

Running head: DOORGROEIMOEGELIJKHEDEN VAN VROUWEN

Doorgroeimogelijkheden van vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk
onderzoekers naar hooglerarenposities:

De rol van zelfvertrouwen, stereotypen en baankenmerken
bij het ervaren van het glazen plafond

Masterthesis

Nel Grootveld

Faculteit der Sociale Wetenschappen

Erasmus Universiteit Rotterdam

Juli 2006

Scribent: Nel Grootveld

Begeleider onderzoek: Marise Born

Eerste beoordelaar: Marise Born

Tweede beoordelaar: Marjan Gorgievski

DANKWOORD	4
SAMENVATTING.....	5
<i>De mogelijke rol van zelfvertrouwen, stereotypen en baankenmerken bij loopbaanperspectieven van mannen en vrouwen.....</i>	<i>7</i>
ZELFVERTROUWEN.....	8
<i>Het zelfvertrouwen van mannen en vrouwen</i>	<i>8</i>
<i>Zelfvertrouwen en de loopbaan.....</i>	<i>9</i>
STEREOTYPEN.....	10
<i>Stereotypen, werknemers en banen</i>	<i>11</i>
<i>Effecten van stereotypen binnen de werkomgeving.....</i>	<i>12</i>
<i>Effecten van negatieve stereotypen op gedrag en prestaties.....</i>	<i>14</i>
VOORKEUREN VOOR BAANKENMERKEN.....	15
<i>Voorkeuren voor baankenmerken van mannen en vrouwen</i>	<i>16</i>
<i>De rol van baankenmerken tijdens de loopbaan.....</i>	<i>17</i>
SPECIFIEKE FACTOREN BINNEN DE ACADEMISCHE MEDISCHE CONTEXT	18
<i>Specifieke persoonsgebonden factoren</i>	<i>19</i>
<i>Werk/zorg verhouding.....</i>	<i>20</i>
<i>Bevordering van vrouwen naar hogere medisch- academische functies.....</i>	<i>20</i>
METHODE.....	21
<i>Steekproef.....</i>	<i>21</i>
<i>Procedure.....</i>	<i>23</i>
<i>Meetinstrumenten.....</i>	<i>23</i>
RESULTATEN.....	27
<i>Betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte meetinstrumenten.....</i>	<i>27</i>
<i>Beschrijvende statistieken</i>	<i>29</i>
<i>Beschrijvende resultaten</i>	<i>30</i>
<i>Toetsing van de hypothesen.....</i>	<i>31</i>
DISCUSSIE.....	40
<i>Zelfvertrouwen, stereotypen, voorkeuren voor baankenmerken en het glazen plafond... </i>	<i>41</i>
<i>Beperkingen van het huidige onderzoek.....</i>	<i>43</i>
<i>Methodologische problemen bij onderzoek naar het glazen plafond</i>	<i>44</i>
<i>Suggesties voor toekomstig onderzoek.....</i>	<i>45</i>
<i>Praktische implicaties</i>	<i>45</i>
CONCLUSIE	46
REFERENTIES.....	48
APPENDIX	53

Dankwoord

Bij het tot stand komen van dit onderzoek heb ik gebruik mogen maken van de kennis en inzet van verschillende personen binnen de betreffende organisatie. Mijn dank gaat allereerst uit naar de opdrachtgeefster van het onderzoek, Charlotte Insinger, zonder wie ik niet de kans had gekregen een dergelijk onderzoek uit te voeren.

In de verschillende fasen van het onderzoek hebben meerdere personen hun enthousiasme en betrokkenheid bij het onderzoek veelvuldig getoond. Paul van der Maas dank ik voor het kritisch meedenken over de onderzoeksopzet. Agnes van der Heide wil ik bedanken voor haar inspanningen bij het meedenken over de onderzoeksopzet en het samenstellen van de vragenlijst. Mijn instellingsbegeleider, Marieke Twint, dank ik voor haar begeleiding en voor haar bijdragen gedurende het hele onderzoek.

Ook gaat mijn dank uit naar mijn instituutsbegeleider en tevens de eerste beoordelaar van deze masterthesis, Marise Born, voor haar enthousiasme en inzet gedurende mijn onderzoeksstage. Daarnaast wil ik ook graag Marjan Gorgievski, de tweede beoordelaar van de masterthesis, bedanken voor het meedenken met en het beoordelen van de onderzoeksopzet en de scriptie.

Alle respondenten en andere personen die zich tevens hebben ingespannen voor het onderzoek, maar die ik hierboven vergeten ben te noemen, wil ik bij deze ook bedanken voor hun inzet en betrokkenheid.

Nel Grootveld

Juli, 2006

Samenvatting

In het huidige onderzoek is onderzocht welke rol zelfvertrouwen, stereotypen en voorkeuren voor baankenmerken spelen in de loopbanen van mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers. Op basis van interviews tijdens de pilotstudie (N = 10) werd een vragenlijst samengesteld, die werd ingevuld door 128 mannen en 131 vrouwen. Mannelijke respondenten gaven significant hogere beoordelingen aan het eigen zelfvertrouwen, identificeerden zich meer met het masculiene stereotypebeeld en hechtten meer waarde aan onderwijstaken, managementactiviteiten en werkzaamheden gericht op academische vooruitgang dan vrouwelijke respondenten. Vrouwelijke respondenten hadden meer voorkeur voor baan zekerheden, het combineren van werk en privé en variatie in werkzaamheden. Sekseverschillen in femininiteit bleven uit en ervaren stereotype dreiging gevoelens door vrouwen hielden in beperkte mate verband met de ervaren omstandigheden tijdens hun loopbaan. Ondanks sekseverschillen in ervaren omstandigheden tijdens de loopbaan, hadden vrouwen niet per definitie meer moeilijkheden ervaren dan mannen.

Doorgroeimogelijkheden van vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk
 onderzoekers naar hooglerarenposities:
 De rol van zelfvertrouwen, stereotypen en baankenmerken
 bij het ervaren van het glazen plafond

In organisaties moeten vrouwen in de regel meer moeite doen om in aanmerking te komen voor promoties naar hogere functies en ervaren zij daarbij relatief meer moeilijkheden dan hun mannelijke collega's (Baxter & Wright, 2000). Dit verschijnsel wordt dikwijls betiteld als het *glazen plafond*. Ook in de academische medische sector is mogelijk sprake van een glazen plafond. Op 1 januari 2003 bijvoorbeeld werd slechts 7% van alle medische hooglerarenposities in Rotterdam bekleed door vrouwen (Kaandorp, 2005). Het huidige onderzoek zal zich specifiek richten op doorstroommogelijkheden naar hogere functies binnen de academische medische context. Het onderzoeken van de achterliggende processen biedt mogelijk aanknopingspunten voor het formuleren van succesvolle initiatieven ter bevordering van de vertegenwoordiging van vrouwen op deze functies (Kaandorp, 2005). Het doel van het huidige onderzoek is dan ook meer inzicht te krijgen in de processen die een rol spelen bij het al dan niet ervaren van een glazen plafond door vrouwen binnen de academische medische context. Op basis van deze kennis kan vervolgens advies worden uitgebracht over wenselijke strategieën ten behoeve van de arbeidsparticipatie van vrouwen op hogere posities.

De onderzoeksvraag die in dit onderzoek centraal staat is: Welke factoren spelen een rol bij het ervaren van een glazen plafond door vrouwen binnen de academische medische context?. Met name staat daarbij de mogelijke rol van zelfvertrouwen, heersende negatieve stereotypen en voorkeuren voor baankenmerken centraal. Tevens is er gekeken naar factoren die spelen binnen de academische medische context, bijvoorbeeld de mogelijke rol die het combineren van het werk met de privé-situatie kan spelen, ofwel de zogenaamde werk/zorg verhouding.

In deze scriptie zullen de zojuist genoemde factoren en de mogelijke rol ervan in de loopbaan worden behandeld, uitmondend in een aantal hypothesen over deze factoren. Vervolgens wordt de gehanteerde onderzoeksmethode toegelicht. Na het bespreken van de resultaten volgt de discussie waarin beperkingen van het huidige onderzoek, aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en implicaties voor praktijksituaties zullen worden besproken. Na de discussie volgt een korte conclusie.

De mogelijke rol van zelfvertrouwen, stereotypen en baankenmerken bij loopbaanperspectieven van mannen en vrouwen

Verklaringen voor de bescheiden aanwezigheid van vrouwen op hogere functies kunnen onder andere worden gezocht in de eigenschappen van vrouwen zelf (Van Luijn, 2004). Ook kunnen verklaringen worden gezocht in de heersende normen, waarden en opvattingen en de karakteristieken van de organisatie waarin men werkzaam is (Van Luijn, 2004). Hierbij valt te denken aan selectieprocedures, organisatieculturen en mogelijkheden tot deeltijdarbeid (Van Luijn, 2004). Niet alleen zijn er minder vrouwen op de hogere functies van de academische medische sector (eg. Kaandorp, 2005), maar ook lijken mannen doorgaans voornamelijk te werken in banen waarin de ongelijke sekseverdeling sterk aanwezig is, terwijl vrouwen eerder functies bekleden waarin van een dergelijk verschil minder of geen sprake is (Pratto, Stallworth, Sidanius & Siers, 1997). Uit een experiment van Pratto et al. (1997) blijkt tevens dat deze ongelijke sekseverdeling bij verschillende banen, waaronder personeelsmanagement en pr-banen, invloed heeft op het aannemen van een mannelijke dan wel vrouwelijke kandidaat (Pratto et al., 1997). Ter illustratie, wanneer vrouwen in een bepaalde baan sterker vertegenwoordigd zijn, dan worden meer vrouwelijke kandidaten aangenomen dan mannelijke. Daarentegen worden mannelijke kandidaten, eerder dan vrouwelijke kandidaten, aangenomen in banen die grotendeels bekleed worden door mannen. Zelfselectie, discriminatie op basis van geslacht en de mate van overeenstemming tussen de waarden van het individu en de werkwaarden van de functie dragen bij aan de ongelijke sekseverdeling en indirect ook aan de kans om als mannelijke of vrouwelijke werknemer geselecteerd te worden voor een functie (Pratto et al., 1997).

Een succesvolle loopbaan wordt enerzijds mogelijk bepaald door de geboden kansen en mogelijk ook door de kenmerken van de persoon zelf (Melamed, 1995). Het is dan ook aannemelijk dat niet alleen de voorkeuren, keuzes en doelen van een individu invloed op een loopbaan kunnen hebben, maar dat ook de sociale omgeving en de beschikbare informatie over loopbaanmogelijkheden en alternatieven kunnen meespelen (Sauermaann, 2005). Onderzoek (Melamed, 1995) toont aan dat vrouwen voornamelijk een succesvolle loopbaan hebben wanneer de organisatie hen goede kansen biedt, de baan voldoende mogelijkheden heeft voor groei en ontwikkeling en er weinig tot geen verplichtingen in de privé-sfeer zijn. Het succes van de loopbaan van mannen lijkt daarentegen meer samen te hangen met hun persoonlijkheid en met omstandigheden in de maatschappij, zoals de mate van economische welvaart (Melamed, 1995). Kennelijk bestaan er dus verschillen tussen beide seksen in de factoren die van invloed zijn op het verloop en de mogelijkheden van een loopbaan. Als er

verschillen in kansen bestaan tussen mannen en vrouwen, is het ook aannemelijk dat er verschillen bestaan in de mate waarin beiden groepen belemmeringen ervaren en te maken krijgen met moeilijkheden tijdens de loopbaan.

In het nu volgende zullen factoren worden besproken waarvan uit de literatuur is afgeleid dat beide seksen hierin mogelijk van elkaar verschillen, die wellicht van invloed kunnen zijn op het verloop van de loopbaan. Achtereenvolgens zullen de rol van zelfvertrouwen, stereotypen, en voorkeuren voor baankenmerken op de loopbanen van mannen en vrouwen worden besproken. Daarna zal de aandacht uitgaan naar factoren die specifiek van toepassing zijn binnen een medische context.

Zelfvertrouwen

Een eerste factor die mogelijk invloed heeft op het ervaren van belemmeringen en moeilijkheden tijdens de loopbaan kan worden gezocht in het zelfvertrouwen van de betreffende persoon. Voordat echter de mogelijke verschillen hierin tussen mannen en vrouwen en de mogelijke rol ervan tijdens de loopbaan kan worden nagegaan, moet eerst duidelijk worden wat er precies verstaan wordt onder zelfvertrouwen. Voor de definitie van zelfvertrouwen wordt uitgegaan van Tafarodi en Swann (2001), die stellen dat zelfvertrouwen enerzijds draait om het geloof in de eigen competenties om bepaalde activiteiten naar behoren te kunnen uitvoeren, ofwel iemands 'self-competence'. Anderzijds gaat het erom of de persoon in kwestie zichzelf waarneemt in positieve of negatieve termen, ofwel iemands 'self-liking'. Beide componenten vormen samen het zelfvertrouwen van een persoon.

Het zelfvertrouwen van mannen en vrouwen

In tegenstelling tot wat doorgaans verondersteld wordt, lijken mannen en vrouwen slechts significant van elkaar te verschillen in de mate van agressie, in motorische vaardigheden en in bepaalde seksueel gerelateerde gedragingen, maar niet op andere aspecten zoals verbale vermogens (Hyde, 2005). Hyde stelt dan ook in haar 'gender similarity hypothesis' dat mannen en vrouwen op de meeste aspecten gelijk zijn in plaats van verschillen. Juist doordat mensen in het algemeen veelal veronderstellen dat er verschillen zijn, kan onder andere het zelfvertrouwen van mannen en vrouwen worden aangetast (Hyde, 2005). Wanneer men de nadruk legt op de veronderstelling dat vrouwen per definitie een lager zelfvertrouwen hebben dan mannen, kunnen vrouwen hierdoor meer moeilijkheden ervaren en worden mogelijk de eventuele ervaren moeilijkheden van mannen verwaarloosd, aldus Hyde (2005).

Hoewel uit meta-analyse blijkt dat mannen tussen de 23 en 59 jaar gemiddeld een hogere mate van zelfvertrouwen hebben dan vrouwen van die leeftijd, is er hierbij slechts sprake van een kleine effectgrootte ($d = .10$; Kling, Hyde, Showers & Buswell, 1999). Als deze bevinding wordt toegepast op de medische academische context, mag mogelijk verwacht worden dat ook het zelfvertrouwen van vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers lager is dan het zelfvertrouwen van mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers.

Hypothese 1A: Vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers hebben een lager zelfvertrouwen dan mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers.

Zelfvertrouwen en de loopbaan

Personen met een hoge mate van zelfvertrouwen schrijven meer sociaal wenselijke kenmerken aan zichzelf toe dan individuen met een lager zelfvertrouwen (Robins, Tracy, Trzesniewski, Potter & Gosling, 2001). Als deze veronderstelling wordt gekoppeld aan de bevinding dat mannen een lichtelijk hoger zelfvertrouwen hebben dan vrouwen (Kling et al., 1999), kan dit mogelijk ook betekenen dat mannen meer gunstige kenmerken aan zichzelf zullen toeschrijven. Als mannen zich inderdaad in meer gunstige termen omschrijven dan vrouwen, is het waarschijnlijk dat mannen zich beter kunnen profileren tijdens hun loopbaan dan vrouwen. Hierdoor is het mogelijk dat vrouwen een minder aantrekkelijke partij worden tijdens sollicitaties en om in aanmerking te komen voor promoties. Een direct resultaat hiervan binnen de academische medische context zou kunnen zijn dat mannelijke medisch specialisten en onderzoekers, eerder dan vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers, in aanmerking komen voor hogere functies binnen de academische medische sector en daarbij minder omstandigheden ervaren.

Hypothese 1B: Mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers ervaren minder omstandigheden tijdens hun loopbaan dan vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers.

Hierboven wordt echter niet geïmpliceerd dat het zelfvertrouwen van mannen nooit een nadelige rol kan spelen in hun loopbaan. Integendeel, uitgaande van de bevindingen van Hyde (2005) is het juist aannemelijk dat het zelfvertrouwen van mannen, net als dat van vrouwen,

nadelige consequenties kan hebben op het verloop van de loopbaan. Binnen de academische medische context zou dit alles mogelijk kunnen betekenen dat mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers die hoog scoren op zelfvertrouwen minder moeilijkheden ervaren tijdens hun loopbaan dan specialisten en onderzoekers die een minder hoge mate van zelfvertrouwen bezitten.

Hypothese 1C: Het zelfvertrouwen van vrouwelijke en mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers is negatief gerelateerd aan de omstandigheden die zij tijdens de loopbaan ervaren.

Zoals eerder gesteld wordt uitgegaan van de structuur van zelfvertrouwen zoals die door Tafarodi en Swann (2001) is geformuleerd. In de hierboven geformuleerde hypothesen wordt met de term zelfvertrouwen dan ook bedoeld dat de beide componenten, ‘self-competence’ en ‘self-liking’, worden samengenomen. Daarnaast zullen ook per hypothese analyses worden uitgevoerd waarin de beide componenten van zelfvertrouwen afzonderlijk worden bekeken.

Stereotypen

Eerder is reeds de bevinding gepresenteerd dat mannen en vrouwen in grotere mate op elkaar lijken dan verschillen (Hyde, 2005). Toch bestaan er theorieën die er juist op gericht zijn de verschillen tussen mannen en vrouwen te verklaren (Eagly & Wood, 1999). Dergelijke theorieën zijn meestal afgeleid van de evolutietheorie of gebaseerd op de sociale structuren binnen een samenleving (ie. ‘Social structural theory’). Theorieën die geformuleerd zijn rond de evolutie (eg. Buss & Kenrick, 1998; in Eagly & Wood, 1999) gaan ervan uit dat gedragsverschillen tussen mannen en vrouwen ontstaan doordat beide seksen met andere omstandigheden te maken krijgen en dus ook andere aanpassingen in hun gedrag nodig hebben. Daarentegen veronderstellen sociale structuur theorieën (eg. Ridgeway & Diekema, 1992; in Eagly & Wood, 1999) dat sekseverschillen in gedrag het resultaat zijn van het verschil in sociale posities tussen mannen en vrouwen. Doordat mannen vaak hoger in de sociale hiërarchie staan dan vrouwen, hechten beide seksen aan andere normen en waarden en zullen er verschillen in gedrag ontstaan. Wanneer mannen bijvoorbeeld veel waarde hechten aan macht en status zullen zij daardoor juist dominanter lijken. Als vrouwen daarentegen in aanraking komen met macht en status zullen zij eerder een ondergeschikte rol aannemen. Hoewel beide theorieën zowel sterke als minder sterke aspecten hebben (Eagly & Wood, 1999), worden stereotypen mogelijk versterkt doordat mensen theorieën hebben die uitgaan

van verschillen tussen mannen en vrouwen. Vooral theorieën die gestructureerd zijn rond de sociale rolverdelingen kunnen op hun beurt invloed hebben op heersende sekstereotypen (Diekman & Eagly, 2000).

Stereotypen, werknemers en banen

Diekman en Eagly (2000) voerden een aantal experimenten uit waaruit bleek dat de stereotypen die mensen erop nahouden over mannen en vrouwen tegenwoordig meer op elkaar lijken dan vroeger het geval was. De vrouw van tegenwoordig lijkt steeds vaker omschreven te kunnen worden met de typische mannelijke kenmerken zoals dominant en competitief. Dit zou volgens de onderzoekers veroorzaakt worden doordat vrouwen niet alleen een steeds groter aandeel verwerven op de arbeidsmarkt, maar ook doordat zij langzamerhand steeds vaker werkzaam zijn in de banen die voorheen vaak uitsluitend door mannen werden uitgevoerd.

