



Proef ingediend met het oog op het behalen van de graad van
Master of Science in de Sociologie

**ENGAGEMENT OP HET WERK EN
IN DE VRIJE TIJD:
Hebben vrijetijdsfactoren invloed
op de relatie tussen
arbeidsfactoren en de mentale
gezondheid van Europese
werknemers?**

Karel VAN PARYS

0516722

Academiejaar 2018-2019

Promotor: Christophe VANROELEN

Jury: Jessie GEVAERT, Petrus TE BRAAK

Dankwoord

Al lang speelde ik met het idee om verder te studeren. Ik twijfelde tussen een aantal richtingen en universiteiten, totdat mijn broer, alumnus van de VUB, me meenam naar de opendeurdag van zijn universiteit. Daar was de keuze snel gemaakt omwille van de rijke ervaring die de VUB heeft met werkstudenten. Ondertussen zijn we tien semesters verder en vormt deze thesis het sluitstuk van een academisch verhaal. Ik wens de VUB en alle proffen te bedanken voor de mogelijkheid die ze aanbieden om werk, vrijwilligerswerk, privé en studies te combineren. De uitzonderlijke flexibiliteit van de professoren, de online videolessen, velerlei avondlessen en laagdrempelige contactmomenten via mail of skype maken deze instelling zo uniek en zorgen ervoor dat de student zich thuis kan voelen.

In het bijzonder wil ik professor Vanroelen bedanken voor de begeleiding van mijn thesis. Naast de bruikbare tips, zijn ruime ervaring binnen de arbeidssociologie en zijn luisterbereidheid, ben ik dankbaar voor de tijd en energie die hij heeft gestopt in de ondersteuning. De vele mailtjes, virtuele en reële afspraken hebben mij geholpen om niet alleen de thesis te tillen naar het nu bereikte niveau, maar ook mij cognitief te laten groeien.

Dankzij de Franse socioloog Pierre Bourdieu (1930 – 2002) weten we dat een sterk sociaal kapitaal een aanzienlijke bijdrage levert in het succesvol afronden van een opleiding. Ook voor mij is dat van toepassing. De belangrijkste bijdrage werd geleverd door mijn vrouw Ellen en onze kinderen, niet alleen tijdens het schrijven van deze thesis, maar gedurende de hele opleiding. Ik wil jullie drieën dan ook heel hartelijk bedanken voor de onvoorwaardelijke steun, de vele opofferingen die jullie je voor mij hebben moeten getroosten, voor de ‘stil zijn voor papa want hij is aan het studeren’ momenten, voor de vele koppen koffie en knuffels, taartjes en tekeningen! Zonder jullie was het onmogelijk geweest dit academisch avontuur tot een goed einde brengen!

2

Daarnaast wil ik ook mijn tante Lieve bedanken. Bedankt voor het nalezen van verschillende taken en de genoeglijke inhoudelijke babbels achteraf of tijdens familiefeestjes. Een betere editor bestaat niet: met oog voor detail en heel veel taalgevoel las je mijn teksten door en suggereerde je verbeteringen, waardoor niet alleen de teksten, maar ook ik een verfijnd taalbad kregen.

Ten slotte wil ik mijn ouders, schoonouders, broer, schoonzussen en zwager bedanken voor het passen op onze kleintjes wanneer mijn vrouw en ik geen opvang vonden. Zonder jullie zou ‘een middagje doorwerken’ onmogelijk zijn geweest. Bedankt ook voor de morele steun bij en de oprechte interesse in mijn opleiding. Dit motiveerde me om ook in moeilijke tijden verder te gaan!

Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	8
2.	Theoretisch kader	10
2.1.	Mentale gezondheid: begripsomschrijving	10
2.2.	Twee levensdomeinen: werk en vrije tijd.....	11
2.3.	De ontrafeling van het professionele domein	11
2.4.	De ontrafeling van het vrijetijd domein	14
2.5.	Vrijtijdsbesteding: een buffer voor het werk?.....	16
2.6.	De persoonlijke kenmerken.....	18
2.7.	Overzicht van alle hypotheses	20
3.	Methoden	21
3.1.	Onderzoeksdesign en onderzoekspopulatie	21
3.2.	De steekproef	21
3.3.	Meetinstrumenten	22
3.3.1.	Mentale gezondheid	22
3.3.2.	De professionele factoren	22
3.3.3.	De vrijetijdsfactoren	24
3.3.4.	De variabelen op persoonlijk niveau	26
4.	Analysetechnieken	28
4.1.	Beschrijvende technieken.....	28
4.2.	Complexe technieken	28
5.	Resultaten	30
5.1.	Beschrijvende analyse	30
5.1.1.	Associatie tussen mentale gezondheid en werk- en vrijetijdskenmerken	30
5.1.2.	Associatie tussen mentale gezondheid en persoonlijke kenmerken	34
5.2.	Multivariate analyse	35
6.	Discussie en conclusie	40
6.1.	Conclusie en beleidsimplicaties	40
6.2.	Sterktes, beperkingen en verder onderzoek	42
7.	Referenties	45
8.	Bijlagen.....	53
8.1.	Bijlage 1: Algemene gegevens van de mentale gezondheid.....	53
8.2.	Bijlage 2: Niet opgenomen vragen in de professionele factoren	53
8.3.	Bijlage 3: Algemene gegevens van de professionele factoren	53
8.4.	Bijlage 4: Dimensies en vragen van de vrijetijdsfactoren	54
8.5.	Bijlage 5: Opleidingsniveau en mentale gezondheid.....	55
8.6.	Bijlage 6: Leeftijd en slaapkwaliteit	56
8.7.	Bijlage 7: Leeftijd en mentaal welzijn	57
8.8.	Bijlage 8: Gezins situatie en slaapkwaliteit.....	58
8.9.	Bijlage 9: Gezins situatie en mentaal welzijn.....	59

Lijst met figuren:

Figuur 1: Jobtypologie op basis van JDC-model (Bron: Toolshero.nl).....	13
Figuur 2: Configuratie jobtypologie op basis van de mediaan (eigen bewerking).....	24

Lijst met tabellen:

Tabel 1: Overzicht van alle werkdimensies.....	23
Tabel 2: Antwoordcategorieën van reproductieve activiteiten.....	25
Tabel 3: Antwoordcategorieën van recreatieve activiteiten.	25
Tabel 4: Beschrijvende statistieken.	27
Tabel 5: Absolute aantallen voor de categorieën van alle onafhankelijke variabelen en hun proportionele verdeling over de afhankelijke variabelen en geslacht. N = 17606, ECWS 2015 - eigen bewerking.....	32
Tabel 6: Relatie tussen een slechte slaapkwaliteit en professionele en vrijetijdsfactoren (ECWS 2015, EU15, N = 17606).	38
Tabel 7: Relatie tussen een verminderd mentaal welzijn en professionele en vrijetijdsfactoren (ECWS 2015, EU15, N = 17606).	39
Tabel 8: Absolute aantallen voor werk- en vrijetijdsfactoren en hun proportionele verdeling over de afhankelijke variabelen en opleidingsniveau. N = 17606, ECWS 2015 - eigen bewerking.....	55
Tabel 9: Absolute aantallen voor werk- en vrijetijdsfactoren en hun proportionele verdeling over de slaapkwaliteit en leeftijd. N = 17606, ECWS 2015 - eigen bewerking.....	56
Tabel 10: Absolute aantallen voor werk- en vrijetijdsfactoren en hun proportionele verdeling over het mentaal welzijn en leeftijd. N = 17606, ECWS 2015 - eigen bewerking.....	57
Tabel 11: Absolute aantallen voor werk- en vrijetijdsfactoren en hun proportionele verdeling over de slaapkwaliteit en gezinssituatie. N = 17606, ECWS 2015 - eigen bewerking.	58
Tabel 12: Absolute aantallen voor werk- en vrijetijdsfactoren en hun proportionele verdeling over het mentaal welzijn en gezinssituatie. N = 17606, ECWS 2015 - eigen bewerking.	59

Abstract:

In het laatste decennium is de mentale gezondheid van Europeanen afgenomen. De vraag rijst of een overbelasting in het privéleven negatieve gevolgen op het mentale welzijn zou kunnen hebben. Dit onderzoek gaat na welke invloed factoren uit de werk- en privésfeer hebben op de mentale gezondheid en analyseert in welke mate deze factoren met elkaar in verband staan als verklaringen voor een goede of slechte mentale gezondheid. Hiervoor zijn de data van de EWCS van 2015 gebruikt, waarin 17606 werknemers uit de EU-15 in de leeftijd tussen de 15 en 65 jaar werden ondervraagd.

