



FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN  
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

Academiejaar 2014 – 2015

Tweedesebestemesterexamenperiode

**Wordt de Relatie tussen Gendertokenisme en Mentale Gezondheid Gemodereerd  
door een Feminine/Masculine Organisatiecultuur?**

Masterproef II neergelegd tot het behalen van de graad van

Master of Science in de Psychologie, afstudeerrichting Bedrijfspsychologie en Personeelsbeleid

Promotor: Dr. Katia Levecque

01000283

Elien Moereels



## **Abstract**

In de literatuur heeft onderzoek naar Kanter's tokenisme theorie (1977) reeds veel aandacht gekregen. Echter werd de relatie tussen gendertokenisme en mentale gezondheid nog niet aan de hand van adequaat vragenlijstsonderzoek bestudeerd. Onder gendertokenisme verstaan we het behoren tot een genderminderheid op de werkplek waarbij de meerderheid minstens 85% van de werkplek inneemt. Bestaande onderzoeken in verband met de effecten van gendertokenisme op allerlei uitkomsten houden weinig rekening met de sociale context waarin deze effecten zich voordoen. Dit onderzoek komt hieraan tegemoet door na te gaan of de relatie tussen gendertokenisme en mentale gezondheid gemodereerd wordt door een masculine/feminine organisatiecultuur. Dit onderzoek is gebaseerd op secundaire data afkomstig van de Survey of Junior Researchers II. Deze vragenlijst werd afgenomen bij de populatie van jonge onderzoekers in alle universiteiten van Vlaanderen. Enkel de data van doctoraatsstudenten die nog bezig zijn met hun doctoraat werd gebruikt (N=3659). Mentale gezondheid werd gemeten aan de hand van de Nederlandstalige versie van de GHQ-12 (Koeter & Ormel 1991). Gender, partner, leeftijd, job demands en job controle werden opgenomen als controlevariabelen. Op basis van lineaire regressieanalyses vinden we geen evidentie voor een negatief effect van gendertokenisme op mentale gezondheid. Doctoraatsstudenten die zich in een gendertokenpositie bevinden in hun onderzoeksteam rapporteren geen slechtere mentale gezondheid dan meerderheidsleden. Dit onderzoek vindt ook geen evidentie voor de moderatie van masculine/femine organisatiecultuur. Er is wel een significant effect van gender, partner, job demands, job controle en organisatiecultuur op mentale gezondheid in de verwachte richting.

## Woord vooraf

Hier is die dan, de apotheose van mijn vijf jaar lange studie Bedrijfspsychologie en Personeelsbeleid aan de UGent, mijn masterproef. Gedurende deze vijf jaar werden we stapsgewijs voorbereid op het schrijven van een masterproef. Ondanks deze voorbereiding was het toch een hele uitdaging. Bijna twee jaar lang heb ik met bloed, zweet en tranen gewerkt aan mijn masterproef. En dit traject ging gepaard met hoogte- en laagtepunten. Ik heb heel veel bijgeleerd zowel over mijn onderwerp, het doen van onderzoek als over mezelf.

Deze masterproef zou nooit tot stand zijn gekomen zonder de hulp van anderen. Daarom zou ik graag enkele mensen willen bedanken.

Ten eerste zou ik heel graag mijn promotor, doctor Katia Levecque, willen bedanken. Zonder haar ervaring, kritische blik, empathie en geloof in mijn capaciteiten zou deze masterproef nooit tot stand zijn kunnen komen. Ze stond steeds voor mij klaar met advies en emotionele ondersteuning.

Ten tweede wil ik graag mijn dank uitdrukken aan mijn ouders voor het nalezen van mijn masterproef. Daarnaast waren ze een luisterend oor en stonden ze steeds klaar tijdens de moeilijkere momenten. Ook zou ik graag mijn broer willen bedanken voor zijn interesse omtrent de vorderingen van mijn masterproef. Er ging geen dag voorbij zonder de vraag ‘Hoe is het met je masterproef?’.

Ten slotte een dankjewel aan mijn medestudenten. Gedurende deze twee jaar kon ik ook steeds rekenen op hun steun. Gelijktijdig bezig zijn met zo’n grote uitdaging schept een band. Zij begrijpen hoe moeilijk de weg naar een masterproef kan zijn. Ze stonden steeds klaar voor advies, een leuke babbel en de nodige ontspanning.

Elien Moereels

mei 2015

## Inhoudstafel

<b>Inleiding</b> .....	<b>1</b>
Mentale gezondheid op de werkvloer .....	1
Evolutie en kosten van mentale gezondheid .....	1
Perspectieven van mentale gezondheid.....	2
Determinanten van mentale gezondheid .....	3
Gender en mentale gezondheid .....	5
Psychosociale werkkarakteristieken en mentale gezondheid.....	6
Gendertokenisme en mentale gezondheid .....	8
Tokenisme theorie van Kanter .....	8
Ontwikkeling van Kanter's tokenisme theorie.....	11
Studies over de relatie tussen compositie van werkplek en mentale gezondheid ...	12
De modererende invloed van masculine/feminine organisatiecultuur .....	13
Definitie organisatiecultuur .....	13
Cultuurdimensies van Hofstede .....	14
Intergroup contact hypothesis .....	15
Personalization model.....	15
Common ingroup identity model .....	17
Conclusie.....	19
<b>Methode</b> .....	<b>20</b>
Design .....	20
Participanten .....	20
Meetinstrumenten .....	21
Mentale gezondheid .....	21
Gendertokenisme .....	22

Masculine/feminine organisatiecultuur.....	22
Controlevariabelen.....	23
Analyses.....	23
<b>Resultaten.....</b>	<b>24</b>
Factor- en betrouwbaarheidsanalyses.....	24
GHQ-12.....	24
Masculine/feminine organisatiecultuur.....	24
Gemiddelden, Standaarddeviatie en correlaties.....	27
Regressieanalyses.....	28
Model 1.....	28
Model 2.....	28
Model 3.....	29
Model 4.....	29
<b>Discussie.....</b>	<b>32</b>
Bespreking van de resultaten.....	32
Hoofteffect van gendertokenisme op mentale gezondheid.....	32
Moderatie van masculine/feminine organisatiecultuur.....	34
Theoretische implicaties.....	34
Praktische implicaties.....	35
Beperkingen.....	37
Suggesties voor verder onderzoek.....	40
Conclusie.....	42
<b>Referenties.....</b>	<b>43</b>

Op 5 april 2013 verscheen in de Standaard een artikel waarin stond dat er weinig vrouwen in Vlaanderen zijn die een academische bestuursfunctie uitoefenen. Mannen zijn in het professorenkorps oververtegenwoordigd (Goedhals, 2013). Wetenschappelijk onderzoek heeft al meermaals uitgewezen dat werknemers die behoren tot een minderheidsgroep een hogere mate van werkgerelateerde problemen ervaren, zoals langdurig ziekteverzuim (Bryngelson, Hertzman, & Fritzell, 2011), discriminatie omwille van gender (Stainback, Ratliff, & Roscigno, 2011), ongewenste intimiteiten (Chamberlain, Crowley, Tope, & Hodson, 2008) en een lagere job satisfactie (Krimmel & Gormley, 2003).

In dit onderzoek focussen we op de mentale gezondheid van doctoraatsstudenten in Vlaanderen. We stellen ons in dit onderzoek twee specifieke vragen, namelijk: Heeft het behoren van een doctoraatsstudent tot een genderminderheid in het onderzoeksteam (gendertokenisme) een invloed op zijn of haar mentale gezondheid? En wordt deze relatie gemodereerd door de aanwezigheid van een masculine/feminine organisatiecultuur?

Uit voorgaand onderzoek blijkt dat leden van de minderheid bepaalde stressoren ervaren (Kanter, 1977). Volgens Johnson en Hall (1988) leiden stressoren tot een verminderde mentale gezondheid. Tevens blijkt dat leden van een feminine organisatiecultuur genderrollen delen en dat ze meer interpersoonlijke relaties hebben (Hofstede & Hofstede, 2005). We verwachten dat dit zorgt voor een vermindering van stressoren bij gendertokens.

## **Mentale Gezondheid op de Werkvloer**

**Evolutie en kosten van mentale gezondheid.** Uit verschillende rapporten blijkt dat de mentale gezondheid van de bevolking erop achteruit gaat. Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV, 2008) voerde in 2008 de nationale gezondheidsenquête uit bij 11.250 mensen die ingeschreven waren in het Belgische Rijksregister. Er werden personen uit verschillende gewesten, huishoudtypes en –groottes bevestigd en zowel Belgen als mensen met een Europese en niet-Europese nationaliteit die ingeschreven waren in het Rijksregister. Uit de ondervraging blijkt dat 26% van de algemene Belgische bevolking ouder dan 15 jaar psychologisch onwelbevinden ervaart, 14% heeft ernstige mentale problemen, bij 9% is er een vermoeden van depressie, bij 6% is er een vermoeden

van angstproblemen. Vergeleken met de vorige nationale gezondheidsenquête, afgenomen in 2004, is er sprake van een significante toename.

Uit het jaarverslag van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV, 2012) blijkt dat ook het aantal arbeidsongeschikte personen toeneemt. Eén van de belangrijkste oorzaken van deze stijging is het oplopende aantal psychische en mentale problemen als oorzaak van invaliditeit. Wat medicatie betreft, meldt het RIZIV een stevige toename van 45% in het gebruik van antidepressiva tussen 2004 en 2012, terwijl het gebruik van antipsychotica steeg met meer dan 50%.

Ook volgens de WHO (2002) neemt het aantal mentale gezondheidsproblemen alsmat toe. Zij wijzen in hun rapport op de economische kost van mentale stoornissen. Een slechte mentale gezondheid brengt veel kosten met zich mee, zowel voor de maatschappij als voor het individu en zijn werkgever.

Het RIZIV (2012) stelt dat de toename van invaliden die lijden aan een psychische stoornis één van de redenen is voor de groei in de uitkering van invaliditeit. Daarnaast betaalt het RIZIV een deel van de kosten van medicatie terug. Het RIZIV gaf in 2012 ongeveer 130 miljoen euro uit aan antidepressiva en 110 miljoen euro aan antipsychotica (RIZIV, 2012).

De kosten voor het individu houden onder andere de kosten door arbeidsongeschiktheid en de kosten van medicatie en therapie in.

Er zijn ook kosten voor de werkgever. Uit onderzoek blijkt dat mentale gezondheid gerelateerd is aan ziekteverzuim en functionele beperkingen op het werk die leiden tot verlies van productiviteit (Hardy, Woods & Wall, 2003; Sanderson & Andrews, 2006; Schroër, zoals geciteerd in Andrea et al., 2004; Stansfeld et al., 1995). Ook uit een onderzoek van Wright en Cropanzano (2000) blijkt dat mentaal welzijn een predictor is van *job performance*.

**Perspectieven van mentale gezondheid.** Men kan mentale gezondheid bekijken als positieve mentale gezondheid: het succes, de satisfactie en het niveau van persoonlijke effectiviteit van een persoon worden weerspiegeld in zijn of haar attitudes, gedragingen en gevoelens (Banks et al., 1980). Mentale gezondheid (de classificatie van mentale stoornissen) kan ook bekeken worden vanuit twee andere perspectieven, categoriaal of dimensioneel. De discussie over deze twee benaderingen is al lang aan de gang en er zijn



weinig tekenen dat men snel tot een oplossing zal komen (Kraemer, Noda, & O'Hara, 2004). Bij een dimensioneel perspectief is er geen duidelijke grens tussen gezond en ziek. Een persoon wordt niet aan een categorie toegewezen maar men gaat de symptomen kwantificeren naar ernst, duur of het aantal symptomen. Hoe hoger men scoort op een schaal die een bepaalde stoornis meet, hoe meer indicatie er is voor het hebben van de stoornis (Kraemer et al., 2004; van den Brink & Van Yperen, zoals geciteerd in Levecque, 2006). Een andere benadering is de categoriale benadering van mentale stoornissen. Er zijn duidelijke drempelwaarden tussen de aanwezigheid en de afwezigheid van stoornissen. (Bjelland et al., 2009). De stoornis is een homogene entiteit die verschilt van andere psychiatrische stoornissen en normaliteit (Goldberg, 1996). Beide benaderingen zijn heel sterk met elkaar verwant, zowel de categorische als de dimensionele benadering bekijkt symptomen kwantitatief. Enkel bij de categorische benadering maakt men ook een kwalitatief onderscheid.

Volgens Shankman en Klein (2002) is de categorische benadering meer geschikt voor klinische populaties terwijl de dimensionele benadering meer geschikt is voor niet-klinische populaties. Ons onderzoek focust op doctoraatsstudenten, zij maken deel uit van een niet-klinisch populatie, daarom zullen we een dimensionele benadering hanteren.

**Determinanten van mentale gezondheid.** Volgens een rapport van de World Health Organization (WHO, 2001) ontstaan mentale stoornissen als gevolg van een interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Met biologische factoren wordt verwezen naar geslacht, leeftijd, storingen van neurale communicaties of variaties in de reactiviteit van neurale circuits en genetische componenten die zorgen voor een verhoogd risico op mentale stoornissen. Meestal gaat het om een interactie tussen verschillende genen en omgevingsfactoren. Uit onderzoek blijkt dat een dysfunctie van de HPA-as en bepaalde hormonen zorgen voor een verhoogd risico op mentale stoornissen (Swaab, Boa, & Lucassen, 2005). Er zijn verschillen in de hormoonlevels van vrouwen en mannen, bovendien zijn er meer fluctuaties bij vrouwen en veranderen de hormoonlevels met leeftijd. Vrouwelijke hormonen kunnen ook de HPA-as beïnvloeden (Laughlin & Barrett-Conner, 2000; Swaab et al., 2005; Weiss, Longhurst, & Mazure, 1999). Daarnaast stellen Caspi et al. (2003) dat een vervorming van het 5-HTT gen zorgt voor een hoger risico op depressie.

Ten tweede zijn er psychologische factoren. Angst- en stressstoornissen kunnen bijvoorbeeld ontstaan als gevolg van het niet adaptief omgaan met stressvolle *life events* (WHO, 2001). Mensen verschillen in de cognitieve stijl die ze gebruiken. Er zijn mensen die denken dat negatieve *events* ontstaan door stabiele, wijdverspreide factoren en dat deze zorgen voor andere negatieve gevolgen of uitkomsten. Deze mensen denken dat ze onwaardig zijn, wat ervoor zorgt dat ze hopeloos worden wanneer ze geconfronteerd worden met een negatief *life event* (Abrahamson, Seligman, & Teasdale, 1978). Andere mensen bezitten depressieve zelf-schema's die dysfunctionele attitudes bevatten. Deze zelf-schema's maken hen vatbaar voor depressie als ze te maken krijgen met negatieve *life events* (Beck, zoals geciteerd in Alloy et al., 2000). Mensen verschillen ook in de mate van *self-focused attention* (Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975; Nolen-Hoeksema, 1991). Al deze cognitieve stijlen zorgen voor een verhoogd risico op depressie (Alloy et al., 2000). Ook persoonlijkheid heeft een invloed op de kans om een depressie te ontwikkelen. Zowel externe *locus of control* als neuroticisme hebben een invloed op depressie (Van den Heuvel, Smits, Deeg, & Beekman, 1996). Uit onderzoek blijkt ook dat depressieve personen meer gebruik maken van *avoidance* en *denial* dan *coping* strategieën wanneer ze geconfronteerd worden met stressvolle situaties en ze vinden het moeilijk om positieve elementen te vinden in zulke situaties (Orzechowska, Zajackowska, Talarowska, & Gatecki, 2013).

Als laatste zijn er sociale factoren zoals urbanisatie en armoede (Belle & Doucet, 2003; Peen et al., 2007; WHO, 2001). Urbanisatie zorgt ervoor dat mensen meer stressoren en ongewenste *life events* ervaren. Armoede zorgt voor lagere opleiding, werkloosheid en een slechte economische toestand. Deze kunnen zorgen voor de ontwikkeling van mentale stoornissen (Muntaner, Eaton, Miech, & O'Campo, 2004; Murphy & Athanasou, 1999). Het verloop van mentale stoornissen wordt ook beïnvloed door lage socio-economische status omdat mensen hierdoor minder toegang hebben tot hulp (Apouey, 2013). Daarnaast zorgen racisme en *sexual harassment* voor een groter risico (Pieterse & Carter, 2007; Willness, Steel, & Lee, 2007). Verder blijkt uit vele sociologische onderzoeken dat sociale isolatie psychologisch welzijn vermindert (Kawachi & Berkman, 2001). Het hebben van een klein sociaal netwerk, weinig interpersoonlijke relaties en niet-adequate sociale steun worden gelinkt aan depressieve symptomen (Barnett & Gotlip, 1988).

**Gender en mentale gezondheid.** Uit de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV, 2008) blijkt dat er genderverschillen zijn met betrekking tot psychologische problemen, zoals depressie en angst. Vrouwen ondervinden deze meer dan mannen. Ook uit andere studies blijkt dat de prevalentie van mentale problemen bij vrouwen hoger is dan bij mannen. Van de Velde, Bracke en Levecque (2010) onderzochten 23 Europese landen en vonden dat in elk land de prevalentie van depressie bij vrouwen hoger was dan bij mannen. Het is belangrijk om hierbij een onderscheid te maken tussen geslacht en gender. Oakley (zoals geciteerd in Delphy, 1993) stelt dat geslacht verwijst naar de zichtbare biologische verschillen tussen mannen en vrouwen, namelijk de geslachtsorganen. Gender is cultureel bepaald, het is de sociale classificatie in ‘masculin’ en ‘feminin’. Garrett (zoals geciteerd in Catwright & Gale, 1995) stelt dat gender verwijst naar de verschillen tussen mannen en vrouwen die cultureel geconstrueerd zijn en dus aangeleerd worden. In dit onderzoek focussen we op gender.

