

Sociaal kapitaal als bescherming tegen de mentale gevolgen van COVID-19

Erik Snel, Jan de Boom, Marianne van Bochove en Godfried Engbersen

MEM 96 (2): 213–241

DOI: 10.5117/MEM2021.2.004.SNEL

Abstract

Social capital as protection against the mental impact of COVID-19

The corona pandemic has a huge impact on the mental wellbeing of the Dutch population. This article, based on a large-scale internet survey (N = 22,696) on the social impact of COVID-19, firstly examines which social groups are most susceptible to the mental health impact of the virus. Secondly, we examine whether social capital provides protection against this impact. We find that the mental health impact of COVID-19 is considerable and that it increased over the course of 2020. Women, young people, respondents with low incomes and/or poor health experience relatively more fear and stress due to the virus. We do not find a difference between respondents with or without a migration background. Social capital (received support, trust in people and in institutions) has the expected effect: the more support and trust, the less fear and stress. There is a mediation effect. Older people, respondents with high incomes and/or good health experience less fear and stress, partly because they have more social capital. This is different for females. They would experience even more fear and stress, compared to men, were it not for the fact that they have more social capital. Hence we conclude that social capital indeed provides some protection against the negative mental health effects of COVID-19.

Keywords: COVID-19, social capital, mental well-being, social support, trust

1 Inleiding

Verskillende studies tonen aan dat de coronapandemie grote gevolgen heeft voor het mentale welbevinden van specifieke deelpopulaties in de bevolking. Het virus en de maatregelen om verspreiding ervan terug te dringen hebben grote impact. Zo laat een survey-onderzoek onder universitaire studenten zien, dat ruim de helft van de respondenten zich slecht kan concentreren, zich eenzaam voelt en vreest dat de pandemie de studievoortgang negatief beïnvloedt. Ook voelen veel studenten zich somber en gespannen. De grootste zorg van veel studenten is dat hun dierbaren besmet raken (Caring Universities, 2020). Het virus heeft ook grote psychische gevolgen voor bewoners van verpleeghuizen, die in het voorjaar van 2020 werden gesloten voor bezoekers om besmettingen van bewoners te voorkomen. Een ruime meerderheid van de bewoners ervoer angst, somberheid en eenzaamheid. Het onderzoek concludeert dat de sluiting van verpleeghuizen weliswaar plaatsvond om ouderen te beschermen, maar dat de daardoor ontstane psychische belasting zeer schadelijk is – en wellicht zelfs ook tot grotere sterfterisico's leidt (Van der Roest e.a., 2020).

Bij ons weten is er één ander onderzoek gedaan over de mentale gevolgen van de coronapandemie voor de Nederlandse bevolking als geheel (Van der Velden e.a., 2021). Deze studie onderzoekt het voorkomen van angst- en depressiesymptomen en eenzaamheid in de eerste maanden van de pandemie (maart en juni 2020) in vergelijking met de pre-corona periode (oktober 2019). Anders dan diverse andere studies (zie hierna) zijn de mentale gevolgen van COVID-19 volgens Van der Velden e.a. (2021) beperkt. Emotionele eenzaamheidsgevoelens namen na de virusuitbraak licht toe, angst- en depressiesymptomen namen zelfs af. Ons onderzoek gaat wat verder in de tijd; we zullen zien dat de negatieve mentale gevolgen van COVID-19 in de loop van het jaar sterker werden. Daarnaast onderzoeken we in deze studie wie door de negatieve mentale gevolgen van de pandemie werden geraakt (in termen van sociale klasse en etniciteit) en of het beschikken over sociaal kapitaal een zekere bescherming biedt tegen angst en stress als gevolg van de pandemie.

In dit onderzoek brengen we deze mentale gevolgen in beeld op basis van drie grootschalige internetenquêtes die plaatsvonden in achtereenvolgens april 2020 (N= 6.601), juli 2020 (N= 20.457) en november 2020 (N=22.696) (vgl. Engbersen e.a., 2020a; Engbersen e.a., 2020b; Engbersen e.a., 2020c). Interessant is dat deze drie metingen van de maatschappelijke impact van COVID-19 plaatsvonden in zeer verschillende contexten. Zoals bekend, sloeg het coronavirus in golven over ons land. Na de eerste golf van

besmettingen in de maanden maart en april 2020 volgden de zomermaanden waarin het virus langzaam uit ons land leek weg te ebben. In de herfst van 2020 greep het virus echter weer om zich heen wat tot de voorspelde tweede golf leidde. In april werd al duidelijk dat veel van onze respondenten (rond een kwart) zich sinds de corona-uitbraak vaker angstig, nerveus, licht geraakt en gestrest voelden. In juli verminderden de angst- en stressgevoelens als gevolg het virus, maar in november – toen de overheid strenge maatregelen nam om de tweede golf in te dammen en bovendien de donkere wintermaanden zich aandienenden – namen deze negatieve gevoelens weer snel toe. Opvallend was vooral de toegenomen uitzichtloosheid door COVID-19. Bijna 40 procent van de respondenten had in november het gevoel ‘niets te hebben om naar uit te kijken’ (Engbersen e.a. 2020c: 10).

Zulke angst- en stressgevoelens hebben verschillende achtergronden. Aan de ene kant veroorzaakten het virus én de overheidsmaatregelen om het te beteugelen aanzienlijke economische onzekerheid. Veel mensen vreesden voor hun baan en/of inkomen. Hoewel de werkloosheid door het beschermende overheidsbeleid beperkt bleef, vreesden vooral veel mensen met flexibele arbeid (ondernemers, zzp'ers, flexwerkers) voor werk- en inkomensverlies. Maar de angst en spanningen als gevolg van COVID-19 gaan verder dan enkel economische onzekerheid. Respondenten vertelden dat ze bang zijn zelf besmet te raken, het normale leven en de normale activiteiten te missen, zich zorgen om de wereld te maken en, meer algemeen, ‘geen licht in de duisternis te zien’ (Van Bochove, 2020). Zulke sombere gevoelens waren er al in april 2020, maar waren ook in november weer wijdverbreid.

Deze bijdrage gaat vanuit sociologisch perspectief dieper in op de mentale gevolgen van COVID-19, of preciezer geformuleerd: op de mate waarin Nederlanders angst- en stressgevoelens ervaren als gevolg van het virus en de getroffen maatregelen. Dit doen we op twee manieren. Ten eerste onderzoeken we welke sociale groepen in meer of mindere mate zulke angst- en stressgevoelens ervaren. Onze centrale vraag is echter, ten tweede, of sociaal kapitaal – dat wil zeggen de sociale contacten en netwerken van mensen en het vertrouwen dat ze hebben in medemensen en in instituties – een zekere bescherming biedt tegen deze mentale gevolgen van de pandemie. We verwachten deze beschermende werking, omdat sociaal kapitaal ervoor zorgt dat burgers zich ondersteund weten door medeburgers, zij minder bang zijn dat medeburgers zich onvoorspelbaar of risicovol gedragen, en onderlinge samenwerking mogelijk wordt. Institutioneel kapitaal betekent dat burgers zich gesteund voelen door belangrijke instituties (Mistzal, 1996; Tilly, 2005; Hardin, 2006).

De opzet van dit artikel is als volgt. In de volgende paragraaf gaan we in op bestaande literatuur over de samenhang tussen sociale klasse, sociaal kapitaal en gezondheidsverschillen, met in het bijzonder aandacht voor recente literatuur over de gevolgen van de coronacrisis. Nadat we de onderzoeksmethode nader hebben toegelicht, beschrijven we onze bevindingen over enerzijds welke sociale groepen sterker worden getroffen door de negatieve gevolgen van de pandemie en anderzijds of sociaal kapitaal hier tegen bescherming biedt. In de conclusie proberen we op grond van onze bevindingen enkele praktische aanbevelingen te doen.

2 Sociale klasse, sociaal kapitaal en de gevolgen van het virus

Het bestaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) in Nederland is een goed-gedocumenteerd feit. Bekend is dat lager opgeleiden in Nederland gemiddeld zes jaar korter leven dan hoger opgeleiden. De verschillen in levensverwachting in goede gezondheid zijn nog veel groter. De gezonde levensverwachting van lager opgeleiden is bijna 15 jaar korter dan van hoger opgeleiden (vgl. Mackenbach, 2012; Mackenbach e.a., 2016; Broeders e.a., 2018).¹

Bij ons weten zijn er in Nederland (nog) geen gegevens bekend over sociaaleconomische verschillen in de mate waarin mensen besmet zijn geraakt met COVID-19. Het vermoeden is echter dat lagere sociale statusgroepen vaker besmet zijn geraakt of in ieder geval dat de gevolgen daarvan ernstiger zijn. Immers, de bekende risicofactoren (overgewicht, diabetes, enzovoort) komen ook in sterkere mate voor bij lagere inkomens- of opleidingsgroepen (Ruijsbroek e.a., 2011; Mulderij e.a., 2019). Daarnaast werken lagere statusgroepen vaker in beroepen met hogere besmettingsrisico's – bouw, schoonmaak, persoonlijke dienstverlening – en met minder mogelijkheden tot thuiswerken, met ook een grotere besmettingskans als gevolg. Anders dan in sommige andere landen² is er in Nederland weinig bekend over etnische verschillen in aantallen en de ernst van besmettingen. Aangenomen wordt echter dat mensen met een migratieachtergrond een hogere kans op besmetting hebben dan degenen zonder migratieachtergrond. Zo hebben migranten die laaggeschoold werk verrichten meer dan gemiddeld te maken met bovengenoemde risicofactoren en hebben zij minder goed toegang tot goede informatie en zorg (Van Eijck, 2020). Daarnaast spelen wellicht culturele factoren een rol zoals een sterkere gerichtheid op de eigen gemeenschap en de *extended family* en daardoor grotere kans op

besmetting tijdens familiebijeenkomsten. Er zijn hierover echter nog geen eenduidige onderzoeksuitkomsten. Wel constateerde het CBS dat ‘oversterfte’ in de eerste zes weken van de coronapandemie relatief hoog was bij personen met een niet-westerse migratieachtergrond (Kunst e.a., 2020). Ook is bij diverse migrantengroepen een hogere ziektebelasting geconstateerd, blijkend uit het aantal ziekenhuisopname in Amsterdam naar etnische herkomst (Coyer e.a., 2020). Onderzoek van Stronks en collega’s wijst echter uit dat Amsterdammers met een Turkse, Marokkaanse of Surinaamse achtergrond vrijwel net zo vaak besmet zijn geweest met het coronavirus als stadgenoten zonder migratieachtergrond. Alleen Amsterdammers met een Ghanese achtergrond worden bovengemiddeld getroffen door het virus (Coyer e.a., 2021).³ Ook dit is echter een momentopname. Ander onderzoek (Ayoubkhani e.a., 2020) laat zien dat het ontbreken van verschillen in sterfte door COVID-19 tussen bevolkingsgroepen geen vaststaand patroon is en door de tijd heen kan variëren.