Naast het stereotypen van personen kunnen banen namelijk ook getypeerd worden als typische mannen- of vrouwenberoepen (Greenfeld, Griener & Wood, 1980). Voorbeelden van typische vrouwenberoepen zijn receptioniste, verpleegster en stewardess (Shinar, 1975). Het beroep van chirurg, ofwel medisch specialist, wordt echter eerder bestempeld als een mannenberoep. Ook lijkt het beroep van wetenschappelijk onderzoeker als typisch mannelijk getypeerd te kunnen worden, hoewel deze associatie minder sterk lijkt te zijn dan bij het beroep van medisch specialist.

Onderzoek toont aan dat door succesvolle vrouwen in mannenberoepen andere normen en waarden van belang worden geacht dan door vrouwen in de zogenaamde typische vrouwenberoepen (Greenfeld, Griener & Wood, 1980). Vrouwen in een vrouwenberoep waarderen voornamelijk het maatschappelijke belang van het werk. Vrouwen met een hogere functie in een typische mannenbaan blijken vaker ouder te zijn en een betere opleiding te hebben genoten dan vrouwen in de typische vrouwenberoepen. Bovendien hechten vrouwen in een mannenberoep meer waarde aan succes.

Mogelijk kan dus gesteld worden dat vrouwen niet alleen steeds beter in mannelijke termen omschreven kunnen worden (Diekman & Eagly, 2000), maar ook dat zij steeds vaker functies bekleden, bijvoorbeeld die van medisch specialist en wetenschappelijk onderzoeker, die doorgaans tot de typische mannenberoepen worden gerekend (Shinar, 1975). De vraag is alleen in welke mate deze redenatie opgaat voor de doorstroom naar de hogere functies binnen de academische medische sector, aangezien vrouwen op dergelijke posities relatief weinig voorkomen (eg. Kaandorp, 2005). Ondanks de veronderstelling dat op vrouwen steeds

vaker typische mannelijke eigenschappen van toepassing zijn (eg. Diekman & Eagly, 2000), is het in arbeidssituaties mogelijk dat vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers toch meer feminiene en minder masculiene eigenschappen tonen dan hun mannelijke collega's.

Hypothese 2A: Vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers hebben gemiddeld meer feminiene eigenschappen dan mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers.

Hypothese 2B: Mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers hebben gemiddeld meer masculiene eigenschappen dan vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers.

Voordat zal worden ingegaan op de mogelijke rol van negatieve stereotypen op het gedrag en de prestaties van individuen, wordt eerst ingegaan op twee manieren waarop stereotypen kunnen leiden tot effecten binnen de werkomgeving (Biernat, 2003).

Effecten van stereotypen binnen de werkomgeving

Ondanks de mogelijke verschuivingen in stereotypen (Diekman & Eagly, 2000) zorgen deze er op hun beurt voor dat een gestereotypeerd individu, bijvoorbeeld een vrouwelijke werknemer, langs andere standaarden wordt beoordeeld dan individuen die niet voldoen aan het betreffende stereotypebeeld, bijvoorbeeld mannelijke werknemers (Biernat, 2003). Uitgaande een heersend negatief stereotypebeeld zal een individu die aan dit stereotype voldoet, in vergelijking met een individu die niet aan het stereotypebeeld voldoet, een andere beoordeling krijgen. Vervolgens is het mogelijk dat gedrag dat men vertoont ten opzichte van het gestereotypeerde individu wordt gebaseerd op dit waardeoordeel. Overigens dienen bovenstaande voorbeelden slechts als verduidelijking en wordt niet geïmpliceerd dat mannen nooit negatief gestereotypeerd kunnen worden en ook niet dat vrouwen altijd negatief gestereotypeerd worden.

Zo geformuleerd lijkt de vraag in hoeverre stereotypen negatieve consequenties hebben voor individuen er dus in grote mate vanaf te hangen welke standaarden er worden gehanteerd en welke gedragingen er vervolgens getoond worden door de omgeving. Stereotypen kunnen namelijk resulteren in zogenaamde assimilerende en in zogenaamde contrast effecten (Biernat, 2003). Indien er sprake is van een assimilerend effect wordt een

gestereotypeerd individu, in vergelijking met een niet-gestereotypeerd individu, aan strengere beoordelingscriteria onderworpen en minder gunstig beoordeeld. Als bijvoorbeeld tijdens een sollicitatieprocedure voor een baan die bekend staat als stereotiep mannelijk, de voorkeur wordt gegeven aan een mannelijke kandidaat boven een vrouwelijke kandidaat is er sprake van een assimilerend effect (Biernat, 2003). Ook wanneer de voorkeur aan een vrouw wordt gegeven voor een baan die stereotiep vrouwelijk is, is er sprake van een assimilerend effect (Biernat, 2003). Het is aannemelijk dat in bovenstaande voorbeelden wel sprake zal moeten zijn van gelijke geschiktheid van de kandidaten.

Contrast effecten doen zich daarentegen voor als voor het gestereotypeerde individu mildere beoordelingscriteria gelden dan voor het niet-gestereotypeerde individu (Biernat, 2003). Ter illustratie, wanneer wordt uitgegaan van het stereotypebeeld dat mannen meer competent zijn dan vrouwen maar vrouwen meer positieve feedback ontvangen over de competenties dan mannen, is er sprake van een contrast effect (Biernat, 2003). Immers, op basis van het stereotypebeeld zouden mannen juist meer positieve feedback moeten ontvangen voor hun competenties dan vrouwen.

De vraag is nu in hoeverre binnen een werkomgeving assimilerende en contrast effecten (Biernat, 2003) juist van toepassing zijn op vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers, op hun mannelijke collega's, op beiden seksen evenveel of dat dit mogelijk per effect verschilt. Mogelijk krijgen vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers voornamelijk met assimilerende effecten van stereotypen te maken tijdens hun loopbaan, terwijl mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers eerder geconfronteerd worden met contrast effecten of zelfs met geen van beide effecten te maken zullen krijgen. Ervan uitgaande dat de beroepen van medisch specialist en wetenschappelijk onderzoeker getypeerd kunnen worden als mannelijk (Shinar, 1975), is het mogelijk dat vrouwen in dergelijke posities zichzelf meer moeten bewijzen dan hun mannelijke collega's. Als vrouwen tijdens hun loopbaan in stereotiep mannelijke beroepen meer te maken krijgen met negatieve stereotypen over hen dan mannen te maken krijgen met negatieve stereotypen over mannen, kan het zijn dat vrouwen tijdens hun loopbaan meer moeilijkheden ervaren door negatieve stereotypen dan mannen (Agars, 2004). De sekstypering van het beroep medisch specialist en wetenschappelijk onderzoeker zal er dus waarschijnlijk, in combinatie met de ervaren stereotypen over de eigen persoon, toe leiden dat vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers met meer belemmeringen te maken krijgen tijdens de loopbaan dan hun mannelijke collega's.

Stereotypen kunnen dus een rol spelen binnen een werkomgeving en hebben mogelijk ook gevolgen voor het betreffende gestereotypeerde individu zelf. In het nu volgende zal hierop nader in worden gegaan.

Effecten van negatieve stereotypen op gedrag en prestaties

Individen die negatief gestereotypeerd worden zullen doorgaans een lagere beoordeling ontvangen over hun functioneren dan individuen die niet negatief gestereotypeerd worden (Heilman, 2001). Ook is het waarschijnlijk dat het behaalde succes in dat geval niet aan het betreffende individu wordt toegekend, of zelfs dat het individu te maken krijgt met nadelige consequenties als gevolg van een behaald succes. Ter illustratie, als vrouwen doorgaans worden omschreven als aardig en begripvol en mannen als assertief en dominant (Prentice & Caranza, 2002), zullen mannen eerder successen toegeschreven krijgen. Ook zullen vrouwen bij dezelfde successen juist eerder lagere beoordelingen ontvangen dan mannen, en bestaat de kans dat hun succes niet eens wordt opgemerkt (Heilman, 2001).

Wanneer gestereotypeerde individuen angst hebben om beoordeeld of behandeld te worden volgens het over hen heersende negatieve stereotypebeeld en daardoor gedrag vertonen dat overeenkomt met dit heersende stereotypebeeld, spreekt men over 'stereotype threat' (Brown & Pinel, 2003; Davies, Spencer & Steele, 2005; Sekaquaptewa & Thompson, 2003). Naar de term 'stereotype threat' zal hierna worden verwezen als 'stereotype dreiging'. Een voorbeeld hiervan is ervan uitgaan dat vrouwen per definitie minder goed zijn in het oplossen van wiskundige vraagstukken dan mannen (Schmader, 2002). Wanneer een vrouw zichzelf sterk identificeert met de 'groep vrouwen' zal dit waarschijnlijk haar prestatie op wiskundig gebied doen afnemen, terwijl de prestaties van mannen, en van vrouwen die zichzelf niet kunnen identificeren met de typische 'groep vrouwen', erdoor niet wordt beïnvloed.

Het effect dat negatieve stereotypen op gestereotypeerde individuen kunnen hebben, lijkt verder bepaald te worden door de mate waarin deze individuen zich bewust zijn van de stereotype dreiging en de mate waarin andere gestereotypeerde individuen aanwezig zijn (Brown & Pinel, 2003; Sekaquaptewa & Thompson, 2003; Shih, Pittinsky & Ambady, 1999). Individen die zich erg bewust zijn van hun gestigmatiseerde positie gaan daardoor ook vaak slechter presteren (Brown & Pinel, 2003). Bij gelijke capaciteiten bleken vrouwen die zich bewust waren van de slechte beeldvorming over hen slechter te presteren dan vrouwen die zich met dergelijke zaken minder bewust bezig hielden. Bovendien had stereotype dreiging de meest nadelige consequenties voor prestaties wanneer er geen andere vrouw in de omgeving

aanwezig was, ofwel wanneer er sprake was van een 'solo-status' (Sekaquaptewa & Thompson, 2003).

Gezien het feit dat vrouwen minder vertegenwoordigd zijn in hogere functies binnen de medische sector dan mannen (Kaandorp 2005), kan waarschijnlijk gesteld worden dat bij vrouwen vaker sprake zal zijn van een ervaren solo-status dan bij mannen. Daarom mag verwacht worden dat vrouwen meer nadelige consequenties zullen ervaren als gevolg van bij hen heersende stereotype dreiging gevoelens. Dit wil overigens niet zeggen dat mannen nooit stereotype dreiging gevoelens kunnen ervaren of er hinder van kunnen ondervinden tijdens de loopbaan. Aangezien mannen echter meer dan vrouwen vertegenwoordigd zijn op hogere medische posities, is het aannemelijk dat mannen doorgaans minder of geen moeilijkheden ervaren van eventueel door hen ervaren stereotype dreiging gevoelens. Hoewel het mogelijk is dat heersende stereotype dreiging gevoelens ervaren door mannen van invloed zijn op de loopbanen van mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers, beperkt het huidige onderzoek zich tot de rol van ervaren stereotype dreiging gevoelens door vrouwen op de loopbanen van deze vrouwen.

Hypothese 2C: Stereotype dreiging gevoelens ervaren door vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers zijn positief gerelateerd aan de omstandigheden die vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers tijdens hun loopbaan ervaren.

Voorkeuren voor baankenmerken

Tot nu toe is ingegaan op de mogelijke rol van zelfvertrouwen en stereotypen in de loopbaan en mogelijke sekseverschillen hierin. Ook de kenmerken van banen en de voorkeuren van een werknemer voor bepaalde baankenmerken mogen niet genegeerd worden. Wanneer men namelijk een bepaalde baan ambieert dient tevens aan de eisen van die baan te kunnen worden voldaan en is het daarbij wenselijk als overige kenmerken, zoals werktijden en de sociale omgeving, als plezierig worden beschouwd.

Uit meta-analyse (Konrad, Ritchie, Lieb & Corrigall, 2000) is gebleken dat sekseverschillen in voorkeuren voor baankenmerken in de loop der jaren zijn afgenomen. De verklaring hiervoor zou zijn dat vrouwen voorkeuren voor baankenmerken durven aan te geven die vroeger doorgaans vaker aan de andere sekse toebehoorden. Echter, het sekseverschil in de waarde die werd toegekend aan het salaris, het aantal werkuren en de kans op promoties is, na een afname in de periode tussen 1970 en 1980, tussen 1980 en 1990 juist

weer toegenomen. Konrad et al. (2000) slaagden er niet in bewijs te vinden voor de verklaring dat de arbeidsmarkt deze verschuivingen zou hebben veroorzaakt. Of er momenteel al dan niet sprake is van een sekseverschil in voorkeuren voor baankenmerken is daarentegen niet met zekerheid te zeggen. Het is dan ook niet uitgesloten dat sekseverschillen in voorkeuren voor baankenmerken een rol spelen bij het verloop van een loopbaan. Deze mogelijke rol zal later aan bod komen, eerst zal nu worden ingegaan op de voorkeuren voor baankenmerken van zowel mannen als vrouwen.

Voorkeuren voor baankenmerken van mannen en vrouwen

In hun dagelijkse leven lijken mannen en vrouwen verschillende waarden na te streven (Schwartz & Rubel, 2005). Waarden als macht, vooruitgang, gestimuleerd worden en autonomie worden met name gewaardeerd door mannen, terwijl vrouwen meer gericht zijn op het begrijpen en helpen van anderen. Mogelijkerwijs worden voorkeuren voor baankenmerken afgeleid van deze basiswaarden van individuen. Zo zouden mannen meer voorkeur hebben voor baankenmerken als goede promotiekansen, een goed salaris, leiderschapsmogelijkheden, vrijheid en uitdagingen (Konrad et al., 2000). Dit betekent echter niet dat vrouwen geen uitdagingen zoeken in het werk. Integendeel, ook vrouwen zoeken naar uitdagingen in het werk maar in vergelijking met mannen voeren zij uiteindelijk minder uitdagende taken uit (De Pater, 2005).

Vrouwen lijken bovendien meer waarde te hechten aan banen die hen bijkomende voordelen opleveren, aan zekerheden die door de baan geboden worden en aan gevoelens van zelfverwezenlijking (Konrad et al., 2000). Verantwoordelijkheid, erkenning en het uitvoeren van goed en belangrijk werk werden door beide seksen evenveel gewaardeerd.

Naar aanleiding van hun onderzoek concludeerden Konrad et al. (2000) dan ook dat de meeste voorkeuren voor baankenmerken van mannen en vrouwen in overeenstemming zijn met opvattingen en stereotypen die over beide seksen bestaan. De invloed van opvattingen en stereotypen op voorkeuren voor baankenmerken kwam echter niet voor bij typische mannenberoepen. In dat geval hebben vrouwen dezelfde voorkeuren voor baankenmerken als mannen, of waarderen ze deze kenmerken zelfs hoger. Als deze bevinding wordt gekoppeld aan de veronderstelling dat het beroep van medisch specialist en wetenschappelijk onderzoeker behoren tot de typische mannenberoepen (Shinar, 1975), mag verwacht worden dat er mogelijk geen verschil bestaat in voorkeuren voor baankenmerken tussen mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers.

Hypothese 3A: Mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers verschillen niet in hun voorkeuren voor baankenmerken.

De rol van baankenmerken tijdens de loopbaan

Hoewel op basis van de vorige paragraaf mogelijk wordt geconcludeerd kan worden dat er geen sprake is van sekseverschillen in voorkeuren voor baankenmerken bij medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers, is het mogelijk dat verschillende loopbaanmogelijkheden uiteindelijk leiden tot verschillende voorkeuren voor baankenmerken. Volgens de zogenaamde ‘accommodation hypothesis’ ontstaan sekseverschillen in dergelijke voorkeuren juist doordat deze voorkeuren worden aangepast aan de aanwezige kansen (Konrad et al., 2000). Gelijke baanvoorkeuren van mannen en vrouwen doen zich volgens deze hypothese dan ook slechts voor als beide seksen gelijke kansen zouden hebben. Daarnaast zou het ervaren van discriminatie op basis van geslacht ertoe bijdragen dat bepaalde baanvoorkeuren enige tijd relatief onbelangrijk worden gevonden, aldus Konrad et al. (2000). Ter illustratie, wanneer vrouwen worden gediscrimineerd kan dit er mogelijk toe leiden dat zij bijvoorbeeld tijdelijk minder waarde hechten aan het krijgen van erkenning en meer waarde aan rechtvaardigheid dan wanneer er geen sprake zou zijn van discriminatie op grond van geslacht.

Hartung, Taber en Richard (2005) ontwikkelden een schaal waarin baanvoorkeuren van medisch specialisten werden onderverdeeld in de gebieden prestige, autonomie, management, service/patiëntenzorg, werkzaamheden gericht op academische vooruitgang (ie. ‘Scholarly Pursuits’) en levensstijl. Afgezien van service/ patiëntenzorg kunnen de overige gebieden mogelijk ook van toepassing zijn op wetenschappelijk onderzoekers. Op basis van de overige literatuur (oa. Konrad et al., 2000; Schwartz & Rubel, 2005) kan vervolgens de verwachting worden geformuleerd dat mannen vooral waarden hechten aan baankenmerken op het gebied van management, autonomie, prestige en werkzaamheden die gericht zijn op academische vooruitgang, terwijl vrouwen eerder de voorkeur geven aan kenmerken als onderwijs, voordelen, zekerheden, een goede balans tussen werk en privé, variatie in werkzaamheden en mogelijkheden tot ontwikkeling.

Hypothese 3B: Vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers hechten meer waarde aan onderwijskundige werkzaamheden, het kunnen combineren van het werk en privé, voordelen en zekerheden, variatie in werkzaamheden en aan ontwikkelingsmogelijkheden dan mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers.

Hypothese 3C: Mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers hechten meer waarde aan managementwerkzaamheden, autonomie, prestige en werkzaamheden gericht op academische vooruitgang dan vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers.

Uitgaande van de ‘accomodation hypothesis’(Konrad et al., 2000) kan verwacht worden dat als mannen en vrouwen niet beschikken over dezelfde loopbaanmogelijkheden en kansen, zij andersoortige voorkeuren ontwikkelen voor baankenmerken. Het gegeven dat er minder vrouwen dan mannen te vinden zijn op hogere medische posities (Kaandorp, 2005) impliceert sekseverschillen in loopbaanmogelijkheden waardoor ook sekseverschillen in voorkeuren voor baankenmerken kunnen ontstaan. Mogelijk kan deze redenatie uiteindelijk leiden tot de verwachting dat de voorkeuren door vrouwelijke medisch specialisten en onderzoekers voor baankenmerken, in tegenstelling tot de voorkeuren van mannelijke specialisten en onderzoekers, niet overeenkomen met de baankenmerken van hogere posities. Hierdoor is het mogelijk dat vrouwen relatief meer moeilijkheden tijdens hun loopbaan zullen ervaren als gevolg van deze baanvoorkeuren dan hun mannelijke collega’s.

Hypothese 4A: De voorkeuren voor baankenmerken van vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers voorspellen de moeilijkheden die door hen worden ervaren tijdens de loopbaan.