Er zijn drie mogelijke types van verklaringen voor de genderverschillen. Ten eerste kunnen de verschillen verklaard worden door biologische verschillen tussen mannen en vrouwen. Ze hebben een verschillende genetische predispositie voor depressie waardoor vrouwen een grotere kans hebben op het erven van een depressieve stoornis. Tevens hebben vrouwen meer hormonale fluctuaties dan mannen, deze hebben invloed op *moods* en zorgen voor een verhoogde kwetsbaarheid voor depressie- en angststoornissen. Wetenschappelijke evidentie omtrent deze biologische verklaringen is erg beperkt (Nolen-Hoeksema, 1987, 2001). Een andere biologische verklaring is de dysregulatie van de HPA-as, die van belang is bij het regelen van stressresponses. Deze dysregulatie zou vaker voorkomen bij vrouwen omdat de as beïnvloed wordt door vrouwelijke geslachtshormonen en zorgt voor de ontwikkeling van depressie (Nolen-Hoeksema, 2001; Weiss et al., 1999; Young & Korszun, zoals geciteerd in Nolen-Hoeksema 2001).

Ten tweede zijn er verschillende psychosociale verklaringen voor de genderverschillen. Mentale stoornissen worden gelinkt aan stressvolle events zoals seksueel misbruik. Vrouwen hebben twee keer zoveel kans om seksueel misbruikt te worden dan mannen (Nolen-Hoeksema, 2001; Weiss et al., 1999). Tevens verdienen vrouwen minder dan mannen, leven ze vaker in armoede en zijn ze vaker het slachtoffer van *sexual harassment* door hun gender status. De *strain* die ze hierdoor ervaren draagt

bij tot mentale stoornissen. Ook ervaren ze *strain* door *role overload* en *role conflict*, een gevolg van het combineren van een voltijdse job met de zorg voor de kinderen (Bracke, 1996; Nolen-Hoeksema, 2001). Daarnaast hebben vrouwen een negatiever zelfconcept dan mannen. Vrouwen zijn meer bekommerd om de opinies die anderen over hen hebben en om hun sociale relaties met anderen. Als interpersoonlijke relaties eindigen of er ontstaan problemen dan hebben vrouwen een hogere kans om een depressie te ontwikkelen (Nolen-Hoeksema, 2001). Vrouwen gebruiken vaker een ruminerende *coping* stijl wanneer ze geconfronteerd worden met stress. Deze verhoogt de kans op het ontwikkelen van een depressieve stoornis (Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999). Doorheen hun leven ontwikkelen vrouwen het gevoel van *helplessness* (Nolen-Hoeksema, 1987). Ze gaan ervan uit dat uitkomsten oncontroleerbaar zijn (Seligman, zoals geciteerd in Nolen-Hoeksema, 1987). Volgens Peterson en Seligman (1984) is *learned helplessness* een risicofactor voor depressie.

Ten derde kan het verschil te wijten zijn aan artefacten. Vrouwen hebben een lagere socio-economische status en een ander symptomenprofiel dan mannen. Dit symptomenprofiel wordt meer bevraagd in schalen. Ze rapporteren en herinneren meer psychologische symptomen en gaan vaker op zoek naar hulp. Tevens is er voor bepaalde mentale stoornissen een diagnostische bias omdat bepaalde stoornissen, zoals depressie, meer gelinkt worden aan vrouwen (Nolen-Hoeksema, 1987; Piccinelli & Wilkinson, 2000; Weissman, Greenwald, & Wickramaratne, zoals geciteerd in Möller-Leimkühler, 2002; Wilhelm & Parker, zoals geciteerd in Möller-Leimkühler, 2002).

**Psychosociale werkkarakteristieken en mentale gezondheid.** Uit de literatuur rond mentale gezondheid op het werk blijkt dat verschillende psychosociale werkkarakteristieken invloed hebben op mentale gezondheid. Dit leidde tot de ontwikkeling van een stressmodel door Karasek (1979). Hij ontwikkelde het *job demand-control model* dat stelt dat de gecombineerde effecten van *job demands* en beperkte *decision latitude*, soms ook *job control* genoemd, voor mentale spanning zorgen. *Job demands* verwijzen naar de hoeveelheid werk, conflicterende *demands* en of er genoeg tijd is om de taken af te krijgen. Het construct *decision latitude* bestaat uit twee concepten, namelijk *skill discretion* en *decision authority*. Volgens Mausner-Dorsch en Eaton (2000) verwijst *skill discretion* naar de mate waarin men persoonlijke speciale vaardigheden kan

ontwikkelingen bij het uitoefenen van de job, creatief kan zijn en nieuwe dingen kan leren. *Decision authority* verwijst naar de mogelijkheid van de persoon om een invloed uit te oefenen op het beleid van de groep en/of het beleid van de organisatie en naar het feit of de persoon de mogelijkheid heeft om beslissingen te kunnen maken over zijn of haar job. Een combinatie van hoge *demands* en weinig *decision latitude* zorgt voor *strain*.

Later werd dit model uitgebreid door Johnson en Hall (1988). Zij voegden aan dit model werkgerelateerde sociale steun toe. Ze stellen dat er additieve effecten zijn van controle, *demands* en sociale steun. Tevens is er volgens het model een moderatie effect van zowel controle op de relatie tussen *demands* en negatieve gevolgen als een moderatie-effect van sociale steun op de relatie tussen *high strain* jobs (hoge *demands* en weinig controle) en negatieve gevolgen. In totaal zijn er zeven verschillende hypothesen die vervat zitten in het JDACS model (Vanroelen, Levecque, & Louckx, 2008). Namelijk hoofdeffecten van *demands*, job autonomie, *task variation* en sociale steun. Daarnaast zijn er ook de additieve effecten van *job strain* (hoge *demands*, weinig controle), *active learning* (hoge *demands*, hoge controle) en *iso-strain* (hoge *demands*, weinig controle en weinig steun). En ook de buffer effecten van *job autonomy* of *task variation* voor job *demands* en van support voor *high strain jobs*.

In de literatuur is er evidentie gevonden voor een causaal hoofdeffect van job *demands* op *emotional exhaustion* en depressie (De Jonge et al., 2001; De Lange, Taris, Kompier, Houtman, & Bongers, 2004; Sanne, Mykletun, Dahl, Moen, & Tell, 2005). In deze studies werd een dimensionele benadering van mentale gezondheid gebruikt. Andere studies maakten gebruik van een categoriale benadering met behulp van een DSM-III diagnose voor angst en depressieve stoornissen (Andrea, Bültmann, van Amelsvoor, & Kant 2009; Melchior, Caspl, Milne, Danese, Poulton, & Moffitt, 2007; Plaisier et al., 2007). Zij vonden evidentie voor het hoofdeffect van *job demands*. Een andere studie die gebruik maakte van de SCL-90 (categorisch) vond geen evidentie voor het hoofdeffect (Godin & Kittel, 2004).

Ook voor het hoofdeffect van controle is er gemengde evidentie. Er werd evidentie gevonden voor depressie, *emotional exhaustion* en angst (dimensioneel) (De Lange et al., 2004; Sanne et al., 2005). Andrea et al. (2004) vonden dat *decision latitude* enkel een invloed had op subklinische depressie bij mannen maar niet voor subklinische angst.

Bültmann, Kant, Schroër en Kasl (2002) vonden evidentie voor de hypothese bij mannen maar niet bij vrouwen wanneer zij de GHQ-12 (categorisch) gebruikten.

Er is een negatieve relatie tussen steun enerzijds en een dimensionale benadering van depressie, *emotional exhaustion* en *psychological distress* anderzijds (De Lange et al., 2004; Marchand, Demers, & Durand, 2006). Andrea et al. (2009) vonden dat weinig sociale steun een predictor was van (sub)klinische angst en (sub)klinische depressie.

Rugulies, Bültmann, Aust en Burr (2006) vonden gemengde evidentie voor de relatie tussen steun en depressie gemeten aan de hand van de MHI-5 (categorisch). Er was wel een relatie bij vrouwen maar niet bij mannen.

Er werd ook evidentie gevonden voor de additieve effecten van *job demands* en controle op mentale gezondheid (De Jonge et al. (2001), Lindström, 2005) en de *iso-strain* hypothese (Pelfrene et al., 2002; Sanne et al., 2005) Het buffer effect van controle wordt in het algemeen niet ondersteund (Beehr, Glaser, Canali, & Wallwey., 2000; Sanne et al., 2005). Er zijn maar een beperkt aantal studies die het buffereffect van steun onderzochten. De meeste studies vinden geen evidentie voor deze hypothese (Plaisir et al., 2007).

Vanroelen et al. (2008) hebben een studie gedaan bij een representatieve steekproef uit de Vlaamse werkende populatie. Zij onderzochten de verschillende hypothesen van het JDACS model met emotioneel welzijn als uitkomst (categorisch). Ze vonden evidentie voor een hoofdeffect van *job demands*. *Task variation* had een significant effect op emotioneel welzijn maar *job autonomy* niet. Daarnaast vonden ze evidentie voor een hoofdeffect van *superior support*. Ook de *strain* hypothese en *iso-strain* hypothese werden ondersteund. Ze vonden evidentie voor het buffer effect van *job autonomy* maar niet voor het buffer effect van *task variation* en van sociale steun.

## **Gendertokenisme en Mentale Gezondheid**

**Tokenisme theorie van Kanter.** Volgens Kanter (1977) heeft de structurele samenstelling van een groep invloed op de interacties tussen de groepsleden en de sociale beleving van de groepsleden. Als de groepsproporties veranderen zal de sociale ervaring van de individuele groepsleden ook veranderen. De verschillende sociale categorieën kunnen betrekking hebben op ras, gender, et cetera. De effecten van het behoren tot één van deze verschillende types minderheden zullen dezelfde zijn. Kanter beschrijft in haar

theorie *Skewed* groepen (scheve groepen). In deze groepen is er één dominant sociaal type dat de cultuur van de groep bepaalt. Zij worden *dominants* genoemd. Er zijn ook *tokens*. Dit zijn mensen die in een minderheidspositie zitten op vlak van een sociaal type. *Tokens* maken maximum 15% uit van de totale groep. Onder gendertokenisme verstaan we het behoren tot een genderminderheid in een groep waarbij de meerderheid minstens 85% van de werkplek inneemt.

De theorie van Kanter (1977) beschrijft drie perceptuele fenomenen die enkel voorkomen bij een extreem proportionele verdeling, namelijk bij *skewed* groepen. Ten eerste zijn *tokens* meer zichtbaar dan leden van de meerderheid en krijgen ze meer aandacht omdat hun verschillen ervoor zorgen dat ze meer opvallen. Deze zichtbaarheid zorgt voor meer *performance pressure* bij *tokens*. Ze moeten harder werken om de hogere standaarden die voor hen gezet worden te halen en erkenning te krijgen voor hun individuele prestaties. Tevens representeren *tokens* hun gehele categorie waardoor al hun acties symbolische gevolgen hebben. Dit zorgt voor nog meer druk om goed te presteren. Ten tweede gaan de meerderheidsleden (*dominants*) zich bewust worden van de overeenkomsten met elkaar en de verschillen met de minderheid (*tokens*). Ze gaan deze overdrijven zodat er een grens wordt gemaakt om de *tokens* buiten hun groep te houden. Dit noemt Kanter polarisatie en gaat gepaard met de isolatie van *tokens*. *Tokens* worden buitengesloten van informele socialisatie en worden niet op de hoogte gebracht van de politieke processen die zich vormen achter de formele systemen. Als laatste is er het fenomeen assimilatie, de meerderheidsleden gaan de sociale karakteristieken van de *tokens* verdraaien zodat ze passen bij de stereotypen en generalisaties die gedeeld worden door alle meerderheidsleden. Hierdoor worden *tokens* gedwongen om de beperkte en stereotype rol die hoort bij hun sociale categorie op te nemen, dit noemt Kanter *role entrapment*.

Volgens de theorie van Kanter ervaren *tokens* de gevolgen van bovenbeschreven perceptuele processen. Deze gevolgen zijn *performance pressure*, sociale isolatie en *role entrapment*. Ze stelt dat deze gevolgen bronnen zijn voor stress. In de literatuur werd evidentie gevonden voor de gevolgen van de perceptuele processen. Lyness en Thompson (2000) vonden dat vrouwelijke *executives* meer barrières ondervonden om hun carrière te ontwikkelen dan mannelijke *executives*. Ze werden uitgesloten van informele netwerken,

moesten in het verleden goede resultaten hebben behaald en moesten zich aanpassen aan de cultuur. Volgens een studie van Floge en Merrill (1986) waren mannelijke verplegers meer zichtbaar dan vrouwelijke verpleegsters. Ze werden ook meer buitengesloten uit gesprekken en soms werden hun verschillen met vrouwelijke verpleegsters overdreven. Ook ervoeren ze meer assimilatie. Hetzelfde werd gevonden voor vrouwelijke dokters. Ze ondervonden isolatie, assimilatie en *role entrapment*. Roth (2004) deed een kwalitatieve studie bij vrouwelijke financiële professionals in Wall Street die een minderheidspositie innamen. Meerdere vrouwen vonden het moeilijk om een netwerk te vormen met hun collega's. Er waren ook enkele vrouwen die stereotypering als barrière zagen voor succes. Ook Heikes (1999) vond dat mannelijke verplegers *performance pressure*, informele sociale isolatie en *role entrapment* ondervonden.

Volgens een studie van Chan, Lai, Ko en Boey (2000) was *performance pressure* een belangrijke predictor voor werkstress en had het een significant effect op mentale gezondheid gemeten met de GHQ (dimensioneel). Ook Ahsan, Abdullah, Fie en Alam (2009) vonden dat *performance pressure* een direct effect had op mentale gezondheid.

Sociale isolatie kunnen we linken aan een tekort aan *sense of workplace belongingness*. Als mensen het gevoel hebben dat ze geaccepteerd, gerespecteerd, betrokken en gesteund worden op de werkplek dan hebben ze een *sense of workplace belongingness* (Coodenow, zoals geciteerd in Cockshaw, Shochet, & Obst, 2013). Uit een onderzoek van Cockshaw et al. (2013) blijkt dat *workplace belongingness* negatief gerelateerd is aan depressie (dimensioneel). Ook uit een voorgaande studie van Cockshaw en Shochet (zoals geciteerd in Cockshaw et al., 2013) bleek dat *workplace belongingness* gerelateerd was aan de rapportage van angst- en depressiesymptomen.

*Role entrapment* kunnen we linken aan *skill utilization* omdat we verwachten dat als *tokens* zich enkel mogen beperken tot hun genderrol, ze geen gebruik kunnen maken van alle *skills* die ze bezitten. Uit een onderzoek van Griffin, Greiner, Stansfeld en Marmot (2007) blijkt dat een beperking van *skill utilization* zorgt voor een hoger risico op depressie en angst (categorisch). Ook O'Brien en Feather (1990) vonden dat mensen met een job die niet genoeg mogelijkheden bood om hun *skills* te gebruiken meer depressie en stress (dimensioneel) rapporteerden.



**Ontwikkeling van Kanter's tokenisme theorie.** Na de publicatie van de tokenisme theorie in 1977 is er veel discussie rond de theorie van Kanter ontstaan (Gustafson, 2008). Er is kritiek gekomen op het feit dat Kanter (1977) sterk de nadruk legde op numerieke proportie en ze geen rekening hield met de sociale context (Yoder, 1991).

Yoder (1991) benadrukt het belang van gender status. Ze stelt dat als er een verschil is tussen de effecten van tokenisme voor vrouwen en mannen dan zouden *performance pressure*, *role entrapment* en sociale isolatie gevolgen zijn van hun gender status. Seksisme zou dan de basis zijn voor de negatieve gevolgen. Deze kritiek op de theorie van Kanter (1977) ligt in lijn met de psychosociale verklaring omtrent genderverschillen in mentale gezondheid. Ook Zimmer (1988) stelt dat een gender neutraal concept zoals tokenisme niet volstaat om de problemen van *tokens* op te lossen omdat de relatie tussen mannen en vrouwen beïnvloed wordt door seksisme. Een studie van Dworkin et al. (zoals geciteerd in Zimmer, 1988) vond dat *tokens* met een hoge status geen negatieve gevolgen ondervonden wanneer ze geplaatst werden bij werknemers met een lagere status, zowel voor gender als voor ras. Mannelijke studenten verpleegkunde werden niet meer sociaal geïsoleerd in discussies over politieke informatie en persoonlijke informatie, die voordelig kon zijn voor hun prestaties, dan vrouwelijke studenten (Fairhurst & Snavely, 1983). Uit andere studies blijkt dat mannen wel de perceptuele processen ervaren maar niet de negatieve gevolgen van deze processen (Flöge & Merrill, 1986; Johnson & Schulman, 1989). Uit een studie van Yoder (1994) bleek dat *token* status niet genoeg was om de perceptuele processen te ontlocken.

Vervolgens benadrukt Yoder (1991) het belang van *occupational inappropriateness*. Dit wordt bepaald door de numerieke proportie van gender in het beroep en door de culturele normen die bepalen welke beroepen gepast zijn voor mannen en welke gepast zijn voor vrouwen. Zo heeft een vrouwelijke bouwvakker een *gender-inappropriate* beroep aangezien het beroep voornamelijk uitgevoerd wordt door en gelinkt wordt aan mannen. De negatieve gevolgen die Kanter (1977) beschrijft kunnen het gevolg zijn van het uitoefenen van een beroep dat gezien wordt als niet gepast voor het gender van de *token*. De meeste studies die de effecten van tokenisme nagaan gebeuren in *gender-inappropriate* beroepen (Flöge & Merrill, 1986; Gustafson, 2008; Heikes, 1999; Lyness & Thompson, 2000; Roth, 2004). Taylor (2010) stelde vast dat er een niet-lineair verband is tussen gepercipieerde steun op de werkplek en de gendersamenstelling van het beroep.