Dit onderzoek bevat geen gegevens over aantallen besmettingen met COVID-19 of over sterftecijfers. Wij onderzochten de gevolgen van het virus op het mentale welbevinden van burgers als één van de aspecten van de maatschappelijke impact van COVID-19. Diverse buitenlandse studies (merendeels uitgevoerd in China) laten zien dat de coronapandemie gepaard ging met sterk gestegen niveaus van angst en depressieve gevoelens (Sønderskov e.a., 2020; Wang e.a., 2020; Xionga e.a., 2020). Hier onderzoeken we of de mentale gevolgen van COVID-19 verschillen naar sociale status (opleidings- en inkomensniveau) en naar etnische herkomst. Op basis van bestaand onderzoek verwachten we een negatief verband tussen de sociale status van respondenten en hun subjectief welbevinden. Lager opgeleiden en lagere inkomensgroepen worden vaker geconfronteerd met financiële spanningen, maar beschikken veelal over minder kennis en copingstrategieën om daar adequaat mee om te gaan, resulterend in mentale spanningen en onzekerheid (zie voor een overzicht van bestaand onderzoek: Hoebel e.a., 2017). Ook de eerder genoemde buitenlandse studies over de mentale gevolgen van COVID-19 noemen een lage opleiding systematisch als risicofactor. Wel wordt het positieve effect op welbevinden bij de hoogste inkomens geleidelijk minder. Ook kan men vraagtekens zetten bij de richting van het verband. Leiden een lagere opleiding en inkomen tot meer spanningen en minder welbevinden? Of zijn personen met zulke gevoelens minder goed in staat een hogere opleiding af te ronden en een hoger inkomen te verwerven? Hoe dan ook verwachten we sterkere angst- en stressgevoelens bij respondenten met een lagere opleiding en lager inkomen, al was het maar omdat ze vaker in beroepen werken met een hoger

besmettingsrisico, minder thuis kunnen werken of vaker onzekere banen hebben.

Daarnaast verwachten we dat personen met een niet-westerse migratieachtergrond sterkere angst- en stressgevoelens hebben als gevolg van COVID-19. We noemden al diverse economische en wellicht ook culturele factoren waardoor mensen met een niet-westerse migratieachtergrond waarschijnlijk een hoger besmettingsrisico hebben, wat tot meer angst en stress kan leiden. Bovendien laat onderzoek van Stronks e.a. (2020) zien dat de kans op depressieve gevoelens (*depressed mood*) bij Surinaamse, Turkse en Marokkaanse Nederlanders twee- tot driemaal zo hoog ligt als onder Nederlanders zonder migratieachtergrond, al zijn deze verschillen deels het gevolg van verschillen in sociale status tussen de diverse bevolkingsgroepen. Op basis van deze verkenning van eerder onderzoek formuleren wij de volgende twee hypothesen:

- Respondenten met een lagere sociale status (qua opleidings- en inkomensniveau) ervaren meer angst en stress als gevolg van de coronapandemie (H₁);
- Respondenten met een niet-westerse migratieachtergrond ervaren meer angst en stress als gevolg van de coronapandemie (H₂).

Onze tweede onderzoeksvraag is of sociale contacten, sociale netwerken en vertrouwen – ‘sociaal kapitaal’ in sociologentaal – een zekere bescherming bieden tegen deze mentale gevolgen van het virus. We leggen hierna eerst uit hoe wij sociaal kapitaal begrijpen en vervolgens waarom wij een verband verwachten tussen de mate waarin mensen over sociaal kapitaal beschikken enerzijds en de negatieve mentale gevolgen van COVID-19 anderzijds.

Er zijn in de sociologie verschillende opvattingen over wat sociaal kapitaal precies behelst. Volgens de meer instrumentele opvatting van sociaal kapitaal gaat het vooral om ‘the aggregate of the actual or potential resources’ die mensen kunnen ontleen aan de sociale netwerken waarvan ze deel uitmaken (Bourdieu, 1986: 248).⁴ Anderen leggen meer accent op de kwaliteit van sociale relaties. Zo omschrijft Putnam (2000: 19) sociaal kapitaal als ‘connections among individuals – social networks and the norms of reciprocity and trustworthiness that arise from them’. Sociologen laten zien dat sociaal kapitaal op allerlei manieren bevorderlijk is voor zowel de individuele levenskansen van mensen als het functioneren van sociale gemeenschappen; hier gaat het vooral om het verband tussen sociaal kapitaal en de fysieke en mentale gezondheid van mensen.

Volgens Tierney (2019) draagt sociaal kapitaal bij aan de veerkracht van mensen waardoor ze beter bestand zijn tegen de negatieve gezondheidsgevolgen van rampen zoals extreme weersomstandigheden, overstromingen en epidemieën. Ze wijst hierbij op twee Amerikaanse studies. De socioloog Klinenberg (2002) onderzocht welke factoren bijdroegen aan de vele sterfgevallen tijdens een extreme hittegolf in Chicago in juli 1995. Hij onderzocht twee qua sociale status vergelijkbare wijken, waarvan de ene wijk veel meer sterfgevallen telde dan de andere. Dit zou samenhangen met het verschil in aard en omvang van sociale relaties in beide wijken. In de wijk met veel sterfte was er ook veel criminaliteit, waardoor bewoners geneigd waren thuis te blijven en velen eerder al uit de wijk waren vertrokken. Hierdoor waren er weinig sociale contacten, leefden bewoners geïsoleerd en was er weinig participatie in het gemeenschapsleven van de wijk. De wijk met weinig sterfte telde veel winkels. Hierdoor waren er meer mensen op straat, ontstonden sociale contacten en was er meer participatie in buurtorganisaties. Volgens Klinenberg had dit hogere niveau van sociaal kapitaal een beschermende functie voor de anderszins kwetsbare bewoners en dat verklaart volgens hem de lagere sterftecijfers in deze wijk.

De tweede studie is van Adeola en Picou (2014). Zij onderzochten de mentale gezondheidsklachten (depressieve gevoelens, posttraumatische stressstoornis [PTSS]) van overlevenden van de orkaan Katrina in 2005. Ze vonden dat zulke mentale gezondheidsklachten drie jaar na dato nog wijdverbreid waren, maar bij bepaalde bevolkingsgroepen (Afro-Amerikanen, ouderen, laaggeschoolden, vrouwen, alleenstaande volwassenen en mensen met zwakke sociale netwerken) vaker voorkwamen dan bij andere groepen. Hun centrale onderzoeksvraag was echter of sociaal kapitaal (door hen opgevat als zowel kwaliteit van sociale relaties als vertrouwen in instituties) de overlevenden bescherming biedt tegen de negatieve mentale gevolgen van een ramp als Katrina. Dit bleek inderdaad het geval. Gebrek aan sociaal kapitaal bleek de sterkste voorspeller van langdurige mentale gezondheidsklachten na Katrina. Dit wordt enerzijds verklaard door de positieve beïnvloeding vanuit het netwerk: sociale contacten kunnen een voorbeeld geven van gezonde leefstijlen. Anderzijds werken sociale banden als buffer. Mensen met veel contacten ervaren negatieve gebeurtenissen als minder bedreigend of ondervinden daarvan minder negatieve emotionele reacties (vgl. Kawachi & Berkman 2011).

Tegen deze achtergrond verwachten we in deze studie dat het beschikken over sociaal kapitaal een zekere bescherming biedt tegen de negatieve mentale gevolgen van COVID-19. Gezien de uiteenlopende opvattingen van sociaal kapitaal onderscheiden wij in onze analyses twee verschillende

dimensies en vier indicatoren van sociaal kapitaal: enerzijds de netwerkdimensie (sociale contacten op zich en ontvangen of verwachte sociale steun als indicatie van betekenisvolle contacten) en anderzijds de vertrouwensdimensie (zowel institutioneel als algemeen vertrouwen). Dat sociale contacten en netwerken bescherming kunnen bieden tegen de negatieve gevolgen van het virus is hiervoor reeds aangeduid. Sociale contacten en netwerken vormen een beschermende buffer tegen alledaagse spanningen en angsten, en daarmee naar verwachting ook tegen de negatieve mentale gevolgen van de pandemie (Putnam, 2000: 332; Kawachi & Berkman, 2011). Ander onderzoek laat zien dat vertrouwen, zowel institutioneel als algemeen of sociaal vertrouwen, bijdraagt aan het subjectief ervaren welbevinden van mensen (Portela e.a., 2013). Een hoog algemeen vertrouwen faciliteert onderlinge communicatie, het gaat uit van de verwachting dat het gedrag van medemensen voorspelbaar is, en het veronderstelt dat mensen over adequate capaciteiten en motieven van handelen beschikken (Mistral 1996; Tilly 2005; Hardin 2006). Sociaal vertrouwen maakt samenwerking mogelijk waardoor mensen minder angst en stress ervaren. Een hoog institutioneel vertrouwen impliceert dat burgers zowel vertrouwen hebben in de motieven van instituties, als in de capaciteiten van deze instituties om beleid betrouwbaar uit te voeren. Ook dat kan bijdragen aan een vermindering van angst en stress, en een versterking van het welbevinden van burgers. Vandaar dat we verwachten dat ook deze dimensie van sociaal kapitaal een zekere bescherming biedt tegen de negatieve mentale gevolgen van COVID-19. Dit alles leidt ons tot een derde hypothese voor deze studie:

- Respondenten die over meer sociaal kapitaal beschikken ervaren minder angst en stress als gevolg van de coronapandemie (H3).