Hypothese 4B: De voorkeuren voor baankenmerken van mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers voorspellen de moeilijkheden die door hen worden ervaren tijdens de loopbaan niet.

Specifieke factoren binnen de academische medische context

Ter aanvulling op de tot nu toe besproken factoren is het aannemelijk dat er binnen de academische medische sector enkele specifieke factoren spelen die ook een rol spelen tijdens

de loopbaan en het al dan niet ervaren van een glazen plafond door vrouwen binnen deze sector. Binnen deze sector zal een ieder die de medische opleiding heeft afgerond, een keuze kunnen maken tussen specialiseren, om vervolgens medisch specialist te worden, of het vervullen van een functie als wetenschappelijk onderzoeker. Overigens kan iemand die medisch specialist is wel als wetenschappelijk onderzoeker aan de slag maar is dit andersom niet mogelijk. Bovendien hoeft iemand die werkzaam is als wetenschappelijk onderzoeker niet per definitie een medische opleiding genoten te hebben. In het nu volgende wordt aandacht besteed aan factoren die een rol kunnen spelen bij bovengenoemd keuzeprocess en aan het combineren tussen werk en privé, de zogenaamde werk/zorg verhouding. Aangezien deze werk/zorg verhouding al wordt meegenomen bij de voorkeuren voor baankenmerken zullen in het nu volgende geen specifieke hypothesen meer geformuleerd worden. Ten slotte zal er een korte uitstap worden gemaakt naar mogelijke maatregelen voor het bevorderen van vrouwen naar hogere medisch-academische functies.

Specifieke persoonsgebonden factoren

De keuze al dan niet de opleiding voor een bepaald medisch specialisme te volgen hangt voor mannen en vrouwen af van de kans op een baan in dat specialisme (Mayorova, Stevens, Scherpbier, Van der Velden & Van der Zee, 2005). Daarnaast wordt deze keuze door vrouwen soms ook gemaakt op basis van huiselijke verplichtingen en gaan mannen om financiële redenen voor andere keuzes of vinden zij een andere baan.

De keuze voor het zich al dan niet specialiseren blijkt ook samen te hangen met een aantal persoonsgebonden kenmerken (Soethout, Ten Cate & Van der Wal, 2004). Zo zouden enthousiasme voor een specifiek vakgebied, interesse in mensen en het kunnen evalueren van de eigen vaardigheden en competenties belangrijke determinanten zijn om de keuze tot specialiseren te maken.

Een dergelijk beroep vergt doorgaans niet alleen veel werkuren, maar ook moet men de levensstijl van lange dagen en weinig tijd voor andere bezigheden aankunnen (Wendel, Goddelas & Prinz, 2003). Deze kenmerken blijken bij zowel mannen als vrouwen de belangrijkste determinanten te zijn van het al dan niet kiezen voor een carrière als medisch specialist. Klaarblijkelijk speelt het combineren van werk en privé dus een rol binnen de academische medische context. Om die reden zal er hierop in de volgende paragraaf nader worden ingegaan.

Werk/zorg verhouding

Zoals eerder vermeld zijn lange werkdagen één van de kenmerken van het beroep van medisch specialist (Wendel, Goddelas & Prinz, 2003). Uit onderzoek is gebleken dat vooral jongere mannelijke en vrouwelijke artsen de voorkeur geven aan een parttime werkweek, terwijl de oudere mannelijke en vrouwelijke artsen juist de fulltime werkweek verkiezen (Heiligers & Hingstman, 2000). Vooral jonge mannelijke artsen met kinderen onder de vijf jaar achten een parttime werkweek wenselijker. De redenen die jonge vrouwelijke artsen voornamelijk geven voor het parttime willen werken zijn onder andere de thuissituatie en het feit dat zij vaak relatief weinig andere vrouwen in de werkomgeving hebben.

Naast de lange werkdagen moet ook de manier van werken en een leven als medisch specialist als wenselijk worden beschouwd, wil men kiezen voor een dergelijk beroep (Wendel, Goddelas & Prinz, 2003). Daarbij lijkt parttime werken doorgaans verband te houden met de mogelijkheden die het werk hier al dan niet voor biedt (De Jong, Heiligers, Groenewegen & Hingstman, in press). Desondanks blijkt de wens om parttime te werken juist beïnvloed te worden door persoonlijke omstandigheden van de arts, zoals huiselijke verplichtingen. Tevens hebben mannelijke artsen doorgaans vaker gezinnen dan vrouwelijke artsen en ervaren zij hier juist voordelen van, zoals meer betrokkenheid bij het werk, in plaats van nadelen (Uhlenberg & Cooney, 1990). Hoewel wetenschappelijk onderzoekers doorgaans een andere functie bekleden dan medisch specialisten, kan niet geheel worden uitgesloten dat bovenstaande bevindingen mogelijk ook van toepassing kunnen zijn op wetenschappelijk onderzoekers.

Bevordering van vrouwen naar hogere medisch- academische functies

Maatregelen die genomen kunnen worden ter bevordering van het aandeel vrouwen in de medisch-academische topfuncties kunnen zowel gericht zijn op het individuele niveau als op het organisatorische niveau (Yedida & Bickel, 2001). Individuele maatregelen kunnen onder andere bestaan uit adviseren, aanmoedigen, counseling bieden en het bieden van rolmodellen aan individuele medewerkers. Organisatiebrede maatregelen kunnen mogelijk bestaan uit het opzetten van netwerken, het zorgen voor goede mentoren, het organiseren van cursussen en het zorgen voor parttime functies. De vraag is echter in hoeverre initiatieven ter bevordering van vrouwen op hogere functies doeltreffend genoeg zullen zijn. In het huidige onderzoek is daarom van een aantal mogelijke maatregelen onderzocht in hoeverre medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers verwachten dat, onder de betreffende situatie, hun doorgroeimogelijkheden toenemen.

Methodie

Voor het toetsen van de hypothesen zijn respondenten (N = 259) geworven binnen een academisch ziekenhuis in de Randstad, genaamd AZ. Hieronder zullen respectievelijk de steekproef, de procedure en het samengestelde meetinstrument worden beschreven.

Steekproef

In totaal zijn 235 medisch specialisten en 209 wetenschappelijk onderzoekers, werkzaam in AZ, benaderd voor deelname aan het onderzoek. Van deze groep hebben uiteindelijk 226 respondenten de vragenlijst geretourneerd (responspercentage 50.90%), namelijk 126 medisch specialisten (responspercentage 53.62%) en 100 wetenschappelijk onderzoekers (responspercentage 47.85%). Daarnaast hebben vier medisch specialisten zichzelf aangemeld voor het onderzoek en zijn vijfenveertig extra vragenlijsten uitgezet onder de wetenschappelijk onderzoekers. Van deze vijfenveertig vragenlijsten werden er uiteindelijk 34 ingevuld geretourneerd (responspercentage 75.55%) Van alle ontvangen vragenlijst zijn er vijf niet meegenomen in de analyses: bij vier vragenlijsten was minder dan de helft van de totale vragenlijst ingevuld en één vragenlijst werd blanco retour gestuurd. De samenstelling van de uiteindelijke steekproef (N = 259) is weergegeven in Tabel 1.

Tabel 1

Samenstelling steekproef weergegeven in aantallen en percentages

	Medisch specialisten				Wetenschappelijk onderzoekers				Totale steekproef
	Benaderd	Aangemeld	Extra	Totaal MS	Benaderd	Aangemeld	Extra	Totaal WO	
Man	50 (19.31%)	-	-	50 (19.31%)	57 (22.01%)	-	21 (8.11%)	78 (30.12%)	128 (49.42%)
Vrouw	73 (28.19%)	4 (1.54%)	-	77 (29.73%)	41 (15.83%)	-	13 (5.02%)	54 (20.85%)	131 (50.58%)

Noot: Aantallen zijn weergegeven met bijbehorende percentages tussen haken. Benaderd = respondenten uit de a-selecte steekproef; Aangemeld = respondenten die zich hebben aangemeld naar aanleiding van de oproep in het personeelsblad; Extra = respondenten die hebben gereageerd naar aanleiding van het uitzetten van de extra vragenlijsten; MS = medisch specialisten; WO = wetenschappelijk onderzoekers.

Uit Tabel 1 kan worden opgemaakt dat de groep mannen bestond uit 50 medisch specialisten en 78 wetenschappelijk onderzoeker. Veertien mannelijke medisch specialisten waren werkzaam in een snijdend specialisme, zoals chirurgie of gynaecologie. De overige 36 mannelijke medisch specialisten waren werkzaam in een niet-snijdend specialisme zoals kindergeneeskunde en neurologie. In de groep vrouwen bevonden zich 77 medisch specialisten en 54 wetenschappelijk onderzoekers. Binnen de groep vrouwelijke medisch specialisten waren veertien personen werkzaam in een snijdend specialisme en werkten de

overige 36 vrouwelijke specialisten in een niet snijdend specialisme. Voor beide seksen zijn demografische kenmerken en overige relevante werkgerelateerde gegevens opgenomen in Tabel 2. Mannelijke respondenten bleken significant vaker 35 jaar en ouder te zijn dan vrouwelijke respondenten, $\chi^2 = 4.19$, $df = 1$, $p < .05$. Bovendien hadden de mannelijke respondenten gemiddeld vaker kinderen dan de vrouwelijke respondenten, $\chi^2 = 13.59$, $df = 1$, $p < .001$. Van de groep mannen had 75.78% minimaal één en maximaal zes kinderen die in leeftijd varieerden van acht maanden tot 37 jaar. Van de groep vrouwelijke respondenten had 53.85% tussen de één en de vier kinderen waarbij de leeftijd van de kinderen varieerden tussen de vijf maanden en de 38 jaar. Om er zeker van te zijn dat de demografische verschillen tussen de mannelijke en vrouwelijke respondenten de resultaten niet beïnvloeden, zullen de variabelen leeftijd en het al dan niet hebben van kinderen waar relevant als covariaten worden opgenomen bij het toetsen van de hypothesen. Mannelijke respondenten hadden significant vaker een vaste aanstelling dan hun vrouwelijke collega's, $\chi^2 = 3.89$, $df = 1$, $p < .05$. Bovendien waren mannelijke respondenten gemiddeld significant langer werkzaam in de huidige functie dan vrouwelijke respondenten, $\chi^2 = 10.99$, $df = 2$, $p < .01$. Echter, omdat het aannemelijk is dat de contractvorm en het aantal jaren dat een functie reeds vervuld wordt elkaar mogelijk beïnvloeden, zullen deze twee gegevens niet als covariaten worden meegenomen in het onderzoek.

Tabel 2

Demografische en werkgerelateerde gegevens per sekse in aantallen en percentages

	Mannen	Vrouwen
<i>Leeftijd</i>		
< 25 jaar	1 (.78%)	1 (.76%)
25-34 jaar	15 (11.72%)	28 (21.37%)
35-44 jaar	38 (29.69%)	55 (41.98%)
44-54 jaar	45 (35.16%)	35 (26.72%)
> 54 jaar	29 (22.66%)	12 (9.16%)
<i>Kinderen</i>		
Wel kinderen	97 (75.78%)	70 (53.85%)
Geen kinderen	31 (24.22%)	60 (46.15%)
<i>Contractvorm</i>		
Vast	110 (85.94%)	100 (76.34%)
Tijdelijk	18 (14.06%)	31 (23.66%)
<i>Vervulling huidige functie</i>		
< 1 jaar	5 (3.91%)	12 (9.23%)
1-4 jaar	30 (23.44%)	49 (37.69%)
> 4 jaar	93 (72.66%)	69 (53.08%)

Noot: Demografische en werkgerelateerde gegevens van de groep mannelijke en vrouwelijke respondenten zijn weergegeven in aantallen met bijbehorende percentages tussen haken. N = 259 voor leeftijd en contractvorm en N = 258 voor kinderen en vervulling huidige functie als gevolg van ontbrekende gegevens.

Procedure

Het onderzoek is onder de aandacht gebracht van medewerkers uit de doelgroep door een bericht in het personeelsblad. Tevens hebben alle a-select benaderde personen een brief ontvangen met daarin informatie over het onderzoek, de vragenlijst en een gefrankeerde antwoordenvolp. Ook de vier personen uit de doelgroep die aanvankelijk niet geselecteerd waren voor deelname maar die zich via de oproep in het personeelsblad hadden aangemeld hebben als reactie dezelfde brief ontvangen als de respondenten die aanvankelijk wel geselecteerd waren. De gegevens werden verzameld in de periode van mei tot en met juni 2006.

Aangezien er geen inzage was in welke respondent(en) er na een periode van twee weken niet gereageerd hadden, is aan alle benaderden een reminder gestuurd. Wel werd in deze brief vermeld dat men alleen hoefde te reageren indien men de vragenlijst nog niet had ingevuld. Respondenten die al wel gereageerd hadden werden in het bericht bedankt voor hun deelname. Personen die de functie vervulden van wetenschappelijk onderzoeker reageerden ook na deze reminder relatief weinig, daarom is aan de groep geselecteerde onderzoekers een extra reminder gestuurd per e-mail. Omdat ook deze e-mail relatief weinig respons opleverde, is ervoor gekozen 45 nieuwe vragenlijsten uit te zetten bij de wetenschappelijk onderzoekers. Hiertoe is een willekeurige groep wetenschappelijk onderzoekers persoonlijk benaderd tijdens hun werk en is hen gevraagd de vragenlijst in te vullen.

Meetinstrumenten

Om er zeker van te zijn dat de vragenlijst samengesteld zou worden op een manier die bruikbare resultaten oplevert binnen een universitair medisch centrum, is een pilotstudie uitgevoerd. Hiertoe zijn gestructureerde interviews gehouden met mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers (N = 10). Met behulp van de interviews kon de situatie rond de loopbaanmogelijkheden binnen AZ in kaart worden gebracht (Appendix). Op basis van de resultaten van deze pilotstudie is gezocht naar bestaande vragenlijsten die het beste zouden passen bij de inhoudelijke punten uit de interviews. Vervolgens is een vragenlijst samengesteld waarvoor zoveel mogelijk bestaande vragenlijsten en/of items uit deze lijsten zijn gebruikt. Tevens zijn enkele nieuw geformuleerde items en/of schalen opgenomen. Om de aanspraak op de tijd van de respondenten zo minimaal mogelijk te houden is ervoor gekozen schalen met een hoge betrouwbaarheid zoveel mogelijk in te korten met behoud van de hoogst ladende items. De volgende constructen zijn in de vragenlijst opgenomen: ambitie en motivatie met betrekking

tot de loopbaan, voorkeuren voor baankenmerken, zelfvertrouwen, stereotypen en stereotype dreiging gevoelens ervaren door vrouwen.

Ambitie en motivatie met betrekking tot de loopbaan worden gemeten aan de hand van de ‘Career-oriented commitment’ schaal (Ellemers, De Gilder & Van den Heuvel, 1998). Deze uit vijf items bestaande schaal meet de betrokkenheid bij de eigen loopbaan en heeft een goede betrouwbaarheid ($\alpha = .88$). Na het verwijderen van twee items, met de laagste factorladingen, uit de schaal bleek de geschatte betrouwbaarheid volgens de Spearman-Brown formule (cf. Van den Brink & Mellenbergh, 2003) .78 te zijn. Een voorbeelditem uit deze schaal is: “Mijn loopbaan heeft een centrale rol in mijn leven” (1 = *Sterk mee oneens*...5 = *Sterk mee eens*).

Voorkeuren voor baankenmerken zijn gemeten met behulp van vier schalen van de ‘Physician values in practice scale’ (PVIPS, Hartung, Taber & Richard, 2005). De stam van elk item bestaat uit: “In mijn werk is het belangrijk dat ik...”. Respondenten dienen vervolgens aan te geven in hoeverre zij het met het betreffende item eens zijn op een vijfpunts-Likertschaal (1 = *Sterk mee oneens*...5 = *Sterk mee eens*). De gebruikte items zijn vertaald vanuit het Engels. De vier schalen zijn de volgende: ‘prestige’, ‘autonomy’, ‘management’, ‘scholarly pursuits’.

De eerste schaal heet ‘*prestige*’ (Hartung et al., 2005) en meet de mate waarin men de voorkeur geeft aan baankenmerken die betrekking hebben op status en prestige ($\alpha = .88$). Na verwijdering van zeven items bleek de geschatte betrouwbaarheid voor deze resterende items $\alpha = .71$ te zijn, berekend op basis van de Spearman-Brown formule (cf. Van den Brink & Mellenbergh, 2003). Een voorbeeld item uit deze schaal is: “...in een specialisme/ onderzoeksgebied werk waarin de wetenschap vertrouwen heeft.”

Met de ‘*autonomy*’ schaal (Hartung et al., 2005) wordt gemeten in hoeverre men het belangrijk vindt om zelf sturing en inhoud te geven aan werkzaamheden. Aangezien de schaal een goede betrouwbaarheid heeft ($\alpha = .84$) is wederom gekozen voor het reduceren van de schaal van zeven naar vier items (geschatte $\alpha = .72$; uitgaande van de Spearman-Brown formule, cf. Van den Brink & Mellenbergh, 2003). Een voorbeelditem uit de betreffende schaal is: “...mijn werk uit kan voeren zoals ik dat zelf wil doen.”

De waarde die men hecht aan de managementaspecten van de functie wordt gemeten door de ‘*management*’ schaal (Hartung et al., 2005). De managementschaal bestaat uit vijf items en kent een betrouwbaarheid van $\alpha = .77$. Een voorbeelditem uit deze schaal is: “...leiding geef aan een groot aantal mensen”.

Tenslotte is de schaal ‘*scholarly pursuits*’ gebruikt om na te gaan in hoeverre men baankenmerken van een academisch instituut prefereert (Hartung et al., 2005). Deze schaal heeft drie items en een betrouwbaarheid van $\alpha = .77$. Een voorbeeld item is: “... betrokken ben bij onderzoeksactiviteiten”.

Aangezien de vier schalen van de PVIPS (Hartung et al., 2005) te weinig gericht waren op onderwijsactiviteiten en er naar aanleiding van de interviews nog een aantal overige aspecten aan de baan van belang bleken, zijn zeven nieuwe items en het item “... een voorspelbaar aantal uren werk” uit de PVIPS toegevoegd. De items die zijn toegevoegd met betrekking tot het onderwijs zijn: “...mensen in opleiding kan begeleiden en stimuleren”, “...bijdraag aan de ontwikkeling van mensen die in opleiding zijn” en “...mijn kennis en vaardigheden succesvol op anderen kan overbrengen”. De vier items over baankenmerken die zijn toegevoegd naar aanleiding van de interviews zijn: “... werk en privé goed met elkaar kan combineren”, “... bepaalde baanzekerheden heb”, “...variatie heb in mijn werkzaamheden” en “...mogelijkheden heb om mezelf verder te kunnen ontwikkelen”.