Vrouwen rapporteerden lagere steun in mannelijk dominante beroepen dan mannen. Terwijl mannen hogere steun rapporteerden in beroepen gedomineerd door vrouwen. Cherry en Deaux (zoals geciteerd in Yoder, 1991) gebruikten in hun studie scenario's waarin een beschrijving werd gegeven van een vrouw die hoog scoorde tijdens haar medische opleiding en een man die hoog scoorde tijdens zijn opleiding als verpleger. Beiden bevonden zich dus in een *gender-inappropriate* beroep. Participanten moesten een verhaal schrijven als respons op de beschrijvingen. Men vond dat zowel mannen als vrouwen beide personen denigreerden. Yoder en Sinnett (zoals geciteerd in Yoder, 1991) deden een studie bij mensen die werkten bij amusementsattracties. Dit beroep werd gezien als gender neutraal. Uit de resultaten bleek dat een vrouw die werkte in een team met enkel mannen sociale isolatie en *role entrapment* ervaarde. Dit suggereert dat de *inappropriateness* van een beroep niet noodzakelijk is om de effecten van *token* status te produceren. Er zijn studies nodig waarbij men gender, *gender appropriateness of occupation* en gender ratio van de werkplek systematisch laat variëren om te weten te komen welke factoren effecten creëren.

Hoewel gender status en *gender-inappropriate* beroep goede verklaringen lijken voor resultaten die niet consistent zijn met de theorie van Kanter (1977), veronderstellen we in deze studie dat een verschil in de cultuur van de organisaties, namelijk of de cultuur masculin of feminin is, ook een goede verklaring kan zijn. We verwachten dat er een modererend effect is van organisatiecultuur op de relatie tussen gendertokenisme en mentale gezondheid.

### **Studies over de relatie tussen compositie van de werkplek en mentale gezondheid.**

Een studie van Svedberg, Bildt, Lindelöw en Alexanderson (2009) vond dat mannen in vrouwelijk dominante werkomgeving meer mentale gezondheidsproblemen (categorisch) rapporteerden dan in een gender geïntegreerde en mannelijk dominante werkomgeving. Ze rapporteerden onder meer dat ze zich moe voelden, een zwaar hoofd hadden, moeilijkheden hadden met concentreren, slaapproblemen en maagklachten. Voor vrouwen was er geen statistisch significant verschil in gerapporteerde symptomen. Jackson, Thoits en Taylor (1995) deden kwalitatief onderzoek bij elite zwarte leiders. Ze onderzochten de effecten van minderheidspositie in termen van gender en ras op de

werkplek afzonderlijk en kwamen tot de conclusie dat gendertokenisme gerelateerd was met meer angst (dimensioneel), zowel voor mannen als voor vrouwen.

Op basis van de theorie van Kanter (1977), de literatuur omtrent de relatie tussen de gevolgen van gendertokenisme en mentale gezondheid en de literatuur in verband met de relatie tussen compositie van de werkplek en mentale gezondheid komen we tot de volgende hypothese.

H1: Er is een negatieve relatie tussen gendertokenisme en mentale gezondheid.

### **De Modererende Invloed van Masculine/Feminine Organisatiecultuur**

**Definitie organisatiecultuur.** Er zijn veel verschillende definities voor organisatiecultuur in de literatuur te vinden (Hofstede, Neuijen, Ohayv & Sanders, 1990; Schein, 1990). Volgens Schein (1990) kan cultuur gedefinieerd worden als een patroon van basisassumpties die geleerd werden om om te gaan met problemen van externe adaptatie en interne integratie. De basisassumpties werden uitgevonden, ontdekt of ontwikkeld door een bepaalde groep. Ze moeten tevens ook aangeleerd worden aan nieuwe leden zodat hun denken, voelen en waarnemen met betrekking tot de problemen correct is. Deze definitie stelt dus dat cultuur geleerd wordt doorheen de tijd, wanneer een groep problemen moet oplossen die hun overleving bedreigt. Deze problemen kunnen komen uit de externe omgeving of door interne integratie. Het leren is een cognitief, gedragsmatig en emotioneel proces. De gedeelde cognities, bijvoorbeeld de percepties, taal- en gedachtenprocessen, zijn het diepste level van de organisatie omdat deze ook gevoelens, attitudes, waarden en gedrag gaan bepalen (Schein, 1990). Hofstede et al. (1990) vermeldden een aantal kenmerken waarover de meeste auteurs het eens zijn dat het kenmerken zijn van organisatiecultuur. Organisatiecultuur is holistisch, historisch bepaald, gerelateerd aan antropologische concepten, sociaal geconstrueerd, zacht en moeilijk te veranderen.

Cultuur uit zich in vier categorieën: symbolen, rituelen, helden en waarden. Symbolen kunnen woorden, gebaren, afbeeldingen of objecten zijn die een betekenis hebben in de cultuur. Helden zijn personen die karakteristieken hebben die belangrijk zijn in de organisatie. Ze zijn een rolmodel voor gedrag. Deze personen kunnen zowel levend als dood, echt of ingebeeld zijn. Rituelen zijn collectieve activiteiten die heel belangrijk zijn

voor een cultuur. Deze drie categorieën zijn observeerbaar. De kern van de cultuur ligt in zijn waarden, dit zijn brede niet-specifieke gevoelens over wat goed of slecht, mooi of lelijk, normaal of abnormaal, rationeel of irrationeel is. Ze zijn niet observeerbaar maar worden weerspiegeld in gedrag, ze zijn vaak onbewust en er kan discussie over bestaan (Hofstede et al. 1990).

**Cultuurdimensies van Hofstede.** Hofstede heeft cultuur beschreven aan de hand van verschillende dimensies. Hij deed een studie in een organisatie die afdelingen had in verschillende landen. Er werden grote verschillen gevonden tussen landen in termen van cultuur. Op basis van deze studie onderscheidde Hofstede vier dimensies, namelijk *power distance*, *collectivism versus individualism*, *femininity versus masculinity* en *uncertainty avoidance* (Hofstede & Hofstede, 2005).

In deze studie gaan we verder in op de dimensie masculine versus feminine cultuur. We verwachten dat niet enkel landen verschillen op deze dimensie maar dat ook organisaties erin verschillen. Hofstede en Hofstede (2005) stelden vast dat er verschillen zijn in *femininity* en *masculinity* volgens beroep: verkopers hebben waarden die meer masculin zijn terwijl kantoormedewerkers eerder feminine waarden hebben. Dus het is niet onwaarschijnlijk dat de cultuur tussen verschillende onderzoeksteams ook verschilt.

Als de emotionele genderrollen duidelijk te onderscheiden zijn in een maatschappij dan is deze maatschappij masculin. Mannen moeten gefocust zijn op materieel succes, assertief en hard zijn terwijl vrouwen in zo'n maatschappij zacht moeten zijn en bezorgd om de kwaliteit van leven. Als zowel mannen en vrouwen zacht zijn en bezorgd om de kwaliteit van leven dan is er een overlap tussen de emotionele rollen en is de maatschappij feminin (Hofstede & Hofstede, 2005). In een masculine cultuur zijn power relaties en resultaten belangrijk terwijl in feminine culturen interpersoonlijke relaties en de processen belangrijk zijn (Catwright & Gale, 1995). In een feminine cultuur wordt meer belang gehecht aan gendergelijkheid, samenwerking, consensus, interpersoonlijke relaties, zorgen voor de zwakken en er zal minder aandacht gegeven worden aan zichzelf. Een masculine cultuur is competitief en er is een tendens om te polariseren. De feminine en masculine dimensie van cultuur uit zich in verschillende patronen. In een feminine cultuur is het helpen van anderen belangrijk en is er een patroon van *female nurturing*, harmonie en nederigheid. In een masculine cultuur is er een assertief patroon dat

geassocieerd is met agressie, verwaandheid, competitie en *exhibition* (Hofstede, zoals geciteerd in Tsai & Chi, 2009).

We verwachten dat een organisatiecultuur invloed zal hebben op de *job demands*, job controle en sociale steun van tokens. In een feminine organisatiecultuur wordt belang gehecht aan samenwerking, harmonie, gendergelijkheid, elkaar helpen en interpersoonlijke relaties daarnaast worden genderrollen gedeeld. We verwachten dat dit zal zorgen voor betere psychosociale werkkarakteristieken bij gendertokens.

**Intergroup contact hypothesis.** Allport (1954) heeft een theorie ontwikkeld omtrent vooroordelen. Hij stelt dat contact tussen verschillende groepen onder optimale condities intergroepvooroordelen zal verminderen. Een contact is optimaal als de contactsituatie vier kenmerken heeft: gemeenschappelijke doelen, intergroepsamenwerking, gelijke status tussen de groepen en autoriteiten, wetten of gewoonten die gelijkheid stimuleren.

In een meta-analyse op basis van 515 steekproeven bestudeerden Pettigrew en Tropp (2006) het effect van contact op de reductie van vooroordelen. Ze vonden een gemiddelde correlatie die tussen  $-.204$  en  $-.214$  lag. Hoewel de grootte van dit effect eerder klein tot medium is, blijkt dat er grotere effectgroottes werden gevonden in steekproeven van beter uitgevoerde studies. Verder blijkt dat contactsituaties die voldeden aan de vier kenmerken van Allport (1954) niet noodzakelijk waren om te zorgen voor een vermindering van vooroordelen. Ze zorgden wel voor een grotere reductie van vooroordelen.

**Personalization model.** Het *personalization* model van Brewer en Miller (zoals geciteerd in Brewer, 1997) bouwt verder op de theorie van Allport (1954). Het model stelt dat gepersonaliseerde interacties in plaats van categorie gebaseerde interacties intergroepbias verminderen. Gepersonaliseerde interacties ontstaan in contactsituaties die ervoor zorgen dat de verschillen tussen categorieën minder opvallen en de mogelijkheid bieden om de leden van de andere groep te leren kennen als individuen. Dit persoonlijk contact zorgt ervoor dat stereotypen weerlegd kunnen worden en dat de uitgroep wordt gezien als een heterogene groep (Wilder, 1978). Samenwerkingsinteracties tussen groepen zorgen ervoor dat de aandacht gefocust wordt op ieders persoonlijke kwaliteiten in plaats van de verschillen tussen de groepen (Brewer, 1997).

Uit een studie van Bettencourt, Brewer, Croak en Miller (1992) blijkt dat een samenwerking in een coöperatieve in plaats van competitieve context ervoor zorgde dat de leden van het team meer verschillen zagen tussen leden van hun eigen groep en tussen leden van de uitgroep. Ze bekeken de uitgroep en de eigen groep meer als een heterogene groep en de leden van de groepen meer als individuen in een coöperatieve context in vergelijking met een competitieve context. Verder bleek dat een samenwerking met een *personal-focus* ervoor zorgde dat de leden meer verschillen zagen tussen leden van hun eigen groep en van de uitgroep dan in een samenwerking met een taakfocus. Er werd ook een interactie gevonden tussen context en focus. Een *personal-focus* zorgde voor meer individuatie bij leden in een coöperatieve context dan in een competitieve context. Een taakfocus zorgde voor minder individuatie zowel in een competitieve als coöperatieve context. Verder bleek dat leden van een samenwerking met een taakfocus en in een competitieve context, de competenties en prestatie van uitgroepleden slechter vonden dan die van ingroepleden. Bij een samenwerking met een *personal-focus* in een coöperatieve context bleek dit niet het geval te zijn. Ook Marcus-Newhall, Miller en Brewer (1993) vonden evidentie voor dit model. Een contactsituatie waarbij de rollen niet convergent verdeeld werden met het initieel lidmaatschap van een groep zorgde ervoor dat de grenzen tussen de groepen minder opvallend waren en er minder intergroepbias was voor het verdelen van beloningen. Maras en Brown (2000) vonden dat het type van contact (gepersonaliseerd contact of categorie gebaseerd contact) een effect had op het vormen van stereotypen en negatieve attitudes over mensen met een handicap.

Aangezien een feminine organisatiecultuur veel belang hecht aan gendergelijkheid, samenwerking, elkaar helpen, persoonlijke relaties, harmonie en gedeelde genderrollen verwachten we dat deze organisatiecultuur gepersonaliseerd contact zal stimuleren. In een masculine organisatiecultuur verwachten we dit niet aangezien competitie en succes belangrijk zijn. Ook zijn er in deze cultuur gescheiden genderrollen en een tendens om te polariseren. Op basis van het model van Brewer en Miller (zoals geciteerd in Brewer, 1997) verwachten we dat meerderheidsleden zich ervan bewust worden dat hun eigen groep en de minderheidsgroep niet homogeen is. We verwachten dat hierdoor de meerderheidsleden gelijkenissen tussen elkaar en verschillen met de andere groep minder zullen overdrijven waardoor gendertokens minder polarisatie zullen ervaren. We

verwachten ook dat minderheidsleden minder zichtbaar zullen zijn waardoor ze minder *performance pressure* zullen ervaren aangezien dit soort contact intergroepbias vermindert. Daarnaast verwachten we dat stereotypen en generalisaties zullen verminderen waardoor gendertokens minder assimilatie zullen ervaren.

**Common ingroup identity model.** Ook dit model bouwt verder op de intergroep contact hypothese van Allport (1984). Dit model stelt dat de relatie tussen contact met leden van de andere groep en een vermindering in intergroepbias gemedieerd wordt door een verandering in de perceptie van het aggregaat bij de leden van het aggregaat. De intergroepgrenzen worden minder opvallend, de leden van het aggregaat gaan het aggregaat zien als één groep in plaats van twee groepen. Een gemeenschappelijke ingroepidentiteit wordt vooral gestimuleerd door contact gekenmerkt door samenwerking, gelijke status tussen de groepen, aanwezigheid van gelijkheidsnormen en het delen van persoonlijke informatie. Uitgroepleden worden door intergroepinteracties gecategoriseerd als ingroepleden in een gemeenschappelijke groep (Gaertner, Dovidio, Mann, Murrell & Pomare, 1990; Gaertner, Dovidio, Bachman, 1996).

Er werd al heel wat evidentie gevonden voor dit model. Uit een studie van Lipponen en Leskinen (2006) blijkt dat interacties in een organisatiecontext waar ondersteunende normen belangrijk zijn, zorgen voor een gemeenschappelijke ingroepidentiteit. In een competitieve organisatiecontext bleek dit niet het geval te zijn. Ingroepidentiteit medieerde de relatie tussen interacties en bias in de evaluaties van uitgroepleden.

Een labo studie van Gaertner et al. (1990) toonde aan dat een samenwerking tussen twee verschillende groepen ervoor zorgde dat de leden van het aggregaat zich na de samenwerking meer gingen identificeren als één groep dan twee groepen in vergelijking met twee groepen waarbij er geen samenwerking was. Daarnaast evalueerden ze elkaar ook beter na de samenwerking.

Uit een vragenlijstonderzoek blijkt dat interacties tussen twee groepen ervoor zorgde dat de leden het aggregaat gingen zien als één groep. Daarnaast bleek dat deze cognitieve representatie als één groep ervoor zorgde dat er minder bias was in affectieve gevoelens naar de leden van de andere groep (Gaertner, Rust, Dovidio, Bachman, & Anastasio, zoals geciteerd in Gaertner et al., 1996).

We verwachten dat in een feminine cultuur er zich meer contacten zullen voordoen die gekenmerkt worden door samenwerking, gelijke status tussen de groepen, aanwezigheid van gelijkheidsnormen en het delen van persoonlijke informatie aangezien een feminine cultuur veel belang hecht aan samenwerking, interpersoonlijke relaties en gendergelijkheid. In een masculine organisatiecultuur verwachten we dit niet, hier is competitie belangrijk en is er een tendens om te polariseren.

Op basis van het model van Gaertner et al. (1990) verwachten we dat deze contacten een gemeenschappelijke ingroepidentiteit stimuleren. We veronderstellen dat dit de zichtbaarheid van tokens zal verminderen. Aangezien de leden het aggregaat gaan zien als één groep verwachten we dat de grenzen tussen de groepen minder zullen opvallen waardoor polarisatie zal verminderen.

We verwachten op basis van het model van Brewer en Miller (zoals geciteerd in Brewer, 1997) en het model van Gaertner et al. (1990) dat in een feminine organisatiecultuur de perceptuele processen die Kanter (1977) beschrijft minder zullen voorkomen waardoor gendertokens de negatieve gevolgen van deze processen minder zullen ervaren in een feminine organisatiecultuur in vergelijking met een masculine organisatiecultuur.

H2: Het negatieve verband tussen gendertokenisme en mentale gezondheid wordt gemodereerd door een feminine organisatiecultuur.