Er werden in dit onderzoek acht hypothesen besproken. De eerste hypothese werd bevestigd, namelijk dat werknemers met een high-strain job een hogere kans hebben op een verminderde mentale gezondheid dan mensen met een passieve job. Alle andere hypothesen klopten slechts gedeeltelijk. Zo hadden enkel personen met een low-strain job een lagere kans op een verminderde slaapkwaliteit dan mensen met een passieve job (hypothese 2) en zorgde de deelname aan reproductieve activiteiten voor een verminderde slaapkwaliteit. Een hogere deelname resulteert ook in een lagere slaapkwaliteit (hypothese 3). De deelname aan ontspannende activiteiten heeft een gunstig effect op de mentale gezondheid, waarbij een hogere deelname resulteert in een betere mentaal welzijn. Dit is echter niet het geval bij de deelname aan sociale activiteiten. De deelname aan dergelijke activiteiten zorgt voor een verminderd mentaal welzijn. Een hogere deelname leidt tot een slechtere slaap (hypothese 4).

Wie een job heeft met hoge taakeisen, zal bij het verrichten van huishoudelijke taken geen bijkomend negatief effect hebben op de geestelijke gezondheid (hypothese 5). Reproductieve activiteiten oefenen weinig tot geen effect uit op de relatie tussen low-strain jobs en de mentale gezondheid (hypothese 6). Personen met een high-strain job zullen daarentegen een slechtere nachtrust ervaren indien zij zich op regelmatige basis sociaal engageren dan collega's die niet of weinig sociale activiteiten uitvoeren. Indien zij zich regelmatig ontspannen, zullen zij een beter mentaal welzijn ervaren dan collega's die zich weinig of niet ontspannend engageren (hypothese 7). Ten slotte zullen werknemers met een actief beroep hun slaapkwaliteit zien dalen als ze veel deelnemen aan sociale activiteiten (hypothese 8).

We kunnen stellen dat er nood is aan bewustwording van deze conclusies bij werknemers en werkgevers zodat het geestelijk welbevinden kan verbeteren. Verder moeten ook sociale, culturele en sportieve verenigingen geïnformeerd worden van deze analyses. Ook de overheid kan financiële ondersteuning bieden bij de bouw van sport- en cultuurfaciliteiten op of nabij het werk en samenwerkingsverbanden tussen diverse bedrijven en vrijetijdsverenigingen verplichten.

Dit onderzoek heeft geleden onder een aantal beperkingen. Zo konden geen causale verbanden worden getrokken vanwege het onderzoeksdesign en werd in het JDC-model de sociale ondersteuning niet opgenomen.

Kernwoorden: mentale gezondheid, mentaal welzijn, slaapkwaliteit, JDC-model, jobkwadranten, vrijetijdsfactoren, reproductieve activiteiten, sociaal engagement, ontspannend engagement

Abstract:

In the last decade, the mental health of Europeans has declined. The question arises whether an overload in private life have a negative impact on mental well-being. This research examines the influence of work and private life factors on mental health and analyzes the extent to which these factors are interrelated as explanations for good or bad mental health. The data from the 2015 EWCS were used for this, in which 17,606 employees from the EU-15 between the ages of 15 and 65 were questioned.

Eight hypotheses were discussed in this study. The first hypothesis was confirmed, namely that employees with a high-strain job have a higher chance of reduced mental health than people with a passive job. All other hypotheses were only partially correct. Only the people with a low-strain job had a lower risk of reduced sleep quality than people with a passive job (hypothesis 2). Participation in reproductive activities also reduced the sleep quality. A higher participation even results in a lower sleep quality (hypothesis 3). Participation in relaxing activities has a positive effect on mental health, with a higher participation resulting in better health. However, this is not the case for the participation in social activities. Participation in such activities reduces mental well-being. A higher participation leads to a poorer sleep (hypothesis 4). Anyone who has a job with high task requirements will not have an additional negative effect on mental health when they are performing household tasks (hypothesis 5). Reproductive activities exert little to no effect on the relationship between low-strain jobs and mental health (hypothesis 6). People with a high-strain job, on the other hand, will experience a worse sleep if they engage in social engagement on a regular basis than colleagues who perform little or no social activities. If they relax regularly, they will experience better mental well-being than colleagues who have little or no relaxation (hypothesis 7). Finally, the sleep quality of employees with an active profession will decrease if they often participate in social activities (hypothesis 8).

We can state that there is a need for awareness of these conclusions among employees and employers so that mental well-being can improve. Social, cultural and sporting associations must also be informed of these analyzes. The government can also provide financial support for the construction of sports and cultural facilities at or near work and oblige partnerships between various companies and leisure associations.

This research has suffered from a number of limitations. For example, no causal links could be drawn because of the research design and social support was not included in the JDC model.

Keywords: mental health, mental well-being, sleep quality, JDC model, job quadrants, leisure factors, reproductive activities, social engagement, relaxing activities.

1. Inleiding

Hoewel de Belgische welzijnsindex of Human Development Index (HDI) sinds 1990 elk jaar is gestegen (Verenigde Naties, 2019b), moeten we vaststellen dat de mentale gezondheid van de Belgen is afgenomen. Tussen 2001 en 2017 tuimelden ze op de HDI-ranglijst uit de top vijf en zakten we naar de zeventiende plaats (De Standaard, 2001; Verenigde Naties, 2019a). Ook de vijfde nationale gezondheidsenquête toonde aan dat het aantal Belgen met psychische en emotionele problemen sinds 2008 is gestegen (Louage, 2014; Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2014).

In verschillende Europese landen kan een soortgelijke trend worden vastgesteld. Hoewel de welzijnsindex in elk land van de EU-15 steeg, zakten meer dan de helft van de landen op de HDI-ranglijst tussen 2012 en 2017 (Verenigde Naties, 2019a). De top drie van de sterkste dalers waren Denemarken, Nederland en Finland (Verenigde Naties, 2019a). Daarnaast is er in verschillende Europese landen een toenemend aantal psychische en emotionele problemen waarneembaar. In Nederland is de psychische gezondheid tussen 2010 en 2016 wel stabiel gebleven, maar het aantal psychische klachten is daar gestegen (Volksgezondheid en Zorg, 2017). In Denemarken en Griekenland wordt zelfs gesproken van een forse stijging in het aantal mentale problemen (Economou, Kaitelidou, Karanikolos, & Maresso, 2017; Gadd, 2018) en ook in Italië worden dergelijke problemen gezien als de uitdaging van de 21^{ste} eeuw (Belloni, 2015). In 2016 zou volgens recente schattingen meer dan een op de zes personen in de EU te kampen hebben met psychische problemen (OESO, 2018).

De gevolgen van de dalende trend zijn op verschillende vlakken zichtbaar. De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) stelde vast dat in België tachtig procent van de mensen met een geestelijke aandoening moeite hebben met het werk. Daarnaast is de absentie op het werk twee tot drie keer hoger bij mensen met een geestelijke ziekte dan bij mensen zonder mentale aandoening. Er is dus sprake van een hogere arbeidsongeschiktheid ten gevolge van mentale problemen (OESO, 2013). Daarnaast hebben mensen met een gebrekkige geestelijke gezondheid een dalende levenskwaliteit (Frühwald, Löffler, Eher, Saletu, & Baumhackl, 2001), creëren ze een negatief effect op de mortaliteit (Farrokhi, Abedi, Beyene, Kurdyak, & Jassal, 2014; Katon, 2003; Ramasubbu & Patten, 2003) en stijgt hun armoederisico (De Boyser, 2007).

Naast de persoonlijke en arbeidsgerelateerde consequenties zijn er ook financiële gevolgen. De totale kosten van de geestelijke gezondheidsproblemen bedroegen voor de Belgische economie en maatschappij in 2013 ongeveer 3,4 procent van het bruto binnenlands product (BBP) door verloren banen en de kosten van de gezondheidszorg (OESO, 2013). Twee jaar later stegen deze kosten zelfs tot meer dan vijf procent van het BBP (Grymonprez, 2018; OESO, 2019). De totale kost van psychische problemen bedroeg in 2018 in de EU meer dan negen procent van het BBP, waarbij de koplopers Frankrijk en Duitsland elk meer dan elf procent besteedden en Nederland, Denemarken, Zweden en Oostenrijk meer dan tien procent (OESO, 2018, 2019).

