ik ontmoetingsplekken om anderen te zien (10)	○	○	○	○	○
Door de coronapandemie maak ik minder gebruik van ontmoetingsplekken (11)	○	○	○	○	○

Door de coronapandemie spreek ik meer met mensen thuis af (12)	○	○	○	○	○

Page Break

Q15 De volgende vragen gaan over het gebruik van ontmoetingsplekken tijdens de pandemie.

Ontmoetingsplekken = plekken buiten je woning en werk om, die je bezoekt om met anderen in contact te komen (zoals je vrienden maar ook vreemden)

Page Break

Q16 Welke ontmoetingsplekken gebruik je nu tijdens de pandemie? (Meerdere antwoorden mogelijk)

_____

_____

_____

_____

_____

Page Break

Q17 Welke ontmoetingsplekken mis je het meest tijdens de pandemie? (Meerdere antwoorden mogelijk)

_____

_____

_____

_____

_____

Page Break

Q18 Waarom heb je nu behoefte aan deze ontmoetingsplekken? (Meerdere antwoorden mogelijk)

_____

_____

_____

_____

_____

Page Break

Q19 Einde :)

Heb je nog eventuele opmerkingen over deze vragenlijst?

_____