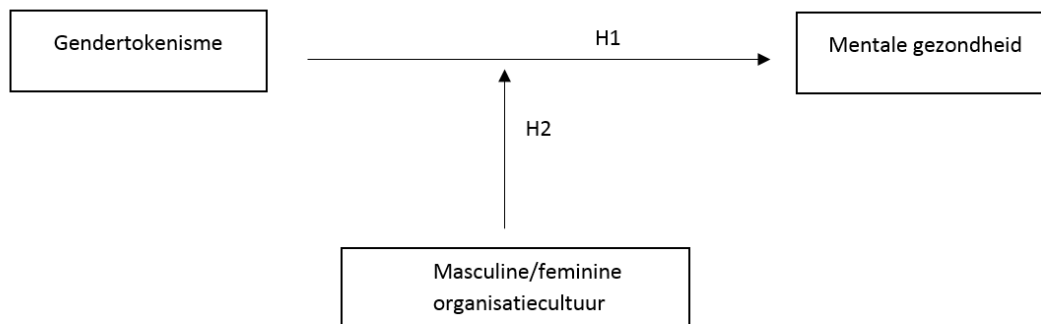
## Conclusie

In deze studie onderzoeken we of gendertokenisme bij doctoraatsstudenten, een invloed heeft op mentale gezondheid. We gaan ook na of deze relatie gemodereerd wordt door de aanwezigheid van een masculine/feminine organisatiecultuur.

Op basis van diverse paradigma's, namelijk de *tokenisme* theorie (Kanter, 1977), het *personalization* model (Brewer & Miller, zoals geciteerd in Brewer, 1997), het *common ingroup identity* model (Geartner, 1990) en de definitie van masculine en feminine cultuur (Hofstede & Hofstede, 2005) komen we tot volgende hypothesen (figuur 1):

*Hypothese 1: Er is een negatief verband tussen gendertokenisme en mentale gezondheid.*

*Hypothese 2: Het negatieve verband tussen gendertokenisme en mentale gezondheid wordt verminderd door een feminine organisatiecultuur.*



*Figuur 1: onderzoeksmodel*

## **Methode**

### **Design**

Voor dit onderzoek werd gebruik gemaakt van secundaire data, afkomstig van de Survey of Junior Researchers II die werd uitgevoerd door de afdeling “Human Resources in Research” (Universiteit Gent) van het Vlaamse Centrum voor Onderzoek en Ontwikkelingsmonitoring (<http://www.ecoom.be>). De survey werd georganiseerd tussen februari en april 2013 en afgenomen bij de populatie van jonge onderzoekers in alle universiteiten van Vlaanderen. In de online vragenlijst werd gepeild naar informatie over hun carrière (werkgeschiedenis en voorafgaande opleiding, doctoraatstraject en promotor, onderzoeksteam, werk- en arbeidsvoorwaarden) en persoonlijke karakteristieken (socio-demografische kenmerken, gezondheid,...). De vragenlijst was beschikbaar in het Nederlands en Engels. In totaal werd de vragenlijst ingevuld door 4016 respondenten, wat zorgt voor een responspercentage van 33%. Er waren enkele kleine verschillen tussen de totale populatie en de participanten in termen van gender, leeftijd, wetenschapsdiscipline en universiteit. Om ervoor te zorgen dat de steekproef representatief is voor de populatie van jonge onderzoekers werd er in de statistische analyses gebruik gemaakt van wegen die berekend werden door de “Human Resources in Research” afdeling.

### **Participanten**

Om bovenstaande hypothesen te testen werd enkel de data van de 3659 (90%) respondenten die nog bezig waren aan hun doctoraat gebruikt. 54% hiervan zijn mannen, 46% zijn vrouwen. Ongeveer 8% van deze respondenten was jonger dan 24 jaar, 21% was 25 of 26 jaar, 23% had de leeftijd van 27 of 28 jaar, 16% van de respondenten was 29 tot 30 jaar oud en 32% was ouder dan 30 jaar. 71% van deze respondenten had een partner. 19% van de respondenten zat in de planningsfase van zijn of haar doctoraat, 55% zat in de uitvoeringsfase en 26% was bezig met de afronding van zijn of haar doctoraat.

## Meetinstrumenten

**Mentale gezondheid.** De mentale gezondheid van de respondenten werd in kaart gebracht aan de hand van de Nederlandstalige versie van de GHQ-12 (Koeter & Ormel 1991). De GHQ werd oorspronkelijk ontworpen door Goldberg (1972) om op een gestandaardiseerde manier mentale gezondheid in kaart te brengen. Via deze zelfbeoordelvragenlijst kunnen niet-psychotische psychiatrische aandoeningen zoals angst en depressie gedetecteerd worden maar men kan er geen specifieke diagnoses mee stellen (Goldberg, 1972). De GHQ is vertaald in 38 verschillende talen en er zijn verschillende versies beschikbaar die gebruik maken van 12, 28, 30 of 60 items (Jackson, 2007). Volgens Werneke, Goldberg, Yalcin en Ustün (2000) is de GHQ-12, die in dit onderzoek gebruikt wordt, het meest gebruikte instrument om te screenen op vaak voorkomende mentale stoornissen. De GHQ-12 bestaat uit twaalf items die verscheidene klachten beschrijven. De respondenten werden gevraagd om op een vier-puntenschaal aan te geven in welke mate ze deze klachten in de afgelopen weken hadden ervaren. Voorbeelden van de items zijn: “Hebt u zich kunnen concentreren op uw bezigheden?”, “Hebt u het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?”.

In de literatuur zijn er verschillende methoden beschreven om de GHQ-12 te scoren. De meest gebruikte zijn de standaard methode en Likert methode. Hier werd gebruik gemaakt van de Likert-scoring methode (1-2-3-4). Een hoge somscore op deze schaal is een indicatie voor een minder goede mentale gezondheid.

De psychometrische kwaliteiten van de GHQ-12 werden reeds veelvuldig onderzocht in verschillende soorten steekproeven, ook in de Belgische populatie (Levecque, Lodewyckx, & Bracke, 2009). De GHQ-12 werd ontwikkeld als een unidimensionele schaal maar toch kwam uit vele onderzoeken een twee- of drie-factorenoplossing naar voren (Cheung, 2002; Doi & Minowa, 2003; Frech & Trait, 2004; Kalliath, O’Driscoll & Brough, 2004; Kilic et al. 1997; Pacardi zoals geciteerd in Romppel, Brachler, Roth & Glaesmer, 2013; Romppel et al., 2013; Schmitz, Kruse & Tress, 2001; Shevlin & Adamson, 2005; Toyabe et al., 2007; Vanheule & Bogaerts, 2005; Werneke et al., 2000; Worsley & Gribbin, zoals geciteerd in Werneke, 2000).

Aangezien er nog veel debat is rond de factorstructuur van deze schaal voeren we een exploratorische factoranalyse uit. Volgens Campbell, Walker en Farrell (2003) werd de validiteit en de betrouwbaarheid van de GHQ al veelvuldig onderzocht over verschillende

culturen. Naast de factorstructuur zullen we ook de betrouwbaarheid van deze schaal nagaan.

**Gendertokenisme.** Gendertokenisme werd bevraagd aan de hand van één item, namelijk “Wat is het aandeel vrouwelijke professoren en onderzoekers (met of zonder doctoraat) in uw onderzoeksteam?”. Men kreeg de keuze uit zeven antwoordmogelijkheden. “Er zijn geen vrouwen”, “Een kleine minderheid is vrouw”, “Minder dan de helft is vrouw”, “Ongeveer de helft is vrouw”, “Meer dan de helft is vrouw”, “De grote meerderheid is vrouw”, “Er zijn uitsluitend vrouwen”. Deze variabele werd gehercodeerd in functie van het geslacht van de respondent tot een dichotome variabele die een weergave is van de gendertokenpositie (0 = gendertokenpositie; 1 = meerderheidspositie).

Volgens de definitie van Kanter (1977) zijn *tokens* mensen die in een minderheidspositie zitten op vlak van een sociaal type en maximum 15% uitmaken van de totale groep. Om zo goed mogelijk tegemoet te komen aan deze definitie werd een man die bovenstaande vraag beantwoordde met “De grote meerderheid is vrouw” of “Er zijn uitsluitend vrouwen” toegewezen aan de gendertokenpositie. Bij vrouwen zorgde het antwoord “Er zijn geen vrouwen” of “Een kleine minderheid is vrouw” voor een toewijzing aan de gendertokenpositie.

**Masculine/feminine organisatiecultuur.** Masculine/feminine organisatiecultuur werd bevraagd aan de hand van een schaal die gebaseerd is op de masculine/feminine dimensie van nationale cultuur volgens Hofstede et al. (1990). De schaal bestaat uit zeven items die gescoord kunnen worden op een vijf-puntenschaal van “Helemaal eens” tot “Helemaal oneens”. De schaal bestaat uit volgende items: “De nadruk ligt op het realiseren van individuele doelen”, “De nadruk ligt op goede relaties met collega's”, “Er is een competitieve sfeer”, “Er komen meer beslissingen informeel tot stand dan tijdens formele vergaderingen”, “Wanneer beslissingen worden genomen, wordt met ieders mening rekening gehouden”, “Er zijn maar een beperkt aantal mensen die in het besluitvormingsproces betrokken zijn”, “Collega's beschouwen elkaar als concurrenten”.

Aangezien er niet veel geweten is omtrent de psychometrische kwaliteit van deze schaal werd een exploratorische factoranalyse en een betrouwbaarheidsanalyse uitgevoerd. Uit deze analyses blijkt dat het aangeraden is om enkele items te verwijderen uit de schaal om de psychometrische kwaliteiten van de schaal te verhogen. Daarom

werden de schaalscores berekend op basis van vier items namelijk “Er is een competitieve sfeer”, “Wanneer beslissingen worden genomen, wordt met ieders mening rekening gehouden”, “Er zijn maar een beperkt aantal mensen die in het besluitvormingsproces betrokken zijn”, “Collega's beschouwen elkaar als concurrenten”. Een hoge schaalscore duidt op een masculine organisatiecultuur terwijl een lage schaalscore een indicatie is van een feminine organisatiecultuur.

**Controlevariabelen.** Aangezien vorig onderzoek heeft aangetoond dat mentale gezondheid wordt beïnvloed door allerlei factoren zullen we zowel demografische variabelen als werkgerelateerde variabelen opnemen als controlevariabelen in dit onderzoek. De demografische controlevariabelen zijn geslacht (man = 0 ; vrouw = 1), leeftijd ( $\leq 24$  jaar = 1; 25-16 jaar = 2; 27-28 jaar = 3; 29-30 jaar = 4;  $>30$  jaar = 5) , het al dan niet hebben van een partner (geen partner = 0; partner = 1).

*Job demands* en job controle zijn de werkgerelateerde controlevariabelen. Om deze variabelen in kaart te brengen werd gebruik gemaakt van de Nederlandstalige Vragenlijst voor de Beleving en Beoordeling van Arbeid (VBBA) (Van Veldhoven, 1996). *Job demands* werd bevraagd aan de hand van 11 items. Job controle werd berekend op basis van 17 items (soms van taakvariatie (6 items) en job autonomie (11 items)). De respondenten werden gevraagd om elk item te scoren op een vier-punten Likertschaal. *Job demands* en job controle gemeten aan de hand van de VBBA blijken een goede benadering te zijn van JDCQ schalen (Vanroelen, Levecque & Louckx, 2008; Karasek et al. 1998). Volgens Evers et al. (zoals geciteerd in Vanroelen et al., 2008) blijken de schalen die *job demands*, taakvariatie en job autonomie meten unidimensioneel, betrouwbaar en valide te zijn. In deze studie hebben *job demands* en job controle een goede betrouwbaarheid, Chronbach's  $\alpha = .87$  en  $\alpha = .88$  respectievelijk. Een hoge score op deze schalen zijn een indicatie voor hoge *job demands* en weinig job controle.

## Analyses

De analyses werden uitgevoerd op een secundaire dataset met het statistische programma ‘SPSS Statistics 22’. Er werd gebruik gemaakt van correlaties, gemiddelden, standaarddeviaties, factoranalyses en lineaire regressieanalyses. Er werden wegeningen toegepast om ervoor te zorgen dat de steekproef representatief is voor de populatie.

## Resultaten

### Factor- en Betrouwbaarheidsanalyses

**GHQ-12.** In de literatuur is er een debat gaande rond de factorstructuur van de GHQ-12 (Rommel et al., 2013). Daarom voerden we een exploratorische factoranalyse uit. Via een Principale Component Analyse met een Oblique rotatie werd gekeken naar de factorstructuur. Er werd gebruik gemaakt van een Oblique rotatie omdat de GHQ ontwikkeld werd als een unidimensionele schaal. Hierdoor verwachten we dat er correlaties zijn tussen de factoren. Op basis van *eigenvalues* die hoger zijn dan 1 bekomen we een twee-factorenoplossing. Deze twee factoren verklaren samen 54,45% van de totale variantie en correleren met elkaar ( $r = .49$ ). We kunnen de factoren benoemen als ‘psychologische *distress*’ en ‘sociaal disfunctioneren’. In tabel 1 worden de factorladingen weergegeven.

Uit de betrouwbaarheidsanalyse blijkt dat deze schaal een goede betrouwbaarheid heeft, Cronbach’s  $\alpha = .88$ . Het verwijderen van één van de twaalf items zou de betrouwbaarheid verminderen. Factor 1 ‘psychologische *distress*’ verklaart 44.40% van de variantie en heeft een goede interne consistentie, Cronbach’s  $\alpha = .87$ . De tweede factor ‘sociaal disfunctioneren’ verklaart 10.05% van de variantie en heeft een acceptabele interne consistentie, Cronbach’s  $\alpha = .71$ .

**Masculine/feminine organisatiecultuur.** Er is niet veel geweten over de psychometrische kwaliteiten van masculine/feminine organisatiecultuur. Daarom werd een exploratorische factoranalyse uitgevoerd aan de hand van een Principale Component Analyse en een Varimax rotatie om de factorstructuur na te gaan. Op basis van *eigenvalues* die hoger zijn dan 1 bekomen we een twee-factorenoplossing. Deze twee factoren verklaren samen 53.27% van de totale variantie. Tabel 2 geeft de factorladingen weer, enkel factorladingen hoger dan .40 worden weergegeven. Alle items, behalve item 1 (“De nadruk ligt op het realiseren van individuele doelen”) laadden op één van deze factoren. Item 1 heeft geen enkele factorlading die hoger is dan .40, dit item werd verwijderd uit de schaal. Om inhoudelijke redenen is het wenselijk om item 2 te verwijderen uit de schaal, zo kunnen we de factoren benoemen als ‘geslotenheid in besluitvorming’ en ‘competitiviteit’.

Tabel 1

Factorladingen GHQ-12

Items	Psychologische <i>distress</i>	Sociaal disfunctioneren
Hebt u zich kunnen concentreren op uw bezigheden?		.70
Bent u door zorgen veel slaap tekort gekomen?	.65	
Hebt u het gevoel gehad zinvol bezig te zijn?		.83
Voelde u zich in staat om beslissingen (over dingen) te nemen?		.74
Hebt u het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?	.83	
Hebt u het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon?	.77	
Hebt u plezier kunnen beleven aan uw gewone, dagelijkse bezigheden?	.44	
Bent u in staat geweest uw problemen onder ogen te zien?		.51
Hebt u zich ongelukkig en neerslachtig gevoeld?	.73	
Bent u het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?	.74	
Hebt u zich als een waardeloos iemand beschouwd	.66	
Hebt u zich alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?	.50	

Uit de betrouwbaarheidsanalyse, uitgevoerd op de schaal zonder item 1 en 2, blijkt dat het verwijderen van item 4 de betrouwbaarheid van deze schaal zou verhogen tot een aanvaardbare betrouwbaarheid, Cronbach's  $\alpha = .69$ .

Om de psychometrische kwaliteiten van de schaal rond masculine/feminine organisatiecultuur te verbeteren is het wenselijk om item 1, 2 en 4 te verwijderen. Een factoranalyse op de schaal zonder items 1, 2 en 4 geeft een twee-factorenoplossing. Tabel 3 geeft de factorladingen weer. Factor 1 'competitiviteit' verklaart 51.86% van de variantie en heeft een goede interne consistentie, Cronbach's  $\alpha = .81$ . Factor 2 'geslotenheid in besluitvorming' verklaart 28.75% van de variantie en heeft een acceptabele betrouwbaarheid, Cronbach's  $\alpha = .68$ .

*Tabel 2*

*Factorladingen masculine/feminine organisatiecultuur (7 items)*

Items	Geslotenheid in besluitvorming	Competitiviteit
De nadruk ligt op het realiseren van individuele doelen		
De nadruk ligt op goede relaties met collega's	-.55	
Er is een competitieve sfeer.		.90
Er komen meer beslissingen informeel tot stand dan tijdens formele vergaderingen.	.50	
Wanneer beslissingen worden genomen, wordt met ieders mening rekening gehouden.	-.77	
Er zijn maar een beperkt aantal mensen die in het besluitvormingsproces betrokken zijn.	.78	
Collega's beschouwen elkaar als concurrenten.		.87



Tabel 3

Factorladingen masculine/feminine organisatiecultuur (4 items)

Items	Competitiviteit	Geslotenheid in besluitvorming
Er is een competitieve sfeer.	.92	
Wanneer beslissingen worden genomen, wordt met ieders mening rekening gehouden.		-.86
Er zijn maar een beperkt aantal mensen die in het besluitvormingsproces betrokken zijn.		.87
Collega's beschouwen elkaar als concurrenten.	.89	

### Gemiddelden, Standaarddeviaties en Correlaties

Tabel 4 geeft een overzicht van de gemiddelde scores, standaarddeviaties en correlaties van alle opgenomen variabelen in het onderzoek. Voor alle correlaties werd gebruik gemaakt van Pearson-correlaties aangezien we veronderstellen dat variabelen gemeten aan de hand van een Likertschaal van interval meetniveau zijn. Enkel voor de correlaties met leeftijd en correlaties tussen twee dichotome variabelen werden andere correlatiematen gebruikt. Aangezien leeftijd een ordinale variabele is werd gebruik gemaakt van Spearman's rho. Phi werd gebruikt om de relatie tussen twee dichotome variabelen na te gaan.