3 Data en methode

3.1 Data

In deze studie gebruiken we data afkomstig uit een omvangrijke internet-enquête over de maatschappelijke impact van COVID-19, uitgevoerd door het onderzoeksbureau Kieskompas. Er zijn tot nu toe drie metingen van dit onderzoek uitgevoerd: in april 2020, juli 2020 en november 2020. Over deze drie metingen is eerder gerapporteerd door Engbersen e.a. (2020a; 2020b; 2020c). De uitgevoerde enquêtes bieden ook inzicht in de situatie in Nederland en door *oversampling* ook in de specifieke situatie in de steden Amsterdam, Den Haag en Rotterdam, maar in dit artikel maken we gebruik van de data die is verzameld tijdens de derde meting in november 2020.

3.2 Steekproef

Voor de dataverzameling heeft Kieskompas gebruik gemaakt van hun landelijke VIP-panel, Rotterdam-, Haag- en Amsterdampanel. De vragenlijst is onder 48.329 Kieskompas-panelleden verspreid. Dit sample bestond uit het landelijke VIP-panel, het Amsterdam-, Haag-, en Rotterdampanel van Kieskompas. Elke gemeente heeft, naast de G3-panelen van Kieskompas, eigen aanvullende acties uitgevoerd om (ondervertegenwoordigde) groepen bij het onderzoek te betrekken. Het landelijke VIP-panel is samengesteld op basis van een gestratificeerde willekeurige steekproef (*stratified random sampling*) uit het *opt-in non-probability* Grote Burgerpanel van Kieskompas als steekproefkader, rekening houdend met vijf karakteristieken: geslacht, leeftijdscategorie, Nielsen-regio, opleidingsniveau, en migratieachtergrond. Er is een correctie doorgevoerd op stemgedrag. Het populatiekader wordt opgemaakt door de Gouden Standaard van CBS. De gemeentelijke panelen zijn samengesteld op basis van een willekeurige steekproef (random sampling) uit het *opt-in non-probability* Grote Burgerpanel van Kieskompas als steekproefkader, waarbij enkel inwoners van Den Haag, Amsterdam en Rotterdam geselecteerd werden. De gemeenten Rotterdam en Den Haag hebben de anonieme deelnamelink van het onderzoek (gericht) verspreid. Om de kwaliteit van de Rotterdamse en Haagse panelen te verbeteren, zijn gerichte advertentiecampaagnes op Facebook uitgezet. De Amsterdamse onderzoeksafdeling heeft het onderzoek onder hun eigen stadspanel van Amsterdammers verspreid. Tot slot stond aan het eind van het onderzoek ook een anonieme deelnamelink die respondenten onder hun vrienden, familie en kennissen konden verspreiden.

3.3 Respons

Op 13 november hadden 25.185 respondenten het onderzoek volledig ingevuld, waarvan 19.577 Kieskompas-panelleden (antwoordratio van 40,5 procent), 3.487 via het stadspanel van de gemeente Amsterdam en 2.121 mensen via de anonieme deelname-links.

3.4 Wegingsmethode

Om de resultaten generaliseerbaar te maken voor stemgerechtigde inwoners van Nederland, heeft Kieskompas een weging op de resultaten van het onderzoek uitgevoerd. De resultaten zijn gewogen naar geslacht, leeftijd, opleiding, Nielsen-regio, migratieachtergrond en stemgedrag om de data ten aanzien van deze variabelen (binnen de gebruikte categorieën) representatief te maken. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een iteratieve *proportional fitting* en poststratificatiemethode op basis van verschillende

populatie-eigenschappen. Om respondenten een gewicht toe te kennen, moet hun leeftijd, geslacht, migratieachtergrond, opleiding en het stemgedrag bij de Tweede Kamerverkiezingen bekend zijn. Het wegen van respondenten heeft ook effect op variabelen en categorieën waarop niet gewogen is, maar de correctie zal nooit volledig zijn. Perfecte representativiteit is in de praktijk niet te realiseren, maar de uitkomsten van het onderzoek geven een goed beeld van de maatschappelijke impact van COVID-19 op de inwoners van Nederland als geheel.⁵

3.5 Afhankelijke variabele

De centrale afhankelijke variabele in ons onderzoek is een schaal die de mate van ervaren angst en stress als gevolg van COVID-19 beschrijft. Deze schaal is gebaseerd op de antwoorden van respondenten op zes stellingen uit de enquête. De eerste daarvan luidde: 'Sinds de corona-uitbraak uitbraak in Nederland voel ik mij vaker angstig'. Op dezelfde wijze werd gevraagd of respondenten sinds de corona-uitbraak vaker nerveus, gestrest of lichtgeërast zijn, het moeilijker vinden zich te ontspannen en het gevoel hebben dat men niets heeft om naar uit te kijken. Deze vragen zijn gebaseerd op de *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) (De Beurs e.a., 2001). In de enquête konden respondenten aangeven of ze het (helemaal) oneens of (helemaal) eens zijn met deze uitspraken (1-5). Hun antwoorden zijn samengenomen in een schaal 'angst en stress' met de gemiddelde score op de zes items. De schaal bleek zeer betrouwbaar (Cronbach's Alpha 0,89).

3.6 Onafhankelijke variabelen

De migratieachtergrond, de sociaaleconomische status en het sociaal kapitaal van de respondenten zijn de verklarende variabelen in het onderzoek. De *migratieachtergrond* van de respondenten is bepaald op basis van het eigen geboorteland en het geboorteland van beide ouders en gehercodeerd in drie categorieën: Nederlanders zonder migratieachtergrond (referentiecategorie), Nederlanders met een westerse migratieachtergrond en Nederlanders met een niet-westerse migratieachtergrond. Het opleidingsniveau en het netto maandinkomen zijn indicatoren voor de *sociaaleconomische status*. Het *opleidingsniveau* van de respondenten is gemeten met drie dummycategorieën: laag (geen onderwijs, vmbo basisberoepsgerichte t/m theoretische leerweg, onderbouw havo/vwo en mbo 1; de referentiecategorie), midden (bovenbouw havo/vwo, mbo 2 t/m 4), hoog (hbo en wo bachelor en hoger). Het *netto maandinkomen* van de respondenten is opgenomen als vijf dummycategorieën: minima (minder dan €1.150 voor eenpersoonshuishoudens respectievelijk minder dan €1.600 voor meerpersoonshuishoudens;

referentiecategorie), minimum tot modaal (€1.150 voor eenpersoonshuishouden, €1.600 voor meerpersoonshuishouden tot €2.150), modaal tot twee keer modaal (€2.150 tot €3.500), twee tot drie keer modaal (€ 3.500 tot € 5.000) en meer dan drie keer modaal (€5.000 of meer).

Het *sociaal kapitaal* van respondenten is vastgesteld met behulp van vier indicatoren: sociale contacten, verkregen of verwachte sociale steun, vertrouwen in mensen en vertrouwen in instituties. Drie indicatoren zijn weer schalen waarin antwoorden op meerdere vragen (items) zijn samengevoegd. De schaal 'sociaal contact' is gebaseerd op een vraag ontmoetingen, telefonische en/of schriftelijke contacten en contacten via het internet met mensen die niet bij de respondent in huis wonen. Gevraagd is hoe vaak respondenten contact hebben met familieleden, vrienden/vriendinnen of goede kennissen, burens dan wel overige buurtgenoten. Respondenten konden aangeven of ze 'bijna dagelijks', 'minstens ééns per week', 'twee of drie keer per maand', 'één keer per maand', 'minder dan één keer per maand' of 'nooit' contact hebben. De schaal 'sociaal contact' is de gemiddelde score op deze vier items. Een hoge score op de schaal contact staat voor frequent contact, lage score voor weinig of geen contact. De schaal bleek matig betrouwbaar (Cronbach's alpha 0,664).

In de enquête werd ook de volgende vraag gesteld. 'Als u door de coronauitbraak zelf hulp nodig zou hebben, van wie zou u die hulp dan verwachten, buiten uw eigen huishouden?' Respondenten konden vervolgens voor elders wonende familieleden, vrienden, burens of onbekenden (vier items) aangeven of ze 'al hulp ontvangen' of, indien nodig, hulp 'zeker wel', 'misschien' of 'zeker niet' verwachten. Ook deze schaal 'ontvangen hulp' bleek matig betrouwbaar (Cronbach's alpha 0,597). De schaal 'vertrouwen in instituties' meet de mate van vertrouwen in landelijke overheid, lokale overheid, RIVM en GGD. Respondenten konden op vragen hoeveel vertrouwen ze hebben in deze instituties aangeven of ze 'heel weinig', 'weinig', 'niet veel/niet weinig', 'vertrouwen' of 'veel vertrouwen' hebben in deze instituties (1-5). De schaal 'vertrouwen in instituties' met de gemiddelde score op deze vier items was zeer betrouwbaar (Cronbach's alpha 0,858). Het 'vertrouwen in mensen' (of algemeen vertrouwen) is gebaseerd op één enkele vraag waarmee respondenten konden aangeven hoeveel vertrouwen ze hebben in 'mensen in het algemeen' (1-5).