Verschillende factoren spelen een rol bij de toename van mentale gezondheidsproblemen. Vaak wordt de kredietcrisis van 2008 genoemd (Groenwals, 2018; Joskin, 2018), maar ook het werk mag niet genegeerd worden als mogelijke oorzaak. Ondanks de stijgende aandacht voor het psychosociaal welzijn op het werk, blijven verschillende arbeidskenmerken een negatief effect hebben op de mentale gezondheid. Diverse onderzoeken tonen met behulp van stressmodellen (R. A. Karasek, 1979) aan dat verhoogde taakeisen leiden tot een verminderd mentaal welbevinden (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker, Van Veldhoven, & Xanthopoulou, 2010; R. A. Karasek, 1979). Zo zou de toename van werkdruk ertoe leiden dat een op de vijf dertigers zich mentaal uitgeput voelt (De Tijd, 2017). Andere arbeidskenmerken, zoals de mate van controle over het werk of sociale steun, leveren eveneens een

bijdrage aan het mentaal welzijn (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker e.a., 2010; R. A. Karasek, 1979). Zo zullen jobs met een lage controle over de werkuren en een laag inkomen, de zogenoemde preciaire jobs, leiden tot sociale en materiële deprivatie, wat psychosociale emoties kan teweegbrengen (zoals frustratie, onzekerheid en machteloosheid). Deze emoties kunnen op hun beurt een negatieve invloed hebben op het mentaal welzijn (Julià, Vanroelen, Bosmans, Van Aerden, & Benach, 2017; Vanroelen, 2017).

Volgens de werkgeversorganisatie Vlaams netwerk voor Ondernemingen en Kamers van Koophandel in Alle sectoren (Voka) ligt de verantwoordelijkheid voor het stijgende aantal psychische en mentale problemen echter niet alleen bij de bedrijven, instellingen of werkgevers. Een overbelasting in het privéleven zou ook negatieve gevolgen kunnen hebben op het mentale welzijn. Volgens Voka is het dan ook moeilijk te objectiveren of de mentale problemen het gevolg zijn van de factoren uit de werkomgeving of van factoren uit de privésfeer (Demeyer, 2018; Knack, 2018).

De uitdaging van dit onderzoek is dan ook om na te gaan welke invloed factoren uit de werk- en privésfeer hebben op de mentale gezondheid en te analyseren in welke mate deze factoren met elkaar in verband staan als verklaringen voor een goede of slechte mentale gezondheid. Verschillende onderzoeken hebben reeds diverse verbanden aangetoond tussen de werkfactoren, zoals taakeisen, de mate van controle op het werk en de sociale steun, en de mentale gezondheid (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker e.a., 2010; R. A. Karasek, 1979). Echter, een analyse van de vrijetijdsfactoren door middel van taakeisen en hulpbronnen en de combinatie van werkfactoren en vrijetijdsfactoren is tot nu toe vaak achterwege gelaten. Het aantal vrijetijdsuren is nochtans gestegen sinds 1950 (Glorieux, Minnen, & Vandeweyer, 2005; Poser, 2011; Roser, 2019) en is dus een grotere rol gaan spelen in ons leven. Toch is de mate van het gevoel overbelast te zijn in dezelfde periode gestegen (Glorieux & Van Tienoven, 2005, 2016; Rosa, 2016) en kan overbelasting zorgen voor mentale problemen (Terluin, van der Klink, & Schaufeli, 2007; van Wieringen & van Grondelle, 2014). De vraag is dan ook in welke mate vrije tijd bijdraagt aan overbelasting en psychische problemen of aan een positieve mentale gezondheid. Treedt de vrije tijd op als moderator tussen de professionele factoren en het mentale welzijn en welke rol zal dat hierbij spelen? Zal de deelname aan vrijetijdsactiviteiten zorgen voor bijkomende stressoren of zal het eerder een bufferende rol vervullen? Buffers kunnen immers de negatieve gevolgen van stressoren opvangen of zorgen voor een psychologische ontkoppeling van het werk (Mojza, Sonnentag, & Bornemann, 2011; Rietschlin, 1998). Verder onderzoek is dus vereist om na te gaan in hoeverre verschillende omgevingen een invloed uitoefenen op de mentale gezondheid.

Dankzij het blootleggen van de relatie tussen vrijetijdsfactoren, arbeidsfactoren en de mentale gezondheid kunnen zowel overheden als organisaties gerichtere ondersteunende maatregelen nemen voor hun burgers of werknemers en werkgevers. Gerichtere maatregelen kunnen niet alleen leiden tot een stagnatie van de daling of in een verbetering van de mentale gezondheid, deze resulteren ook in een lagere arbeidsongeschiktheid, dalende mortaliteit en verminderd armoederisico. Ook zullen de economische kosten afnemen.

In het verdere verloop van het artikel bakenen we eerst de verschillende factoren af vanuit een theoretisch raamwerk. Van daaruit worden de onderzoeksvragen en hypothesen afgeleid, waarna een uiteenzetting volgt van de methode van het onderzoek. We beschrijven hoe de steekproef en data zijn opgesteld en verzameld. De gehanteerde onderzoeksmethode en analysetechnieken worden uit de doeken gedaan. Tijdens de analyse van de resultaten worden terugkoppelingen gemaakt met het theoretische kader. Uiteindelijk volgen een conclusie en discussie waarin de beperkingen van het onderzoek worden blootgelegd, voorstellen voor verder onderzoek en beleidsproposities worden gedaan.

2. Theoretisch kader

2.1. Mentale gezondheid: begripsomschrijving

Wat is mentale of geestelijke gezondheid? Een semantische zoektocht naar het begrip wijst uit dat er geen officiële definitie bestaat. Veelal wordt door onderzoekers de begripsomschrijving van de World Health Organization (WHO) gebruikt, die mentale gezondheid definieert als:

“a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community” (World Health Organization, 2014)

Uit de definitie blijkt dat een mentaal gezond persoon niet alleen vrij is van mentale ziektes, maar ook in staat is om op een passende manier om te gaan met verschillende levenssituaties en daarnaast een bijdrage levert aan zijn of haar gemeenschap. Voor sommige onderzoekers is deze beschrijving echter te ruim. Zo wijzen Galderisi et al. (2015) op het feit dat gediscrimineerde migranten of werkzoekende vijftigplussers die geen productieve of vruchtbare arbeid kunnen verrichten, niet altijd in een slechte mentale status verkeren. Ook zou volgens de omschrijving van de WHO, die positieve emoties en goed functioneren verdedigt, iedere verlegen of onzekere adolescent mentaal ongezond zijn, terwijl verlegenheid en onzekerheid eigen kunnen zijn aan de puberteit of aan een bepaalde persoonlijkheid. Ten slotte kunnen individuen die over een goede geestelijke gezondheid beschikken, ervoor kiezen om geen bijdrage te leveren aan hun gemeenschap, bijvoorbeeld wegens een introverte houding (Galderisi e.a., 2015). Deze voorbeelden tonen aan dat de definitie van de WHO vrij vaag is.

Wie een heldere, allesomvattende en meetbare descriptie wil formuleren van het begrip ‘mentale gezondheid’, lijkt aan een sisyfusarbeid te beginnen. Een sluitende definitie ontwikkelen is bijna onmogelijk en daarbij valt een ruime definitie moeilijker te operationaliseren. Daarom wordt het begrip in dit onderzoek uitgesplitst in een aantal fundamentele kenmerken of theoretische deelconcepten. Ook in het verleden werd dergelijke methode gebruikt om de mentale gezondheid te onderzoeken (Boisson, Godot, & Sauneron, 2009; Jahoda, 1958; Keyes, 2013).