Uit Tabel 4 blijkt de afhankelijke variabele, mentale gezondheid, negatief te correleren met gendertokenisme ( $r = -.05$ ,  $p < .01$ ) en positief met geslacht ( $r = .08$ ,  $p < .001$ ), leeftijd ( $r_s = .06$ ,  $p < .01$ ), *job demands* ( $r = .30$ ,  $p < .001$ ), job controle ( $r = .23$ ,  $p < .001$ ); en organisatiecultuur ( $r = .22$ ,  $p < .001$ ). Organisationscultuur correleert positief met leeftijd ( $r_s = .17$ ,  $p < .001$ ), partner ( $r = .04$ ,  $p < .05$ ) en de psychosociale werkomstandigheden: *job demands* ( $r = .26$ ,  $p < .001$ ) en job controle ( $r = .16$ ,  $p < .001$ ). Daarnaast is er een negatieve correlatie tussen organisatiecultuur en gendertokenisme ( $r = -.04$ ,  $p < .01$ ).

Gendertokenisme heeft een significante correlatie met *job demands* ( $r = -.04, p < .05$ ) en geslacht ( $\phi = -.20, p < .001$ ).

Er zijn ook heel wat significante correlaties tussen de verschillende controlevariabelen. Job controle heeft een significante negatieve correlatie met partner ( $r = -.05, p < .01$ ) en een positieve correlatie met *job demands* ( $r = .20, p < .001$ ). *Job demands* correleert positief met geslacht ( $r = .04, p < .05$ ), leeftijd ( $r_s = .22, p < .001$ ) en partner ( $r = .04, p < .05$ ). Partner is positief gecorreleerd met leeftijd ( $r_s = .08, p < .001$ ) en geslacht ( $\phi = .11, p < .001$ ). Verder heeft leeftijd een negatieve correlatie met geslacht ( $r_s = -.11, p < .001$ ).

### **Regressieanalyses**

We maken gebruik van een stapsgewijze lineaire regressie om volgende hypothesen na te gaan.

Hypothese 1: Er is een negatieve relatie tussen gendertokenisme en mentale gezondheid.

Hypothese 2: Een feminine organisatiecultuur zal de negatieve relatie tussen gendertokenisme en mentale gezondheid verminderen.

Tabel 5 geeft de resultaten weer van een stapsgewijze lineaire regressie voor mentale gezondheid.

**Model 1.** Het eerste model geeft de effecten van de controlevariabelen op mentale gezondheid weer. Er werd een significante regressievergelijking gevonden voor model 1 ( $F(8, 3345) = 62.07, p < .001$ ). Model 1 verklaart 13% van de variantie ( $R^2 = .13$ ). Zowel geslacht, partner, *job demands* als job controle hebben een significant effect op mentale gezondheid wanneer gecontroleerd wordt voor de overige controlevariabelen. Vrouwelijke respondenten blijken een iets slechtere mentale gezondheid te rapporteren ( $\beta = .07, p < .001$ ). Hetzelfde geldt voor respondenten zonder partner ( $\beta = -.04, p = .01$ ). Respondenten die hoge *job demands* hebben rapporteren een slechtere mentale gezondheid ( $\beta = .26, p < .001$ ), dit geldt ook voor respondenten met een lage job controle ( $\beta = .17, p < .001$ ). Verder blijkt dat respondenten die 29 of 30 jaar zijn een significant lagere mentale gezondheid rapporteren in vergelijking met respondenten die jonger zijn dan 24 jaar ( $\beta = .08, p = .001$ ).

**Model 2.** In model 2 werd naast de controlevariabelen ook de variabele gendertokenisme opgenomen. Uit de lineaire regressie blijkt dat gendertokenisme geen

significant effect heeft op mentale gezondheid bovenop de controlevariabelen in het model ( $\beta = -.02$ ,  $p = .17$ ). Er is geen significante verandering in de verklaarde variantie ten opzichte van model 1 ( $\Delta R^2 = .00$ ,  $F(1, 3344) = 1.92$ ,  $p = .166$ ). We vinden geen evidentie voor hypothese 1.

**Model 3.** In model 3 werd masculine/feminine organisatiecultuur toegevoegd. Organisatiecultuur blijkt een significant effect te hebben op mentale gezondheid bovenop de overige variabelen in het model ( $\beta = .13$ ,  $p < .001$ ). Wanneer gecontroleerd wordt voor *job demands*, job controle, geslacht, partner en leeftijd blijken doctoraatsstudenten die werken in een organisatiecultuur die hoog scoort op masculiniteit een minder goede mentale gezondheid te rapporteren. Er is een significante verandering in het aandeel verklaarde variantie ten opzichte van model 2 ( $\Delta R^2 = .02$ ,  $F(1, 3343) = 63.23$ ,  $p < .001$ ). Model 3 verklaart 15% van de variantie ( $R^2 = .15$ ,  $F(10, 3343) = 57.12$ ,  $p < .001$ ).

**Model 4.** Ten slotte werd de interactieterm tussen organisatiecultuur en gendertokenisme toegevoegd. Deze interactieterm blijkt geen significant effect te hebben op mentale gezondheid bovenop de overige variabelen in het model ( $\beta = -.04$ ,  $p = .58$ ). Er was geen significante verandering in verklaarde variantie ten opzichte van model 3 ( $\Delta R^2 = .00$ ,  $F(1, 3342) = .31$ ,  $p = .578$ ). We vinden geen evidentie voor hypothese 2.

Tabel 4

Inter-correlaties tussen onderzoekvariabelen

Variabelen	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Geslacht <sup>b</sup>	.46	.50	1							
2. Leeftijd <sup>a c</sup>	3.42	1.34	-.11***	1						
3. Partner <sup>d</sup>	.71	.45	.11***	.08***	1					
4. Job demands	26.17	5.22	.04*	.22***	.04*	1				
5. Job controle	32.80	7.09	.01	-.01	-.05**	.20***	1			
6. Gendertokenisme <sup>e</sup>	.87	.34	-.20***	-.03	-.02	-.04*	-.03	1		
7. Organisatiecultuur	10.72	3.07	.02	.17***	.04*	.26***	.16***	-.04**	1	
8. Mentale gezondheid	25.04	5.76	.08***	.06**	-.03	.30***	.23***	-.05**	.22***	1

Noot. \*\*\*  $p < .001$ , \*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ; <sup>a</sup> Spearman correlatie; <sup>b</sup> Geslacht: man = 0, vrouw = 1; <sup>c</sup> Leeftijd: jonger dan 24 jaar = 1, 25-26 jaar = 2, 27-28 jaar = 3, 29-30 = 4, ouder dan 30 jaar = 5; <sup>d</sup> Partner: geen partner = 0, partner = 1; <sup>e</sup> Gendertokenisme: gendertoken = 0, meerderheidspositie = 1

Tabel 5  
Ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënten, Standaarddeviaties en p-waarden

Variabelen	Model 1			Model 2			Model 3			Model 4		
	B	SD	p	B	SD	p	B	SD	p	B	SD	p
Intercept	12.33**	(0.66)	<.001	12.73**	(0.72)	<.001	11.41**	(0.73)	<.001	10.89**	(1.18)	<.001
Geslacht <sup>a</sup>	0.78**	(0.19)	<.001	0.72**	(0.19)	<.001	0.71**	(0.19)	<.001	0.71**	(0.19)	<.001
25-26 jaar <sup>b</sup>	0.46	(0.38)	.225	0.46	(0.38)	.233	0.41	(0.38)	.280	0.41	(0.38)	.278
27-28 jaar <sup>b</sup>	0.61	(0.38)	.107	0.60	(0.38)	.112	0.44	(0.38)	.244	0.44	(0.38)	.246
29-30 jaar <sup>b</sup>	1.33*	(0.40)	.001	1.32*	(0.40)	.001	1.05*	(0.40)	.009	1.05*	(0.40)	.009
Ouder dan 30 jaar <sup>b</sup>	0.32	(0.37)	.390	0.30	(0.37)	.417	0.08	(0.37)	.820	0.08	(0.37)	.823
Partner <sup>c</sup>	-0.56*	(0.21)	.007	-0.56*	(0.21)	.008	-0.60*	(0.21)	.004	-0.60*	(0.21)	.003
Job demands	0.29**	(0.02)	<.001	0.29**	(0.02)	<.001	0.26**	(0.02)	<.001	0.26**	(0.02)	<.001
Job controle	0.14**	(0.01)	<.001	0.14**	(0.01)	<.001	0.13**	(0.01)	<.001	0.13**	(0.01)	<.001
Gender tokenisme <sup>d</sup>				-0.39	(0.28)	.166	-0.32	(0.28)	.248	0.27	(1.10)	.809
Organisatiecultuur							0.25**	(0.03)	<.001	0.30*	(0.09)	.001
Moderator										-0.05	(0.10)	.578

Noot. \*\* p < .001, \* p < .01; <sup>a</sup> Referentieniveau = man; <sup>b</sup> Referentieniveau = jonger dan 24 jaar; <sup>c</sup> Referentieniveau = geen partner; <sup>d</sup> Referentieniveau = gendertokenpositie; R<sup>2</sup> model 1 = .129, R<sup>2</sup> model 2 = .130, R<sup>2</sup> model 3 = .146, R<sup>2</sup> model 4 = .146; ΔR model 1 = .129\*\*, ΔR model 2 = .000, ΔR model 3 = .016\*\*, ΔR model 4 = .000

## Discussie

### Bespreking van de Resultaten

**Hoofdeffect van gendertokenisme op mentale gezondheid.** Op basis van Kanter's theorie (1977) die stelt dat *tokens* negatieve gevolgen ervaren van de perceptuele processen die gepaard gaan met tokenisme en de veronderstelling dat deze gevolgen invloed hebben op mentale gezondheid werd verwacht dat gendertokenisme een negatief effect heeft op mentale gezondheid. Uit de data-analyse blijkt echter dat gendertokenisme geen significant effect heeft op mentale gezondheid wanneer er gecontroleerd wordt voor leeftijd, geslacht, het hebben van een partner, *job demands* en job controle.

Een eerste mogelijke verklaring voor deze bevinding is dat het effect van gendertokenisme op mentale gezondheid gemedieerd wordt door het JDC model van Karasek (1979). Het zou kunnen dat *tokens* meer *job demands* hebben aangezien ze volgens Kanter (1977) twee keer zo hard moeten werken om de standaarden die voor hen gesteld worden te behalen. Daarnaast stelt Kanter (1977) dat hen een gedwongen rol wordt opgelegd wat zou kunnen leiden tot minder job controle. Uit preliminaire analyses blijkt dat gendertokenisme een significant effect heeft op mentale gezondheid ( $\beta = -.05$ ,  $p = .004$ ) en *job demands* ( $\beta = -.04$ ,  $p = .035$ ) maar niet op job controle ( $\beta = -.03$ ,  $p = .067$ ). *Job demands* ( $\beta = .30$ ,  $p < .001$ ) en job controle ( $\beta = .23$ ,  $p < .001$ ) hebben een significant effect op mentale gezondheid. Wanneer job controle, gendertokenisme en *job demands* worden opgenomen als predictoren van mentale gezondheid is er een kleine vermindering in het effect van gendertokenisme maar het effect blijft significant ( $\beta = -.03$ ,  $p = .033$ ) (zie bijlage 1). Verder onderzoek is nodig om de medieerde rol van het JDC model (Karasek, 1979) na te gaan.

De bevinding dat er geen evidentie gevonden wordt voor het effect van gendertokenisme op mentale gezondheid kan te wijten zijn aan de operationalisatie van gendertokenisme. Kanter (1977) definieert in haar theorie *tokens* als mensen die in een minderheidspositie zitten op vlak van een sociaal type en maximum 15% uitmaken van de totale groep. In dit onderzoek werd aan de respondenten gevraagd om een inschatting te maken van het aandeel vrouwen in hun onderzoeksgroep. Hierbij werden vier antwoordmogelijkheden aangeboden. Er werd niet gevraagd naar het exacte percentage

vrouwen in het onderzoeksteam. Uit een onderzoek van Stichman, Hassal en Archbold (2010) blijkt dat politievrouwen die 17% uitmaken van een groep niet meer assimilatie, zichtbaarheid of polarisatie ervaren dan hun mannelijke collega's. De studie van Ott (zoals geciteerd in Yoder, 1991) vond dat vrouwelijke politieagenten in *skewed teams* (minderheid is minder dan 15% van de groep) meer zichtbaarheid, *sexual harassment*, *role entrapment* en minder *peer acceptance* ervaren dan vrouwen in *tilted teams* (het percentage van de minderheid ligt tussen de 15% en 35%). Uit deze onderzoeken blijkt dat het belangrijk is om gebruik te maken van de exacte verhoudingen om gendertokenisme in te schatten.

Doorheen de jaren hebben veel onderzoekers kritiek gegeven op de theorie van Kanter (1977). Er is voornamelijk kritiek gekomen op het feit dat Kanter geen rekening hield met de sociale context (Yoder, 1991). Zo benadrukt Yoder (1994) het belang van gender status. Volgens verschillende onderzoekers zouden vrouwen in een patriarchische maatschappij een lagere status hebben dan mannen. Hierdoor zouden *token* vrouwen de processen beschreven door Kanter (1977) meer ervaren dan *token* mannen. (Alexander and Thoits 1985; Crocker & McGraw zoals geciteerd in Yoder, 1994; Dworkin et al. zoals geciteerd in Zimmer, 1988; Fairhurst & Snavely, 1983; Floge & Merrill, 1986; Johnson & Schulman, 1989; Laws zoals geciteerd in Yoder, 1994; Ott zoals geciteerd in Yoder, 1994; Yoder, 1991; Zimmer, 1988)

Een tweede kritiek op de theorie van Kanter (1977) is dat de perceptuele processen van gendertokenisme zich enkel zouden voordoen bij mensen die een *gender-inappropriate* beroep uitvoeren. Het is belangrijk om een onderscheid te maken tussen een *gender-inappropriate* beroep en gendertokenisme. Zo kan een vrouw werken in een beroep dat gedomineerd wordt door mannen maar de werkgroep waar ze deel van uitmaakt kan voornamelijk bestaan uit vrouwen. De meeste studies die de effecten van tokenisme nagaan gebeuren in *gender-inappropriate* beroepen (Floge & Merrill, 1986; Gustafson, 2008; Heikes, 1999; Lyness & Thompson, 2000; Roth, 2004). Volgens een rapport van de VLIR-werkgroep (2015) blijkt dat 56% van de assistenten en 47% van de doctor-assistenten binnen de Vlaamse universiteiten vrouw is. Bij de doctoraatsstudenten die deel uitmaken van het wetenschappelijk personeel is 46% vrouw. Het aandeel vrouwelijke post-docs bedraagt 39%. Als we verder kijken naar het aandeel vrouwelijke docenten dan daalt dit percentage tot 34%. Hoewel er ongeveer evenveel mannelijke als

vrouwelijke assistenten en doctoraatsstudenten zijn kunnen we veronderstellen dat vrouwelijke doctoraatsstudenten werken in een *gender-inappropriate* beroep (wetenschappelijk onderzoeker) aangezien de hogere niveaus van het universitair personeel in Vlaanderen voornamelijk bestaan uit mannen. Daarnaast kunnen we veronderstellen dat de maatschappij het beroep wetenschappelijk onderzoeker meer ziet als een mannelijk beroep dan een vrouwelijk beroep. Het zou dus kunnen dat de negatieve effecten van gendertokenisme zich enkel voordoen bij vrouwelijke doctoraatsstudenten aangezien zij een *gender-inappropriate* beroep uitoefenen.

De twee bovenstaande verklaringen stellen dat het negatieve effect van gendertokenisme op mentale gezondheid enkel van toepassing zou zijn voor vrouwelijke doctoraatsstudenten. Uit een preliminaire analyse waarbij enkel de data van vrouwen werd gebruikt blijkt echter dat gendertokenisme geen predictor is van mentale gezondheid (zie bijlage 2). Verder onderzoek naar de effecten van gendertokenisme, gender status, *gender-appropriate* beroep en de interactie tussen deze variabelen op mentale gezondheid is noodzakelijk.

**Moderatie van masculine/feminine organisatiecultuur.** Op basis van de veronderstelling dat een feminine organisatiecultuur ervoor zorgt dat gendertokens de negatieve gevolgen die Kanter (1977) beschrijft minder ervaren, werd verwacht dat organisatiecultuur de relatie tussen gendertokenisme en mentale gezondheid zou modereren. Deze studie vindt echter geen evidentie voor deze hypothese.

Deze bevinding kan verklaard worden door het feit dat er geen hoofdeffect van gendertokenisme op mentale gezondheid werd gevonden. Echter is een hoofdeffect geen noodzakelijke voorwaarde voor moderatie. Indien het effect van gendertokenisme op mentale gezondheid in een masculine cultuur even groot is maar in tegenovergestelde richting van het effect in een feminine cultuur, zouden we wel een interactie-effect vinden. Hiervoor vinden we echter geen evidentie.