3.7 Controlevariabelen

Tot slot wordt een aantal controlevariabelen in de analyses betrokken. *Sekse* is opgenomen met 'man' als referentiecategorie. *Leeftijd* is als continue variabele opgenomen. De gerapporteerde *woonsituatie*, gemeten in

zes categorieën, is gehercodeerd en opgenomen in twee dummycategorieën: eenpersoons- (referentiecategorie) en meerpersoonshuishoudens. Zelfgerapporteerde *gezondheid*, gemeten in vijf categorieën, is gehercodeerd in vier categorieën: 'zeer slecht en slecht' (referentiecategorie), 'matig', 'goed' en 'zeer goed'.

De beschrijvende informatie over de variabelen staat vermeld in tabel 1. Ontbrekende waarden zijn verwijderd middels *listwise deletion*. Het percentage ontbrekende waarden volgens *listwise deletion* varieert tussen 0 procent (leeftijd) en 8,5 procent (inkomen). Het verlies van respondenten door *listwise deletion* is met name door de ontbrekende antwoorden op de inkomensvraag relatief groot.

3.8 Analysestrategie

De analyse is uitgevoerd in drie stappen. Eerst is op basis van multiple regressie het verband tussen de achtergrondkenmerken en de afhankelijke variabelen *angst en stress* onderzocht. In een tweede stap is met multiple regressie het verband onderzocht tussen de achtergrondkenmerken en de vier indicatoren voor sociaal kapitaal. Vervolgens is in een derde stap, wederom met multiple regressie, de relatie onderzocht tussen de vier indicatoren voor sociaal kapitaal en *angst en stress*. Ten slotte is in een laatste multiple regressiemodel het verband tussen de achtergrondkenmerken, de vier indicatoren voor sociaal kapitaal en de afhankelijke variabele *angst en stress* onderzocht.

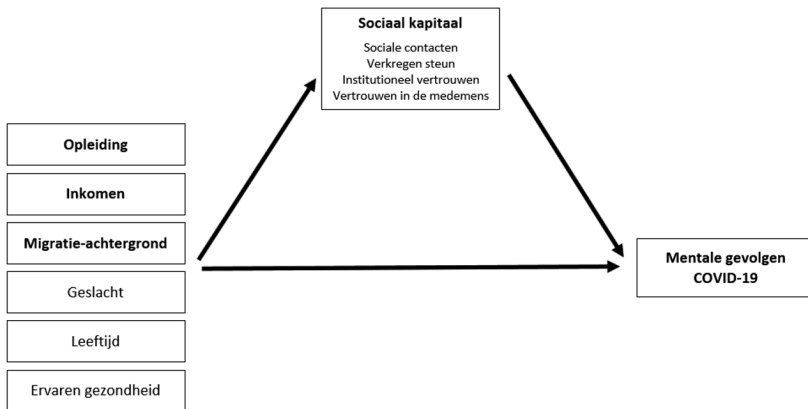
4 De mentale gevolgen van COVID-19: bevindingen

Zoals gezegd, bestaat ons onderzoek uit (tot nog toe) drie metingen waarmee we op verschillende momenten in 2020 de maatschappelijke impact van COVID-19 in kaart proberen te brengen. Eén van de onderzochte aspecten betreft de mentale gevolgen van de pandemie: de mate waarin respondenten angst en stress als gevolg van COVID-19 ervaren. Tijdens de derde meting van ons onderzoek, in november 2020, was de gemiddelde score op deze schaal (die loopt van 1 tot 5): 2,7. Hiermee waren de angst- en stressgevoelens als gevolg van de coronacrisis in november 2020, tijdens de aanloop tot de tweede golf van het virus, hoger dan in de zomer toen het aantal besmettingen en ook de angst voor het virus was gedaald (gemiddeld 2,4) en ook iets hoger dan in maart en april van hetzelfde jaar, tijdens de eerste golf (gemiddeld 2,5) (zie tabel 1).

Tabel 1 Descriptieve statistieken (gewogen)

	gem.	s.d.	min.	max.
Angst en Stress (april)	2,49	0,96	1,00	5,00
Angst en Stress (juli)	2,44	0,89	1,00	5,00
<i>Afhankelijke variabele</i>				
Angst en Stress (nov)	2,67	0,94	1,00	5,00
<i>Onafhankelijke variabelen</i>				
<i>Sekse</i>				
Man	0,50		0,00	1,00
Vrouw	0,50		0,00	1,00
Leeftijd	49,97	17,59	18,00	96,00
<i>Migratieachtergrond</i>				
Autochtoon	0,81		0,00	1,00
Westers	0,10		0,00	1,00
Niet westers	0,08		0,00	1,00
<i>Woonstipuuuie</i>				
Eenpersoonshuishouden	0,24		0,00	1,00
Meerpersoonshuishouden	0,76		0,00	1,00
<i>Gezonduheid</i>				
(Zeer) slecht	0,04		0,00	1,00
Matig	0,19		0,00	1,00
Goed	0,58		0,00	1,00
Zeer goed	0,17		0,00	1,00
<i>Opleidingsniveau</i>				
Laag	0,25		0,00	1,00
Midden	0,43		0,00	1,00
Hoog	0,32		0,00	1,00
<i>Inkomeu</i>				
Minimum	0,14		0,00	1,00
Minimum tot modaal	0,21		0,00	1,00
Modaal tot tweemaal modaal	0,29		0,00	1,00
Twee- tot driemaal modaal	0,24		0,00	1,00
Meer dan driemaal modaal	0,12		0,00	1,00
Contact	2,77	1,05	0,00	5,00
Steun ontvangen	2,35	0,51	1,00	4,00
Vertrouwen mensen algemeen	3,23	0,94	1,00	5,00
Vertrouwen in instituuies	3,39	1,00	1,00	5,00

Voor de rest van dit artikel baseren we ons alleen op gegevens uit de derde meting (november 2020). De Appendix bij dit artikel vermeldt de bivariante verbanden tussen de diverse persoonskenmerken van respondenten en de mate waarin zij angst en stress ervaren door de pandemie, de centrale afhankelijke variabele in onze analyse. De hiernavolgende tabellen 2 en 3 bevatten de uitkomsten van diverse lineaire regressies. In tabel 2



Over vetgedrukte elementen in de figuur zijn hypothesen geformuleerd

Figuur 1 Onderzoeksmodel

onderzoeken we de samenhang tussen diverse persoonskenmerken van respondenten en de mate van ervaren angst en stress (model 1). Met deze uitkomsten kunnen we nagaan of bepaalde sociale groepen meer angst en stress ervaren als gevolg van het virus dan andere groepen en daarmee een antwoord geven op de eerste twee hypothesen van dit onderzoek. Onze tweede onderzoeksvraag is of het beschikken over sociaal kapitaal een zekere bescherming biedt tegen de negatieve mentale impact van COVID-19. Met andere woorden: ervaren respondenten die hoger scoren op de diverse indicatoren van sociaal kapitaal (meer sociale contacten hebben, meer steun ontvangen of verwachten, meer vertrouwen hebben in instituties én in andere mensen) minder angst en stress door het virus? En als dat zo is, bij welke groepen respondenten treden zulke beschermende effecten van sociaal kapitaal op? Om hierover uitspraken te doen, doen we nog een serie lineaire regressieanalyses. Hiermee krijgen we inzicht in de onderlinge samenhang tussen drie groepen van factoren in de analyse: de persoonskenmerken van respondenten, het sociaal kapitaal waarover ze beschikken en de mate waarin ze angst en stress ervaren door het virus.

Model 1 in tabel 2 laat zien dat sommige sociale groepen beduidend meer angst en stress als gevolg van het virus ervaren dan andere groepen. Vrouwen en jongeren ervaren meer angst en stress dan mannen en ouderen (het significante negatieve verband tussen leeftijd en ervaren angst en stress betekent: hoe hoger de leeftijd, hoe minder angst en stress). Respondenten met een (zeer) goede ervaren gezondheid en de degenen met een hoger

inkomen (vanaf modaal) ervaren minder angst en stress als gevolg van COVID-19 dan respondenten die de eigen gezondheid als '(zeer) slecht' ervaren dan wel een minimuminkomen hebben (beide referentiecategorie). Overigens weten we dat een laag inkomen en een minder goede (ervaren) gezondheid in de praktijk vaak hand in hand gaan.

Daarnaast blijken diverse persoonskenmerken niet samen te hangen met ervaren angst en stress. Zo hadden we verwacht dat ook de huishoudsituatie van respondenten verband zou houden met ervaren angst en stress. Alleenwonenden hebben zeker wanneer sociale contacten buiten het huishouden beperkt mogelijk zijn, minder mogelijkheden om hun zorgen met anderen te delen. Daarom verwachtten we dat alleenwonenden meer angst en stress zouden ervaren dan mensen die met iemand (andere volwassenen en/of kinderen) samenwonen. Dit blijkt echter niet het geval. Misschien dat samenwonenden zich ook zorgen maken om hun huisgenoten of kinderen en daarom per saldo evenveel angst en stress ervaren als alleenwonenden.