We zullen de deelconcepten ontwikkelen op basis van de maatschappelijke relevantie en de mogelijkheden van de survey, waardoor de opsplitsing van Boisson, Godot en Sauneron opvalt (Boisson e.a., 2009). Ze ontleden mentale gezondheid in drie dimensies. Hun eerste dimensie is de positieve mentale gezondheid, die verwijst naar het welzijn, het gevoel van geluk en zelfrealisatie, de persoonlijke (positieve) kenmerken van het individu en de harmonie tussen de omgeving en het individu. Het tweede domein is dat van psychologische ontredde of psychisch lijden. Het toont de vage aanwezigheid van angst en depressieve symptomen die van voorbijgaande aard zijn. Indien de ontredde intenser en langdurig wordt, kan dit leiden tot psychische stoornissen, die centraal staan in het laatste domein. Deze gediagnosticeerde stoornissen, zoals psychoses, schizofrenie of angststoornissen, gaan gepaard met gerichte therapeutische behandelingen (Boisson e.a., 2009)

Deze uitsplitsing biedt als voordeel dat er een politiek draagvlak voor is. De WHO heeft immers een soortgelijke onderverdeling ontwikkeld tijdens de eerste Europese ministeriële conferentie over mentale gezondheid in januari 2005 in Helsinki. De Verklaring voor Geestelijke Gezondheid werd toen ondertekend en goedgekeurd door de ministers van Buitenlandse Zaken van 52 Europese lidstaten (World Health Organization Europe, 2005). Daarnaast sluiten de concepten van Boisson et al. goed aan bij huidige cultuur en tijdsgeest en vallen ze makkelijker te operationaliseren dan ruime definitie van het

WHO. Uit deze kernconcepten worden enkel de eerste twee in dit onderzoek opgenomen. De 'positieve mentale gezondheid' wordt uitgewerkt tot 'het mentaal welzijn'. Wat betreft het psychisch lijden richten we onze aandacht op een specifiek onderdeel, namelijk de slaapkwaliteit. Het voordeel is dat deze twee items uitvoerig in de survey werden bevraagd. Het laatste concept van Boisson et al. werd echter niet opgenomen aangezien het in de vragenlijst onduidelijk was of de psychische stoornissen gediagnosticeerd waren.

In dit onderzoek zijn de kernconcepten van mentale gezondheid:

- Mentaal welzijn: de mate waarin iemand een interessant leven heeft, de graad van vrolijkheid, actief en doelbewust zijn en de mate waarin iemand de afgelopen twee weken fris en uitgerust, rustig en ontspannen was.
- Slaapkwaliteit: de mate waarin iemand het afgelopen jaar last heeft gehad van slaapproblemen, vermoeidheid bij het opstaan en vaak wakker werd tijdens de slaap.

Er kan aangetoond worden dat een verminderd mentaal welzijn of slechte slaapkwaliteit verstrekkende gevolgen kan hebben. Naast de economische kosten, lagere arbeidsongeschiktheid en verhoogd armoederisico dat reeds in de inleiding is aangehaald, toonden verschillende onderzoeken aan dat een negatief mentaal welzijn resulteert in ongezond gedrag zoals roken, (verhoogde) alcoholconsumptie, te veel eten (troostmaaltijden), drugsgebruik en dergelijke. Dergelijk gedrag verhoogt de mortaliteit en morbiditeit (Fagiolini & Goracci, 2009). Personen met een slechte slaapkwaliteit hebben vaker last van emotionele problemen, spanningen, depressies, een slecht humeur, eenzaamheid en een verminderde fysieke gezondheid (Bixler, Kales, Soldatos, Kales, & Healey, 1979; Ford & Kamerow, 1989; Motohashi & Takano, 1995; Reid e.a., 2006).

In het verdere verloop van de tekst wordt vaak de term 'mentale gezondheid', 'geestelijk welbevinden' of 'geestelijke gezondheid' gebruikt. Met deze termen refereren we naar de twee opgenomen elementen, namelijk het mentaal welzijn en de slaapkwaliteit.

2.2. Twee levensdomeinen: werk en vrije tijd

In dit onderzoek richten we ons op twee levensdomeinen, namelijk werk en vrije tijd. Met werk wordt betaalde arbeid bedoeld, de vrije tijd wordt ingevuld door recreatieve en reproductieve tijd. De recreatieve tijd vullen we in met sociale en ontspannende activiteiten, reproductieve activiteiten hebben de reproductie van de arbeidskrachten ten doel (Lambert, 2015; Vanroelen, Henderickx, & Pulignano, 2017). Ze omvatten taken als de opvoeding, kindercare, huishoudelijke taken... Belgisch en Europees onderzoek tonen aan dat deze twee levensdomeinen meer dan 44 procent van een gemiddelde werkdag innemen (Glorieux & Van Tienoven, 2005, 2016; Schwierz, 2006). Wanneer de gemiddelde slaaptijd wordt afgetrokken van de dagelijkse tijd, stijgt dit percentage zelfs tot boven de zeventig procent. Hiermee bestrijken we dus een groot deel van een gemiddelde werkdag.

2.3. De ontrafeling van het professionele domein

Het professionele domein wordt niet ontrafeld op basis van de verschillende beroepen, zoals bijvoorbeeld volgens de ISCO-classificatie. Een dergelijke benadering zou immers de invloed van de afzonderlijke arbeidskenmerken op de mentale gezondheid niet blootleggen, maar de invloed van een beroep in zijn geheel. Daarbij zou er ook informatie verloren gaan. Het is moeilijker te bepalen wat

precies de oorzaak is van waarom een bepaald beroep leidt tot een minder mentaal welzijn. Beroepen zijn ook niet tijdloos. Zowel in de geschiedenis als in de toekomst zijn de beroepssoorten gewijzigd of zullen deze wijzigen. Zo verwachten economen in de toekomst beweging in het beroepenveld ten gevolge van de vierde of digitale revolutie (Pruis, 2016) en zijn bepaalde beroepen uit het verleden, zoals lantaarnopsteker, kolenboer of letterzetter overbodig geworden. De lijst van beroepen is ook erg lang, waardoor het moeilijker wordt om het overzicht te bewaren. Ten slotte kan de invulling van het werk of vakmanschap van een bepaald beroep, cultureel verschillen (Erez, 2010). Hierdoor bestaat de kans dat eenzelfde beroep, afhankelijk van de cultuur, een andere invloed heeft op de mentale gezondheid. Het algemeen beeld over de invloed van dat beroep over alle culturen heen op het geestelijke welbevinden kan hierdoor onduidelijk zijn. Door ons echter te richten op arbeidskwalitatieve kenmerken bekomen we meer uniformiteit. In elke job zijn immers overeenkomstige eigenschappen waarneembaar waardoor een verdeling kan ontstaan op basis van deze kenmerken.

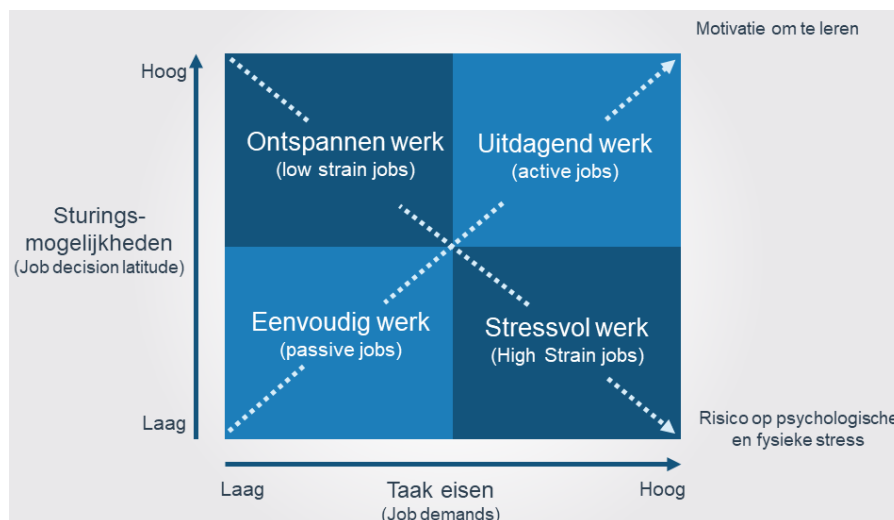
Om te bepalen welke algemene arbeidskwaliteitskenmerken we gebruiken, hebben we ons laten inspireren door Karasek (1979). Zijn tweedimensionale model, het job demand(s) control model (JDC-model), is gebaseerd op taak- of werkeisen (demands) en de mate van controle of hulpbronnen (controls). De taakeisen behelzen de omvang en moeilijkheidsgraad van de werkopdrachten, zoals werktempo, mate van beschikbaarheid van de werknemer en tijdsdruk. Het vraagt de nodige energie van het individu om te voldoen aan deze taakeisen. Wanneer veel energie wordt verbruikt vanwege te hoge taakeisen, kan dat leiden tot stressoren, die kunnen resulteren in mentale ongezondheid (W. Schaufeli & Taris, 2013) en een verminderde slaapkwaliteit. Zo leidt overbelasting en emotionele belasting tot een snellere uitputting waardoor het individu vatbaarder wordt voor een burn-out (Bakker, Demerouti, & Euwema, 2005; Bakker, Demerouti, & Verbeke, 2004; Doi, 2005; W. B. Schaufeli, Bakker, & Rhenen, 2009).