### **Theoretische Implicaties**

Deze studie is theoretisch interessant op een aantal vlakken. In de literatuur werd de theorie van Kanter (1977) over tokenisme reeds vaak onderzocht (Heikes, 1999; Lyness & Thompson, 2000; Roth, 2004). Ook werd er al onderzoek gedaan naar de relatie tussen gendertokenisme en verschillende variabelen zoals ziekteverzuim, steun van de



leidinggevende, job evaluatie, job satisfactie, zelfzekerheid,... (Bryngelson et al., 2011; Krimmel & Gormley, 2003; Mastekaase, 2005; Ryan, King, Gulick, Peddie, & Hargraves, 2012; Sackett, Dubois, & Noe, 1991). Zover we weten werd de relatie tussen gendertokenisme en mentale gezondheid nog niet op een adequate manier bestudeerd. Dit is het eerste vragenlijstonderzoek omtrent deze relatie die gebruik maakt van zowel mannelijke als vrouwelijke *tokens* en een gevalideerde schaal om mentale gezondheid in kaart te brengen (GHQ-12). Uit dit onderzoek blijkt dat gendertokenisme geen predictor is voor een slechtere mentale gezondheid. Verder onderzoek in andere contexten is noodzakelijk om meer duidelijkheid te scheppen over deze relatie. Aangezien de bevindingen niet overeenkomen met de vooropgestelde hypothesen hebben we enkele mogelijke verklaringen gegeven voor deze bevindingen. We hopen dat dit onderzoek naar de interacties tussen gendertokenisme, gender status en *gender-inappropriate* beroepen zal stimuleren.

In de literatuur werd reeds veel evidentie gevonden voor de effecten van *job demands* en job controle op mentale gezondheid. Uit deze studie blijkt dat ook in een steekproef met enkel doctoraatsstudenten *job demands* en job controle een effect hebben op mentale gezondheid.

Daarnaast geeft dit onderzoek nieuwe inzichten omtrent de effecten van masculine/feminine organisatiecultuur. Onderzoek rond masculine/feminine organisatiecultuur is erg beperkt. Zover we weten werd nooit eerder de relatie tussen masculine/feminine organisatiecultuur en mentale gezondheid onderzocht. Uit dit onderzoek blijkt dat een masculine organisatiecultuur een significante predictor is voor een slechtere mentale gezondheid wanneer gecontroleerd wordt voor allerlei variabelen. We hopen dat deze bevinding verder onderzoek en theorievorming rond masculine/feminine organisatiecultuur zal stimuleren.

### **Praktische Implicaties**

Sinds in 2012 een aantal decreten werden uitgevaardigd die genderquota opleggen voor de samenstelling van advies- en bestuursorganen van universiteiten is er meer aandacht gekomen voor het genderbeleid van Vlaamse universiteiten. Daarnaast wordt ook op internationaal en Europees vlak meer aandacht besteed aan genderdiversiteit (Vlaamse Interuniversitaire Raad, 2013). Het bestaande genderbeleid in Vlaamse

universiteiten focust voornamelijk op het bevorderen van loopbaankansen van minderheden. Echter wordt er bij de formulering van deze beleidsmaatregelen weinig rekening gehouden met de impact die deze beleidsmaatregelen kunnen hebben op de mentale gezondheid van genderminderheden. Op basis van dit onderzoek formuleren we beleidsadviezen die hier rekening mee houden. Echter is verder onderzoek in dit domein wenselijk om meer duidelijkheid te scheppen.

Al een lange tijd wordt genderdiversiteit gezien als een prioriteit aan de Vlaamse universiteiten. Zo blijkt ook uit de oprichting van de VLIR-werkgroep Gelijke Kansen in 2002. Deze werkgroep rapporteert geregeld over het gender- en diversiteitsbeleid van Vlaamse universiteiten. Uit deze rapporten blijkt dat er al heel wat vooruitgang is geboekt op het vlak van genderdiversiteit, echter is op te merken dat het aandeel vrouwen een trage stijging kent (Vlaamse Interuniversitaire Raad, 2015). Door deze trage stijging is het waarschijnlijk dat vele vrouwen eerst een *token* zijn in hun werkgroep vooraleer deze werkgroep meer gender gebalanceerd wordt. We zouden kunnen verwachten dat dit negatieve effecten heeft op de mentale gezondheid van deze vrouwen. Uit dit onderzoek blijkt echter dat gendertokenisme geen negatief effect heeft op mentale gezondheid. Hierdoor zouden we kunnen besluiten dat het niet noodzakelijk is om het aandeel vrouwen op korte termijn kwantitatief te verhogen, bijvoorbeeld door het stellen van quota, om negatieve effecten te voorkomen. Dit advies ligt in lijn met het advies van de VLIR High Level Task Force Gender dat opgericht is om concrete voorstellen te formuleren om genderdiversiteit te bevorderen. Hun advies stelt dat de focus niet moet liggen op korte termijn kwantitatieve doelstellingen maar op de verandering van de heersende cultuur op lange termijn om een duurzame genderbeleid te ontwikkelen (Vlaamse Interuniversitaire Raad, 2013). Echter is verder onderzoek nodig om meer duidelijkheid te scheppen over de relatie tussen gendertokenisme en mentale gezondheid en om bovenvermelde alternatieve verklaringen uit te sluiten.

Uit dit onderzoek blijkt dat een masculine organisatiecultuur een predictor is voor een slechtere mentale gezondheid. Ook deze bevinding heeft belangrijke praktische implicaties. Om beleidsadvies te kunnen formuleren op basis van deze bevinding werd gekeken naar de effecten van de factoren van masculine/feminine organisatiecultuur namelijk competitiviteit en geslotenheid in besluitvorming. Uit preliminaire analyses blijkt dat competitiviteit ( $\beta = .10, p < .001$ ) en geslotenheid in besluitvorming ( $\beta = .18, p$

< .001) predictoren zijn voor een slechtere mentale gezondheid (bijlage 3). Echter is verder onderzoek, ook in andere contexten, nodig om een beter beeld te krijgen van de effecten van competitiviteit en geslotenheid in besluitvorming op mentale gezondheid.

De academische wereld kunnen we beschouwen als zeer competitief aangezien er een enorme druk is om artikels te publiceren in toptijdschriften. Daarnaast is er ook veel concurrentie tussen de verschillende Vlaamse universiteiten om bijvoorbeeld onderzoeksgeld te krijgen of projecten te mogen doen voor bedrijven of de overheid (Verheyen, 2012). Het vergroten en het eerlijk verdelen van het budget voor onderzoek zal de competitie tussen verschillende universiteiten verlagen. Daarnaast zou een internationaal besef dat kwaliteit van onderzoek belangrijker is dan het aantal publicaties de competitieve cultuur in de academische wereld verminderen.

Aangezien geslotenheid in besluitvorming in dit onderzoek een predictor is voor een slechtere mentale gezondheid zouden formele procedures ontwikkeld kunnen worden die een open besluitvorming stimuleren. Zo kan men elk onderzoeksteam verplichten om in elke fase van het onderzoek minstens één keer een vergadering te organiseren met alle belangrijke betrokkenen van een bepaald onderzoek. Verder onderzoek is nodig om meer duidelijkheid te krijgen of geslotenheid in besluitvorming ook in andere contexten een effect heeft op mentale gezondheid.

Een feminine organisatiecultuur blijkt in dit onderzoek een positief effect te hebben op mentale gezondheid. Het zou interessant zijn om na te gaan welke andere positieve effecten een feminine organisatiecultuur heeft. Aangezien de Task Force pleit voor een duurzame cultuurverandering om genderdiversiteit te bevorderen, zou het interessant zijn om te onderzoeken of een feminine organisatiecultuur een predictor is voor betere loopbaankansen voor vrouwen.

## **Beperkingen**

Een eerste beperking van dit onderzoek is dat men gebruik heeft gemaakt van zelfrapportage, dit leidt tot een subjectieve meting van de variabelen. Zelfrapportage is een goede manier om mentale gezondheid in kaart te brengen aangezien dit een subjectieve ervaring is. Maar het gebruik van zelfrapportage kan tot problemen leiden bij het bepalen van de onafhankelijke variabelen gendertokenisme en organisatiecultuur. Om gendertokenisme te bepalen werd gevraagd om aan te geven wat het aandeel vrouwelijke

professoren en onderzoekers in het onderzoeksteam is. Het kan zijn dat respondenten problemen hebben om dit in te schatten. Daarnaast is het op basis van deze operationalisatie onmogelijk om de exacte man/vrouw ratio binnen het onderzoeksteam na te gaan. Gebruik maken van objectieve data zou zorgen voor een correctere inschatting van gendertokenisme. Hetzelfde geldt voor masculine/feminine organisatiecultuur. Zelfrapportage zorgt voor een subjectieve inschatting van de organisatiecultuur, deze inschatting kan afwijken van de werkelijke organisatiecultuur. Om een objectievere inschatting te maken van organisatiecultuur kunnen we gebruik maken van de direct consensus approach (Chan, 1998). Deze benadering gebruikt een geaggregeerde score van organisatiecultuur. Per team wordt het gemiddelde van de individuele percepties berekend en gebruikt als indicatie voor de organisatiecultuur. De individuele scores mogen enkel geaggregeerd worden als de scores binnen een team niet te ver uit elkaar liggen en als er genoeg variantie is tussen teams. (Klein et al., zoals geciteerd in Levecque, Roose, Vanroelen, & Van Rossem, 2014). Een ander nadeel van zelfrapportage is dat het kan zorgen voor *common method bias* waardoor de gevonden effecten tussen de onafhankelijke variabelen en de afhankelijke variabelen een overschatting kunnen zijn van de werkelijke effecten. (Fisher & Katz, 2000; Kimberlin & Winterstein, 2008; Podsakoff & Organ, 1986). In een review sommen Podsakoff, MacKenzie, Jeong-Yeon, & Podsakoff (2003) verschillende bronnen van *common method variance* op, waaronder negatief affect. Volgens Watson en Clark (1984) hebben mensen met een negatief affect een negatief zelfconcept, zijn ze vaak overstuurd en hebben ze een negatieve kijk op zichzelf en de wereld. Uit een onderzoek van Denollet en De Vries (2006) blijkt dat negatief affect sterk correleert met depressie. Het zou dus mogelijk zijn dat mensen met een slechtere mentale gezondheid andere variabelen ook negatiever inschatten. Hierdoor zou negatief affect in dit onderzoek een bron van *common method variance* kunnen zijn. Waardoor de gevonden relaties tussen de onafhankelijk en controlevariabelen enerzijds en mentale gezondheid anderzijds een overschatting kunnen zijn van de werkelijke relaties tussen deze variabelen.

Een tweede beperking is de validiteit van de schaal die masculine/feminine organisatiecultuur meet. Om de betrouwbaarheid en factorstructuur van de schaal te verbeteren was het noodzakelijk om drie van de oorspronkelijk zeven items te verwijderen. Hierdoor zou het kunnen dat deze schaal niet de gehele inhoud van het

concept masculine/feminine organisatiecultuur dekt, waardoor deze operationalisatie van organisatiecultuur niet inhouds- en constructvalide kan zijn.

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een secundaire dataset om de hypothesen te testen. Dit zorgt voor enkele nadelen ten opzichte van primaire data. In secundaire datasets komt het vaak voor dat de metingen die gebruikt worden om de variabelen in kaart te brengen niet diegene zijn die je zelf zou gekozen hebben (Smith et al., 2011). Zoals hierboven reeds vermeld is de operationalisatie van gendertokenisme en organisatiecultuur niet ideaal. Daarnaast ben je beperkt in het aantal variabelen die bevestigd worden. Zo werd in deze vragenlijst niet gevraagd naar sociale steun, onregelmatige uren, fysieke, seksuele en psychologische intimidatie, et cetera. Hoewel uit onderzoek blijkt dat deze variabelen een belangrijke invloed hebben op mentale gezondheid (Marchand, Demers, Durand, 2005, 2006; Marchand, Durand, Haines, Harvey, 2015). Er werd ook geen rekening gehouden met niet-werkgerelateerde variabelen zoals leefgewoonten, *life events*, inkomen, relatieproblemen, sociale steun buiten de werkcontext, persoonlijkheidskenmerken, et cetera. Uit een studie van Marchand et al. (2006) blijkt dat als er rekening wordt gehouden met tal van niet-werkgerelateerde variabelen er geen effect van *skill utilization* en het aantal uren dat men werkt op mentale gezondheid meer wordt gevonden. Marchand et al. (2006) maant onderzoekers aan om niet-werkgerelateerde factoren op te nemen in onderzoek naar de effecten van werkomstandigheden op mentale gezondheid. Hij stelt dat enkel zo voorkomen kan worden dat foute conclusies worden getrokken rond de relatie tussen werkomstandigheden en mentale gezondheid. In een andere studie van Marchand et al. (2015) bleek dat wanneer er gecontroleerd werd voor verschillende niet-werkgerelateerde variabelen, het aantal werkgerelateerde stressoren en het type werkgerelateerde stressoren veranderden. Volgens Marchand et al. (2015) is het dus belangrijk om niet enkel te focussen op werkomstandigheden maar ook om onderzoek te doen naar welke variabelen het meeste invloed hebben op mentale gezondheid en hierop een interventie toepassen om de mentale gezondheid van werknemers te verbeteren.

Een vierde beperking is dat er gebruik werd gemaakt van cross-sectionele data. Hierdoor kan men geen conclusies trekken omtrent de causaliteit van de relaties tussen de variabelen.

Een vijfde beperking heeft betrekking op de externe validiteit. In dit onderzoek werden de effecten van gendertokenisme op mentale gezondheid nagegaan bij doctoraatsstudenten. Deze populatie wordt gekenmerkt door jonge hooggeschoolde mensen die niet representatief zijn voor de algemene populatie.

Een laatste beperking van dit onderzoek is de lage *response rate* (33%). Hierdoor kan er selectie bias optreden. Zo blijkt uit een studie van Cifuentes et al. (2008) dat een hoge *response rate* geassocieerd was met lage *job strain*. Torvik, Rognmo, Tambs (2012) vonden in een studie dat *mental distress* een predictor was voor non-response.

### **Suggesties voor Toekomstig Onderzoek**

Verder onderzoek kan nagaan of het JDACS model (Johnson en Hall, 1988) de relatie tussen gendertokenisme en mentale gezondheid medieert. Het zou mogelijk zijn dat *performance pressure*, sociale isolatie en *role entrapment* zorgen voor verhoogde *job demands*, minder job controle en minder sociale steun. Deze slechte psychosociale werkkenmerken zouden een negatieve invloed kunnen hebben op mentale gezondheid.

Indien de relatie tussen gendertokenisme en mentale gezondheid gemedieerd wordt door psychosociale werkkenmerken is het interessant om na te gaan of masculine/feminine organisatiecultuur de relatie tussen de psychosociale werkomstandigheden en mentale gezondheid modereert.

Zoals hierboven reeds vermeld is, wordt heel wat onderzoek rond tokenisme gedaan in *gender-inappropriate* beroepen. Veel onderzoekers gebruiken dit als indicatie voor het innemen van een tokenpositie zonder te kijken naar de samenstelling van de groep waartoe de *token* behoort. Deze operationalisatie ligt niet in lijn met Kanter (1977) haar theorie. Daarnaast wordt in vele studies geen rekening gehouden met gender status. Er is onderzoek nodig naar de effecten van gendertokenisme, gender status en *gender-inappropriate* beroep en de effecten van de interactie tussen deze variabelen op mentale gezondheid. Yoder (1994) heeft een aanzet gegeven tot onderzoek naar de effecten van deze variabelen. Ze onderzocht de relatie tussen deze variabelen en de gevolgen van gendertokenisme zoals beschreven door Kanter (1977). Zij vond een interactie tussen gender status en gendertokenisme. Er werd geen interactie tussen gendertokenisme en *gender-inappropriate* beroepen gevonden.

Kanter (1977) heeft het in haar theorie over de negatieve effecten die *tokens* ervaren. Echter zijn er *tokens* die ook solo's zijn. Een solo is een persoon die als enige van zijn sociale type aanwezig is in de groep. Bijvoorbeeld één man die samenwerkt met tien andere vrouwen. Toekomstig onderzoek kan nagaan of een solo dezelfde effecten ervaart als een niet-solo *token* (Gustafson, 2008). Daarnaast zou het ook interessant zijn om na te gaan of het effect van gendertokenisme op mentale gezondheid afhankelijk is van de absolute grootte van de minderheidsgroep.

Uit dit onderzoek blijkt dat organisatiecultuur een predictor is van mentale gezondheid. We kunnen ons echter vragen stellen bij de validiteit van deze schaal. Voorgaand onderzoek omtrent masculine/feminine organisatiecultuur en de schaal die in deze studie gebruikt werd is beperkt. Er is dus niet veel geweten omtrent de construct- en inhoudsvaliditeit van deze schaal. Verder onderzoek moet uitwijzen wat de psychometrische kwaliteiten van deze schaal zijn. Eens er een valide schaal ontwikkeld is die masculine/feminine organisatiecultuur in kaart brengt is er onderzoek nodig naar de relaties met andere variabelen zoals job performance, job satisfactie, absentieïsme, innovatie,... Daarnaast zou het interessant zijn om onderzoek te doen naar de relatie met gerelateerde variabelen zoals affectief organisatieklimaat, *support en role cultures*, *people-oriented cultures*, *human relations cultures*,...

Er is ook verder onderzoek nodig om tegemoet te komen aan de beperkingen die hierboven besproken werden. Om *common method bias* te vermijden is er onderzoek nodig dat gebruik maakt van verschillende methoden. Hierbij zou gendertokenisme op basis van objectieve data bepaald kunnen worden en organisatiecultuur op basis van de direct consensus approach (Chan,1998). Deze operationalisaties zorgen ook voor een correctere inschatting van deze variabelen. Verder is replicatie van dit onderzoek in andere contexten noodzakelijk om na te gaan of de resultaten gegeneraliseerd kunnen worden. Ook longitudinale studies zijn wenselijk om de causaliteit van de relaties na te gaan.