Verder blijkt er geen significant verschil tussen hoger en lager opgeleiden in de mate waarin zij angst en stress ervaren. Dit is opmerkelijk omdat we, zoals hiervoor gemeld, wel dit verschil zagen tussen respondenten met een minimuminkomen enerzijds en degenen met een (boven)modaal inkomen anderzijds. De verklaring is wellicht dat vooral de laagste inkomensgroepen het hardst worden geraakt door de economische gevolgen van het virus (bijvoorbeeld door verlies van flexibel werk). Daarnaast hebben laagbetaalde werkenden met flexibel werk wellicht minder mogelijkheden tot thuiswerken, wat ook kan leiden tot meer angst- en stressgevoelens door COVID-19. Samenvattend kan hypothese 1, die verwachtte dat respondenten met een (qua opleiding en inkomen) lagere sociale status meer angst en stress ervaren door het virus, wel bevestigd worden voor lagere inkomensgroepen, maar niet voor lager opgeleiden.

Verder zien we in model 1 (tabel 2) ook niet het verwachte verschil in ervaren angst en stress tussen respondenten met en zonder migratieachtergrond. Bivariate analyses laten overigens zien dat zowel westerse als niet-westerse migranten wel significant meer angst en stress ervaren door de coronapandemie dan respondenten zonder migratieachtergrond (zie Appendix). Deze verschillen vallen echter weg als in de multivariate analyse rekening wordt gehouden met andere persoonskenmerken waaronder met name verschillen in sociale status (opleiding en inkomen).⁶ Dit leidt tot een genuanceerd antwoord op hypothese 2 die verwachtte dat respondenten met een niet-westerse migratieachtergrond meer angst en stress ervaren door het virus. Voor zover we verschillen zien in ervaren angst en

stress door het virus tussen respondenten met en zonder migratieachtergrond vallen die weg als we in de analyse rekening houden met verschillen in sociale status. Het gaat dus eerder om sociaaleconomische positie van mensen dan om etnische of culturele kenmerken op zich.

Wat ons aanvankelijk het meest verbaasde was dat jongeren sterkere angst- en stressgevoelens door COVID-19 ervaren dan ouderen, hoewel deze laatsten aanmerkelijk grotere gezondheidsrisico's lopen. We zagen deze onverwachte uitkomst, later bevestigd in onderzoek van I&O Research⁷ en buitenlands onderzoek (Nearchou e.a., 2020), al bij de eerste meting van ons onderzoek (Engbersen 2020a: 61). Er zijn diverse redenen waarom COVID-19 en de beperkende maatregelen om het virus terug te dringen juist voor jongeren grote mentale gevolgen hebben. Jongeren willen de wereld ontdekken, nieuwe mensen ontmoeten en relaties aangaan. Juist voor hen telt het verlies aan sociale contacten daarom zwaarder dan voor ouderen. Daarnaast zijn jongeren wellicht meer gevoelig voor stress en depressie dan oudere leeftijdsgroepen (Hammen, 2015).⁸ Tot slot hebben veel jongeren te maken met een opeenstapeling van onzekerheden en gebrek aan perspectief: werk- en inkomensonzekerheid, oplopende studieschulden, en uitgestelde gezinsvorming. In onze afsluitende discussie komen we specifiek terug op de jongeren.

De volgende vraag is of het beschikken over sociaal kapitaal een zekere bescherming biedt tegen de negatieve mentale impact van COVID-19. Met andere woorden: ervaren respondenten die hoger scoren op de diverse indicatoren van sociaal kapitaal (meer sociale contacten, meer steun ontvangen of verwachten, meer vertrouwen in instituties én in andere mensen) minder angst en stress door het virus? En als dat zo is, bij welke groepen respondenten treden zulke beschermende effecten van sociaal kapitaal op? Om hierover uitspraken te doen, doen we nog een serie lineaire regressie-analyses. Allereerst bekijken we de samenhang tussen relevante persoonskenmerken en de vier indicatoren van sociaal kapitaal (tabel 2, model 2a t/m 2d). Vervolgens gaan we na in hoeverre de indicatoren van sociaal kapitaal op zich samenhangen met ervaren angst en stress (tabel 3, model 3) en ten slotte voegen we in model 4 en 5 (tabel 3) alle variabelen toe aan de analyse. Hiermee krijgen we inzicht in de onderlinge samenhang tussen drie groepen van factoren in de analyse: de persoonskenmerken van respondenten, het sociaal kapitaal waarover ze beschikken en de mate waarin ze angst en stress ervaren door het virus.

Model 2 (a t/m d) laat zien of de diverse groepen onder onze respondenten verschillend scoren op de verschillende indicatoren van sociaal kapitaal. We geven de bevindingen kort weer. Vrouwen scoren doorgaans hoger

op de indicatoren van sociaal kapitaal dan mannen. Alleen wat betreft institutioneel vertrouwen is er geen verschil tussen de seksen. Bij dezelfde drie indicatoren blijkt een positief verband met leeftijd: naarmate respondenten ouder zijn, scoren ze hoger. Alleen bij institutioneel vertrouwen scoren jongeren hoger dan ouderen. Bij de migratieachtergrond van respondenten zien we wisselende uitkomsten. Respondenten met een niet-westerse migratieachtergrond scoren significant lager als het om sociale contacten en algemeen vertrouwen gaat dan de autochtone referentiegroep. Ook respondenten met een westerse migratieachtergrond scoren lager op zowel algemeen als institutioneel vertrouwen. Voor het overige zien we echter weinig verschillen tussen respondenten met en zonder migratieachtergrond in hun scores op de indicatoren van sociaal kapitaal.

De ervaren gezondheid en sociale situatie van respondenten doen er echter wel toe. Respondenten die de eigen gezondheid als (zeer) goed ervaren, scoren op alle vier indicatoren van sociaal kapitaal hoger dan degenen met een naar eigen ervaring (zeer) slechte gezondheid. Ook hieruit blijkt dus dat ervaren gezondheid en sociaal kapitaal nadrukkelijk samenhangen. Qua opleiding zien we dat vooral de hoogst opgeleiden onder onze respondenten significant hoger scoren op bijna alle indicatoren van sociaal kapitaal dan de referentiegroep van laag opgeleiden. Alleen bij ontvangen steun is het verschil tussen hoog en laag opgeleide respondenten kleiner. Middelbaar opgeleiden wijken qua sociaal kapitaal minder af van de laag opgeleiden. Alleen qua institutioneel vertrouwen scoren middelbaar opgeleiden significant hoger dan laag opgeleiden. Qua inkomen zien we ten slotte dat alle overige inkomensgroepen significant hoger scoren op onze indicatoren van sociaal kapitaal dan de minima, die als referentiegroep dienen. Er lijkt in (bijna) alle gevallen sprake van een lineair positief verband tussen inkomen en sociaal kapitaal: hoe hoger het inkomen, hoe meer sociaal kapitaal.

We gaan verder in model 3 (tabel 3) met de samenhang tussen de diverse indicatoren van sociaal kapitaal en de ervaren angst en stress door COVID-19. De uitkomsten zijn vrij eenduidig. De vier indicatoren (sociale contacten, ontvangen steun, algemeen en institutioneel vertrouwen) hangen significant negatief samen met angst en vertrouwen. Hoe meer respondenten over deze vormen van sociaal kapitaal beschikken, hoe minder angst en stress ze ervaren. Alleen bij de eerste indicator (sociale contacten) is dit verband aanzienlijk minder sterk. Alleen contact hebben met vrienden en familie op zich doet er kennelijk minder toe als het om de mentale gevolgen van COVID-19 gaat.

Tabel 3 Determinanten van angst en stress als gevolg van corona (lineaire regressie) (ongewogen)

	Model 3 Angst en stress			Model 4 Angst en stress			Model 5 Angst en stress					
	B	sig	SE	Beta	B	sig	SE	Beta	B	sig	SE	Beta
((Constante)					4,559***		0,057		4,569***		0,056	
Sekse (man=ref)												
Vrouw					0,132***		0,013	0,072	0,130***		0,012	0,071
Leeftijd					-0,014***		0,000	-0,253	-0,014***		0,000	-0,254
Migratieachtergrond (geen=ref)												
Westers					0,021		0,020	0,007	0,025		0,020	0,008
Niet-Westers					-0,079*		0,036	-0,015	-0,073*		0,036	-0,014
Woonsituatie (alleenstaand=ref)												
Meerpersoonshuishouden					0,015		0,015	0,007				
Gezondheid ((zeer) slecht=ref)												
Matig					-0,071*		0,034	-0,030	-0,076*		0,034	-0,032
Goed					-0,369***		0,033	-0,202	-0,375***		0,032	-0,205
Zeer goed					-0,667***		0,035	-0,292	-0,676***		0,035	-0,295
Opleiding (lager=ref)												
Middelbaar					-0,026		0,023	-0,013	-0,029		0,022	-0,015
Hoger					0,052*		0,022	0,028	0,050*		0,022	0,027
Inkomen (Minima=ref)												
Minima tot modaal					-0,038		0,026	-0,016	-0,040		0,025	-0,017
Modaal tot 2x modaal					-0,089***		0,024	-0,046	-0,083***		0,024	-0,043
2x modaal tot 3x modaal					-0,103***		0,025	-0,051	-0,097***		0,024	-0,047
Meer dan 3x modaal					-0,111***		0,027	-0,048	-0,104***		0,026	-0,044
Sociale contacten (0-5)					-0,014*		0,006	-0,016	-0,007			
Steun ontvangen (1-4)					-0,197***		0,014	-0,102	-0,120***		0,013	-0,064
Vertrouwen mensen alg. (1-5)					-0,115***		0,008	-0,108	-0,066***		0,008	-0,062
Vertrouwen in instituties (1-5)					-0,079***		0,007	-0,079	-0,085***		0,007	-0,084
					R ² = 0,04			R ² = 0,14				R ² = 0,14

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tot slot presenteren we in model 4 en 5 (tabel 3) het volledige model met alle variabelen. Model 5 bevat alleen nog de significante verbanden uit model 4 waardoor het model robuuster wordt. In onze bespreking van de uitkomsten gaan we alleen in op model 5. Ten eerste zien we dat drie van de vier indicatoren van sociaal kapitaal nog steeds het verwachte negatieve effect hebben op de mate van ervaren angst en stress door COVID-19. Mensen die steun ontvangen (of verwachten) en die meer vertrouwen hebben in andere mensen én in instituties ervaren relatief minder angst en stress. Deze aspecten van sociaal kapitaal bieden een zekere bescherming tegen de negatieve mentale impact van COVID-19. Sociaal kapitaal is in de eerste plaats een kenmerk van relaties tussen mensen en tussen mensen en instituties. Omdat mensen steun van anderen ontvangen of verwachten en/of omdat ze positieve verwachtingen hebben over de betrouwbaarheid van anderen en van instituties zoals overheden ervaren zij minder stress en angst als gevolg van de pandemie. Alleen de laatste indicator van sociaal kapitaal (het aantal familie- en vriendencontacten op zich) hangt na opname van de overige verklarende factoren en controlevariabelen niet meer significant samen met de ervaren angst en stress door het virus en is dus niet opgenomen in model 5.