De hulpbronnen of werkcontrole geeft aan in hoeverre iemand de vrijheid heeft om de werkopdrachten zelf te plannen of te sturen. Het zijn hulpmiddelen die de negatieve gevolgen van de taakeisen op de mentale gezondheid kunnen teniet doen. Zo heeft onderzoek aangetoond dat personen met een hoge controle niet alleen een hogere voldoening en tevredenheid kennen, maar ook minder kans hebben op depressies en angsten (Mark & Smith, 2012). Ook als werknemers op een autonome manier beslissingen kunnen nemen, draagt dit bij aan het verlagen van stressrisico's (R. Karasek & Theorell, 1990). Aan de andere kant kan een lage werkcontrole ook een stressor vormen. Zo zullen werknemers met een lage taakautonomie - zij die laag scoren op de zeggenschap over de volgorde van de werkzaamheden, het werktempo of de uitvoering van het werk – vaker last hebben van burn-outklachten dan individuen met een hoge taakautonomie (Hupkens, 2005).

Volgens Karasek (1979) worden stress of spanningen dus niet veroorzaakt door het individu, maar door de verhouding tussen de taakeisen en de hulpbronnen. Vanuit het model, dat ook wel het job strain model of het demands-discretion model wordt genoemd, kunnen hypothesen worden afgeleid, namelijk de 'strain-hypothese', de 'buffer-hypothese' en de 'learning-hypothese'. De strain-hypothese voorspelt mentale en fysieke problemen indien hoge taakeisen worden gesteld in combinatie met een lage werkcontrole. Soms is het echter onduidelijk of de negatieve gevolgen toe te schrijven zijn aan een gebrek aan controle of aan te hoge taakeisen (Van der Doef & Maes, 1999). De buffer-hypothese omzeilt deze beperking en stelt dat een hoge mate van werkbeheersing het negatieve effect van hoge werkeisen op de mentale gezondheid kan bufferen. Deze twee hypothesen sluiten elkaar niet uit (Van der Doef & Maes, 1999). De learning-hypothese stelt dat werknemers gemotiveerder zijn en meer willen leren indien er naast hoge taakeisen ook een hoge mate van werkbeheersing is (R. A. Karasek, 1979).

Op basis van het JDC-model is een jobtypologie ontwikkeld (zie figuur 1) (R. A. Karasek, 1979). De configuratie van de typologie gebeurt met behulp van een orthogonaal assenstelsel waarbij op de ene as de taakeisen en op de andere de werkcontrole wordt geplaatst. Naast deze twee assen zijn ook diagonalen zichtbaar die het niveau van de activiteit of motivatie en het risico op psychologische en fysieke stress aanduiden. Door de verdeling van de assen ontstaan vier kwadranten, die elk een type van job voorstellen (Adam, Verhaeghe, & Gemmel, 2009; Bakker & Demerouti, 2007):

- Low-strain jobs (ontspannen werk): deze jobs hebben weinig taakeisen en een grote werkcontrole. Het risico op psychologische en fysieke stress is erg laag of lager dan gemiddeld. Bij dergelijke jobs worden de werknemers niet uitgedaagd om hun volledig potentieel te gebruiken (EFILWC, 2014).
- High-strain jobs (stressvol werk): deze jobs bevatten hoge taakeisen en weinig werkcontrole. Het risico op psychologische en fysieke stress is hoog of hoger dan gemiddeld (EFILWC, 2014).
- Passive jobs (eenvoudig werk): in deze jobs worden weinig taakeisen gesteld en heeft de werknemer weinig werkcontrole. Hierdoor kan de werknemer zich moeilijk verder ontplooiën waardoor hij/zij geen uitdaging meer vindt in de job en demotivatie (om bij te leren) optreedt. Bijgevolg stijgt het risico op psychologische en fysieke stress (EFILWC, 2014).
- Active jobs (uitdagend werk): bij deze jobs gaan hoge taakeisen gepaard met een hoge mate van controle. De werknemer ervaart deze combinatie als een uitdaging waardoor hij/zij gemotiveerd wordt (om bij te leren), waardoor er minder kans is op psychologische en fysieke stress (EFILWC, 2014).



Figuur 1: Jobtypologie op basis van JDC-model (Bron: Toolshero.nl)

Het voordeel van dit jobmodel is zijn eenvoud en praktische toepasbaarheid. Voor elk van deze vier types jobs zullen we analyseren wat de invloed is op de mentale gezondheid en wat de invloed is van de vrijetijdsfactoren op de relatie tussen het jobtype en de mentale gezondheid. Het nadeel is echter dat deze typologie geconfigureerd is op basis van slechts twee arbeidskenmerken. Toch kunnen deze twee kenmerken een extract zijn van een aantal items. De samenstelling van de taakeisen en de werkcontrole zijn gebonden aan de werkomgeving en dus heel divers.

In dit onderzoek worden emotionele inspanningen, monotone taken en werktempo en stress onder de taakeisen geplaatst. De werkcontrole heeft betrekking op de autonomie of keuzevrijheid op het werk, op de mate van inspraak op het werk en op de 'skill discretion' oftewel het vakmanschap.

We beperken ons tot deze items zodat we de twee dimensie niet overladen. Het gevaar bestaat anders dat de verschillende items elkaars effect uitvlakken waardoor geen verband kan worden gevonden. Daarnaast is het zo dat we ons specifiek willen concentreren op de basiskenmerken van de werkgerelateerde psychosociale belasting. Daarom worden de fysieke werkeisen geweerd uit het onderzoek. De afgelopen jaren is er een verschuiving van fysieke belasting naar mentale en emotionele belasting waarneembaar, waardoor de klemtoon in de hedendaagse werkomgevingen op het psychosociale aspect ligt. Mogelijke oorzaken zouden onder andere een toename zijn van het aantal werknemers in de dienstensector, het continue proces van organisatieverandering en de invoering van voortdurend nieuwe productie- en managementconcepten (de Jonge, Blanc, & Schaufeli, 2007).

Eerder zijn hypothesen vermeld op basis van de verhouding van de taakeisen en de werkcontrole. Hypothesen met betrekking tot de verschillende soorten jobs en mentale gezondheid werden reeds in ander onderzoek gecontroleerd (Leme, Levine, Malspeis, & D'agostino, 1994; Van der Doef & Maes, 1999). In dit onderzoek zullen we soortgelijke hypothesen opnieuw verifiëren vooraleer we ze verder uitbouwen in relatie tot de vrijetijdsfactoren.

Hypothese 1. Europese werknemers met een high-strain job hebben een hogere score op mentale uitputting en een slechte slaapkwaliteit in vergelijking met Europese werknemers met een passieve job (Leme e.a., 1994; Lerner, Levine, Malspeis, & D'Agostino, 1994; Van der Doef & Maes, 1999).

Hypothese 2. De tweede hypothese gaat over low-strain jobs en de actieve jobs en veronderstelt dat Europese werknemers met dergelijke jobs de meest 'gezonde' zijn en dus lager scoren op mentale uitputting en een slechte slaapkwaliteit dan Europese werknemers met een passieve job (Lerner e.a., 1994).

2.4. De ontrafeling van het vrijetijdsdomein

Zoals eerder is vermeld is het vrijetijdsdomein onderverdeeld in twee dimensies, namelijk de recreatieve tijd en de reproductieve tijd. De recreatieve tijd werd bepaald door de vragen uit de survey die polsten naar vier verschillende activiteiten. Deze verdeelden we in twee groepen, namelijk sociaal engagement (vrijwilligerswerk en politieke of vakbondsactiviteiten) en ontspannend engagement (het volgen van een cursus en de deelname aan sport, cultuur en andere vrijetijdsbesteding buitenshuis). De reproductieve activiteiten bestaan uit de opvoeding van (klein)kinderen, koken en huishoudelijke taken.