De variabele *zelfvertrouwen* is gemeten met de ‘Self-Liking/Self-Competence Scale-Revised Version’, ofwel de SLCS-R (Tafarodi & Swann, 2001). De schaal meet de eerder omschreven componenten van zelfvertrouwen. De ‘Self-Liking’ schaal en de ‘Self-Competence’ schaal bestaan ieder uit vier positief geformuleerde en vier negatief geformuleerde items en blijken voor mannen (respectievelijk $\alpha = .90$, $\alpha = .82$) en vrouwen (respectievelijk $\alpha = .90$, $\alpha = .83$) een goede betrouwbaarheid te hebben. Na inkorting van de schalen bleken de op basis van de Spearman-Brown formule (cf. Van den Brink & Mellenbergh, 2003) geschatte betrouwbaarheden voor mannen en vrouwen op zowel de ‘Self-Competence’ schaal ($\alpha = .70$) als op de ‘Self-Liking’ schaal ($\alpha = .82$) goed te zijn. Op een vijfpunts-Likertschaal moeten respondenten (1 = *Sterk mee oneens*...5 = *Sterk mee eens*) aangeven in welke mate men het met een stelling eens is. Voorbeelditems uit respectievelijk de schaal voor ‘Self-Competence’ en ‘Self-Liking’ zijn: “Meestal bereik ik de dingen waarvoor ik me inzet”, en “Ik ben gelukkig met wie ik ben”. Naast de SLCS-R (Tafarodi & Swann, 2001) is een vraag bijgevoegd waarin respondenten hun eigen zelfvertrouwen moeten beoordelen op een tienpuntsschaal (1 = *erg laag*...10 = *uitermate hoog*).

Stereotypen zijn gemeten aan de hand van de verkorte versie van de ‘Children’s Sex Role Inventory’ (CSRI, Boldizar, 1991). Deze schaal is gebruikt om na te gaan in hoeverre een respondent zichzelf omschrijft in termen die passen bij mannen dan wel vrouwen. Er is gekozen voor het gebruik van een afgeleide van de ‘Bem Sex Role Inventory’ (BSRI) omdat de BSRI voor volwassenen slechts abstracte items gebruikt. Daarnaast blijkt de CSRI

(Boldizar, 1991) voldoende betrouwbaar ($\alpha = .78$ voor de masculiniteitschaal en $\alpha = .89$ voor de femininiteitschaal) te zijn, en blijkt de schaal ook een hoge correlatie te hebben met de BSRI ($r = .86$ voor de masculiniteitschaal en $r = .89$ voor de femininiteitschaal). Omdat bepaalde formuleringen zoals “Ik ben goed in sport” niet relevant zijn voor het huidige onderzoek, zijn acht items geselecteerd die door alle respondenten beoordeeld diende te worden. Betrouwbaarheden zijn vervolgens geschat met behulp van de Spearman-Brown formule (cf. Van den Brink & Mellenbergh, 2003) voor zowel de vier items uit de masculiniteitsschaal ($\alpha = .64$) als voor de items uit de femininiteitsschaal ($\alpha = .80$). Een voorbeelditem uit de masculiniteitschaal is: “Ik heb invloed op veel mensen” en een voorbeeld uit de schaal uit de femininiteitschaal is: “Ik geef om wat er met anderen gebeurt”. Van de respondenten wordt gevraagd op een vierpuntsschaal (1 = *Totaal niet...* 4 = *Sterk*) aan te geven in hoeverre zij een item op hen van toepassing achten.

Stereotypische opvattingen over vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers zijn gemeten door een aangepaste versie van de ‘Stereotype Beliefs about Women Managers Scale’ (SBWMS, Moore Grunberg & Greenberg, 2004) waarvan de betrouwbaarheid varieert tussen .87 en .89. In de versie die in het huidige onderzoek is gebruikt zijn de items niet alleen vertaald vanuit het Engels maar is ook de term ‘manager’ vervangen voor ‘medisch specialisten/ wetenschappelijk onderzoekers’. Daarnaast zijn de twee items met de laagste item-testcorrelatie (Moore Grunberg & Greenberg, 2004) verwijderd waarbij de betrouwbaarheid, geschat op basis van de Spearman Brown formule (cf. Van den Brink & Mellenbergh, 2003), goed bleef ($\alpha = .77-.80$). In plaats van de door de respondenten gegeven antwoorden op de items te spiegelen zoals de auteurs dit doen (Moore, Grunberg & Greenberg, 2004), is er in het huidige onderzoek voor gekozen de volgorde van de antwoordcategorieën reeds in de vragenlijst om te draaien. Hierdoor hoeven de antwoorden van de respondenten niet meer omgescoord te worden. De respondenten wordt gevraagd op een vijfpunts-Likertschaal (1 = *Sterk mee oneens...* 5 = *Sterk mee eens*) aan te geven in hoeverre zij het eens zijn met het betreffende item. Een voorbeelditem uit deze schaal is: “Vrouwelijke medisch specialisten/ onderzoekers moeten beter presteren dan mannelijke medisch specialisten/ onderzoekers om succesvol te zijn”.

Gevoelens van stereotype dreiging door vrouwelijke respondenten worden gemeten door de femininiteitschaal van de CSRI (Boldizar, 1991) te vermenigvuldigen met de, van de SBWMS (Moore Grunberg & Greenberg, 2004) afgeleide, schaal voor stereotypische opvattingen over vrouwen. De gemiddelde score van een respondent op deze samengestelde

variabele kan variëren van één tot twintig waarbij geldt dat hoe hoger de score is, hoe meer stereotype dreiging gevoelens een vrouwelijke respondent ervaart.

Omstandigheden die in de loopbaan tot nu toe ervaren zijn en/of worden, zijn gemeten aan de hand van een afgeleide van een vraag uit het Onderzoeksrapport Taskforce Emancipatie (Stoof, 2004). Bij deze vraag wordt in het huidige onderzoek gesteld dat bepaalde factoren kunnen zorgen voor moeilijkheden bij de loopbaan waarna de respondent van iedere factor dient aan te geven of deze op de eigen loopbaan van toepassing is (geweest). De antwoordmogelijkheden variëren daarbij van 1 = *Niet van toepassing/speelt niet* tot 4 = *Positieve invloed op loopbaan*. Een voorbeeld van een item uit deze schaal is “Gebrek aan loopbaanperspectief”. Psychometrische kenmerken van deze schaal zijn niet bekend. Aan de 11 items die de vraag oorspronkelijk kende zijn naar aanleiding van de interviews vier items toegevoegd, te weten: “Stimulering vanuit de organisatie”, “Onduidelijk loopbaanbeleid binnen de organisatie”, “Onvoldoende individuele loopbaanbegeleiding”, “Discriminatie op grond van geslacht”.

Op basis van de suggesties tijdens de pilotinterviews voor maatregelen ter bevordering van het aandeel vrouwen op hogere posities is een schaal opgesteld over de mogelijke maatregelen die genomen kunnen worden. Aangezien de aanbevelingen die bleken uit de interviews soms wat vaag waren, zijn deze aangevuld met resultaten uit onderzoek van Yedidia en Bickel (2001). Zodoende ontstond een schaal met acht items waarbij respondenten moesten beoordelen of hun doorgroeimogelijkheden zouden toenemen als een dergelijke maatregel ingesteld zou worden. De antwoordmogelijkheden die respondenten daarbij hadden, varieerden van 1 = *Nemen volstrekt niet toe* tot 3 = *Nemen behoorlijk toe*. Een voorbeelditem uit deze schaal is “Werknemers met kinderen de mogelijkheid bieden de werktijden daarop aan te passen”.

Resultaten

Betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte meetinstrumenten

Voorafgaand aan het toetsen van de hypothesen zijn de gebruikte schalen getoetst op betrouwbaarheid en onderliggende factorstructuur. Bij de factoranalyses is steeds gebruik gemaakt van de screeplotregel en zijn Varimax rotaties toegepast. Hieronder zullen voor de totale steekproef beide analyses per meetinstrument worden besproken. Verder onderscheid tussen de seksen zal worden gemaakt bij het bespreken van de beschrijvende statistieken.

Factoranalyse uitgevoerd op de ‘Career-oriented commitment’ schaal (Ellemers, De Gilder & Van den Heuvel, 1998) resulteerde in een ééndimensionale schaal. Uit betrouwbaarheidsanalyse bleek de betrouwbaarheid van deze schaal ($\alpha = .84$) hoger te zijn dan aanvankelijk op basis van de formule voor Spearman-Brown (cf. Van den Brink & Mellenbergh, 2003) was geschat.

Factoranalyse op de vier schalen van de ‘PVIPS’ (Hartung, Taber & Richard, 2005) toonde een structuur van vier factoren. Het item “...de controle heb over te nemen beslissingen’ afkomstig uit de autonomieschaal bleek op zowel de managementcomponent als op de autonomiecomponent hoog te laden. Hetzelfde resultaat deed zich voor bij het uitvoeren van een factoranalyse op de vier schalen van de PVIPS (Hartung et al., 2005) en de twee toegevoegde schalen ‘overig’ en ‘onderwijs’. Aangezien uit betrouwbaarheidsanalyses bleek dat de betrouwbaarheid van de autonomieschaal zonder het betreffende item voldoende bleef ($\alpha = .68$), is ervoor gekozen het item niet mee te nemen in de verdere analyses. Met uitzondering van de prestigeschaal ($\alpha = .59$) bleken de betrouwbaarheden van de managementschaal ($\alpha = .84$), de academisch instituutschaal ($\alpha = .81$), de overig schaal ($\alpha = .60$) en de onderwijsschaal ($\alpha = .93$) goed te zijn.

Voordat analyses op de ‘Self-Liking/Self-Competence Scale-Revised Version’ (SLCS-R, Tafarodi & Swann, 2001) uitgevoerd konden worden, zijn eerst de negatief geformuleerde items van de ‘Self-Competence’ schaal en de ‘Self-Liking’ schaal omgescoord. Factoranalyse toonde vervolgens aan dat de schaal twee component meet. Opvallend daarbij was echter wel dat het item ‘Ik ben gelukkig met wie ik ben’ uit de ‘Self-Liking’ schaal en het item ‘Soms vind ik het moeilijk dingen te bereiken die belangrijk voor me zijn’ uit de ‘Self-Competence’ schaal een enigszins onduidelijke lading hadden op één van de twee componenten. De betrouwbaarheid van de ‘Self-Likingschaal’ ($\alpha = .77$) en de ‘Self-Competenceschaal’ ($\alpha = .64$) in de totale steekproef bleek voldoende te zijn. Mede op basis van de correlatie tussen de twee componenten ($r = .53, p < .01$) is daarom besloten beide items te behouden.

De ‘Children’s Sex Role Inventory’ (CSRI, Boldizar, 1991) bleek een onderliggende structuur van twee componenten te hebben. Daarbij bleek het item ‘Ik ben een opgewekt iemand’ uit de femininiteitschaal op beide componenten een factorlading van .43 te hebben. De correlatie tussen beide schalen bedroeg .10. Omdat de CSRI specifiek gericht is op de verschillen tussen mannen en vrouwen, is ervoor gekozen de factoranalyse op het instrument ook per sekse uit te voeren. Deze analyses resulteerden voor beide seksen in een structuur van twee componenten waarbij ieder item bij beide seksen op dezelfde factor laadden. Hetzelfde item dat eerder een onduidelijke lading had op één van de factoren, bleek ook voor beide

seksen een onduidelijke lading te hebben. Na verwijdering van het item met de dubbelzinnige lading bleek de betrouwbaarheid van de femininiteitschaal voor de totale steekproef voldoende te zijn ($\alpha = .63$). Ook bleek de betrouwbaarheid voor de totale steekproef van de masculiniteitschaal ($\alpha = .83$) goed te zijn.

De, voor het huidige onderzoek aangepaste versie van de, ‘Stereotype Beliefs about Women Managers Scale’ (SBWMS, Moore Grunberg & Greenberg, 2004) bleek een ééndimensionale structuur te hebben. Ook de betrouwbaarheid ($\alpha = .93$) van de schaal bleek voor de gehele steekproef goed te zijn.

De schaal met omstandigheden die men al dan niet kan hebben ervaren tijdens de loopbaan tot nu toe (Stoof, 2004) bleek een structuur van drie componenten te hebben. De betrouwbaarheid ($\alpha = .71$) van de items bleek voldoende te zijn. Inhoudelijk gezien was het niet mogelijk de verschillende items onder te brengen in drie betekenisvolle clusters die ieder een voldoende betrouwbaarheid zouden hebben. Daarnaast bleek de correlatie tussen de items relatief laag te zijn. Op basis van deze bevindingen is besloten alle omstandigheden die mogelijk een rol hebben gespeeld tijdens de loopbaan apart op te nemen in de analyses.

De schaal die was opgenomen om de toename in doorgroeimogelijkheden bij verschillende beleidsmaatregelen te meten (eg. Yedidia en Bickel, 2001) bleek een tweedimensionale factorstructuur te hebben. De eerste drie items van de schaal laadden samen op één component en zijn ondergebracht in het zogenaamde cluster ‘Omstandigheden in de organisatie’ ($\alpha = .78$). De overige items zijn samengebracht in het zogenaamde cluster ‘Begeleiding, support ed.’ ($\alpha = .85$). In de totale steekproef bleken de twee cluster significant met elkaar te correleren ($r = .50, p < .01$). Een samenvatting van de betrouwbaarheden per schaal gerapporteerd door de auteurs van de verschillende meetinstrumenten, de geschatte betrouwbaarheden na inkorting van schalen en de uiteindelijke betrouwbaarheden in de huidige steekproef is weergegeven in Tabel 3.

Beschrijvende statistieken

In het huidige onderzoek staat de vraag centraal of mannen en vrouwen van elkaar verschillen. Daarom zijn in Tabel 4 en 5 de beschrijvende statistieken van respectievelijk mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers weergegeven. Bij de mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers zijn de betrouwbaarheden van de prestigeschaal (Hartung et al., 2005), de vijf items die zijn toegevoegd als baankenmerken welke vermeld staan in Tabel 3 onder overig en de ‘Self-Competence’ schaal (Tafarodi & Swann, 2001) aan de lage kant. Daarentegen bleek voor de

vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers alleen de betrouwbaarheid van de vijf toegevoegde items van voorkeuren voor baankenmerken relatief laag te zijn. Aangezien voor zowel de mannelijke als de vrouwelijke respondenten de betrouwbaarheden van de vijf items die in Tabel 3 zijn vermeld onder ‘overig’ laag was, is de correlatie tussen de items bekeken. Omdat de correlaties tussen de items voor mannelijke deelnemers en voor vrouwelijke deelnemers laag tot gemiddeld was, is ervoor gekozen de items uit deze schaal los van elkaar op te nemen in de overige analyses.

Tabel 3

Betrouwbaarheden van de verschillende schalen

Schaal	α origineel	Geschatte α verkorte versie	Daadwerkelijke α
Career-oriented commitment	.88 (5 items)	.78 (3 items)	.84 (3 items)
Prestige (PVIPS)	.88 (10 items)	.71 (3 items)	.59 (3 items)
Autonomy (PVIPS)	.84 (7 items)	.72 (4 items)	.68 (3 items)
Management (PVIPS)	.77 (5 items)	Niet verkort	.84 (5 items)
Scholarly pursuits (PVIPS)	.77 (3 items)	Niet verkort	.81 (3 items)
Overig: ... werk en privé goed met elkaar kan combineren. ... bepaalde baan zekerheden heb. ... variatie heb in mijn werkzaamheden. ... mogelijkheden heb om mezelf verder te kunnen ontwikkelen. ... een voorspelbaar aantal uren werk.	(5 items)	-	.60 (5 items)
Onderwijs	(3 items)	-	.93 (3 items)
Self-Liking scale (bij mannen)	.90 (8 items)	.82 (4 items)	.72 (4 items)
Self-Competence scale (bij mannen)	.82 (8 items)	.70 (4 items)	.58 (4 items)
Self-Liking scale (bij vrouwen)	.90 (8 items)	.82 (4 items)	.80 (4 items)
Self-Competence scale (bij vrouwen)	.83 (8 items)	.70 (4 items)	.70 (4 items)
CSRI femininiteitschaal	.89 (10 items)	.80 (4 items)	.63 (4 items)
CSRI masculiniteitschaal	.78 (10 items)	.64 (4 items)	.83 (4 items)
SBWMS	.87-.89 (6 items)	.77-.80 (4 items)	.93 (4 items)
Factoren ervaren tijdens de loopbaan	(11 items)	Niet verkort	.71 (15 items)
Maatregelen ter bevordering (org.)	(3 items)	-	.78 (3 items)
Maatregelen ter bevordering (sup. ed.)	(5 items)	-	.85 (5 items)

Noot: α origineel = betrouwbaarheid van de betreffende schaal gerapporteerd door de auteurs; Geschatte α verkorte versie = geschatte betrouwbaarheid na inkorting van de betreffende schaal; Daadwerkelijke α = betrouwbaarheden van de uiteindelijke schaal in de huidige steekproef; Maatregelen ter bevordering (org.) = omstandigheden in de organisatie; Maatregelen ter bevordering (sup. ed.) = Begeleiding, support ed..

Beschrijvende resultaten

Bij het samenstellen van de variabelen voor de statistische analyses is gecorrigeerd voor missende waarden door de eis te stellen dat respondenten minimaal 75 % van een schaal ingevuld moesten hebben alvorens deze werd meegenomen.

Aan alle respondenten is om een inschatting gevraagd van hun percentage werkzaamheden die zich afspelen op de gebieden onderwijs, onderzoek, management, patiëntenzorg of op een ander vlak, bijvoorbeeld het werken voor commissies of het volgen van cursussen. Op basis van deze gegevens is middels een ANOVA getoetst of de groep

medisch specialisten significant verschillen in hun werkzaamheden van de groep wetenschappelijk onderzoekers. In overeenstemming met wat verwacht kon worden, blijken wetenschappelijk onderzoekers ($M = 69.43$, $SD = 24.59$) meer werkzaamheden uit te voeren op het gebied van onderzoek dan medisch specialisten ($M = 17.97$, $SD = 15.66$), $F(1, 255) = 396.78$, $p < .001$. Daarentegen besteden medisch specialisten ($M = 52.68$, $SD = 24.03$) gemiddeld meer tijd aan patiëntenzorg dan wetenschappelijk onderzoekers ($M = 2.85$, $SD = 12.06$), $F(1, 255) = 446.52$, $p < .001$. Op basis van deze resultaten is besloten de mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers samen één groep te laten vormen en deze groep vervolgens te vergelijken met de groep vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers. Echter, om uit te sluiten dat verschillen in de invulling van de functie de resultaten beïnvloeden, is ervoor gekozen de functie-invulling in de analyses ook op te nemen als covariaten wanneer de hypothesen getoetst werden middels (M)ANOVA's.

Tevens is getoetst of er verschillen bestaan bij de respondenten in de betrokkenheid bij de eigen loopbaan (Ellemers, De Gilder & Van den Heuvel, 1998). Een ANOVA toonde aan dat mannelijke respondenten ($M = 3.58$, $SD = .88$) niet significant verschilden van vrouwelijke respondenten ($M = 3.46$, $SD = .78$) in de mate van betrokkenheid bij de eigen loopbaan, $F(1, 255) = 2.68$, $p > .05$. Ook bleken medisch specialisten ($M = 3.61$, $SD = .80$) en wetenschappelijk onderzoekers ($M = 3.43$, $SD = .85$) niet significant van elkaar te verschillen in de betrokkenheid bij de eigen loopbaan, $F(1, 255) = 3.93$, $p > .05$.

Vrouwelijke respondenten ($M = 1.93$, $SD = .61$) verwachten significant meer doorgroeimogelijkheden door het nemen van maatregelen uit het cluster 'Omstandigheden in de organisatie' te krijgen dan mannelijke respondenten ($M = 1.39$, $SD = .57$), $F(1, 252) = 54.60$, $p < .001$. Ook door maatregelen uit het cluster 'Begeleiding, support, ed.' verwachten vrouwen ($M = 2.08$, $SD = .56$) significant meer doorgroeimogelijkheden te krijgen dan mannen ($M = 1.75$, $SD = .64$), $F(1, 252) = 19.08$, $p < .001$. Daarentegen verschilden de groep medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers niet significant van elkaar op de beide clusters.