Ten tweede bekijken we de onderlinge samenhang tussen de drie groepen van factoren in de analyse: wat betekent het verband tussen sociaal kapitaal en ervaren angst en stress voor de eerder beschreven samenhangen tussen persoonskenmerken en de mentale gevolgen van het virus? Met andere woorden: kunnen we door de factor sociaal kapitaal in de analyse toe te voegen beter begrijpen *waarom* sommige groepen meer angst en stress ervaren dan andere groepen? Ervaren bijvoorbeeld jongeren meer angst en stress mede omdat ze over minder beschermend sociaal kapitaal beschikken? Als we de grootte van effecten in model 1 (tabel 2) en 5 (tabel 3) met elkaar vergelijken, zien we enkele opvallende zaken. Ten eerste wordt het verschil in ervaren angst en stress tussen mannen en vrouwen iets groter. Vrouwen ervaren niet alleen meer angst en stress dan mannen, maar dat verschil wordt groter als we ons realiseren dat zij veelal over meer (beschermend!) sociaal kapitaal beschikken. Anders gezegd: als vrouwen niet over meer sociaal kapitaal beschikten dan mannen, dan zou het verschil in angst en stress met mannen nog groter zijn geweest.

Het omgekeerde geldt als we naar verschillen tussen jongeren en ouderen, lage en hogere inkomensgroepen en tussen respondenten met uitstekende en minder goede ervaren gezondheid in beide modellen kijken. In het algemeen zien we dat de verschillen tussen deze categorieën kleiner wordt als we in model 5 rekening houden met de beschermende invloed

van sociaal kapitaal. Jongeren ervaren bijvoorbeeld meer angst en stress door het virus dan ouderen en dat komt deels omdat ze over minder beschermend sociaal kapitaal beschikken dan ouderen. Hetzelfde geldt als we de uitkomsten voor respondenten met een lager of hoger inkomen c.q. een matige of uitstekende ervaren gezondheid met elkaar vergelijken. Respondenten met een lager inkomen c.q. een (zeer) slechte ervaren gezondheid ervaren meer angst en stress dan degenen met een hoger inkomen c.q. een betere ervaren gezondheid en dat komt deels omdat de eerstgenoemden over minder beschermend sociaal kapitaal beschikken dan de laatstgenoemden. Dit bleek ook al in model 2 van tabel 2.

In algemene zin kunnen we concluderen dat de verschillen tussen mannen en vrouwen, ouderen en jongeren, mensen met een goede en minder goede gezondheid en met een hoger en lager inkomen deels het gevolg zijn van het feit dat de eerst genoemde categorieën over meer sociaal kapitaal beschikken dat een zekere bescherming biedt tegen de negatieve mentale impact van COVID-19. We zijn voor de zekerheid nagegaan of het beschermende effect van sociaal kapitaal misschien anders uitwerkt voor de jongste leeftijdsgroep (18-34 jaar) dan voor oudere leeftijdsgroepen. Dit blijkt echter niet het geval (gegevens niet in de tabel). Het verschil is dat jongeren relatief minder scoren op de diverse indicatoren van sociaal kapitaal dan oudere leeftijdsgroepen.

5 Conclusie en discussie

In dit artikel beschreven we op basis van een grootschalige en representatieve steekproef van de Nederlandse bevolking de impact van COVID-19 op het mentale welbevinden van Nederlanders. We zagen dat deze mentale impact aanzienlijk was, in november 2020 – aan de vooravond van de voorspelde tweede golf van het virus – zelfs nog iets sterker dan in het voorjaar van hetzelfde jaar, tijdens de eerste golf. Bijna 40 procent van de ondervraagden zei in november ‘niets te hebben om naar uit te kijken’. Veel respondenten melden sinds corona vaker angstig of gestrest te zijn.

De gevolgen van een ingrijpende gebeurtenis zoals de coronapandemie zijn niet gelijk verdeeld over alle groepen en lagen van de Nederlandse bevolking. We zagen dat vrouwen, jongeren, mensen met een minimuminkomen én degenen met een matige of slechte gezondheid significant meer angst en stress als gevolg van het virus ervaren. Bij mannen, ouderen, hogere inkomensgroepen en mensen met een goede tot uitstekende gezondheid zijn de mentale gevolgen van het virus aanzienlijk geringer. Opmerkelijk

was dat we in de uiteindelijke analyse geen verschil vonden in mentale gevolgen tussen mensen met en zonder migratieachtergrond. Eerdere verschillen in de mate waarin respondenten met en zonder migratieachtergrond angst en stress door het virus ervaren vallen weg als we rekening houden met verschillen in sociale status. Het gaat dus eerder om de sociaal-economische positie van mensen dan om etnische of culturele kenmerken op zich. Qua sociale status zagen we dat mensen met een laag inkomen vaker negatieve mentale gevolgen van COVID-19 ondervinden dan hogere inkomensgroepen, maar we zagen dit verschil niet als we mensen met een lage en hoge opleiding met elkaar vergelijken. Financiële onzekerheid heeft kennelijk meer effect op de ervaren angst- en stressgevoelens als gevolg van COVID-19 dan opleiding – in Bourdieus termen gaat het eerder om economisch dan om cultureel kapitaal.

De centrale vraag in dit onderzoek was echter of het beschikken over sociaal kapitaal (uitgedrukt in zowel het deel uitmaken van solidaire netwerken als het vertrouwen in instituties en in andere mensen) een zekere bescherming biedt tegen de negatieve mentale impact van het virus. De gebruikte indicatoren van sociaal kapitaal (ontvangen of verwachte steun, vertrouwen in instituties én in andere mensen) hebben zoals verwacht een significant negatief effect op de ervaren angst en stress: hoe meer steun en vertrouwen, des te minder angst en stress. Dit is een belangrijke bevinding omdat het een clou geeft over hoe het negatieve effect van COVID-19 op het welbevinden van sommige groepen (jongeren, lage inkomens, mensen met een mindere gezondheid) beperkt kan worden.

We zagen echter ook dat het inbrengen van sociaal kapitaal in de analyse voor verschillende groepen anders uitwerkt. Als we rekening houden met verschillen in sociaal kapitaal, wordt het aanvankelijke verschil in de mate van angst en stress tussen mannen en vrouwen iets groter. Met andere woorden: als vrouwen over het algemeen niet over meer sociaal kapitaal beschikten dan mannen, zou het verschil in angst en stress met mannen nog groter zijn geweest. Het omgekeerde geldt als we kijken naar verschillen tussen leeftijds-, inkomens- en gezondheidsgroepen. Als we in de analyse rekening houden met verschillen in sociaal kapitaal worden de verschillen in uitkomsten tussen deze groepen kleiner. In algemene zin kunnen we concluderen dat de verschillen tussen mannen en vrouwen, ouderen en jongeren, mensen met een goede en minder goede gezondheid en met een hoger en lager inkomen *deels* het gevolg zijn van het feit dat sommige groepen over meer sociaal kapitaal beschikken, wat op een bepaalde manier bescherming biedt tegen de negatieve mentale impact van COVID-19.

Onze analyse bevestigt eerder onderzoek dat mensen met meer sociaal kapitaal over meer veerkracht (*'resilience'*) beschikken, waardoor ze beter bestand zijn tegen de negatieve gevolgen van de uitdagende omstandigheden van de huidige pandemie of andere crises (Tierney, 2019; Adeola & Picou, 2014). Dit is ook van praktisch belang, in het bijzonder als we het over jongeren hebben. Uit ons onderzoek blijkt dat jongeren in sterke mate te kampen hebben met de mentale gevolgen van COVID-19. Deze impact blijkt misschien ook uit de rellen onder *sommige* jongeren na de invoering van de avondklok in januari 2021. Sociaal kapitaal verandert uiteraard niet dat veel jongeren door COVID-19 geconfronteerd worden met werk- of inkomensverlies, studievertraging en sterk verminderde sociale contacten, maar versterkt wellicht hun vermogen om met zulke uitdagende omstandigheden om te gaan.