## Conclusie

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de mentale gezondheid van de Belgische bevolking erop achteruit gaat. Dit zorgt voor heel wat kosten voor de maatschappij, het individu en de werkgever. Daarom is het belangrijk om in kaart te brengen welke factoren invloed hebben op mentale gezondheid. Tevens wordt er de laatste jaren meer aandacht gegeven aan genderdiversiteit op de werkplek. Vandaag de dag zijn er nog veel beroepen die gender gesegregeerd zijn en werknemers die in een gendertokenpositie zitten. De relatie tussen gendertokenisme en verschillende uitkomsten, zoals ziekteverzuim en job satisfactie, werd in de literatuur al vaak onderzocht. Zo ver we weten werd de relatie met mentale gezondheid nog niet adequaat kwantitatief bestudeerd. In deze studie werd gebruik gemaakt van een grote steekproef en een valide schaal om mentale gezondheid te meten. Uit de analyses blijkt dat gendertokenisme geen significant effect heeft op de mentale gezondheid. Verder werd er ook geen evidentie gevonden voor een moderatie-effect van masculine/feminine organisatiecultuur. Er waren wel significante effecten van *job demands*, job controle en organisatiecultuur op mentale gezondheid. We hopen dat deze studie verder onderzoek naar masculine/feminine cultuur en gendertokenisme stimuleert.



## Referenties

- Abrahamson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1978). Learned Helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49-74. doi:10.1037//0021-843X.87.1.49
- Ahsan, N., Abdullah, Z., Fie, D. Y. G., & Alam, S. S. (2009). A study of job stress on job satisfaction among university staff in Malaysia: Empirical study. *European Journal of Social Sciences, 8*(1), 121-131. Geraadpleegd via <http://ejournal.narotama.ac.id/files/A%20Study%20of%20Job%20Stress%20on%20Job%20Satisfaction%20among%20University.pdf>
- Alexander, V. D., & Thoits, P. A. (1985). Token achievement: An examination of proportional representation and performance outcomes. *Social Forces, 64*(2), 332-340. doi:10.2307/2578644
- Alloy, L. B., Abrahamson, L. Y., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Rose, D. T., Robinson, M. S., Kim, R. S., & Lapkin, J. B. (2000). The temple-Wisconsin cognitive vulnerability to depression project: Lifetime history of axis I psychopathology in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 403-418. doi:10.1037//0021-843X.109.3.403
- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Addison-Wesley.
- Andrea, H., Bültmann, U., Amelsvoort, L. G. P. M. van, & Kant, Y. (2009). The incidence of anxiety and depression among employees: The role of psychosocial work characteristics. *Depression and Anxiety, 26*(11), 1040-1048. doi:10.1002/da.20516
- Andrea, H., Bültmann, U., Beurskens, A. J. H. M., Swaen, G. M. H., van Schayck, C. P., & Kant, I. J. (2004). Anxiety and depression in the working population using the HAD Scale: Psychometrics, prevalence and relationships with psychosocial work

characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(8), 637-646.  
doi:10.1007/s00127-004-0797-6

Apouey, B. H. (2013) Health policies and the relationships between socioeconomic status, access to health care, and health. *Israel Journal of Health Policy Research*, 2. doi:10.1186/2045-4015-2-50

Banks, M. H., Clegg, C.W., Jackson, P. R., Kemp, N. J., Stafford, E. M., & Wall, T. D. (1980). The use of the general health questionnaire as an indicator of mental-health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*, 53(3), 187-194. Geraadpleegd via [http://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=UA&search\\_mode=GeneralSearch&qid=19&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=1&doc=1](http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=19&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=1&doc=1)

Barnett, P. A., & Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depression. Distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bulletin*, 104(1), 97-126. doi:10.1037/0033-2909.104.1.97

Beehr, T. A., Glaser, K. M., Canali, K. G., & Wallwey, D. A. (2001). Back to basics: Re-examination of demand-control theory of occupational stress. *Work and Stress*, 15(2), 115-130. doi:10.1080/02678370110067002

Belle, D., & Doucet, J. (2003). Poverty, inequality, and discrimination as sources of depression among US women. *Psychology of Women Quarterly*, 27(2), 101-113. doi:10.1111/1471-6402.00090

Bettencourt, B. A., Brewer, M. B., Croak, M. R., & Miller, N. (1992). Cooperation and reduction of intergroup bias: The role of reward structure and social orientation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 28(4), 301-319. doi:10.1016/0022-1031(92)90048-O

Bjelland, I., Lie, S. A., Dahl, A. A., Mykletun, A., Stordal, E., & Kraemer, H. C. (2009). A dimensional versus a categorical approach to diagnosis: Anxiety and depression in the HUNT 2 study. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(2), 128-137. doi:10.1002/mpr.284

- Bracke, P. (1996). Sex differences in the course of depression: evidence from a longitudinal study of a representative sample of the Belgian population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(9), 420-429. doi:10.1007/s001270050075
- Brewer, M. B. (1997). The social psychology of intergroup relations: Can research inform practice? *Journal of Social Issues*, 53(1), 197-211. doi:10.1111/0022-4537.14199714
- Bryngelson, A., Hertzman, J. B., & Fritzell, J. (2011). The relationship between gender segregation in the workplace and long-term sickness absence in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6), 618-626. doi:10.1177/1403494811414242
- Bültmann, U., Kant, I. J., Schroër, C. A. P., & Kasl, S. V. (2002). The relationship between psychosocial work characteristics and fatigue and psychological distress. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 75(4), 259-266. doi:10.1007/s00420-001-0294-0
- Campbell, A., Walker, J., & Farrell, G. (2003). Confirmatory factor analysis of the GHQ-12: can I see that again? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 475-483. Geraadpleegd via: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1440-1614.2003.01208.x/epdf>
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., & Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-389. doi:10.1126/science.1083968
- Catwright, S., & Gale, A. (1995). Project management: Different gender, different culture? *Leadership & Organization Development Journal*, 16(4), 12-16. doi:10.1108/01437739510089058

- Chamberlain, L. J., Crowley, M., Tope, D., & Hodson, R. (2008). Sexual harassment in organizational context. *Work and Occupations*, 35(3), 262-295. doi:10.1177/0730888408322008
- Chan, D. (1998). Functional relations among constructs in the same content domain at different levels of analysis: A typology of composition models. *Journal of Applied Psychology*, 53(2), 234-246. doi:10.1037/0021-9010.83.2.234
- Chan, K. B., Lai, G., Ko, Y. C., & Boey, K. W. (2000). Work stress among six professional groups: The Singapore experience. *Social Science & Medicine*, 50(10), 1415-1432. doi:10.1016/S0277-9536(99)00397-4
- Cheung, Y. B. (2002). A confirmatory factor analysis of the 12-item General Health Questionnaire among older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 739-744. doi:10.1002/gps.693
- Cifuentes, M., Boyer, J., Gore, R., d'Errico, A., Scollin, P., Tessier, J., Lerner, D., Kriebel, D., Punnett, L., & Slatin, C., (2008). Job strain predicts survey response in healthcare industry workers. *American Journal of Industrial Medicine*, 51(4), 281-289. doi:10.1002/ajim.20561
- Cockshaw, W. D., Shochet, I. M., & Obst, P. L. (2013). General belongingness, workplace belongingness, and depressive symptoms. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 23(3), 240-251. doi:10.1002/casp.2121
- De Jonge, J., Dormann, C., Janssen, P. P. M., Dollard, M. F., Landeweerd, J. A., & Nijhuis, J. N. (2001). Testing reciprocal relationships between job characteristics and psychological well-being: A cross-lagged structural equation model. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 74(1), 29-46. Geraadpleegd via [http://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=UA&search\\_mode=GeneralSearch&qid=92&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=1&doc=1](http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=92&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=1&doc=1)

- De Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Houtman, I. L. D., & Bongers, P. M. (2004). The relationship between work characteristics and mental health: examining normal; reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study. *Work and Stress, 18*(2), 149-166. doi:10.1080/02678370412331270860
- Delphy, C. (1993). Rethinking sex and gender. *Womens Studies International Forum, 16*(1), 1-9. doi:10.1016/0277-5395(93)90076-L
- Denollet, J., & De Vries, J. (2006). Positive and negative affect within the realm of depression, stress and fatigue: The two-factor distress model of the Global Mood Scale (GMS). *Journal of Affective Disorders, 91*(2-3), 171-180. doi:10.1016/j.jad.2005.12.044
- Doi, Y., & Minowa, M. (2003). Factor structure of the 12-item General Health Questionnaire in the Japanese general adult population. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57*(4), 379-383. doi:10.1046/j.1440-1819.2003.01135.x
- Fairhurst, G. T., & Snavely, B. K. (1983). A test of the social isolation of male tokens. *Academy of Management Journal, 26*(2), 353-361. doi:10.2307/255983
- Fenigstein, A., Scheier, M. F., & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*(4), 522-527. doi:10.1037/h0076760
- Fisher, R. J., & Katz, J. E. (2000). Social Desirability Bias and the Validity of Self-Reported Values. *Psychology & Marketing, 17*(2), 105-120. doi:10.1002/(SICI)1520-6793(200002)17:2<105::AID-MAR3>3.0.CO;2-9
- Floge, L., & Merrill, D. M. (1986). Tokenism reconsidered: Male nurses and female physicians in a hospital setting. *Social Forces, 64*(4), 925-947. doi:10.2307/2578787
- French, D. J., & Tait, R. J. (2004). Measurement invariance in the General Health Questionnaire-12 in young Australian adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry, 13*(1), 1-7. doi:10.1007/s00787-004-0345-7

- Gaertner, S. L., Dovidio, J. F., & Bachman, B. A. (1996). Revisiting the contact hypothesis: The induction of a common ingroup identity. *Journal of Intercultural Relations*, 20 (3), 271-290. doi: 10.1016/0147-1767(96)00019-3
- Gaertner, S. L., Dovidio, J. F., Mann, J. A., Murrell, A. J., & Pomare, M. (1990). How does cooperation reduce intergroup bias. *Journal of Personality and social psychology*, 59(4), 692-704. doi: 10.1037//0022-3514.59.4.692
- Godin, I., & Kittel, F. (2004). Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1543-1553. doi:10.1016/S0277-9536(03)00345-9
- Goethals, M. (2013, 5 april). Universiteit moet genderplan voorleggen aan minister. *De Standaard*. Geraadpleegd via <http://www.standaard.be>
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assessment of non-psychotic psychiatric illness*. London, New York: Oxford University Press.
- Goldberg, D. (1996). A dimensional model for common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, 44-49. Geraadpleegd via [http://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=UA&search\\_mode=GeneralSearch&qid=25&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=1&doc=1](http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=25&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=1&doc=1)
- Griffin J. M., Greiner, B. A., Stansfeld, S. A., & Marmot, M. (2007). The effect of self-reported and observed job conditions on depression and anxiety symptoms: A comparison of theoretical models. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(4), 334-349. doi:10.1037/1076-8998.12.4.334
- Gustafson, J. L. (2008). Tokenism in policing: An empirical test of Kanter's hypothesis. *Journal of Criminal Justice*, 36(1), 1-10. doi:10.1016/j.jcrimjus.2007.12.001
- Hardy, G. E., Woods, D., & Wall, T. D. (2003). The impact of psychological stress on absence from work. *Journal of Applied Psychology*, 88(2), 306-314. doi:10.1037/0021-9010.88.2.306

- Heikes, E. J. (1999). When men are the minority: The case of men in nursing. *The Sociological Quarterly*, 32(3), 389-401. doi:10.1111/j.1533-8525.1991.tb00165.x
- Hofstede, G., & Hofstede, G. J. (2005). *Cultures and organizations: Software of the mind*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Hofstede, G., Neuijen, B., Ohayv, D. D., & Sanders, G. (1990). Measuring organizational cultures: A qualitative and quantitative study across twenty cases. *Administrative Science Quarterly*, 35(2), 286-316. doi:10.2307/2393392
- Jackson, C. (2007). The General Health Questionnaire. *Occupational Medicine-Oxford*, 57(1), 79-79. doi:10/1092/occmed/kql169
- Jackson, P. B., Thoits, P. A., & Taylor, H. F. (1995). Composition of the workplace and psychological well-being: The effects of tokenism on American's black elite. *Social Forces*, 74(2), 543-557. doi:10.2307/2580491
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342. doi:10.2105 /AJPH.78.10.1336
- Johnson, R. A., & Schulman, G.I. (1989). Gender-role composition and role entrapment in decision-making groups. *Gender & Society*, 3(3), 355-372. doi:10.1177 /089124389003003005
- Kalliath, T. J., O'Driscoll, M. P., & Brough, P. (2004). A confirmatory factor analysis of the General Health Questionnaire-12. *Stress and Health*, 20(1), 11-20. doi:10.1002/smi.993
- Kanter, R. M. (1977). Some effects of proportions on group life: Skewed sex ratios and responses to token women. *American Journal of Sociology*, 82(5), 965-990. doi:10.1086/226425

- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308. doi:10.2307/2392498
- Karasek, R., Kawakami, N., Brisson, C., Houtman, I. L. D., Bongers, P. M., & Amick, B. (1998). The job content questionnaire (JCQ): an instrument for intentionally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 322-355. doi: 10.1037/1076-8998.3.4.322
- Kawachi, I. & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458-467. doi:10.1093/jurban/78.3.458
- Kilic, C., Rezaki, M., Rezaki, B., Kaplan, I., Ozgen, G. Sagduy, A., & Oztürk, M. O. (1997). General Health Questionnaire (GHQ12 & GHQ28): psychometric properties and factor structure of the scales in a Turkish primary care sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(6), 327-331. Geraadpleegd via: <http://search.proquest.com/docview/859369632/fulltextPDF/8059B070559A4149PQ/1?accountid=11077>
- Kimberlin, C. L., & Winterstein, A. G. (2008). Validity and reliability of measurement instruments used in research. *American Journal of Health-system Pharmacy*, 65(23), 2276-2284. doi:10.2146/ajhp070364
- Koeter, M. W. J., & Ormel, J. (1991). *General Health Questionnaire, Nederlandse bewerking: Handleiding*. Lisse: Swets, Test Services.
- Kraemer, H. C., Noda, A., & O'Hara, R. (2004). Categorical versus dimensional approaches to diagnosis: Methodological challenges. *Journal of Psychiatric Research*, 38(1), 17-25. doi:10.1016/S0022-3956(03)00097-9
- Krimmel, J. T., & Gormley, P. E. (2003). Tokenism and job satisfaction for policewomen. *American Journal of Criminal Justice*, 28(1), 73-88. doi:10.1007/BF02885753
- Laughlin, G. A., & Barrett-Conner, E. (2000). Sexual dimorphism in the influence of advanced aging on adrenal hormone levels: The Rancho Bernardo Study. *Journal*



*of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85(10), 3561-3568. doi:10.1210/jc.85.10.3561

Levecque, K. (2006). *Exclusion in kind and in mind: een sociologisch onderzoek naar het verband tussen armoede en depressie vanuit een multidimensioneel armoedeperspectief* (doctoraat). Universiteit Antwerpen, België.

Levecque, K., Lodewyckx, I., & Bracke, P. (2009). Psychological distress, depression and generalized anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(3), 188-197. doi:10.1007/s00127-008-0431-0

Levecque, K., Roose, H., Vanroelen, C., & Van Rossem, R. (2014). Affective team climate: A multi-level analysis of psychosocial working conditions and psychological distress in team workers. *Acta Sociologica*, 57(2), 153-166. doi:10.1177/0001699313498262

Lindström, M. (2005). Psychosocial work conditions, unemployment and self-reported psychological health: A population-based study. *Occupational Medicine-Oxford*, 55(7), 568-571. doi:10.1093/occmed/kqi122

Lipponen, J., & Leskinen, J. (2006). Conditions of contact, common in-group identity, and in-group bias toward contingent workers. *The Journal of Social Psychology*, 146(6), 671-684. doi:10.3200/SOCP.146.6.671-684

Lyness, K. S., & Thompson, D. E. (2000). Climbing the corporate ladder: Do female and male executives follow the same route? *Journal of Applied Psychology*, 85(1), 86-101. doi:10.1037/0021-9010.85.1.86

Maras, P., & Brown, R. (2000). Effects of different forms of school contact on children's attitudes toward disabled and non-disabled peers. *British Journal of Educational Psychology*, 70(3), 337-351. doi:10.1348/000709900158164

Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2005). Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of

psychological distress. *Social Science & Medicine*, 61(1), 1-14. doi:10.1016/j.socscimed.2004.11.037

Marchand, A., Demers, A., & Durand, P. (2006). Social structures, agent personality and workers' mental health: A longitudinal analysis of the specific role of occupation and of workplace constraints-resources on psychological distress in the Canadian workforce. *Human Relations*, 59(7), 875-901. doi: 10.1177/0018726706067595

Marchand, A., Durand, P., Haines, V., & Harvey, S. (2015). The multilevel determinants of workers' mental health: results from the SALVEO study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 445-459. doi:10.1007/s00127-014-0932-y

Marcus-Newhall, A., Miller, N., Holtz., R., & Brewer, M. B. (1993). Cross cutting category membership with role assignment: A means of reducing intergroup bias. *British Journal of Social Psychology*, 32, 124-146. doi:10.1111/j.2044-8309.1993.tb00991.x

Mastekaase, A. (2004). Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. *Social Science and Medicine*, 60(10), 2261-2272. doi:10.1016/j.socscimed.2004.10.003

Mausner-Dorsch, H., & Eaton, W. W. (2000). Psychosocial work environment and depression: Epidemiologic Assessment of the demand-control model. *American Journal of Public Health*, 91(5), 828-828. doi:10.2105/AJPH.90.11.1765

Melchior, M., Caspl, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine*, 37(8), 1119-1129. doi:10.1017/S0033291707000414

Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), 1-9. doi:10.1016/S0165-0327(01)00379

- Muntaner, C., Eaton, W. W., Miech, R., & O'Campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. *Epidemiologic Reviews*, 26, 53-62. doi:10.1093/epirev/mxh001
- Murphy, G. C., & Athanasou, J. A. (1999). The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72(1), 83-99. doi:10.1348/096317999166518
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259-282. doi:10.1037/0033-2909.101.2.259
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 569-582. doi:10.1037/0021-843X.100.4.569
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science*, 10(5), 173-176. doi:10.1111/1467-8721.00142
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072. doi:10.1037/0022-3514.77.5.1061
- O'Brien, G. E., & Feather, N. T. (1990). The relative effects of unemployment and quality of employment on the affect, work values and personal control of adolescents. *Journal of Occupational Psychology*, 63(2), 151-165. Geraadpleegd via [http://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=UA&search\\_mode=GeneralSearch&qid=72&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=1&doc=1](http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=72&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=1&doc=1)
- Orzechowska, A., Zajackowska, M., Talarowska, M., & Gatecki, P. (2013). Depression and ways of coping with stress: A preliminary study. *Medical Science Monitor*, 19, 1050-1056. Geraadpleegd via [http://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=UA&search\\_mode=GeneralSearch&qid=30&SID=P1SML8oy1YnJzKuwmOG&page=1&doc=1](http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=30&SID=P1SML8oy1YnJzKuwmOG&page=1&doc=1)

- Peen, J., Dekker, J., Schoevers, R. A., Have, M. ten, Graaf, R. de, & Beekman, A. T. (2007). Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(12), 984-989. doi:10.1007/s00127-007-0256-2
- Pelfrene, E., Vlerick, P., Kittel, F., Mak, R. P., Kornitzer, M., & De Backer, G. (2002). Psychosocial work environment and psychological well-being: assessment of the buffering effects in the job demand-control(-support) model in BELSTRESS. *Stress and Health*, *18*(1), 43-56. doi:10.1002/smi.920
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, *91*(3), 347-374. doi:10.1037/0033-295X.91.3.347
- Pettigrew, T. F., & Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, *90*(5), 751-783. doi: 10.1037/0022-3514.90.5.751
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *British Journal of Psychiatry*, *177*, 486-492. doi:10.1192/bjp.177.6.486
- Pieterse, A. L., & Carter, R. T. (2007). An examination of the relationship between general life stress, racism-related stress, and psychological health among black men. *Journal of Counseling Psychology*, *54*(1), 101-109. doi:10.1037/0022-0167.54.1.101
- Plaisier, I., de Bruijn, J. G. M., de Graaf, R., ten Have, M., Beekman, A. T. F., & Penninx, B. W. J. H. (2007). The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Social Science & Medicine*, *64*(2), 401-410. doi:10.1016/j.socscimed.2006.09.008
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Jeong-Yeon, L., & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature

- and recommended remedies. *Journal of Applied Psychology*, 88(5), 879-903. doi:10.1037/0021-9101.88.5.879
- Podsakoff, P. M., & Organ, D.W. (1986). Self-reports in organizational research: Problems and prospects. *Journal of Management*, 12(4), 531-544. doi:10.1177/014920638601200408
- Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. (2012). *Jaarverslag 2012 - 4e Deel - Thematische uiteenzettingen - Evoluties en oorzaken van arbeidsongeschiktheid*. Geraadpleegd via <http://www.riziv.be/presentation/nl/publications/annual-report/2012/pdf/ar2012p4.pdf>
- Romppel, M., Brachler, E., Roth, M., & Glaesmer, H. (2013). What is the General Health Questionnaire-12 assessing? Dimensionality and psychometric properties of the General Health Questionnaire-12 in a large scale German population sample. *Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 406-413. doi:10.1016/j.comppsy.2012.10.010
- Roth, L. M. (2004). The social psychology of tokenism: Status and homophily processes on Wall Street. *Sociological Perspectives*, 47(2), 189-214. doi:10.1525/sop.2004.47.2.189
- Rugulies, R., Bültmann, U., Aust, B., & Burr, H. (2006). Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 163(10), 877-887. doi:10.1093/aje/kwj119
- Ryan, M. R., King, E. B., Gulick, L. M. V., Peddie, C., & Hargraves, R. (2012). Exploring the Asymmetrical Effects of Gender Tokenism on Supervisor–Subordinate Relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(1), E56-E102. doi:10.1111/j.1559-1816.2012.01025.x
- Sackett, P. R., DuBois, C. I. Z., & Noe, A. W. (1991). Tokenism in performance evaluation: The effects of work group representation on male-female and white-

black differences in performance ratings. *Journal of Applied Psychology*, 76(2), 263-267. doi: 10.1037/0021-9010.76.2.263

Sanderson, K., Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 63-75.

Sanne, B., Mykletun, A., Dahl, A. A., Moen, B. E., & Tell, G. S. (2005). Testing the job demand-control-support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health Study. *Occupational Medicine-Oxford*, 55(6), 463-473. doi:10.1093/occmed/kqi071

Schein, E. H. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45(2), 109-119. Geraadpleegd via [http://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=UA&search\\_mode=GeneralSearch&qid=125&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=9&doc=84](http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=125&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=9&doc=84)

Schmitz, N., Kruse, J., & Tress, W. (2001). Improving screening for mental disorders in the primary care setting by combining the GHQ-12 and SCL-90 subscales. *Comprehensive Psychiatry*, 42(2), 166-173. doi:10.1053/comp.2001.19751

Shankman, S. A., & Klein, D. N. (2002). Dimensional diagnosis of depression: Adding the dimension of course to severity, and comparison to the DSM. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 420-426. doi:10.1053/comp.2002.35902

Shevlin, M., & Adamson, G. (2005). Alternative factor models and factorial invariance of the GHQ-12: A large sample analysis using confirmatory factor analysis. *Psychological Assessment*, 17(2), 231-236. doi:10.1037/1040-3590.17.2.231

Smith, A. K., Ayanian, J. Z., Covinsky, K. E., Landon, B. E., McCarthy, E. P., Wee, C. C., & Steinman, M. A. (2011). Conducting high-value secondary dataset analysis: An introductory guide and resources. *Journal of General Internal Medicine*, 26(8), 920-929. doi:10.1007/s11606-010-1621-5

- Stainback, K., Ratliff, T. N., & Roscigno, V. J. (2011). The context of workplace sex discrimination: Sex composition, workplace culture and relative power. *Social Forces*, 89(4), 1165-1188. Geraadpleegd via [http://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=UA&search\\_mode=GeneralSearch&qid=11&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=1&doc=1](http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=11&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=1&doc=1)
- Stansfeld, S., Feeney, A., Head, J., Canner, R., North, F., & Marmot, M. (1995). Sickness absence for psychiatric illness: The Whitehall II study. *Social Science & Medicine*, 20(2), 189-197. doi:10.1016/0277-9536(94)E0064-Y
- Stichman, A. J., Hassel, K. D., & Archbold, C. A. (2010). Strength in numbers? A test of Kanter's theory of tokenism. *Journal of Criminal Justice*, 38(4), 633-639. doi:10.1016/j.jcrimjus.2010.04.036
- Svedberg, P., Bildt, C., Lindelöw, M., & Alexanderson, K. (2009). Self-reported Health among employees in relation to sex segregation at work sites. *Journal of Occupational Health*, 51(3), 223-231. Geraadplaagd via [http://apps.webofknowledge.com/full\\_record.do?product=UA&search\\_mode=GeneralSearch&qid=81&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=1&doc=1](http://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=81&SID=Y1HYniHrgHvpeoYtJXh&page=1&doc=1)
- Swaab, D. F., Boa, A. M., & Lucassen, P. J. (2005). The stress system in the human brain in depression and neurodegeneration. *Ageing Research Reviews*, 4(2), 141-194. doi:10.1016/j.arr.2005.03.003
- Taylor, C. J. (2010). Occupational sex composition and the gendered availability of workplace support. *Gender & Society*, 4(2), 189-212. doi: 10.1177/0891243209359912
- Torvic, F. A., Rognmo, K., & Tambs, K. (2012). Alcohol use and mental distress as predictors of non-response in a general population health survey: The HUNT study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(5), 805-816. doi:10.1007/s00127-011-0387-3
- Toyabe S., Shioiri, T., Kobayashi, K., Kuwabara, H., Koizumi, M., Endo, T., Ito, M., Honma, H., Fukushima, N., Someya, T., & ZAkazawa, K. (2007). Factor structure

of the General Questionnaire (GHQ-12) in subjects who had suffered from the 2004 Niigata-Chuetsu Earthquake in Japan: a community-based study. *BMC Public Health*, 7, 175. doi: 10.1186/1471-2458-7-175

Tsai, J.-S., & Chi, C. S. F. (2009). Influences of Chinese cultural orientations and conflict management styles on construction dispute resolving strategies. *Journal of Construction Engineering and Management*, 135(10), 955-964. doi:10.1061/(ASE)0733-9364(2009)135:10(955)

Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 305-313. doi:10.1016/j.socscimed.2010.03.035

Van den Heuvel, N., Smits, C. H. M., Deeg, D. J. H., & Beekman, A. T. (1996). Personality: A moderator of the relation between cognitive functioning and depression in adults aged 55-85? *Journal of Affective Disorders*, 41(3), 229-240. doi:10.1016/S0165-0327(96)00088-2

Van Veldhoven, M. (1996). *Psychosociale arbeidsbelasting en werkstress*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Vanheule, S., & Bogearns, S. (2005). Short communication: The factorial structure of the GHQ-12. *Stress and Health*, 21(4), 217-222. doi:10.1002/smi.1058

Vanroelen, C., Levecque, K., & Louckx, F. (2008). Psychosocial working conditions and self-reported health in a representative sample of wage-earners: A test of the different hypotheses of the demand-control-support-model. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(3), 329-342. doi:10.1007/s00420-008-0340-2

Verheyen, R. B. (2012). *Kritische beschouwingen over het beleid van het Hoger Onderwijs in Vlaanderen*. Geraadpleegd via: <https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=13&cad=rja&uact=8&ved=0CFIQFjAM&url=http%3A%2F%2Fwww.standaard.be%2Fextra%2Fpdf%2Fverheyen.pdf&ei=V>



xBOVdaoJ8mpsAHD0YHQDA&usg=AFQjCNEPbfppzWloXaj\_q19fmas8e3vq  
bw&bvm=bv.92885102,d.bGg

Vlaamse Interuniversitaire Raad (2013). *VLIR actieplan gender. Vrouwen in de academische loopbaan en het universitair beleid*. Geraadpleegd via: [http://www.vub.ac.be/sites/vub/files/nieuws/users/lwouters/HighLevelTF\\_ActieplanGender\\_14maart2013.pdf](http://www.vub.ac.be/sites/vub/files/nieuws/users/lwouters/HighLevelTF_ActieplanGender_14maart2013.pdf)

Vlaamse Interuniversitaire Raad (2015). *Gelijke kansen en diversiteit 2011-2013. Een evaluatie van het gelijkekansen-en diversiteitsbeleid aan de Vlaamse universiteiten*. Geraadpleegd via: [www.kuleuven.be/diversiteit/.../VLIR\\_gelijke%20kansen\\_2015\\_web.pdf](http://www.kuleuven.be/diversiteit/.../VLIR_gelijke%20kansen_2015_web.pdf)

Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, *96*(3), 465-490. doi:10.1037/0033-2909.96.3.465

Weiss, E. L., Longhurst, J. G., & Mazure, C. M. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: Psychosocial and neurobiological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, *156*(6), 816-828. Geraadpleegd via [http://apps.who.int/medicinedocs/doc/full\\_record.do?product=UA&search\\_mode=GeneralSearch&qid=10&SID=W16Ckrdsc2jMLe5Ds5I&page=1&doc=1](http://apps.who.int/medicinedocs/doc/full_record.do?product=UA&search_mode=GeneralSearch&qid=10&SID=W16Ckrdsc2jMLe5Ds5I&page=1&doc=1)

Werneke, U., Goldberg, D. P., Yalcin, I., & Ustün, B. T. (2000). The stability of the factor structure of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, *30*(4), 823-829. doi:10.1017/S0033291799002287

Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. (2008). *Gezondheidsenquête België, 2008: Rapport I - Gezondheidstoestand*. Geraadpleegd via [https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/WB\\_NL\\_2008.pdf](https://his.wiv-isp.be/nl/Gedeelde%20%20documenten/WB_NL_2008.pdf)

Wilder, D. A. Reduction of intergroup discrimination through individuation of the outgroup. *Journal of Personality and Social Psychology*, *36*(2), 1361-1374. doi:10.1037//0022-3514.36.12.1361

- Willness, C. R., Steel, P., & Lee, K. (2007). A meta-analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. *Personnel Psychology*, 60(1), 127-162. doi:10.1111/j.1744-6570.2007.00067.X
- World Health Organization. (2001). *Mental health: New understanding, new hope*. Geraadpleegd via [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1)
- World Health Organization. (2002). *Mental health global action plan*. Geraadpleegd via [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/265.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/265.pdf)
- Wright, T. A. & Cropanzano, R. (2000). Psychological well-being and job satisfaction as predictors of job performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 84-94. doi:10.1037/1076-8998.5.1.84
- Yoder, J. D. (1991). Rethinking Tokenism: Looking beyond numbers. *Gender and Society*, 5(2), 178-192. doi:10.1177/089124391005002003
- Yoder, J. D. (1994). Looking beyond numbers: The effects of gender status, job prestige, and occupational gender-typing on tokenism processes. *Social Psychology Quarterly*, 57(2), 150-159. doi:10.2307/2786708
- Zimmer, L. (1988). Tokenism and women in the workplace: The limits of gender-neutral theory. *Social Problems*, 35(1), 64-77. doi:10.1525/sp.1988.35.1.03a00050

## Bijlage 1

### *Effect van gendertokenisme op mentale gezondheid*

Variabele	B	SD	p
Intercept	25.77**	0.28	< .001
Gendertokenisme	-0.85*	0.30	.004

*Noot.* afhankelijke variabele: mentale gezondheid;  $R^2 = .002$

### *Effect van gendertokenisme op job demands*

Variabele	B	SD	p
Intercept	26.65**	0.25	< .001
Gendertokenisme	-0.56*	0.26	.035

*Noot.* afhankelijke variabele: *job demands*; \*\*  $p < .001$ , \*  $p < .05$ ;  $R^2 = .001$

### *Effect van gendertokenisme op job controle*

Variabele	B	SD	p
Intercept	33,37**	0.34	< .001
Gendertokenisme	-0.66*	0.36	.067

*Noot.* afhankelijke variabele: job controle; \*\*  $p < .001$ , \*  $p < .10$ ;  $R^2 = .001$

### *Effect van job demands op mentale gezondheid*

Variabele	B	SD	p
Intercept	16.41*	0.48	< .001
Job demands	0.33*	0.02	< .001

*Noot.* afhankelijke variabele: mentale gezondheid; \*  $p < .001$ ;  $R^2 = .090$

### *Effect van job controle op mentale gezondheid*

Variabele	B	SD	p
Intercept	18.97*	0.45	< .001
Job controle	0.19*	0.01	< .001

*Noot.* afhankelijke variabele: mentale gezondheid; \*  $p < .001$ ;  $R^2 = .052$

### *Effect van gendertokenisme, job demands en job controle op mentale gezondheid*

Variabele	B	SD	p
Intercept	13.28**	0.64	< .001
Gendertokenisme	-0.60*	0.28	.033
Job demands	0.14**	0.01	< .001
Job controle	0.29**	0.02	< .001

*Noot.* afhankelijke variabele: mentale gezondheid; \*\*  $p < .001$ , \*  $p < .05$ ;  $R^2 = .121$

## Bijlage 2

### *Effect van gendertokenisme op mentale gezondheid bij vrouwen*

Variabelen	Model 1				Model 2			
	B	SD	$\beta$	p	B	SD	$\beta$	p
Intercept	12.27**	0.98		< .001	13.70**	1.03		< .001
25-26 jaar <sup>a</sup>	0.53	0.54	.04	.324	0.53	0.54	.04	.332
27-28 jaar <sup>a</sup>	0.94	0.54	.07	.083	0.92	0.54	.07	.087
29-30 jaar <sup>a</sup>	1.69*	0.58	.11*	.004	1.66*	0.58	.11*	.004
Ouder dan 30 jaar <sup>a</sup>	0.12	0.53	.01	.828	0.08	0.53	.01	.883
Partner <sup>b</sup>	-0.55	0.33	-.04	.096	-0.54	0.33	-.04	.101
Job demands	0.26**	0.03	.24**	< .001	0.26**	0.03	.24**	< .001
Job controle	0.15**	0.02	.19**	< .001	0.15**	0.02	.19**	< .001
Gender tokenisme <sup>c</sup>					-0.48	0.35	-.03	.164

*Noot.* \*\* p < .001, \* p < .01; <sup>a</sup> Referentieniveau = jonger dan 24 jaar; <sup>b</sup> Referentieniveau = geen partner;

<sup>c</sup> Referentieniveau = gendertokenpositie; R<sup>2</sup> model 1 = .12, R<sup>2</sup> model 2 = .12

### Bijlage 3

*Effect van competitiviteit en geslotenheid in besluitvorming op mentale gezondheid*

Variabele	B	SD	$\beta$	p
Intercept	20.38*	0.36		< .001
Geslotenheid in besluitvorming	-0.54*	0.05	.18	< .001
Competitiviteit	0.30*	0.05	.10	< .001

*Noot.* afhankelijke variabele: mentale gezondheid; \*  $p < .001$ ;  $R^2 = .051$