Toetsing van de hypothesen

Bij de toetsing van iedere hypothese zullen alleen significante en zeer opvallende resultaten worden besproken. Voor de overige resultaten wordt, indien van toepassing, verwezen naar de genoemde tabel of de genoemde tabellen.

In *hypothese 1A* wordt verwacht dat vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers een lager zelfvertrouwen bezitten dan mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers. Voor het toetsen van deze hypothese is eerst een MANOVA uitgevoerd waarin respectievelijk de schalen ‘Self-Competence’, ‘Self-liking’, zelfvertrouwen (ie. ‘Self-competence’ en ‘Self-liking’; Tafarodi & Swann, 2001) en de eigen beoordeling van het zelfvertrouwen opgenomen zijn als afhankelijke variabelen. Het geslacht van de respondenten en het onderscheid tussen medisch specialist en wetenschappelijk onderzoeker zijn opgenomen als onafhankelijke variabelen. De MANOVA resulteerde in een significant resultaat voor geslacht, Wilks’s $\Lambda = .89$, $F(4, 226) = 7.20$, $p < .001$. Niet significante resultaten werden behaald voor specialisten en onderzoekers, Wilks’s $\Lambda = .97$, $F(4, 226) = 1.73$, $p > .05$. Ook deed zich geen significant interactie-effect voor tussen de onafhankelijke variabelen, Wilks’s $\Lambda = .97$, $F(4, 226) = 1.96$, $p > .05$. Uit een aanvullende ANOVA (Tabel 6) blijkt dat mannelijke respondenten op een tienpuntsschaal een significant hogere beoordeling toekennen aan het eigen zelfvertrouwen dan vrouwelijke respondenten, $F(1, 229) = 21.52$, $p < .001$. Op de metingen van zelfvertrouwen als ‘Self-Liking’, ‘Self-Competence’ en de optelling van beide componenten scoorden mannelijke respondenten wel hoger dan vrouwelijke respondenten, maar de ANOVA toonde aan dat deze verschillen niet significant waren. Wanneer middels regressieanalyses rekening wordt gehouden met de demografische variabelen leeftijd en het al dan niet hebben van kinderen blijkt dat beide seksen alleen significant van elkaar verschillen bij het beoordelen van het eigen zelfvertrouwen op een tienpuntsschaal (Tabel 7). Bovenstaande resultaten bieden slechts een beperkte ondersteuning voor hypothese 1A. Echter, er is hierbij nog niet gecorrigeerd voor de functie-invulling van de respondenten.

Tabel 7

Regressie van de beoordeling van het zelfvertrouwen op demografische kenmerken en geslacht

<i>Beoordeling zelfvertrouwen</i>	β	R^2	$F(3, 228)$
		.07	6.97***
Geslacht	-.23***		
Leeftijd	.02		
Kinderen	-.11		

Noot: N = 232. Geslacht: man (1), vrouw (2); Kinderen: wel (1), geen (2). * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, eenzijdig getoetst.

Een MANCOVA met de functie-invulling als covariaten toont een significant resultaat voor geslacht, Wilks’s $\Lambda = .32$, $F(4, 216) = 112.77$, $p < .001$. Omdat zich tevens significante

interactie-effecten voordeden tussen de onafhankelijke variabele geslacht en respectievelijk het percentage werkzaamheden op de gebieden onderwijs, Wilks's $\Lambda = .34$, $F(4, 216) = 103.59$, $p < .001$, onderzoek, Wilks's $\Lambda = .33$, $F(4, 216) = 112.07$, $p < .001$, management, Wilks's $\Lambda = .33$, $F(4, 216) = 108.42$, $p < .001$, patiëntenzorg, Wilks's $\Lambda = .33$, $F(4, 216) = 111.39$, $p < .001$ en werkzaamheden op andere gebieden, Wilks's $\Lambda = .48$, $F(4, 216) = 59.71$, $p < .001$, zijn deze interactie-effecten voor iedere meting van zelfvertrouwen per sekse nader onderzocht in verschillende regressieanalyses (Tabel 8). Hoewel het model niet significant is blijkt uit Tabel 8 dat de functie-invulling alleen significant van invloed is op het zelfvertrouwen gemeten als 'Self-Competence' van vrouwelijke respondenten.

Tabel 8

Regressie van de vier metingen van zelfvertrouwen op de interactie-effecten tussen de covariaten functie-invulling en geslacht

	Mannen			Vrouwen		
	β	R ²	F	β	R ²	F
<i>Self-Competence</i>		.02	1.61		.02	1.56
Percentage onderwijs	.21			-.85*		
Percentage onderzoek	.17			-3.20*		
Percentage management	.27			-1.08		
Percentage patiëntenzorg	.27			-3.04*		
Percentage anders	-.04			-.55*		
<i>Self-Liking</i>		.01	1.29		.02	1.46
Percentage onderwijs	.03			-.35		
Percentage onderzoek	-.07			-1.37		
Percentage management	.08			-.38		
Percentage patiëntenzorg	.00			-1.15		
Percentage anders	-.21			-.34		
<i>Zelfvertrouwen</i>		.02	1.61		.02	1.48
Percentage onderwijs	.13			-.65		
Percentage onderzoek	.03			-2.48		
Percentage management	.19			-.78		
Percentage patiëntenzorg	.14			-2.27		
Percentage anders	-.15			-.50		
<i>Beoordeling zelfvertrouwen</i>		.02	1.52		.01	1.22
Percentage onderwijs	-.15			-.55		
Percentage onderzoek	-.39			-2.22		
Percentage management	.04			-.79		
Percentage patiëntenzorg	-.21			-1.96		
Percentage anders	-.04			-.49		

Noot: Mannen: N = 127, $df = 5, 121$ voor Self-Competence, Self-Liking, Zelfvertrouwen; N = 108, $df = 5, 102$ voor Beoordeling zelfvertrouwen. Vrouwen: N = 130, $df = 5, 124$ voor Self-Competence, Self-Liking, Zelfvertrouwen; N = 123, $df = 5, 117$ voor Beoordeling zelfvertrouwen. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, eenzijdig getoetst.

Voor *hypothese 1B* werd verwacht dat mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers minder negatieve omstandigheden ervaren tijdens hun loopbaan dan hun vrouwelijke collega's. Om dit te kunnen toetsen is de schaal met omstandigheden die al dan

niet ervaren kunnen zijn tijdens de loopbaan (eg. Stoof, 2004) verdeeld in speelt geen rol tijdens de loopbaan (waarde 0) en speelt wel een rol tijdens de loopbaan (waarde 1). Deze variabele zal hierna worden aangeduid als ‘Ervaren omstandigheden’. Tabel 9 toont dat mannelijke respondenten significant vaker dan hun vrouwelijke collega’s tijdens hun loopbaan te maken hebben gehad met onzekerheden van externe financiering, publicatiedruk, gebrek aan loopbaanperspectief en een onduidelijk loopbaanbeleid. Vrouwelijke respondenten werden daarentegen significant vaker geconfronteerd met mogelijkheden om minder te werken en discriminatie op grond van geslacht dan mannelijke respondenten.

Tabel 9

Verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten in omstandigheden die wel en geen invloed hebben gehad op de loopbaan

	Geen invloed op de loopbaan		Wel invloed op de loopbaan		χ^2
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	
Onzekerheid van externe financiering	45	80	81	51	16.53***
Gebrek aan een netwerk	73	76	54	55	.01
Publicatiedruk	14	40	113	91	14.83***
Goed combineren van werk en privé	20	24	106	106	.30
Erg weinig intellectuele stimulansen	88	95	38	35	.33
Gebrek aan loopbaanperspectief	57	74	68	53	4.05*
Gebrek aan opleidingsmogelijkheden	97	85	30	40	2.20
Mogelijkheden om meer te werken	97	101	31	27	.36
Mogelijkheden om minder te werken	95	76	32	50	6.06**
Stimulering vanuit de organisatie	34	41	93	86	.93
Onduidelijk loopbaanbeleid	42	56	85	71	3.26*
Onvoldoende ind.loopbaanbegeleiding	55	47	72	81	1.15
Discriminatie op grond van geslacht	119	99	9	29	12.36***

Noot: Aantal respondenten weergegeven per cel. $df = 1$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, eenzijdig getoetst.

Om vervolgens na te kunnen gaan in hoeverre een ervaren situatie tijdens de loopbaan een negatieve, zowel een negatieve als een positieve of een positieve rol heeft gespeeld, zijn aan de ervaren omstandigheden wederom waarden toegekend. Respondenten die aangaven dat een omstandigheid een negatieve rol speelde tijdens hun loopbaan, kregen voor de betreffende omstandigheid waarde één toegekend. Omstandigheden die zowel als negatief en als positief werden ervaren kregen waarde twee en een waarde van drie werd toegekend als een omstandigheid een positieve rol had gespeeld tijdens de loopbaan. In het vervolg zal naar deze variabele worden verwezen als ‘Rol omstandigheden’. Tabel 10 toont de resultaten voor de χ^2 -toets van de omstandigheden die niet gedichotomiseerd hoefden te worden. Het uitvoeren van een χ^2 -toets toonde echter ook aan dat van de variabele ‘Rol omstandigheden’ de volgende omstandigheden te weinig aantallen per cel hebben: ‘onzekerheid van externe financiering’, ‘gebrek aan een netwerk’, ‘weinig intellectuele stimulansen’, ‘gebrek aan loopbaanperspectief’, ‘gebrek aan opleidingsmogelijkheden’, ‘mogelijkheden om meer te

werken', 'onvoldoende individuele loopbaanbegeleiding' en 'discriminatie op grond van geslacht'. Om dit te kunnen oplossen zijn de betreffende omstandigheden gedichotomiseerd waarbij aan een negatieve rol de waarde één werd toegekend en aan de andere twee antwoordcategorieën een waarde van twee. Zodoende ontstonden de categorieën negatieve rol tijdens de loopbaan en negatieve tot positieve rol tijdens de loopbaan. Met uitzondering van de omstandigheden 'mogelijkheden om meer te werken' en 'discriminatie op grond van geslacht' die wederom te weinig aantallen per cel hadden, zijn vervolgens voor de gedichotomiseerde omstandigheden ook χ^2 -toetsen uitgevoerd (Tabel 11). Tabel 10 en 11 tonen samen dat het ervaren van onzekerheden over externe financiering met name een negatieve rol speelt tijdens de loopbaan van vrouwelijke respondenten, terwijl mannen zowel een negatieve als positieve invloed ervan kunnen ervaren.. Hoewel het ervaren van publicatiedruk door mannen en vrouwen bij de meeste zowel een negatieve als een positieve rol kan spelen, speelt publicatiedruk bij mannen eerder een positieve rol tijdens de loopbaan dan bij vrouwen. Wanneer het goed kunnen combineren van werk en privé speelt tijdens de loopbaan, ervaren mannen hiervan minder vaak alleen hinder en eerder een positieve invloed dan vrouwen. Het ervaren van onvoldoende individuele loopbaanbegeleiding heeft met name een negatieve invloed gehad op de loopbanen van vrouwelijke respondenten. Terwijl mannen significant meer moeilijkheden ervaren als gevolg van onduidelijk loopbaanbeleid. Op basis van beide χ^2 -toetsen kan geconcludeerd worden dat hoewel er verschillen bestaan tussen beide seksen in ervaren omstandigheden tijdens de loopbaan, worden deze omstandigheden niet per definitie als negatiever ervaren door vrouwelijke respondenten dan door hun mannelijke collega's. Hypothese 1B moet dus worden verworpen.

In *Hypothese 1C* werd verwacht dat de vier eerder genoemde metingen van zelfvertrouwen voor zowel mannelijke als vrouwelijke respondenten negatief gerelateerd zouden zijn aan de ervaren omstandigheden tijdens de loopbaan. Deze hypothese is zowel getoetst met de variabele 'Ervaren omstandigheden' (Tabel 12) als met 'Rol omstandigheden' (Tabel 13). Tabel 12 toont dat voor mannelijke en vrouwelijke respondenten zowel positieve, negatieve als zeer kleine of geen verbanden worden gevonden tussen de ervaren omstandigheden tijdens de loopbaan en de verschillende metingen van zelfvertrouwen. Bovendien blijken niet alle correlaties significant te zijn. Ook Tabel 13 laat zowel positieve als negatieve correlaties zien die al dan niet significant zijn. Voor mannelijke respondenten, met uitzondering van het ervaren van discriminatie op grond van geslacht, geldt dat hoe positiever de rol van een ervaren omstandigheid is tijdens de loopbaan, hoe hoger het zelfvertrouwen. Opvallend is dat vrouwen significant hoger scoren op de meeste metingen

van zelfvertrouwen naarmate het combineren van werk en privé en de publicatiedruk een positievere rol hebben gespeeld tijdens de loopbaan. Aangezien Tabel 12 slechts een beperkt aantal significante negatieve correlaties toont en Tabel 13 slechts een aantal significante positieve en één significant negatieve correlatie laat zien, kan geconcludeerd worden dat hypothese 1C verworpen moet worden.

Hypothese 2A veronderstelt dat vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers meer feminiene eigenschappen bezitten dan mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers. Bij het toetsen van hypothese 2A (Tabel 6) bleken vrouwelijke respondenten niet significant meer feminien (Boldizar, 1991) te zijn dan mannelijke respondenten, $F(1, 254) = 1.54, p > .05$. Ook bleken er geen significante verschillen te zijn tussen de groep medisch specialisten en de groep wetenschappelijk onderzoekers, $F(1, 254) = .03, p > .05$. Mannelijke medisch specialisten en onderzoekers bleken gemiddeld even feminien te zijn als vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers. Rekening houden met de demografische kenmerken leeftijd en kinderen bleek, evenals het toevoegen van de functie-invulling als covariaat geen invloed te hebben op de resultaten. De resultaten bieden dus geen ondersteuning voor hypothese 2A zodat deze kan worden verworpen.

Tabel 14

Regressie van masculiniteit op de demografische kenmerken en geslacht

<i>Masculiniteit</i>	β	R^2	F (3, 253)
		.09	9.77***
Geslacht	-.27***		
Leeftijd	.05		
Kinderen	-.09		

Noot: N = 257. Geslacht: man (1), vrouw (2); Kinderen: wel (1), geen (2). * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, eenzijdig getoetst.

Hypothese 2B waarin wordt gesteld dat mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers meer masculiene eigenschappen hebben dan vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoeker wordt partieel ondersteund door de resultaten (Tabel 6). Mannelijke respondenten blijken significant meer masculien (Boldizar, 1991) te zijn dan vrouwelijke respondenten, $F(1, 254) = 28.93, p < .001$. Ook wanneer met behulp van regressieanalyse rekening werd gehouden met de demografische kenmerken leeftijd en kinderen, bleken mannen significant hoger te scoren op masculiniteit dan vrouwen (Tabel 14). Echter, mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers bleken gemiddeld niet meer masculien te zijn dan vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk

onderzoekers, $F(1, 254) = 4.63, p > .05$. Overigens bleken ook medisch specialisten niet significant hoger te scoren op de meting van masculiniteit dan wetenschappelijk onderzoekers, $F(1, 254) = 3.22, p > .05$. Het uitvoeren van de analyses met de functieinvulling als covariaten bleek geen significante resultaten op te leveren.

Hypothese 2C veronderstelt dat de stereotype dreiging gevoelens ervaren door vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers significant gerelateerd zijn aan de omstandigheden die zij ervaren tijdens de loopbaan. Deze hypothese is getoetst middels correlaties tussen de meting voor stereotype dreiging gevoelens ervaren door vrouwen en respectievelijk de variabelen ‘Ervaren omstandigheden’ en ‘Rol omstandigheden’ (Tabel 15). Uit Tabel 15 kan worden opgemaakt dat stereotype dreiging gevoelens ervaren door vrouwelijke respondenten alleen significant positief correleren met het al dan niet ervaren van onduidelijk loopbaanbeleid, onvoldoende individuele loopbaanbegeleiding en discriminatie op grond van geslacht tijdens de loopbaan. Bovendien blijkt dat naarmate vrouwelijke respondenten tijdens hun loopbaan een negatievere invloed ervaren van het gebrek aan intellectuele stimulansen, zij minder stereotype dreiging gevoelens zullen ervaren. Aangezien in Tabel 14 slechts vier verbanden significant zijn, kan hypothese 2C worden verworpen.

Tabel 15

Correlaties tussen de stereotype dreiging gevoelens ervaren door vrouwen en de omstandigheden tijdens hun loopbaan

	Ervaren omstandigheden (N = 125- 130)	Rol omstandigheden (N = 27- 106)
	Stereotype dreiging gevoelens	Stereotype dreiging gevoelens
Onzekerheid van externe financiering	.06	-.06
Gebrek aan een netwerk	.02	.01
Publicatiedruk	-.07	-.17
Goed combineren van werk en privé	-.11	.01
Erg weinig intellectuele stimulansen	.07	.32*
Gebrek aan loopbaanperspectief	.15	.06
Gebrek aan opleidingsmogelijkheden	.06	.06
Mogelijkheden om meer te werken	.03	.15
Mogelijkheden om minder te werken	.04	.23
Stimulering vanuit de organisatie	.06	-.15
Onduidelijk loopbaanbeleid	.23**	-.01
Onvoldoende individuele loopbaanbegeleiding	.17*	.11
Discriminatie op grond van geslacht	.32**	.03

Noot: Correlaties zijn weergegeven voor vrouwelijke respondenten tussen de ervaren omstandigheden tijdens de loopbaan en hun gevoelens van stereotype dreiging. Schaalankers Ervaren omstandigheden: 0 = *Geen invloed tijdens de loopbaan...* 1 = *Wel invloed tijdens de loopbaan*; Schaalankers Rol omstandigheden: 1 = *Negatieve invloed op de loopbaan*, 2 = *Zowel een positieve als een negatieve invloed op de loopbaan*, 3 = *Positieve invloed op de loopbaan*. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, eenzijdig getoetst.

In *hypothese 3B* is gesteld dat vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers meer waarde hechten aan werkzaamheden op het gebied van onderwijs, aan het kunnen combineren van werk en privé (Hartung et al., 2005), aan variatie in taken, aan baan zekerheden en aan de voorspelbaarheid van het aantal uren dat gewerkt wordt. Om *hypothese 3B* te toetsen is eerst een MANOVA uitgevoerd. Aangezien de MANOVA een significant resultaat had voor geslacht, Wilks's $\Lambda = .89$, $F(6, 246) = 4.86$, $p < .001$, voor specialisten en onderzoekers, Wilks's $\Lambda = .88$, $F(6, 246) = 5.83$, $p < .01$ maar niet voor mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers, Wilks's $\Lambda = .97$, $F(6, 246) = 1.33$, $p > .05$, zijn de significante resultaten daarna in afzonderlijke ANOVA's onderzocht. Tevens betekende dit dat *hypothese 3A*, waarin verondersteld wordt dat er geen sekseverschil in voorkeuren voor baankenmerken is, verworpen kan worden. Vrouwelijke respondenten hechten significant meer waarde dan mannelijke respondenten aan het kunnen combineren van werk en privé, $F(1, 251) = 9.97$, $p < .01$, en aan de voorspelbaarheid van het aantal uren dat gewerkt wordt, $F(1, 251) = 17.86$, $p < .001$. Medisch specialisten kennen een groter belang toe aan het geven van onderwijs dan wetenschappelijk onderzoekers, $F(1, 251) = 14.37$, $p < .001$. Overigens bleek ook dat bij het opnemen van de functie-invulling als covariaten de MANCOVA geen significante resultaten liet zien. Echter, wanneer er rekening werd gehouden met de demografische kenmerken leeftijd en kinderen, bleken beide seksen significant van elkaar te verschillen in de waarden die gehecht werd aan de voorspelbaarheid van het aantal uren werken en het kunnen combineren van werk en privé (Tabel 16). *Hypothese 3B* wordt dus partieel ondersteund door de resultaten.