We zijn ons bewust van de beperkingen van het onderzoek. Het is van belang om ook nader inzicht te krijgen in veranderingen van sociaal kapitaal en de gevolgen daarvan voor mentaal welbevinden. Zo kan de maatschappelijke impact van COVID-19 bij sommige groepen leiden tot een inkrimping van de leefwereld, verminderde sociale contacten en geringere sociale steun. Ook zal het institutioneel vertrouwen bij bepaalde groepen verder kunnen afnemen. Deze analyse is gebaseerd op de derde meting in november 2020. In eerste twee metingen lag het institutioneel vertrouwen in overheid en gezondheidsinstellingen substantieel hoger. Uit sociologische literatuur over politiek vertrouwen weten we dat mensen ertoe neigen om zich in tijden van crisis en externe dreigingen achter de leiding van een land te scharen (het *rally 'round the flag*-effect), maar dat dit effect na verloop van tijd weer wegeeft (Engbersen e.a., 2020b: 18; SCP 2020: 10). Daarnaast is het van belang om nadere analyses te maken van de aard van sociale contacten van mensen. Ons onderzoek laat zien dat contact met familie of vrienden op zichzelf niet leidt tot minder angst en stress, maar sociale steun uit het netwerk wel. Ook is de richting van het verband niet op voorhand duidelijk. Contact met mensen die veel stress ervaren zal ook meer stress opleveren.

Ondanks de beperkingen van het onderzoek bieden de uitkomsten relevante aanknopingspunten voor beleid. Ondersteunende relaties, deelname aan sociale activiteiten en een gewaardeerde bijdrage leveren aan de verbanden waarvan ze deel uitmaken zijn belangrijke beschermende factoren voor de mentale gezondheid van kinderen en jongeren (NJI, 2020: 5). Het is daarom belangrijk om jongeren niet alleen te veroordelen wegens regelovertredingen, maar om hen actief te betrekken bij het gemeenschapsleven. Geen afwijzing, maar een uitgestoken hand. Zo kunnen

lokale autoriteiten met jongeren en met jongerenorganisaties overleggen wat in deze beperkende omstandigheden nog wel voor hen mogelijk is. Ook de vele maatschappelijke initiatieven die tijdens corona zijn ontstaan (Boonstra & Claessens, 2020) kunnen jongeren actief betrekken. Juist zo ontdekken ze dat ze er niet alleen voor staan en dat ze door de coronacrisis niet alleen van alles niet kunnen doen, maar ook positief kunnen bijdragen aan de samenleving. Het is belangrijk om activiteiten niet alleen voor, maar ook dóór jongeren uit te voeren. Huisbezoeken van kwetsbare jongeren door getrainde vrijwilligers ('tot de voordeur') kunnen helpen, evenals door jongeren zelf georganiseerde online activiteiten. Door jongeren toegang tot sneltesten te geven, zouden scholen, buurthuizen, bibliotheken en sportscholen voor hen heropend kunnen worden, waardoor ze weer meer sociale contacten kunnen krijgen.⁹

Daarnaast is het van belang dat de infrastructuur van de GGZ alert is en open staat voor jongeren die sterk lijden aan depressieve gevoelens en uitzichtloosheid van de pandemie. Hetzelfde geldt voor mensen met een laag inkomen en/of een minder goede gezondheid (wat overigens vaak samengaat). Het bevorderen van burgerinitiatieven en van plekken of gelegenheden waar mensen elkaar (binnen de geldende restricties) kunnen ontmoeten, biedt mogelijkheden om sociaal kapitaal te versterken en de negatieve impact van COVID-19 op ons mentale welbevinden te verminderen.

Noten

- 1 Zie ook CBS-gegevens: <https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/83780NED/table?ts=1590569035685>
- 2 Zie over de VS: <https://www.apmresearchlab.org/covid/deaths-by-race>; en over het VK: <https://www.theguardian.com/world/2020/may/01/british-bame-covid-19-death-rate-more-than-twice-that-of-whites>
- 3 Blijkend uit de aanwezigheid COVID-19-antistoffen in hun bloed. Zie: <https://www.amc.nl/web/nieuws-en-verhalen/actueel/actueel/percentage-corona-antistoffen-gelijk-bij-grootste-bevolkingsgroepen-in-amsterdam.htm>
- 4 Ook anderen benadrukken deze instrumentele opvatting van sociaal kapitaal. Portes (1998, 6) omschrijft sociaal kapitaal als 'the ability of actors to secure benefits by virtue of membership of social networks'. Lin (1999: 35) spreekt van 'resources embedded in a social structure'. Zie ook: <http://www.godfriedengbersen.com/wp-content/uploads/ESB-De-armoede-van-sociaal-kapitaal.pdf>
- 5 Zie meer uitgebreid over de weging in: Engbersen e.a. (2020c: 33 en 34).
- 6 Wellicht speelt weging hierbij ook een rol. Bivariate analyses zijn uitgevoerd op het gewogen databestand van dit onderzoek, de multivariate regressieanalyses zijn gedaan op het ongewogen bestand. Maar ook in het ongewogen bestand blijkt nog steeds dat niet-westerse migranten significant ($p < 0,05$) meer stress ervaren dan autochtone respondenten.

- 7 Zie <https://www.ioresearch.nl/actueel/veel-jongeren-voelen-zich-nu-slechter-dan-voor-coronacrisis/>.
- 8 Zie ook wat betreft depressie: <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/depressie>.
- 9 Zie F. Halsema, M. van den Bosch, J. Bussemaker, H. Boutelier, M. Hamer, M. Knijnenburg en M. de Winter, 'Geef jongeren nu toegang tot de snelsten Want wij vinden de gevolgen van de coronaregels voor hen niet langer verantwoord'. *De Volkskrant* 12 februari 2020.

Referenties

- Adeola, F. & Picou, S. (2014). Social capital and the mental health impacts of hurricane Katrina: Assessing long-term patterns of psychosocial distress. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters*, 32(1), 121-156.
- Ayoubkhani, D. Nafilyan, V., White, C. & Diamond, I. (2020). Ethnic-minority groups in England and Wales – factors associated with the size and timing of elevated COVID-19 mortality: a retrospective cohort study linking census and death records. *International Journal of Epidemiology*, 49(6), 1951-1962.
- Beurs, E. de, Dyck, R. van, Marquenie, L.A., Lange, A. & Blonk, R.W. (2001). De DASS: een vragenlijst voor het meten van depressie, angst en stress. *Gedragstherapie*, 34(1), 35-54.
- Bochove, M. van (2020). Angst, stress en somberheid door corona: verhalen achter de cijfers. Website Sociale vraagstukken 22 mei 2020. (<https://www.socialevraagstukken.nl/angst-stress-en-somberheid-door-corona-verhalen-achter-de-cijfers/>).
- Boonstra, B. & Claessens, S. (2020). *Maatschappelijke coalities in Coronatijd: van spontaan initiatief naar duurzaam samenwerkingsverband*. Rotterdam: Kenniswerkplaats Leefbare wijken.
- Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In: J.G. Richardson (ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (p. 241-258). New York: Greenwood Press.
- Broeders, D., Das, D., Jennissen, R., Tiemeijer, W. & Visser, M. de (2018). *Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen* (WRR Policy brief 7). Den Haag: WRR.
- Caring Universities (2020). *De geestelijke gezondheid van studenten tijdens de COVID-19 pandemie. De eerste voorlopige data uit het Caring Universities consortium*. https://www.vu.nl/nl/images/Rapportage_CaringUniversities_GeestelijkeGezondheidStudentenCOVID19_19082020_tcm289-949689.pdf.
- Dolan, P., Peasgood, T. & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors related with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29, 94-112. <https://doi.org/10.1016/j.joep.2007.09.001>
- Coyer, L., Wynberg, E., Buster, M., Wijffels, C. & Schreijer, A. (2020). The first wave of COVID-19 in the greater Amsterdam area, the Netherlands. MedRxiv: Preprint server for health science. <https://doi.org/10.1101/2021.03.15.21253597>
- Coyer, L., Boyd, A., Schinkel, J., Agyemang, C., Galenkamp, H., Koopman, A., Leenstra, T., Moll van Charante, E., Born, B-J. van den, Lok, A., Verhoeff, A., Zwinderman, A., Jurriaans, S., Vught, L. van, Stronks, K. & Prins, M. (2021). SARS-CoV-2 antibody prevalence and determinants of six ethnic groups living in Amsterdam, the Netherlands: a population-based cross-sectional study, June-October 2020. MedRxiv: Preprint server for health science. <https://doi.org/10.1101/2021.03.08.21252788>
- Eijck, G. van (2020). We hebben juist geen idee wat afkomst en covid-19 met elkaar te maken hebben. Website Sociale vraagstukken 19 oktober 2020. (<https://www.socialevraagstukken.nl/we-hebben-juist-geen-idee-wat-afkomst-en-covid-19-met-elkaar-te-maken-hebben/>)