Onderzoeken hebben reeds aangetoond dat reproductieve arbeid een negatieve invloed heeft op de mentale gezondheid. Hoe groter de taaklast van het huishouden, hoe meer kans op een verminderde slaapkwaliteit of slecht mentaal welzijn (Chapman e.a., 2012; M. C. W. Peeters, Montgomery, Bakker, & Schaufeli, 2005; Ten Brummelhuis, Van Der Lippe, Kluwer, & Flap, 2007). Er is echter geen eenduidigheid of kinderen een positieve of negatieve bijdrage leveren aan het geluk of de mentale gezondheid van de ouders. Sommige onderzoekers beweren dat de relatie tussen het huwelijksgeluk en kinderen vals of onvoldoende duidelijk is (Glenn & McLanahan, 1982; White, Booth, & Edwards, 1986), terwijl recenter onderzoek dan weer aantoonde dat een eerste kind het welbevinden van de ouders doet stijgen en de kinderen die erop volgen een negatief effect hebben op het welbevinden van moeder en geen effect hebben op het welbevinden van de vader (Kohler, Behrman, & Skytthe, 2005).

Hypothese 3. De derde hypothese is tweeledig. Op basis van de bovenstaande onderzoeken stellen we dat (A) de deelname aan reproductieve activiteiten door Europese werknemers leidt tot een slechtere mentale gezondheid dan werknemers die niet deelnemen aan reproductieve activiteiten. (B) Een hogere deelname zorgt voor een hogere score op een slecht mentaal welzijn en verminderde slaapkwaliteit.

Voor de recreatieve activiteiten bespreken we eerst een aantal voordelen. Ten eerste worden deze activiteiten vaak in groepsverband uitgeoefend waarbij collectieve oriëntatie en groepsidentificatie centraal staan (Kelly & Kelly, 1994). Groepsidentificatie en samenhorigheidsgevoelens zijn belangrijke elementen van sociale cohesie (Huygen & De Meere, 2008), die kunnen leiden tot sociale ondersteuning. Dat laatste kan dan weer dienen als buffer tegen stress en daardoor een positieve invloed hebben op het mentale welzijn (Ansseau e.a., 2008; D. Coleman & Iso-Ahola, 1993; Lagaert, 2014). Daarbij komt dat wie vaker sociaal contact heeft of vaker deelneemt aan vrijetijdsactiviteiten, minder last heeft van slaapproblemen (Blasche, Arlinghaus, & Dorner, 2014; Nasermoaddeli e.a., 2005). Andere studies beweren dat een hoog sociaal kapitaal een positieve invloed heeft op de mentale gezondheid (J. S. Coleman, 1988; McCulloch, 2001).

Een tweede voordeel van de deelname aan recreatieve activiteiten, zoals bij vrijwilligerswerk, het volgen van een cursus of de deelname aan bepaalde culturele activiteiten, is dat de persoonlijke vorming of individuele ontwikkeling wordt gestimuleerd. Dit zorgt mogelijk voor een psychologische ontkoppeling van het werk. Deze factoren kunnen dienen als buffer tegen stress en daardoor een positieve invloed uitoefenen op het mentale welzijn (Ansseau e.a., 2008; D. Coleman & Iso-Ahola, 1993; Lagaert, 2014). Ten derde gaan een aantal recreatieve activiteiten gepaard met fysieke inspanningen. Studies hebben reeds aangetoond dat mensen die regelmatig fysieke activiteiten verrichten, minder kans maken op depressies, angsten, stress en burn-out (Jonsdottir, Rödger, Hadzibajramovic, Börjesson, & Ahlberg, 2010; Stephens, 1988). Bij fysieke activiteiten worden hormonen vrijgemaakt zodat positieve gevoelens naar boven komen (Rook & Zijlstra, 2006) en slaapproblemen vermeden worden (Sherrill, Kotchou, & Quan, 1998).

Tenslotte tonen studies aan dat de deelname aan vrijwilligers- of liefdadigheidswerk het welzijn verbetert. Individuen zouden niet alleen fysiek gezonder zijn, maar ook gelukkiger zijn, meer levensvoldoening ervaren en een groter zelfvertrouwen hebben. Ook zouden ze minder vaak last hebben van depressies of slaapproblemen dan personen die zich niet sociaal engageren (Nasermoaddeli e.a., 2005; Thoits & Hewitt, 2001).

Toch zijn er ook mogelijke nadelen verbonden aan de recreatieve activiteiten. Een eerste nadeel beschrijft de overbelasting in tijd en rollen. Soms voelt men zich verplicht om deel te nemen aan bepaalde recreatieve activiteiten of speelt de sociale druk een rol (Perline & Lorenz, 1970). Zo moeten bijvoorbeeld brandweervrijwilligers in bepaalde zones een minimum beschikbaarheidspercentage van 25 procent behalen, roepen leiders van vakbonden op om met zoveel mogelijk personen deel te nemen aan een betoging en verwacht een coach van zijn spelers dat ze elke training aanwezig zijn. Er kan dus meer tijd dan verwacht aan een activiteit worden gependend of de activiteit kan de deelname aan andere activiteiten belemmeren. Dit kan een te hoge betrokkenheid of overbelasting veroorzaken en bijgevolg een negatieve invloed kan hebben op het mentaal welzijn en de slaapkwaliteit (Lau, 2008; Roxburgh, 2004; van Vegchel, de Jonge, Bosma, & Schaufeli, 2005). Daarnaast kunnen te veel deelnames aan verschillende recreatieve activiteiten leiden tot een overbelasting aan rollen die individuen moeten opnemen (Choi, Burr, Mutchler, & Caro, 2007; Coverman, 1989; Greenhaus, Allen, & Spector, 2006; Greenhaus & Beutell, 1985; Hecht, 2001; Kok-Van Meer, Leisink, Thijssen, & Kraus-Hoogeveen, 2014). Deze vorm van overbelasting heeft ook een negatieve invloed op zowel de fysieke als de mentale gezondheid (Glynn, Maclean, Forte, & Cohen, 2009).

Een tweede nadeel betreft de specifieke taakeisen die gerelateerd kunnen worden aan bepaalde activiteiten. Voor bepaalde recreatieve bezigheden moet een beroep gedaan worden op een specifiek cognitief vermogen. Zo wordt van geëngageerde politieke afgevaardigden bijvoorbeeld verwacht dat ze de politieke en maatschappelijke actualiteit op de voet volgen en moeten vrijwilligers bij de brandweer of de dringende geneeskundige hulpverlening permanent opleidingen volgen. Dergelijke activiteiten gaan gepaard met een mentale belasting, waardoor de perseveratieve cognitie aangesproken kan worden (Geurts, 2011). Hierdoor wordt er vaker gepiekerd en wordt het moeilijker om te ontkoppelen (Radstaak, Geurts, Brosschot, Cillessen, & Kompier, 2011), met een grotere kans op een burn-out of slechtere mentale gezondheid tot gevolg (Godin, Kittel, Coppieters, & Siegrist, 2005; W. Schaufeli & Bakker, 2007; Taris, Houtman, & Schaufeli, 2013). Een hogere deelname aan dergelijke activiteiten, kan het ontkoppelen moeilijker maken en het piekeren stimuleren, waardoor de kans op een slechte mentaal welbevinden stijgt.

Hypothese 4. De vierde hypothese splitsen we opnieuw op. (A) We veronderstellen dat sociaal en ontspannend engagement een gunstig effect hebben op de mentale gezondheid. (B) Een te hoog engagement in termen van te veel deelnames, zal een nadelig effect hebben op de mentale gezondheid.

In het verdere verloop van de tekst wordt vaak de term 'vrijtijdsfactoren' gebruikt. Hiermee refereren we naar de reproductieve en recreatieve activiteiten. Met de term 'recreatieve activiteit' bedoelen we ontspannend en sociaal engagement. Met 'cursus' of 'training' bedoelen we een niet werkgerelateerde cursus.

2.5. Vrijtijdsbesteding: een buffer voor het werk?

In dit hoofdstuk bouwen we verder op het theoretisch raamwerk van de professionele en vrijtijdsfactoren, waarbij we de vrijtijdsbestedingen zullen vertalen naar taakeisen en hulpbronnen.

In het vorig hoofdstuk is gesteld dat de reproductieve taken een negatieve invloed hebben op de mentale gezondheid. Hierdoor kunnen deze bezigheden eerder geïnterpreteerd worden als een taakeis dan als een hulpbron. Koken en huishoudelijk werk worden immers als eenvoudig of monotoon ervaren (Wyatt, 1992), wat een kenmerk is van taakeisen. Daarnaast moeten er soms deadlines gehaald worden. Wassen of strijken kan men niet lang uitstellen, omdat er anders geen bruikbare kleding meer is. Bovendien hebben mensen dagelijks maaltijden nodig die meestal op vaste tijden wordt gekookt. Pasgeboren baby's verhogen de taakeisen van de reproductieve arbeid, omdat ze om de vier uur gevoed moeten worden. Uiteraard moet er regelmatig afgewassen worden indien men over het nodige materiaal wil beschikken om te kunnen koken en eten (Robinson, Sayer, Milkie, & Bianchi, 2000). Het missen van deze deadlines kan voor stress zorgen en dus leiden tot emotioneel moeilijke of negatieve situaties. Dit zijn opnieuw eerder kenmerken van taakeisen dan van hulpbronnen.