Hypothese 3C is op soortgelijke wijze getoetst als de voorgaande hypothese. Verwacht werd dat mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers meer voorkeur hadden voor managementtaken, autonomie, prestige en werkzaamheden gericht op de academische vooruitgang dan hun vrouwelijke collega's (Hartung et al., 2005). Omdat de MANOVA resulteerde in een significant resultaat voor geslacht, Wilks's $\Lambda = .89$, $F(4, 252) = 8.00$, $p < .001$, voor specialisten en onderzoekers, Wilks's $\Lambda = .90$, $F(4, 252) = 7.24$, $p < .001$ en tussen mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers, Wilks's $\Lambda = .95$, $F(4, 252) = 3.34$, $p < .05$ zijn daarna aanvullende analyses uitgevoerd. Mannelijke respondenten hechten significant meer waarde aan managementwerkzaamheden, $F(1, 255) = 19.96$, $p < .001$, en aan werkzaamheden gericht op academische vooruitgang, $F(1, 255) = 21.17$, $p < .001$, dan vrouwelijke respondenten. Medisch specialisten hechten significant meer belang aan

werkzaamheden gericht op academische vooruitgang, $F(1, 255) = 12.85$, $p < .001$, en aan autonomie bij het uitvoeren van de werkzaamheden, $F(1, 255) = 6.65$, $p < .05$, dan wetenschappelijk onderzoekers. Alleen de voorkeur voor prestige werd niet significant meer gewaardeerd door één van beide seksen of door specialisten en onderzoekers. Ook hier bleek het toevoegen van de functie-invulling als covariaten geen significante resultaten op te leveren. Rekening houden met de demografische kenmerken leeftijd en kinderen leverden alleen bij de waarde die gehecht werd aan management en academische vooruitgang significante sekseverschillen op (Tabel 16). Op basis van deze resultaten wordt hypothese 3C partieel bevestigd.

Tabel 16

Regressie van de voorkeuren voor baankenmerken op de demografische kenmerken en geslacht

	β	R ²	F
<i>Combineren werk/privé</i>		.03	3.88*
Geslacht	.16*		
Leeftijd	-.12		
Kinderen	-.07		
<i>Variatie in werkzaamheden</i>		.02	2.74*
Geslacht	.01		
Leeftijd	.02		
Kinderen	-.17*		
<i>Voorspel aantal uren werken</i>		.08	8.59***
Geslacht	.28***		
Leeftijd	-.10		
Kinderen	-.08		
<i>Onderwijs</i>		.06	6.72***
Geslacht	-.01		
Leeftijd	.17*		
Kinderen	-.16*		
<i>Management</i>		.08	8.36***
Geslacht	-.20**		
Leeftijd	.13*		
Kinderen	-.08		
<i>Academische vooruitgang</i>		.09	9.28***
Geslacht	-.30***		
Leeftijd	.05		
Kinderen	.01		

Noor: $N = 258$, $df = 3, 254$ voor combineren werk/privé, voorspel aantal uren werken, onderwijs, management, academische vooruitgang; $N = 256$, $df = 3, 252$ voor variatie in werkzaamheden. Geslacht: man (1), vrouw (2); Kinderen: wel (1), geen (2). * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, eenzijdig getoetst.

Bij *hypothese 4A* wordt verwacht dat de voorkeuren voor baankenmerken van vrouwen de moeilijkheden waarmee zij te maken krijgen tijdens hun loopbaan significant zullen voorspellen. Om deze hypothese te toetsen zijn regressieanalyses uitgevoerd met de variabele ‘Rol omstandigheden’ en de voorkeuren voor baankenmerken. De voorkeuren van

vrouwelijke respondenten bleken alleen significant de al dan niet ervaren moeilijkheden als gevolg van een gebrek aan loopbaanperspectief tijdens de loopbaan te voorspellen (Tabel 17). Op grond van deze resultaten wordt hypothese 4A slechts in zeer beperkte mate ondersteund.

Tabel 17

Regressie van de rol van ervaren omstandigheden op voorkeuren voor baankenmerken van mannen en vrouwen

	Mannen (N = 93)				Vrouwen (N = 52)		
	β	R ²	F (10, 82)		β	R ²	F (10, 41)
Stimulering vanuit de organisatie		.14	2.48*	Gebrek aan loopbaanperspectief		.22	2.42*
Onderwijs	.06			Onderwijs	-.13		
Combi werk/privé	.15			Combi werk/privé	.16		
Baanzekerheden	-.02			Baanzekerheden	.15		
Variatie in werkzaamheden	.44**			Variatie in werkzaamheden	.06		
Ontwikkelingsmogelijkheden	-.02			Ontwikkelingsmogelijkheden	-.11		
Voorspel aantal uren werk	-.03			Voorspel aantal uren werk	-.29*		
Management	-.11			Management	.33*		
Autonomie	-.26*			Autonomie	-.13		
Prestige	.09			Prestige	-.53**		
Academische vooruitgang	-.07			Academische vooruitgang	.08		

*Noot: * p < .05. ** p < .01. *** p < .001, eenzijdig getoetst.*

Hypothese 4B veronderstelt dat de voorkeuren van mannen de ervaren omstandigheden tijdens hun loopbaan niet zullen voorspellen. Ook voor het toetsen van deze hypothese zijn regressieanalyses uitgevoerd met de variabele ‘Rol omstandigheden’ en de voorkeuren voor baankenmerken (Tabel 17). Hoewel alleen de eventueel ervaren moeilijkheden als gevolg van stimulering vanuit de organisatie significant voorspelt kon worden vanuit de voorkeuren voor baankenmerken, wordt hypothese 4B dus niet ondersteund door de resultaten.

Discussie

Met het huidige onderzoek werd beoogd meer inzicht te verkrijgen in de factoren die een rol spelen bij het ervaren van een glazen plafond door vrouwen binnen de academisch medische sector. Het onderzoek richtte zich in het bijzonder op de rol van zelfvertrouwen, stereotypen en voorkeuren voor baankenmerken tijdens de loopbanen van mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers. Onderzocht is of er verschillen bestaan in deze factoren tussen mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers. Ook zijn de eventuele verschillen in deze factoren tussen medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers nagegaan. In het onderstaande zal eerst de rol van zelfvertrouwen, stereotypen en voorkeuren voor baankenmerken bij het ervaren van een glazen plafond worden besproken. Daarna zal worden ingegaan op de

beperkingen van het huidige onderzoek, de suggesties voor toekomstig onderzoek en zullen enkele praktische implicaties van het onderzoek worden besproken.

Zelfvertrouwen, stereotypen, voorkeuren voor baankenmerken en het glazen plafond

Mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers beoordelen het eigen zelfvertrouwen op een tienpuntsschaal hoger dan hun vrouwelijke collega's. Hoewel ook op de andere metingen van zelfvertrouwen mannen hoger scoorden dan vrouwen waren deze verschillen niet significant. Bij het toekennen van cijfers op een tienpuntsschaal aan het eigen zelfvertrouwen door medisch specialisten beoordelen zij zichzelf hoger dan wetenschappelijk onderzoekers. Daarentegen blijken er geen significante verschillen tussen specialisten en onderzoekers te zijn wanneer zelfvertrouwen gebaseerd is op het geloof in de eigen competenties, de mate waarin de persoon zichzelf als positief ervaart en wanneer beide componenten worden samengenomen (Tafarodi & Swann, 2001). De vraag is vervolgens in hoeverre het verschil in de zelfbeoordeling van het zelfvertrouwen een rol spelen bij het ervaren van moeilijkheden door mannen en vrouwen tijdens hun loopbaan. Hoewel niet alle verbanden tussen het zelfvertrouwen van mannen en de rol van de ervaren omstandigheden (eg. Stoof, 2004) significant waren, bleek er bij hen met uitzondering van seksdiscriminatie wel sprake te zijn van positieve verbanden. Naarmate mannen tijdens hun loopbaan minder hinder ervaren als gevolg van publicatiedruk, het kunnen combineren van werk en privé, door een gebrek aan opleidingsmogelijkheden, of door stimulering vanuit de organisatie neemt hun zelfvertrouwen toe. Bij vrouwen daarentegen lijkt het ervaren van moeilijkheden als gevolg van een onduidelijk loopbaanbeleid ermee samen te hangen dat zij het eigen zelfvertrouwen significant hoger beoordelen. Bovendien doen zich bij vrouwen zowel positieve als negatieve correlaties voor tussen de verschillende metingen van zelfvertrouwen en de ervaren moeilijkheden tijdens de loopbaan.

Anders dan verwacht tonen vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers niet meer vrouwelijke eigenschappen, zoals vriendelijkheid en het tonen van medeleven, dan hun mannelijke collega's (Boldizar, 1991). In overeenstemming met de verwachtingen vertonen mannelijke respondenten wel meer masculiene eigenschappen, zoals assertiviteit en dominantie, dan hun vrouwelijke collega's. Mogelijk betekent dit dat waarschijnlijk alleen de mate van masculiniteit een belangrijke rol kan spelen tijdens de loopbanen van mannen en vrouwen. Deze conclusie wordt deels onderbouwd doordat stereotype dreiging gevoelens ervaren door vrouwen significant positief correleren met het al dan niet ervaren van een onduidelijk loopbaanbeleid, onvoldoende individuele

loopbaanbegeleiding en discriminatie op grond van geslacht tijdens de loopbaan. Omdat stereotype dreiging gevoelens ervaren door vrouwen grotendeels gebaseerd zijn op feminiene eigenschappen en deze gevoelens slechts significant gecorreleerd zijn aan de door vrouwen ervaren moeilijkheden als gevolg van weinig intellectuele stimulansen tijdens de loopbaan, is het mogelijk dat femininiteit een ondergeschikte rol speelt tijdens de loopbaan.

Afgezien van de verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers in zelfvertrouwen en masculiniteit blijken er tussen beide seksen ook verschillen te zijn in hun voorkeuren voor baankenmerken (Hartung et al., 2005). In tegenstelling tot de verwachtingen blijken mannelijke respondenten meer voorkeur te hebben voor onderwijstaken dan vrouwelijke respondenten. Daarnaast is er geen verschil gevonden in de voorkeur die mannen en vrouwen toekennen aan autonomie bij het uitvoeren van werkzaamheden en aan prestige. Mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers prefereren in hun werk voornamelijk managementtaken en het op een academische manier bezig zijn. Daarentegen hechten vrouwen juist meer waarde aan het goed kunnen combineren van werk en privé, het hebben van variatie tijdens de werkzaamheden en werken zij het liefst een vast aantal uren. Overigens impliceren deze resultaten niet dat mannen totaal geen waarde hechten aan bijvoorbeeld variatie in werkzaamheden of vrouwen aan managementtaken. Integendeel, zowel mannen als vrouwen hechten waarden aan de in het onderzoek gebruikte baankenmerken maar hierin zijn wel significante sekseverschillen gevonden.

De veronderstelling die hieraan verbonden kan worden, dat vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers meer moeilijkheden ervaren als gevolg van deze voorkeuren dan hun mannelijke collega's, wordt door het huidige onderzoek niet ondersteund. De voorkeuren voor baankenmerken van vrouwen voorspelden weliswaar significant de rol die een gebrek aan loopbaanperspectief kan spelen tijdens de loopbaan. Voor mannen kon echter de rol die stimulering vanuit de organisatie speelt tijdens de loopbaan significant worden voorspeld vanuit hun voorkeuren.

Overigens toonde het huidige onderzoek ook aan dat specialisten voornamelijk een voorkeur hebben voor onderwijstaken, terwijl onderzoekers eerder de voorkeur geven aan activiteiten gericht op academische vooruitgang en autonomie in de werkzaamheden (Hartung et al., 2005). Geen significante verschillen werden gevonden tussen specialisten en onderzoekers in zelfvertrouwen, masculiniteit en femininiteit.

Samengevat komen de resultaten van dit onderzoek erop neer dat hoewel er verschillen zijn in de beoordeling van het zelfvertrouwen, masculiniteit en voorkeuren voor

baan kenmerken tussen mannen en vrouwen, deze verschillen niet per definitie verband houden met de ervaren omstandigheden en/of moeilijkheden tijdens de loopbaan. Bovendien houden mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers zich naar eigen zeggen niet meer bezig met de eigen loopbaan dan hun vrouwelijke collega's.

Beperkingen van het huidige onderzoek

Het correlatieve karakter van het huidige onderzoek kan waarschijnlijk tot de belangrijkste beperking worden gerekend. Door enkel gebruik te maken van vragenlijst is het niet mogelijk causaliteitsverbanden aan te tonen tussen variabelen. Ter illustratie, het is bijvoorbeeld niet mogelijk te concluderen dat een voorkeur voor management nu leidt tot ervaren moeilijkheden tijdens de loopbaan of dat belemmeringen juist leiden tot een voorkeur voor managementtaken, zoals verondersteld wordt door de 'accomodation hypothesis' (Konrad et al., 2000). Op basis van het huidige onderzoek is het slechts mogelijk te stellen dat voorkeuren al dan niet significante verbanden vertonen met de ervaren moeilijkheden.

Een tweede kanttekening aan het huidige onderzoek betreft het inkorten van enkele bestaande schalen om de aanspraak op de tijd van de respondenten zo minimaal mogelijk te houden. Hoewel na inkorting op basis van de Spearman-Brown formule (cf. Van den Brink & Mellenbergh, 2003) redelijke tot goede betrouwbaarheden zijn geschat, blijken deze in werkelijkheid hier en daar aan de lage kant te zijn. Naast het inkorten van de schalen, mag ook niet worden vergeten dat de stereotype dreiging zoals die is opgenomen in de vragenlijst alleen betrekking hadden op de stereotype dreiging gevoelens ervaren door vrouwen. Hoewel hiervoor in het huidige onderzoek bewust is gekozen, is het goed denkbaar dat stereotype dreiging gevoelens ervaren door mannen ook een rol kunnen spelen in hun loopbaan. Bovendien kan het mogelijk zijn dat, in tegenstelling tot vrouwen, mannen juist geen dreiging ervaren van stereotypische opvattingen over vrouwen maar er juist door gesterkt worden (ie. 'stereotype lift'; Walton & Cohen, 2003). Omdat mannen geen deel uitmaken van de groep vrouwen en de stereotypische opvattingen over vrouwen dus niet op hen van toepassing zijn, kan het mogelijk zijn dat hun prestaties onder die omstandigheden juist beter worden.

Een laatste limitatie aan het huidige onderzoek is mogelijk dat er weinig aandacht is besteed aan de rol van organisatorische factoren op de loopbaan, zoals de organisatiecultuur en eventueel aanwezige subculturen (eg. Jex, 2002). Aangezien het onderzoek binnen één organisatie heeft plaatsgevonden, bestaat de kans dat dergelijke organisatorische factoren de resultaten enigszins beïnvloedt hebben. Bovendien is het mogelijk dat andere factoren die niet

zijn meegenomen in het huidige onderzoek, zoals persoonlijkheidseigenschappen (Seibert & Kraimer, 2001), ook kunnen spelen tijdens een loopbaan.

Methodologische problemen bij onderzoek naar het glazen plafond

Baxter en Wright (2000) formuleerden een aantal methodologische problemen van cross-sectioneel onderzoek naar het glazen plafond. Sommige van deze problemen lijken ook relevant te zijn voor het huidige onderzoek en zullen daarom hieronder worden besproken.

Bij het doen van onderzoek naar het ervaren van een glazen plafond moet er rekening mee worden gehouden dat de omstandigheden uit het verleden en de implicaties daarvan niet zomaar veranderd kunnen worden (Baxter & Wright, 2000). Afschaffen van beleid dat er vroeger bijvoorbeeld toe heeft geleid dat mannen en vrouwen op verschillende niveaus werkzaam waren, zal pas na verloop van tijd leiden tot evenredige vertegenwoordiging van beide seksen op de verschillende niveaus binnen een organisatie.

Een ander punt dat onderzoek naar het glazen plafond compliceert, zijn de eventuele verschillen in kwaliteit van het werk tussen mannelijke en vrouwelijke werknemers die niet worden vastgesteld (Baxter & Wright, 2000). Enerzijds kan het zo zijn dat door het niet opmerken van eventueel bestaande kwaliteitsverschillen tussen mannelijke en vrouwelijke werknemers, mannen makkelijker dan vrouwen in aanmerking komen voor promoties. Dit zal zeker het geval zijn wanneer binnen een organisatie aangenomen wordt dat mannen bepaalde vaardigheden, bijvoorbeeld managementvaardigheden, goed bezitten en vrouwen niet (Baxter & Wright, 2000). Een vrouwelijke werknemer met goede managementvaardigheden zal in een dergelijke situatie minder loopbaanmogelijkheden hebben en dus een glazen plafond kunnen ervaren. Anderzijds is het mogelijk dat naarmate er meer vrouwen op hogere posities voorkomen men er ten onrechte vanuit gaat dat er geen sprake is van een glazen plafond. Aanwezigheid van meer vrouwen op hogere posities sluit niet per definitie uit dat die vrouwen niet meer moeite hebben gedaan of moeilijkheden hebben ervaren dan hun mannelijke collega's (Baxter & Wright, 2000).

Daarnaast kan het zo zijn dat vrouwen, eerder dan mannen, vertrekken uit een organisatie waardoor er mogelijk meer mannen dan vrouwen op hogere niveaus voorkomen (Baxter & Wright, 2000). Het zou in dat geval onterecht kunnen zijn, te concluderen dat er binnen de organisatie sprake is van een glazen plafond. De mogelijkheid kan immers niet worden uitgesloten dat vrouwen, wanneer zij langer bij de organisatie zouden blijven, dezelfde loopbaanmogelijkheden hebben als mannen.

De oplossing voor bovenstaande methodologische problemen bij onderzoek naar het glazen plafond zou volgens Baxter en Wright (2000) kunnen bestaan uit het bestuderen van de complete arbeidsgeschiedenis van meerdere werknemers. Hierin zou dan onder meer specifieke informatie opgenomen moeten zijn over de hiërarchie van de verschillende organisaties waarin men gewerkt heeft of momenteel werkzaam is. Baxter en Wright (2000) plaatsen zelf echter al hun twijfels bij de haalbaarheid van een dergelijk onderzoek.

Suggesties voor toekomstig onderzoek

Met het oog op de beperkingen van het huidige onderzoek en de methodologische problemen zoals geformuleerd door Baxter en Wright (2000), is het voor toekomstig onderzoek op dit gebied mogelijk zinvol wanneer er meerdere soorten data ter beschikking staan van de onderzoeker. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan verzuimpercentages, verlooppercentages en informatie over het arbeidsverleden (eg. Baxter & Wright, 2000). Zonder dergelijke gegevens is het, gezien eerder genoemde methodologische problemen, denkbaar dat er onterechte conclusies worden getrokken over de aanwezigheid van een glazen plafond.