- Engbersen, G., Bochove, M. van, Boom, J. de, Burgers, J., Custers, G., Erdem, Ö., Krouwel, A., Lindert, J. van, Snel, E., Toorn, M. van, Wensveen, P. & Wentink, T. (2020a). *De bedreigde stad: De maatschappelijke impact van COVID-19 op Rotterdam*. Rotterdam: KWP Leefbare Wijken/EUR.
- Engbersen, G., Bochove, M. van, Boom, J. de, Burgers, J., Custers, G., Etienne, T., Krouwel, A., Lindert, J. van, Rusinovic, K. Snel, E., Weltevrede, A., Wensveen, P. & Wentink, T. (2020b). *De heropening van de samenleving: De maatschappelijke impact van COVID-19 in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam & Nederland*. Rotterdam: KWP Leefbare Wijken/EUR.
- Engbersen, G., Bochove, M. van, Boom, J. de, Burgers, J., Etienne, T., Krouwel, A., Lindert, J. van, Rusinovic, K. Snel, E., Wensveen, P. & Wentink, T. (2020c). *De verdeelde samenleving. De maatschappelijke impact van COVID-19 in Amsterdam, Den Haag, Rotterdam & Nederland*. Rotterdam: KWP Leefbare Wijken/EUR.
- Hammen, C.L. (2015). Stress and depression: old questions, new approaches. *Current Opinion in Psychology*, 4, 80-85. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.12.024>
- Hardin, R. (2006). *Trust*. Cambridge UK: Polity Press.
- Hoebel, J., Maske, U., Zeeb, H. & Lampert, T. (2017). Social inequalities and depressive symptoms in adults: The role of objective and subjective socioeconomic status. *PLoS ONE* 12 (1): e0169764. <http://doi:10.1371/journal.pone.0169764>.
- Kawachi, I. & Berkman, L. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health of the New York Academy of Medicine*, 78(3), 458-467.
- Klinenberg, E. (2002). *Heat Wave. A social autopsy of a disaster*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kunst, A., Visser, M. de, Stoeldraijer, L. & Harmsen, C. (2020). *Oversterfte tijdens de eerste zes weken van de corona-epidemie Sociaal-demografische en geografische verschillen*. Centraal Bureau voor Statistiek – Statistische berichten 2020. <https://www.cbs.nl/nl-nl/achtergrond/2020/20/oversterfte-tijdens-de-eerste-zes-weeken-van-de-corona-epidemie>
- Lin, N. (1999). Building a network theory of social capital. *Connections*, 22(1), 28-51.
- Mackenbach, J. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Social Science & Medicine*, 75, 761-769.
- Mackenbach, J., Kulkánova, I., Artnik, B., Bopp, M., Borrell, C., Clemens, T., Costa, G., Dibben, C., Kalediene, R., Lundberg, O., Martikainen, P., Menvielle, G., Östergren, O., Prochorskas, R., Rodríguez-Sanz, M., Strand, B.H., Looman, C.W. & Gelder, R. de (2016). Changes in mortality inequalities over two decades: register based studies of European countries. *The British Medical Journal*, 353, i1732.
- Misztal, B.A. (1996). *Trust in modern societies*. Oxford, UK: Blackwell.
- Mulderij, L., Verkooijen, K. & Wagemakers, A. (2019). Gecombineerde leefstijlinterventies voor mensen met een lage SES?. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 97(1), 9-10. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12508-019-0225-7>
- Nearchou, F., Flinn, C., Niland, R., Subramaniam, S. & Hennessy, E. (2020). Exploring the impact of CoViD-19 on mental health outcomes in children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8479.
- Nederlands Jeugd Instituut (NJI) (2020). *Werken aan mentale gezondheid van jongeren. Adviezen voor gemeenten tijdens de coronacrisis*. <https://www.nji.nl/nl/Download/NJI/Werken-aan-mentale-gezondheid-van-jongeren.pdf>
- Portela, M., Neira, I. & Salinas-Jiménez, M. (2013). Social capital and subjective wellbeing in Europe: A new approach on social capital. *Social Indicators Research*, 114, 493-511. <https://doi.org/10.1007/s11205-012-0158-x>
- Portes, A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24, 1-24. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.1>

- Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone. The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster.
- Roest, H. van der, Prins, M., Velden, C. van der, Steinmetz, S., Stolte, E. & Vries, D. de (2020), The impact of COVID-19. Measures on well-being of older long-term care facility residents in the Netherlands. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11): 1569-1570. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.007>
- Ruijsbroek, A., Droomers, M., Kunst, A. & Van Den Brink, C. (2011). Gezondheid en leefstijl in de krachtwijken: een verkenning. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 89(4), 214-221. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12508-011-0074-5.pdf>
- Sociaal en cultureel Planbureau (2020). *Verwachte gevolgen van corona. Verwachte gevolgen van corona voor de opvattingen en houdingen van Nederlanders*. Den Haag: SCP.
- Sønderskov, K., Thisted Dinesen, P., Santini, Z. & Dinesen Østergaard, S. (2020). The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*, 32, 226-228. <http://doi:10.1017/neu.2020.15>
- Stronks, K., Şekercan, A., Snijder, M., Lok, A., Verhoeff, A., Kunst, A. & Galenkamp, H. (2020). Higher prevalence of depressed mood in immigrants' offspring reflects their social conditions in the host country: The HELIUS study. *PLoS ONE* (June 4), 1-15. <http://doi:10.1371/journal.pone.0234006>
- Tilly, C. (2005). *Trust and Rule*. Cambridge UK: Cambridge University Press
- Tierney, K. (2019). *Disasters: A Sociological Approach*. Cambridge UK: Polity Press.
- Velden P. van der, Hyland P., Contino C., von Gaudecker H-M., Muffels R. & Das, M. (2021) Anxiety and depression symptoms, the recovery from symptoms, and loneliness before and after the COVID-19 outbreak among the general population: Findings from a Dutch population based longitudinal study. *PLoS ONE*, 16(1), e0245057.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. & Ho, R. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) Epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), E1729; <http://doi:10.3390/ijerph17051729>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Jacobucci, M., Ho, R., Majeed, A. & McIntyre, R. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55-64. <http://DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.001>

Over de auteurs

ERIK SNEL is als universitair docent en onderzoeker verbonden aan het Department of Public Administration and Sociology (DPAS) van de Erasmus Universiteit in Rotterdam.

E-mail: snel@essb.eur.nl

JAN DE BOOM is senior onderzoeker en directeur van Risbo, een onafhankelijk instituut voor onderzoek, training en advies, verbonden aan de Erasmus School of Social and Behavioral Sciences (ESSB) van de Erasmus Universiteit in Rotterdam.

E-mail: deboom@risbo.eur.nl

MARIANNE VAN BOCHOVE is als universitair docent verbonden aan de Erasmus School of Health Policy & Management van de Erasmus Universiteit in Rotterdam, en als senior onderzoeker aan De Haagse Hogeschool.
E-mail: vanbochove@eshpm.eur.nl

GODFRIED ENGBERSEN is als hoogleraar Algemene Sociologie verbonden aan het Department of Public Administration and Sociology (DPAS) van de Erasmus Universiteit in Rotterdam.
E-mail: engbersen@essb.eur.nl

Appendix

Angst en stress naar subgroepen (gewogen)

	gem.	s.d.	min.	max.
<i>Sekse</i>				
Man	2,58 ^a	0,91	1,00	5,00
Vrouw	2,76 ^b	0,96	1,00	5,00
<i>Leeftijd</i>				
18-34	3,04 ^a	0,95	1,00	5,00
35-49	2,71 ^b	0,95	1,00	5,00
50-64	2,52 ^c	0,91	1,00	5,00
65+	2,43 ^d	0,83	1,00	5,00
<i>Migratieachtergrond</i>				
Autochtoon (ref.)	2,65 ^a	0,93	1,00	5,00
Westers	2,76 ^b	0,99	1,00	5,00
Niet westers	2,82 ^b	0,92	1,00	5,00
<i>Woonsituatie</i>				
Eenpersoonshuishouden (ref.)	2,65	0,95	1,00	5,00
Meerpersoonshuishouden	2,67	0,93	1,00	5,00
<i>Gezondheid</i>				
(Zeer) slecht	3,00 ^a	1,04	1,00	5,00
Matig	2,88 ^b	0,95	1,00	5,00
Goed	2,64 ^c	0,90	1,00	5,00
Zeer goed	2,43 ^d	0,96	1,00	5,00
<i>Opleidingsniveau</i>				
Laag (ref.)	2,59 ^a	0,95	1,00	5,00
Midden	2,71 ^b	0,94	1,00	5,00
Hoog	2,69 ^b	0,92	1,00	5,00
<i>Inkomen</i>				
Minima (ref.)	2,95 ^a	1,01	1,00	5,00
Minimum tot modaal	2,65 ^b	0,95	1,00	5,00
Modaal tot tweemaal modaal	2,57 ^c	0,89	1,00	5,00

Twee- tot driemaal modaal	2,60 ^{bc}	0,89	1,00	5,00
Meer dan driemaal modaal	2,57 ^c	0,90	1,00	5,00
<i>Leeftijd en gezondheid*</i>				
18-34, (zeer) slecht	3,31 ^a	1,04	1,00	4,83
18-34, matig	3,23 ^a	0,99	1,00	5,00
18-34, goed	3,07 ^b	0,92	1,00	5,00
18-34, zeer goed	2,83 ^c	0,96	1,00	5,00
35-49, (zeer) slecht	3,18 ^a	1,07	1,00	5,00
35-49, matig	3,07 ^a	0,96	1,00	5,00
35-49, goed	2,66 ^b	0,88	1,00	5,00
35-49, zeer goed	2,43 ^c	0,95	1,00	5,00
50-64, (zeer) slecht	2,93 ^a	1,04	1,00	5,00
50-64, matig	2,73 ^b	0,91	1,00	5,00
50-64, goed	2,47 ^c	0,85	1,00	5,00
50-64, zeer goed	2,08 ^d	0,78	1,00	5,00
65+, (zeer) slecht	2,85 ^a	0,98	1,00	5,00
65+, matig	2,68 ^b	0,85	1,00	5,00
65+, goed	2,38 ^c	0,76	1,00	5,00
65+, zeer goed	1,96 ^d	0,77	1,00	4,67

^{a,b,c,d} De gemiddelde scores voor de onderscheiden categorieën van de verschillende kenmerken die niet hetzelfde subscript hebben verschillen significant bij $p < 0,05$ in de tweezijdige toets verschillen tussen de gemiddelden.

* Voor elke leeftijdsgroep geldt dat respondenten met een (zeer) goede gezondheid minder angst en stress ervaren dan mensen met een (zeer) slechte of matige gezondheid.