De invloed van deze taakeisen op de slaapkwaliteit en het mentaal welzijn kan dan ook verschillen naargelang het type job dat iemand uitoefent (Landsbergis, Schnall, Deitz, Friedman, & Pickering, 1992). We kunnen veronderstellen dat de reproductieve activiteiten een nadelig effect uitoefenen op de relatie tussen de professionele factoren en de mentale gezondheid bij personen die een beroep uitoefenen met hoge taakeisen. Bij personen die een beroep verrichten met lage taakeisen zal dat effect daarentegen kleiner of nihil zijn. De combinatie van hoge taakeisen op het werk en reproductieve activiteiten zal het risico op psychologische en fysieke stress dus verhogen. De werkcontrole zal ook een invloed hebben. Eerder is vermeld dat een hoge mate van controle over het werk het negatief effect van de professionele factoren op de mentale gezondheid zal bufferen. We gaan ervan uit dat hierdoor

de nadelige invloed van de reproductieve activiteiten op de relatie tussen de professionele factoren en de mentale gezondheid minder sterk zal zijn.

Op basis hiervan komen we tot de volgende hypothesen:

Hypothese 5. (A) Voor wie een beroep uitoefent met hoge taakeisen zullen de reproductieve activiteiten zorgen voor een hogere coëfficiënt op een slechte mentale gezondheid dan de score op de relatie tussen het beroep en de mentale gezondheid. (B) Dit coëfficiënt zal bij actieve jobs kleiner zijn dan bij high-strain jobs omdat actieve jobs een hogere werkcontrole omvatten.

Hypothese 6. Voor wie een low-strain job uitoefent zullen de reproductieve activiteiten een effect uitoefenen op de mentale gezondheid die niet veel zal verschillen van het effect van de relatie tussen het beroep en de mentale gezondheid.

Het tweede luik van de vrijetijdsfactoren is het recreatieve domein. Eerder is reeds gesteld dat deze vormen van vrijetijdsbesteding de mentale gezondheid verbeterd. Ze bevorderen immers sociaal contact en cohesie waardoor sociale ondersteuning ontstaat (Ansseau e.a., 2008; Blasche e.a., 2014; D. Coleman & Iso-Ahola, 1993; Nasermoaddeli e.a., 2005). Daarnaast wordt de persoonlijke ontwikkeling gestimuleerd en zorgen fysieke inspanningen voor een buffer tegen depressies, angsten, stress, enzovoort (Jonsdottir e.a., 2010; Rook & Zijlstra, 2006; Stephens, 1988). Hieruit kunnen we afleiden dat deze activiteiten eerder als hulpbron opgevat kunnen worden dan als een taakeis.

Niettemin kan een te groot engagement of te hoge betrokkenheid bij de recreatieve activiteiten ervoor zorgen dat ze niet meer als een hulpbron worden gezien, zeker in combinatie met bepaalde types jobs. Personen die aan hoge taakeisen moeten voldoen en daarbij te veel deelnemen aan recreatieve activiteiten, zullen een overbelaste agenda creëren, waardoor de tijdsdruk stijgt. Zo zullen personen die sterk geëngageerd zijn tijdens de vrije tijd moeilijkheden ervaren indien zij bijvoorbeeld ook moeten overwerken of werkopdrachten moeten voltooien in hun vrije tijd. Zij moeten binnen een bepaald tijdsbestek veel meer taken uitvoeren dan zij aankunnen. De overbelasting of hoge tijdsdruk vormt een gevaar voor de mentale gezondheid en hangt samen met emotionele uitputting, stress of burn-out (Lee & Ashforth, 1996; Oerlemans e.a., 2013; W. Schaufeli & Bakker, 2007). Ook bestaat de kans dat overbelasting de balans tussen werk, privé en vrijetijd verstoort, waardoor rolconflicten kunnen ontstaan. De personen kunnen niet meer aan de verschillende rolverwachtingen voldoen, wat tot ergernis en conflict leidt bij zowel het thuisfront, op het werk als in de vrije tijd. Dit heeft een negatieve invloed op de mentale gezondheid (M. Peeters & Heiligers, 2007; W. Schaufeli & Bakker, 2007). De combinatie van dergelijke emotionele situaties en tijdsdruk zorgen ervoor dat vrijetijdsactiviteiten taakeisen worden in plaats van hulpbronnen.

Op basis van de bovenstaande redenering kunnen we stellen dat de deelname aan recreatieve activiteiten positief is voor de mentale gezondheid, maar dat een overdosis, gepaard met hoge taakeisen eerder schaadt dan baat. Op basis hiervan creëren we de volgende hypothesen:

Hypothese 7. Bij wie een beroep uitoefent met hoge taakeisen, zal een regelmatige deelname aan de recreatieve activiteiten zorgen voor een lagere score op een slechte mentale gezondheid dan de score op de relatie tussen het beroep en de mentale gezondheid.

Hypothese 8. Bij wie een beroep uitoefent met hoge taakeisen, zal een hoge deelname aan de recreatieve activiteiten zorgen voor een hogere score op een slechte mentale gezondheid dan de score op de relatie tussen het beroep en de mentale gezondheid.

2.6. De persoonlijke kenmerken

De twee levensdomeinen worden in dit onderzoek onderscheiden in een aantal persoonlijke kenmerken, namelijk geslacht, opleidingsniveau, leeftijd en gezinssituatie, en naar landenniveau. De sterke van het effect van de werk- en vrijetijdsfactoren op de mentale gezondheid kan immers variëren volgens deze kenmerken.

Zo toonde de Belgische Gezondheidsenquête van 2008 significante genderverschillen aan waarbij vrouwen ongunstiger scoorden dan mannen (Gisle, 2008). Ook ligt het relatieve percentage depressies in Europa hoger bij vrouwen dan bij mannen (EPC, 2018). Een mogelijke verklaring kan liggen in het verschil in taakverdeling tussen mannen en vrouwen. Hoewel de huishoudelijke en zorgtaken in vergelijking met vroeger beter verdeeld zijn, is er nog geen sprake van een evenwicht: vrouwen nemen nog steeds het grootste deel van deze taken op zich (Glorieux, Minnen, Van Tienoven, Deyaert, & Mészáros, 2015; Glorieux e.a., 2005). Eerder is gesteld dat een hogere taaklast van het huishouden de kans vergroot op een slecht geestelijk welbevinden welzijn (Chapman e.a., 2012; M. C. W. Peeters e.a., 2005; Ten Brummelhuis e.a., 2007). Daarnaast toont onderzoek aan dat vrouwen belast zijn met een 'triple burden': de vrije tijd bij vrouwen is meer gefragmenteerd en gecontamineerd dan bij mannen en tijdens hun vrije tijd zouden ze zich moeilijker ontkoppelen, zich vaker zorgen maken en dus minder mentale rust vinden (Mattingly & Bianchi, 2003). Tenslotte kunnen biologische factoren een verklaring zijn voor het feit dat vrouwen een lagere slaapkwaliteit ervaren dan mannen. Zwangerschappen en menstruatie kunnen het slaappatroon van vrouwen wijzigen als gevolg van hormonale veranderingen. Veranderingen in slaappatroon kunnen de slaapkwaliteit doen afnemen, met een afname van de mentale gezondheid als gevolg (Krishnan & Collop, 2006).