Ongeacht het soort data dat verzameld wordt, is het belangrijk een zo breed mogelijk scala aan variabelen zo specifiek en uitgebreid mogelijk te onderzoeken. Het opnemen van organisatorische variabelen en persoonsgebonden eigenschappen kan bijvoorbeeld het inzicht in de situatie rond het ervaren van een glazen plafond vergroten. Tevens kan het zinvol zijn om de variabelen die in dit onderzoek gebruikt zijn verder uit te diepen. De rol tijdens de loopbaan van stereotype dreiging gevoelens ervaren door mannelijke werknemers kan bijvoorbeeld nog worden onderzocht.

Wanneer toekomstig onderzoek gebruik maakt van vragenlijsten is het aan te raden daarnaast gebruik te maken van scenario's om uitspraken over causaliteit mogelijk te maken. Mocht echter de wens bestaan om causaliteit aan te tonen maar de aanspraak op de tijd van de respondenten zo minimaal mogelijk te houden, kan er wellicht voor gekozen worden alleen gebruik te maken van scenario's.

Praktische implicaties

Ervan uitgaande dat vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers evenveel ambitie en motivatie hebben om de hogere posities binnen een organisatie te bekleden als hun mannelijke collega's, zullen verschillende maatregelen er waarschijnlijk toe kunnen leiden dat vrouwen in de toekomst dezelfde loopbaanmogelijkheden hebben als mannen. In overeenstemming met Yedidia en Bickel (2001) blijkt uit het huidige onderzoek

dat maatregelen ter bevordering van het aandeel vrouwen op de academisch-medische topfuncties, waarschijnlijk zowel gericht kunnen zijn op de organisatie als op een individuele werknemer. Organisatiebrede maatregelen zijn te overwegen wanneer men de totale populatie vrouwen binnen een organisatie wil helpen hogerop te komen. Als men daarentegen specifiek geïnteresseerd is in het vergroten van de loopbaanmogelijkheden van één of meerdere vrouwen in het bijzonder, zullen individueel gerichte interventies waarschijnlijk effectiever zijn dan organisatiebreed hulp te bieden.

Bij het nemen van maatregelen moet er echter wel rekening gehouden worden met de cultuur van de organisatie en wellicht ook met de culturele normen en waarden van het individu (Spokane, Fouad & Swanson, 2003). Spokane et al. (2003) stelden een model op bestaande uit de twee dimensies ‘individual/collective’ en ‘dominant/subordinate’. De auteurs stellen vervolgens dat werknemers die scoren in het kwadrant individueel-dominant minder ondersteuning nodig hebben tijdens hun loopbaan dan werknemers in het kwadrant ‘collective-subordinate’. Mogelijk is het dus van wezenlijk belang na te gaan in welk kwadrant een werknemer valt, om zodoende te kunnen beoordelen of algemene maatregelen dan wel specifieke individuele maatregelen effectiever zijn.

Conclusie

Hoewel in het huidige onderzoek verschillen zijn gevonden tussen mannelijke en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers in beoordelingen van zelfvertrouwen, masculiniteit en voorkeuren voor baankenmerken, verschillen zij niet van elkaar in femininiteit. De gevonden verschillen lijken in meer of mindere mate samen te hangen met de tijdens de loopbaan ervaren omstandigheden en moeilijkheden. Bovendien blijken stereotype dreiging gevoelens die worden ervaren door vrouwen slechts gerelateerd te zijn aan het al dan niet ervaren tijdens de loopbaan van een onduidelijk loopbaanbeleid, onvoldoende individuele loopbaanbegeleiding en discriminatie op grond van geslacht. Alleen ervaren moeilijkheden als gevolg van weinig intellectuele stimulansen zijn significant gerelateerd aan de stereotype dreiging gevoelens die vrouwelijke respondenten ervaren.

De vraag blijft echter in hoeverre stereotype dreiging gevoelens ervaren door mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers een soortgelijk verband hebben met de loopbanen van deze mannen of dat stereotype dreiging gevoelens hun loopbaan juist ten goede komt. Toekomstig onderzoek zal dit moeten nagaan, evenals de mogelijke causaliteitsrelaties tussen de variabelen uit het huidige onderzoek. Tevens zal er meer onderzoek gedaan moeten worden naar andere factoren die mogelijk een rol spelen

tijdens de loopbaan en zal de effectiviteit van maatregelen ter bevordering van vrouwen naar de hogere posities uit de praktijk moeten blijken.

Referenties

- Agars, M. D. (2004). Reconsidering the impact of gender stereotypes on the advancement of women in organizations. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 103- 111.
- Baxter, J., & Wright, E.O. (2000). The class ceiling hypothesis: A comparative study of the United States, Sweden, and Australia. *Gender & Society*, 14, 275- 294.
- Biernat, M. (2003). Toward a broader view of social stereotyping. *American Psychologist*, 58, 1019- 1027.
- Boldizar, J. P. (1991). Assessing sex typing and androgyny in children: The children's sex role inventory. *Developmental Psychology*, 27, 505- 515.
- Brown, R. P., & Pinel, E. C. (2003). Stigma on my mind: Individual differences in the experience of stereotype threat. *Journal of Experimental Social Psychology*, 39, 626- 633.
- Davies, P. G., Spencer, S. J., & Steele, C. M. (2005). Clearing the air: Identity safety moderates the effects of stereotype threat on women's leadership aspirations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 276- 287.
- De Jong, J. D., Heiligers, P., Groenewegen, P. P., & Hingstman, L. (in press). Why are some medical specialists working part-time, while others work full-time? *Health Policy*, retrieved from www.sciencedirect.com, januari 2006.
- De Pater, I. E. (2005). *Doing things right or doing the right thing: A new perspective on the gender gap in career success*. Unpublished Doctaal Dissertatie Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Kurt Lewin Institute, 1005-11.
- Diekmann, A. B., & Eagly, A. H. (2000). Stereotypes as dynamic constructs: Women and men of the past, present, and future. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, 1171- 1188.

- Eagly, A. H., & Wood, W. (1999). The origins of sex differences in human behavior: Evolved dispositions versus Social Roles. *American Psychologist, 54*, 408- 423.
- Ellemers, N., De Gilder, D., & Van den Heuvel, H. (1998). Career-oriented versus team-oriented commitment and behavior at work. *Journal of Applied Psychology, 83*, 717-730.
- Greenfeld, S., Greiner, L., & Wood, M. M. (1980). The “feminine mystique” in male-dominated jobs: A comparison of attitudes and background factors of women in male-dominated versus female-dominated jobs. *Journal of Vocational Behavior, 17*, 291-309.
- Hartung, P. J., Taber, B. J., & Richard, G. V. (2005). The physician values in practice scale: Construction and initial validation. *Journal of Vocational Behavior, 67*, 309- 320.
- Heiligers, P. J. M., & Hingstman, L. (2000). Career preferences and the work-family balance in medicine: Gender differences among medical specialists. *Social Science & Medicine, 50*, 1235- 1246.
- Heilman, M. E. (2001). Description and prescription: How gender stereotypes prevent women’s ascent up the organizational ladder. *Journal of Social Issues, 57*, 657- 674.
- Hyde, J. S. (2005). The gender similarities hypothesis. *American Psychologist, 60*, 581- 592.
- Jex, S. M. (2002). *Organizational psychology: A scientist-practioner approach*. New York: Willey.
- Kaandorp, C. J. E. (2005). Vrouwelijke hoogleraren in de geneeskunde anno 2003: Aanstelling, taakvervulling en gezinsleven. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 149*, 815- 820.
- Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 125*, 470- 500.

- Konrad, A. M., Ritchie, J. E., Lieb, P., & Corrigan, E. (2000). Sex differences and similarities in job attribute preferences: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 126*, 593- 641.
- Mayorova, T., Stevens, F., Scherpbier, A., Van der Velden, L., & Van der Zee, J. (2005). Gender-related differences in general practice preferences: Longitudinal evidence from the Netherlands 1982-2001. *Health Policy, 72*, 73- 80.
- Melamed, T. (1995). Career success: The moderating effect of gender. *Journal of Vocational Behavior, 47*, 35- 60.
- Moore, S., Grunberg, L., & Greenberg, E. (2004). Development and validation of the stereotype beliefs about women managers scale. *Working paper PEC2004-0008*, 1-21.
- Pratto, F., Stallworth, L. M., Sidanius, J., & Siers, B. (1997). The gender gap in occupational role attainment: A social dominance approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*, 37- 53.
- Prentice, D. A., & Carranza, E. (2002). What women and men should be, shouldn't be, are allowed to be, and don't have to be: The contents of prescriptive gender stereotypes. *Psychology of Women Quarterly, 26*, 269- 281.
- Robins, R. W., Tracy, J. L., & Trzesniewski, K. (2001). Personality correlates of self-esteem. *Journal of Research in Personality, 35*, 463- 482.
- Sauermann, H. (2005). Vocational choice: A decision making perspective. *Journal of Vocational Behavior, 66*, 273- 303.
- Schmader, T. (2002). Gender identification moderates stereotype threat effects on women's math performance. *Journal of Experimental Social Psychology, 38*, 194- 201.
- Schwartz, S. H., & Rubel, T. (2005). Sex differences in value priorities: Cross-cultural and multimethod studies. *Journal of Personality and Social Psychology, 89*, 1010- 1028.

- Seibert, S. E., & Kraimer, M. L. (2001). The five-factor model of personality and career success. *Journal of Vocational Behavior, 58*, 1- 21.
- Sekaquaptewa, D., & Thompson, M. (2003). Solo status, stereotype threat, and performance expectancies: Their effects on women's performance. *Journal of Experimental Social Psychology, 39*, 68- 74.
- Shih, M., Pittinsky, T. L., & Ambady, N. (1999). Stereotype susceptibility: Identity salience and shifts in quantitative performance. *Psychological Science, 10*, 80- 83.
- Shinar, E. H. (1975). Sexual stereotypes of occupations. *Journal of Vocational Behavior, 7*, 99- 111.
- Soethout, M. B. M., Ten Cate, Th. J., & Van der Wal, G. (2004). Factors associated with the nature, timing and stability of the specialty career choices of recently graduated doctors in European countries, a literature review. Retrieved from <http://www.med-ed-online.org>, November 2005.
- Spokane, A. R., Fouad, N. A., & Swanson, J. L. (2003). Discussion culture-centered career intervention. *Journal of Vocational Behavior, 62*, 453- 458.
- Stoof, J. C. (2004). Onderzoeksrapport loopbanen van academisch medisch specialisten en docent/ onderzoekers. UMC Utrecht: Taskforce Emancipatie.
- Tafarodi, R.W., & Swann, W. B. (2001). Two-dimensional self-esteem: Theory and measurement. *Personality and Individual Differences, 31*, 653- 673.
- Uhlenberg, P., & Cooney, T. (1990). Male and female physicians: family and career comparisons. *Social Science Medicine, 30*, 373- 378.
- Van den Brink, W. P., & Mellenbergh, G.J. (2003). *Testleer en testconstructie*. Amsterdam: Boom.

- Van Luijn, H. (2004). *Meer vrouwen aan de top: Effecten van maatregelen om het aandeel vrouwen in topfuncties te vergroten*. In: Portegijs, W., Boelens, A., & Olsthoorn, L. (Eds.). *Emancipatiemonitor 2004*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Walton, G. M., & Cohen, G. L. (2003). Stereotype Lift. *Journal of Experimental Social Psychology, 39*, 456- 467.
- Wendel, T. M., Godellas, C. V., & Prinz, R. A. (2003). Are there gender differences in choosing a surgical career? *Surgery, 134*, 591-596.
- Yedidia, M. J., & Bickel, J. (2001). Why aren't there more women leaders in academic medicine? The views of clinical department chairs. *Academic Medicine, 76*, 453- 465.

Appendix

Graag wil ik u bedanken voor uw tijd. Dit gesprek zal ongeveer 45 minuten in beslag nemen. Het doel van het gesprek is om op basis van uw ervaringen een beeld te krijgen van de loopbaanmogelijkheden binnen AZ en van loopbanen binnen de medische context in het algemeen. Uw antwoorden zullen geheel anoniem worden verwerkt zodat niet kan worden afgeleid van wie welke antwoorden afkomstig zijn. Als u verder geen vragen heeft, zou ik graag willen beginnen met het stellen van een aantal algemene vragen.

1. Algemene gegevens:

Geslacht : M / V
 Leeftijd : ____ jaar
 Medisch specialisme : _____
 Huidige functie(s) : _____
 Eerdere functies : _____
 Aantal jaren werkzaam : _____
 Mogelijkheden loopbaan: _____

Graag zou ik het allereerst met u willen hebben over uw eigen ervaringen rond uw loopbaan.

2. Ervaringen tijdens het maken van carrière

1. Kunt u vertellen hoe uw loopbaan in het AZ tot nu toe is verlopen?
2. Wat is er volgens u van belang om carrière te kunnen maken binnen deze medische context?
3. Van welke eigenschappen, kennis en/of vaardigheden heeft u gemerkt dat deze een positieve invloed hadden op uw carrière(mogelijkheden)?
4. Van welke eigenschappen, kennis en/of vaardigheden heeft u gemerkt dat deze een minder positieve/ negatieve invloed hadden op uw carrière(mogelijkheden)?

Tot nu toe hebben we het nog niet specifiek gehad over de kenmerken van de baan zelf, bijvoorbeeld de werktijden en het salaris.

5. In hoeverre hebben dergelijke aspecten tot nu toe invloed gehad op uw keuzes tijdens uw carrière?

Ik heb hier een lijst met baankenmerken en doelen die mensen al dan niet belangrijk kunnen vinden bij het ambiëren, het zoeken naar of het aanvaarden van een hogere functie.

6. Graag zou ik u willen vragen of u op deze lijst kunt aangeven in hoeverre u deze kenmerken en doelen belangrijk zou vinden als u zelf een (andere) hogere functie zou ambiëren.

Doorvragen nadat de geïnterviewde de lijst heeft ingevuld:

7. Ik zie dat u bij de kenmerken heeft ingevuld dat deze zeer belangrijk voor u zijn, kunt u dit toelichten?

8. Ik zie dat u bij de kenmerken heeft ingevuld dat deze enigszins belangrijk voor u zijn, kunt u dit toelichten?

9. Ik zie dat u bij de kenmerken heeft ingevuld dat deze niet belangrijk voor u zijn, kunt u dit toelichten?

10. Tot slot wilde ik u vragen of u zelf nog kenmerken van een baan kunt bedenken die voor u van belang zouden kunnen zijn bij het ambiëren van een (andere) hogere functie maar die niet in de lijst voorkwam?

3. Carrière mogelijkheden bij hogere functies

1. Als u uitgaat van het aantal geschikte mannelijke en vrouwelijke kandidaten voor de positie van hoogleraar/ de hogere medische posities: zijn er dan volgens u, relatief gezien, verschillen om in aanmerking te komen voor dergelijke functies tussen mannen en vrouwen? (één antwoordoptie aankruisen)

- ja, mannen komen relatief vaker in aanmerking
- ja, vrouwen komen relatief vaker in aanmerking
- geen verschil tussen mannen en vrouwen
- anders: _____

2. Zijn er binnen AZ verschillen tussen mannen en vrouwen als het gaat om het in aanmerking komen voor de positie van hoogleraar/ de hogere medische posities? (één antwoordoptie aankruisen)

- ja, mannen komen meer in aanmerking
- ja, vrouwen komen meer in aanmerking
- geen verschil tussen mannen en vrouwen
- anders: _____

Soms wordt ook verondersteld dat sommige banen per definitie beter passen bij vrouwen terwijl andere banen eerder bij mannen lijken te horen.

3. Als u uitgaat van uw eigen ervaringen, zijn de hogere functies (hoogleraar/ medisch specialist) dan volgens u typisch mannenberoepen, typisch vrouwenberoepen of zowel geschikt voor mannen als vrouwen?

Uit de Nederlandse statistieken is gebleken dat er over het algemeen genomen relatief meer mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijke onderzoekers in aanmerking komen voor de hogere wetenschappelijke en top medische functies dan vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijke onderzoekers.

4. Wat zou er volgens u moeten veranderen om zowel mannen als vrouwen te laten doorstromen naar een hogere functie?

Nb: als geïnterviewde duidelijk laat blijken dat er volgens hem/haar geen onderscheid wordt gemaakt bij benoemingen op basis van geslacht is deze vraag irrelevant en hoeft in dat geval waarschijnlijk niet gesteld te worden.

4. Afsluiting

We zijn aan het eind gekomen van het gesprek .

1. Hoe heeft u dit gesprek ervaren?
2. Heeft u nog toevoegingen, suggesties of opmerkingen omtrent dit gesprek?
3. Heeft u zelf nog vragen naar aanleiding van het gesprek?

Nogmaals bedankt voor uw tijd. Ik heb me op basis van de informatie die u gegeven heeft een duidelijk beeld kunnen vormen van de situatie omtrent de benoeming van hoogleraren. Mocht u later nog vragen of opmerkingen hebben dan kunt u ten alle tijden contact opnemen.

Kenmerk/ doel:	1 = Zeer belangrijk	2 = Belangrijk	3 = Onbelangrijk
a. Hoger salaris/ inkomen	1	2	3
b. Zekerheden geboden door de baan	1	2	3
c. Leiderschap/ supervisie geven	1	2	3
d. Vrijheid en autonomie bij het uitvoeren van werkzaamheden	1	2	3
e. In staat zijn anderen te helpen / leiden	1	2	3
f. Hebben van meer variatie in taken	1	2	3
g. Interesse hebben in de werkzaamheden die gedaan moeten worden	1	2	3
h. Gebruik kunnen maken van de eigen capaciteiten	1	2	3
i. Eigen kennis en vaardigheden verder uitbreiden	1	2	3
j. Beter kunnen combineren van werk en privé	1	2	3
k. Hebben van meer vrije tijd	1	2	3
l. Ervaren van uitdagingen in het werk	1	2	3
m. Meer verantwoordelijkheid hebben	1	2	3
n. Meer erkenning krijgen van anderen	1	2	3
o. Gevoel van zelfverwezenlijking ervaren	1	2	3
p. Meer geaccepteerd worden door de sociale omgeving	1	2	3
q: Krijgen van een beter en/of groter sociaal netwerk	1	2	3

Tabel 4

Gemiddelden, standaarddeviaties, Cronbachs Alfa's en Pearson Correlatie coëfficiënten voor mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
1. Motivatie/ambitie	3.58	.88	(.86)																			
2. Autonomie	4.15	.58	.19*	(.65)																		
3. Prestige	3.45	.65	.38**	.20*	(.52)																	
4. Management	3.37	.75	.45**	.18*	.52**	(.80)																
5. Academische vooruitgang	4.54	.51	.17	.23*	.24**	.20*	(.77)															
6. Combineren werk/privé	4.19	.72	.10	.45**	.11	.06	.03	-														
7. Baanzekerheden	3.79	.81	.02	.11	-.04	-.16	-.14	.42**	-													
8. Variatie in werkzaamheden	4.37	.64	.25**	.15	.18*	.24**	.05	.11	.11	-												
9. Ontwikkelingsmogelijkheden	4.46	.61	.30**	.29**	.17	.36**	.19*	.31**	.03	.54**	-											
10. Voorspelbaar uren werken	2.45	.95	-.11	-.13	-.13	-.28**	-.35**	.25**	.35**	.03	.12	-										
11. Onderwijs	4.33	.63	.24**	.16	.32**	.40**	.19*	.19*	-.01	.21*	.31**	-.07	(.92)									
12. Self-Competence	3.83	.50	.20*	.15	.31**	.30**	.08	.06	-.11	.22*	.24**	-.12	.22*	(.58)								
13. Self-Liking	3.70	.59	.23*	.24**	.21*	.34**	.13	.10	-.16	.24**	.29**	-.18*	.24**	.47**	(.72)							
14. Zelfvertrouwen	3.77	.47	.25**	.23**	.30**	.38**	.12	.09	-.16	.27**	.31**	-.17	.27**	.83**	.88**	(.75)						
15. Beoordeling zelfvertrouwen	7.81	.83	.35**	.30**	.40**	.52**	.20*	.08	-.16	.23*	.27**	-.16	.19	.63**	.67**	.77**	-					
16. Masculiniteit	3.14	.61	.38**	.20*	.27**	.47**	.24**	.09	-.19*	.38**	.29**	-.30**	.35**	.36**	.43**	.47**	.59**	(.85)				
17. Femininiteit	2.86	.53	.13	.13	.29**	.10	.14	.08	-.04	.14	.07	-.15	.14	.05	-.05	-.01	.01	.24**	(.61)			
18. Stereotypische opvattingen	2.17	.86	.04	-.04	.07	-.07	-.12	-.10	-.08	-.01	.09	.00	-.07	-.03	.05	.01	-.05	.02	.16	(.92)		
19. Omstandigheden organisatie	1.38	.57	.03	-.05	-.12	-.22*	-.09	.12	.10	-.14	-.02	.25**	-.12	-.19*	-.11	-.17	-.17	-.13	.23*	.10	(.73)	
20. Begeleiding, support ed.	1.75	.64	.05	-.08	.09	-.01	-.08	.09	.12	.05	.07	.26**	-.03	-.14	-.15	-.17	-.12	-.01	.16	.04	.49**	(.86)

Noot: Door ontbrekende data varieert N tussen 108 en 128. Schaalbetrouwbaarheden (Cronbachs Alfa's) zijn weergegeven tussen haken in de diagonaal. Motivatie/ambitie (1); Voorkeuren voor baankenmerken (2 t/m 11); Metingen van zelfvertrouwen (12 t/m 15); Stereotypen (16 t/m 17); Stereotypische opvattingen (18); Maatregelen ter bevordering van doorgroeimogelijkheden (19 t/m 20). Schaalankers Motivatie/ambitie; Voorkeuren voor baankenmerken; Self-Competence; Self-Liking; Zelfvertrouwen, Stereotypische opvattingen: 1 = *Sterk mee oneens*...5 = *Sterk mee eens*; Beoordeling zelfvertrouwen: 1 = *Erg laag*...10 = *Uitermate hoog*; Masculiniteit; Femininiteit: 1 = *Totaal niet* ...4 = *Sterk*; Omstandigheden organisatie, Begeleiding, Support ed.: 1 = *Nemen volstrekt niet toe*...5 = *Nemen behoorlijk toe*. * $p < .05$. ** $p < .01$, tweezijdig getoetst.

Tabel 5

Gemiddelden, standaarddeviaties, Cronbachs Alfa's en Pearson Correlatie coëfficiënten voor vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers

	<i>M</i>	<i>SD</i>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
1. Motivatie/ambitie	3.46	.78	(.81)																			
2. Autonomie	4.03	.55	.12	(.71)																		
3. Prestige	3.31	.70	.42**	.36**	(.65)																	
4. Management	2.98	.80	.28**	.14	.28**	(.85)																
5. Academische vooruitgang	4.11	.78	.16	.29**	.25**	.29**	(.80)															
6. Combineren werk/privé	4.43	.66	-.23**	.11	.16	.00	.04	-														
7. Baanzekerheden	3.95	.78	.15	.11	.45**	.17	-.03	.32**	-													
8. Variatie in werkzaamheden	4.34	.63	.23**	.26**	.30**	.11	.26**	.33**	.27**	-												
9. Ontwikkelingsmogelijkheden	4.50	.57	.29**	.22*	.25**	.27**	.47**	.16	.15	.45**	-											
10. Voorspelbaar uren werken	3.06	1.07	-.08	.02	.20*	-.04	-.10	.37**	.29**	.08	.04	-										
11. Onderwijs	4.23	.69	.21*	.34**	.23**	.44**	.13	.22*	.29**	.27**	.35**	.13	(.93)									
12. Self-Competence	3.75	.54	.25**	.07	.17	.22*	.11	-.21*	-.06	-.06	.12	-.22*	.15	(.70)								
13. Self-Liking	3.53	.66	.15	-.01	.00	.26**	.07	-.21*	-.12	-.10	.00	-.19*	.16	.57**	(.80)							
14. Zelfvertrouwen	3.64	.53	.22*	.03	.09	.27**	.10	-.24**	-.10	-.09	.06	-.23**	.18*	.86**	.91**	(.83)						
15. Beoordeling zelfvertrouwen	7.31	.97	.20*	.03	.22*	.33**	.16	-.14	-.01	.03	.09	-.10	.30**	.53**	.79**	.76**	-					
16. Masculiniteit	2.75	.59	.33**	.17	.31**	.60**	.25**	-.17	.03	.22*	.23**	-.21*	.31**	.52**	.49**	.57**	.56**	(.80)				
17. Femininiteit	2.95	.52	.14	.09	.07	-.03	-.06	.10	.14	.09	.09	.17	.06	-.14	-.25	-.22*	-.23**	-.23**	(.65)			
18. Stereotypische opvattingen	3.16	.91	.19*	.07	.12	.33**	.20*	.01	.07	.14	.14	-.08	.14	.04	.07	.06	.12	.19*	.17	(.90)		
19. Omstandigheden organisatie	1.94	.60	.08	-.07	.12	.08	.07	.25**	.23**	.17	.07	.11	.05	-.03	-.04	-.04	.02	.01	.11	.10	(.73)	
20. Begeleiding, support ed.	2.08	.55	.20*	.09	.22*	.22*	.25**	.19*	.22*	.20*	.27**	-.02	.10	.03	-.02	.00	.04	.14	.02	.08	.42**	(.81)

Noot: Door ontbrekende data varieert N tussen 108 en 131. Schaalbetrouwbaarheden (Cronbachs Alfa's) zijn weergegeven tussen haken in de diagonaal. Motivatie/ambitie (1); Voorkeuren voor baankenmerken (2 t/m 11); Metingen van zelfvertrouwen (12 t/m 15); Stereotypen (16 t/m 17); Stereotypische opvattingen (18); Maatregelen ter bevordering van doorgroeimogelijkheden (19 t/m 20). Schaalankers Motivatie/ambitie; Voorkeuren voor baankenmerken; Self-Competence; Self-Liking; Zelfvertrouwen, Stereotypische opvattingen: 1 = *Sterk mee oneens*...5 = *Sterk mee eens*; Beoordeling zelfvertrouwen: 1 = *Erg laag*...10 = *Uitermate hoog*; Masculiniteit; Femininiteit: 1 = *Totaal niet* ...4 = *Sterk*; Omstandigheden organisatie, Begeleiding, Support ed.: 1 = *Nemen volstrekt niet toe*...5 = *Nemen behoorlijk toe*. * $p < .05$. ** $p < .01$, tweezijdig getoetst.

Tabel 6

Gemiddelden, standaarddeviaties, F-waarden en effectgroottes van de variabelen weergegeven per sekse, voor medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers, voor mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers en voor vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers

	df			F _{gest.}	η	Med. specialist	Wet. onderzoeker	F _{specond.}	η	Med. specialist		Wet. onderzoeker		F _{interactie}	η
		Mannen	Vrouwen			Mannen	Vrouwen			Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen		
Self-Competence	229	3.80 (.50)	3.75 (.55)	.86	.06	3.78 (.56)	3.77 (.50)	.28	.03	3.91 (.51)	3.71 (.57)	3.74 (.49)	3.80 (.53)	3.46	.12
Self-Liking	229	3.69 (.60)	3.53 (.67)	4.22	.13	3.63 (.63)	3.58 (.65)	.79	.05	3.73 (.57)	3.57 (.66)	3.67 (.62)	3.47 (.69)	.05	.00
Zelfvertrouwen	229	3.74 (.47)	3.64 (.54)	3.13	.11	3.70 (.54)	3.67 (.49)	.69	.05	3.82 (.48)	3.64 (.56)	3.70 (.46)	3.64 (.52)	.68	.05
Beoordeling zelfvertrouwen	229	7.81 (.83)	7.31 (.97)	21.52***	.29	7.61 (1.01)	7.48 (.87)	4.52	.14	8.06 (.86)	7.35 (1.01)	7.66 (.79)	7.24 (.93)	1.42	.08
Femininiteit	254	2.87 (.54)	2.95 (.52)	1.54	.08	2.92 (.44)	2.91 (.61)	.03	.00	2.87 (.39)	2.95 (.47)	2.88 (.62)	2.96 (.59)	.00	.00
Maculiniteit	254	3.13 (.62)	2.75 (.59)	28.93***	.32	2.96 (.67)	2.91 (.60)	3.22	.11	3.31 (.59)	2.74 (.61)	3.01 (.61)	2.76 (.57)	4.63	.13
Onderwijs	251	4.32 (.63)	4.22 (.69)	3.80	.12	4.42 (.57)	4.13 (.72)	14.37***	.23	4.46 (.64)	4.39 (.53)	4.24 (.62)	3.98 (.82)	1.34	.07
Combineren werk/privé	251	4.17 (.72)	4.43 (.66)	9.97**	.19	4.27 (.72)	4.33 (.68)	1.74	.08	4.04 (.82)	4.42 (.62)	4.26 (.64)	4.43 (.72)	1.38	.07
Baanzekerheden	251	3.78 (.81)	3.95 (.78)	2.87	.10	3.88 (.77)	3.85 (.83)	.00	.00	3.67 (.83)	4.01 (.70)	3.84 (.80)	3.85 (.89)	2.71	.10
Variatie in werkzaamheden	251	4.37 (.64)	4.33 (.63)	.48	.04	4.40 (.57)	4.30 (.69)	1.94	.09	4.49 (.51)	4.34 (.60)	4.29 (.70)	4.32 (.67)	1.27	.07
Ontwikkelingsmogelijkheden	251	4.47 (.62)	4.50 (.57)	.29	.03	4.45 (.62)	4.52 (.57)	.96	.06	4.47 (.65)	4.43 (.60)	4.47 (.60)	4.58 (.53)	1.00	.06
Voorspel aantal uren werken	251	2.47 (.95)	3.05 (1.07)	17.86***	.26	2.93 (1.11)	2.61 (.98)	2.62	.10	2.53 (.94)	3.18 (1.14)	2.43 (.97)	2.87 (.94)	.69	.05
Management	255	3.37 (.75)	2.97 (.80)	19.96***	.27	3.22 (.80)	3.12 (.80)	3.87	.12	3.60 (.73)	2.98 (.75)	3.22 (.73)	2.97 (.87)	3.57	.12
Autonomie	255	4.16 (.58)	4.04 (.55)	1.33	.07	3.99 (.56)	4.19 (.56)	6.65*	.16	3.97 (.58)	4.01 (.56)	4.28 (.56)	4.07 (.55)	3.26	.11
Prestige	255	3.44 (.65)	3.31 (.70)	3.14	.11	3.40 (.65)	3.36 (.70)	.75	.05	3.58 (.59)	3.28 (.67)	3.36 (.67)	3.35 (.75)	2.85	.10
Academische vooruitgang	255	4.54 (.51)	4.11 (.78)	21.17***	.28	4.14 (.75)	4.51 (.58)	12.85***	.22	4.45 (.45)	3.94 (.83)	4.60 (.55)	4.37 (.61)	3.08	.11

Noto: Gemiddelden zijn weergegeven voor iedere variabele met de standaarddeviaties tussen haken. F_{gest.} = verkregen F-waarden bij het toetsen van verschillen tussen mannen en vrouwen; F_{wetond.} = verkregen F-waarden bij het toetsen van verschillen tussen medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers; F_{interactie} = verkregen F-waarden bij het toetsen van de verschillen tussen mannelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers en vrouwelijke medisch specialisten en wetenschappelijk onderzoekers; Med. specialist = medisch specialist; Wet. onderzoeker = wetenschappelijk onderzoeker. Schaalankers: Self-Competence; Self-Liking; Zelfvertrouwen; Femininiteit, Masculiniteit; Onderwijs, Combineren werk/privé; Baanzekerheden; Variatie in werkzaamheden; Ontwikkelingsmogelijkheden, Voorspel aantal uren werken; Management; Autonomie; Prestige; Academische vooruitgang: 1 = *Sterk mee oneens*...5 = *Sterk mee eens*; Beoordeling zelfvertrouwen 1 = *Erg laag*...10 = *Uitermate hoog*; Masculiniteit; Femininiteit: 1 = *Totaal niet*...4 = *Sterk*. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, eenzijdig getoetst.

Tabel 10

Verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten in de rol die een ervaren omstandigheid heeft gespeeld tijdens de loopbaan

	Negatieve invloed op de loopbaan		Neg. /pos. invloed op de loopbaan		Positieve invloed op de loopbaan		χ^2
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	
Publicatiedruk	11	15	59	53	43	23	4.68*
Goed combineren van werk en privé	15	31	35	38	56	37	9.57**
Mogelijkheden om minder te werken	10	20	15	13	7	17	3.88
Stimulering vanuit de organisatie	30	27	17	20	46	39	.71
Onduidelijk loopbaanbeleid	69	66	16	5	0	0	4.61*

Noot: Aantal respondenten weergegeven per cel. $df = 2$. Neg./pos. invloed op de loopbaan = omstandigheid heeft zowel een positieve als een negatieve rol gespeeld tijdens de loopbaan. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, eenzijdig getoetst.

Tabel 11

Verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke respondenten in de rol die een ervaren omstandigheid heeft gespeeld tijdens de loopbaan

	Negatieve invloed op de loopbaan		Negatieve tot positieve invloed op de loopbaan		χ^2
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	
Onzekerheid van externe financiering	38	36	43	15	7.12**
Gebrek aan een netwerk	40	42	14	13	.08
Erg weinig intellectuele stimulansen	30	25	8	10	.55
Gebrek aan loopbaanperspectief	54	42	14	11	.00
Gebrek aan opleidingsmogelijkheden	22	29	8	11	.01
Onvoldoende ind.loopbaanbegeleiding	57	76	15	5	7.21**

Noot: Aantal respondenten weergegeven per cel. $df = 1$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, eenzijdig getoetst.

Tabel 12

Correlaties per sekse tussen de verschillende metingen van zelfvertrouwen en de ervaren omstandigheden tijdens de loopbaan.

	Mannen				Vrouwen			
	Self-Liking	Self-competence	Zelfvertrouwen	Beoord. zelfv.	Self-Liking	Self-competence	Zelfvertrouwen	Beoord. zelfv.
Onzekerheid van externe financiering	-.01	-.18*	-.10	-.19*	-.12	-.06	-.11	-.08
Gebrek aan een netwerk	-.21**	-.19*	-.23**	-.17*	-.04	-.09	-.07	-.03
Publicatiedruk	-.09	-.12	-.12	-.19*	.01	.04	.03	.08
Goed combineren van werk en privé	-.15*	-.16*	-.18*	-.21*	-.04	-.07	-.06	.03
Erg weinig intellectuele stimulansen	-.15	-.07	-.13	-.15	-.21**	-.29**	-.28**	-.12
Gebrek aan loopbaanperspectief	-.11	-.13	-.14	-.15	.03	-.05	-.01	.11
Gebrek aan opleidingsmogelijkheden	-.06	.01	-.03	-.08	-.19*	-.19*	-.21**	-.11
Mogelijkheden om meer te werken	.07	.09	.09	.09	.09	.02	.06	.06
Mogelijkheden om minder te werken	.03	.03	.04	.06	-.08	-.11	-.11	-.05
Stimulering vanuit de organisatie	.03	.07	.06	.14	.03	-.02	.00	-.06
Onduidelijk loopbaanbeleid	-.05	.01	-.03	-.02	-.01	-.04	-.03	-.01
Onvoldoende ind.loopbaanbegeleiding	.02	.01	.02	.05	-.16*	-.19*	-.20*	-.14
Discriminatie op grond van geslacht	-.07	.09	.01	-.04	-.10	-.04	-.08	-.03

Noot: Correlaties zijn weergegeven per sekse voor iedere omstandigheid die zich al dan niet kan hebben voorgedaan tijdens de loopbaan. Voor mannen varieert N tussen 106 en 128 en voor vrouwen varieert N tussen 119 en 131. Schaalankers Ervaren omstandigheden: 0 = *Geen invloed tijdens de loopbaan...* 1 = *Wel invloed tijdens de loopbaan.* * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, eenzijdig getoetst.

Tabel 13

Correlaties per sekse tussen de verschillende metingen van zelfvertrouwen en de rol van de ervaren omstandigheden tijdens de loopbaan

	Mannen				Vrouwen			
	Self-Liking	Self-competence	Zelfvertrouwen	Beoord. zelfv.	Self-Liking	Self-competence	Zelfvertrouwen	Beoord. zelfv.
Onzekerheid van externe financiering	.13	.18	.18	.16	.26*	.23	.27*	.05
Gebrek aan een netwerk	.03	.06	.05	.16	.05	-.11	-.02	.11
Publicatiedruk	.20*	.34**	.31**	.35**	.18*	.23*	.23*	.13
Goed combineren van werk en privé	.23**	.28**	.29**	.14	.30**	.28**	.33**	.18*
Erg weinig intellectuele stimulansen	.23	.06	.18	.30	-.20	-.02	-.14	-.19
Gebrek aan loopbaanperspectief	.04	.08	.07	.16	-.01	.10	.04	-.06
Gebrek aan opleidingsmogelijkheden	.16	.23	.21	.46*	.07	.08	.08	.00
Mogelijkheden om meer te werken	.21	.11	.20	.28	.26	.35	.33*	.35*
Mogelijkheden om minder te werken	.19	.01	.12	.18	-.14	.26*	.05	-.11
Stimulering vanuit de organisatie	.13	.20*	.19*	.10	.03	.18*	.11	-.01
Onduidelijk loopbaanbeleid	.09	.10	.11	.05	-.18	-.11	-.16	-.41**
Onvoldoende ind.loopbaanbegeleiding	.02	.25*	.14	.09	.00	.04	.02	.01
Discriminatie op grond van geslacht	-.34	.00	-.26	-.24	.04	-.19	-.06	-.02

Noot: Correlaties zijn weergegeven per sekse voor de rol iedere ervaren omstandigheid tijdens de loopbaan heeft gespeeld. Voor mannen varieert N tussen 9 en 113 en voor vrouwen varieert N tussen 17 en 91. Schaalankers Rol omstandigheden: 1 = *Negatieve invloed op de loopbaan*, 2 = *Zowel een positieve als een negatieve invloed op de loopbaan*, 3 = *Positieve invloed op de loopbaan*. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$, eenzijdig getoetst.