Tevens zijn op het gebied van het opleidingsniveau verschillen in het geestelijke welbevinden waar te nemen. Educatie behoedt mensen immers voor mentale ongezondheid. Hooggeschoolde individuen vertonen minder symptomen van mentale stoornissen of slaapproblemen dan laaggeschoolden (Lagaert, 2014; Lorant e.a., 2003; Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2014). Hooggeschoolden vinden hun werk vanwege de emotionele en intellectuele bevrediging dikwijls leuker dan laaggeschoolden (Fisher & Gershuny, 2014). Daarnaast hebben zij vaker een positie die aanzien en prestige met zich meebrengt. Dergelijke voldoening leidt tot een hogere tevredenheid en het gevoel het leven te vullen met interessante zaken, wat leidt tot een beter mentaal welzijn. Ook de slaapkwaliteit van hooggeschoolden is beter dan die van laaggeschoolden, omdat laaggeschoolden vaker last hebben van angst en spanningen (Ansseau e.a., 2008) die hen 's nachts wakker houden. Overgekwalficeerde individuen hebben echter juist meer kans op depressieve stoornissen of chronische stress en zijn minder gelukkig dan personen die niet overgekwalficeerd zijn (G. J. Johnson & Johnson, 1996; van den Brand & Yerkens, 2014; Van Hulle & Vanroelen, 2015).

Ook tonen studies aan dat ouder worden zou gepaard gaan met een toename van stemmingsstoornissen, hoewel het aantal stoornissen vanaf de leeftijd van 45 jaar weer afneemt (Bijl, Ravelli, & van Zessen, 1998; Kessler e.a., 2005). De slaapkwaliteit daalt naarmate men ouder wordt; deze verbetert niet opnieuw na een bepaalde leeftijd (Ohayon, Carskadon, Guilleminault, & Vitiello, 2004). De vraag is echter welke factoren uit werk- en privé sfeer invloed hebben op het geestelijke welbevinden van personen uit verschillende leeftijdscategorieën en in welke mate deze factoren in verband staan als verklaring hiervoor. Een mogelijke oorzaak kan zijn dat twintigers, dertigers en veertigers veel verplichtingen hebben en veel onzekerheden ervaren, zoals een baan vinden, de hypotheek afbetalen, een gezond evenwicht vinden tussen werk en gezin, (ambitieuze) doelstellingen op het werk behalen, kinderen opvoeden, enzovoort. Deze zaken brengen onrust en stress met zich mee, wat zich kan vertalen in een verminderd mentaal welzijn en/of verminderde slaapkwaliteit.

Wat betreft de gezinssituatie werd reeds eerder aangegeven dat er geen eenduidigheid is of het welbevinden hoger is bij gezinnen met of zonder kinderen (Glenn & McLanahan, 1982; Kohler e.a., 2005; White e.a., 1986). We zullen in onze beschrijvende analyses aandacht hebben voor de verschillende huishoudens en opvallende resultaten meedelen.

Ten slotte controleren we voor het landeneffect of er significante verschillen zijn waar te nemen tussen de Europese landen op het geestelijk welbevinden.

2.7. Overzicht van alle hypothesen

Om het overzicht te kunnen behouden, volgt hieronder een opsomming van alle hypothesen. Met de term 'werknemers' bedoelen we werknemers uit de EU-15 landen tussen de 15 en 65 jaar.

Reeks 1: Hypothesen met betrekking tot het professionele domein:

- 1) Werknemers met een high-strain job hebben een hogere score op mentale uitputting en een slechte slaapkwaliteit dan werknemers met een passieve job.
- 2) Werknemers met een low-strain job of actief beroep hebben een lagere score op mentale uitputting en een slechte slaapkwaliteit dan werknemers met een passieve job.

Reeks 2: Hypothesen met betrekking tot het vrijetijdsdomein:

- 3) (A) De deelname aan reproductieve activiteiten leidt tot een slechtere mentale gezondheid dan werknemers die niet deelnemen aan reproductieve activiteiten.
(B) Hoe meer wordt deelgenomen aan reproductieve activiteiten, hoe hoger de score op een slecht mentaal welzijn en verminderde slaapkwaliteit.
- 4) (A) Sociaal en ontspannend engagement hebben een gunstig effect op de mentale gezondheid.
(B) Een hoog sociaal of ontspannend engagement zal een nadelig effect hebben op de mentale gezondheid.

Reeks 3: Hypothesen met betrekking tot de invloed van het vrijetijdsdomein op de relatie tussen de professionele factoren en de mentale gezondheid:

Voor de invloed van de reproductieve taken:

- 5) (A) Voor wie een beroep uitoefent met hoge taakeisen zullen de reproductieve activiteiten zorgen voor een hogere score op een slechte mentale gezondheid dan de score op de relatie tussen het beroep en de mentale gezondheid.
(B) Dit coëfficiënt zal bij actieve jobs kleiner zijn dan bij high-strain jobs.
- 6) Voor wie een low-strain job uitoefent zullen de reproductieve activiteiten een effect uitoefenen op de mentale gezondheid die niet veel zal verschillen van het effect van de relatie tussen het beroep en de mentale gezondheid.

Voor de invloed van de recreatieve taken:

- 7) Bij wie een beroep uitoefent met hoge taakeisen, zal een regelmatige deelname aan de recreatieve activiteiten zorgen voor een lagere score op een slechte mentale gezondheid dan de score op de relatie tussen het beroep en de mentale gezondheid.
- 8) Bij wie een beroep uitoefent met hoge taakeisen, zal een hoge deelname aan de recreatieve activiteiten zorgen voor een hogere score op een slechte mentale gezondheid dan de score op de relatie tussen het beroep en de mentale gezondheid.

3. Methoden

3.1. Onderzoeksdesign en onderzoekspopulatie

Voor de empirische benadering van de onderzoeksvragen zijn kwantitatieve data gebruikt van de EWCS (European Working Condition Survey – een Europese enquête naar arbeidsomstandigheden) van Eurofound. De gegevens zijn op een cross-sectionele manier verzameld. De meest recente data zijn gebruikt, namelijk van de zesde vragenlijst uit 2015. Deze data zijn zeer geschikt voor het onderzoek omdat naast arbeidsomstandigheden (met inbegrip van Karasek's JDC-model) (R. A. Karasek, 1979), ook vrijetijdsactiviteiten en mentale gezondheid bevraagd worden (EWCS, 2016).

De onderzoekspopulatie van de ECWS bestaat uit Europese inwoners van 15 jaar of ouder die op het moment van de enquête aan het arbeidsproces deelnamen. Hiermee wordt bedoeld dat de respondent ten minste één uur in loondienst of tegen een andersoortige vergoeding gewerkt had in de week voorafgaand aan de survey (Eurofound, 2015).

Alle verkregen informatie is strikt vertrouwelijk behandeld en van elke ondervraagde werd de anonimiteit gewaarborgd. Dankzij de verbeterde vraag- en antwoordtechnieken en door rekening te houden met de fouten uit voorgaande EWCS-enquêtes, was de validiteit en betrouwbaarheid van deze enquête hoger dan die van de voorgaande surveys.

De enquêtes werden bij de respondenten thuis afgenomen volgens de CAPI-methode door Ipsos NV, partner van Eurofound. De steekproefgrootte varieerde per land tussen 1000 en 3300 personen. De interviews hadden een gemiddelde duur van 45 minuten. De representativiteit van de steekproef werd gegarandeerd doordat de geënquêteerden werden geselecteerd door middel van een getrapte, gestratificeerde, aselechte steekproef van de beroepsbevolking. De steekproef werd gestratificeerd naar regio en verstedelijkingsgraad. De verstedelijkingsgraad werd ingedeeld in drie categorieën: dichtbevolkt gebied, gemiddeld dichtbevolkt en dunbevolkt gebied (Ipsos, 2015). Per stratum of deelpopulatie werd een willekeurig aantal primaire steekproefeenheden geselecteerd, evenredig aan de omvang van de strata. Binnen elke primaire steekproefeenheid werd een willekeurige steekproef op het niveau van de huishoudens genomen met behulp van het adressenregister. Daarna werd in elk huishouden de persoon gekozen die als eerste in het jaar verjaarde (Eurofound, 2015).

Bij een aantal werknemers werd het interview afgenomen op hun werkplaats. In dat geval kon het interview telkens worden afgenomen in een afzonderlijke en rustige ruimte. Na de analyse door Ipsos van de variabelen werd besloten deze interviews in de dataset te behouden aangezien deze als geldig konden worden beschouwd (Ipsos, 2015).

3.2. De steekproef

Van alle respondenten zijn in dit onderzoek enkel werknemers die voltijds werken, en dus geen zelfstandige ondernemers, van de EU-15 opgenomen. De minimumleeftijd voor deze survey lag op 15 jaar. Er werd voor deze ondergrens gekozen omdat het in alle landen wettelijk niet toegestaan is om betaalde arbeid te verrichten onder deze leeftijdsgrens. De bovengrens werd vastgesteld op 65 jaar, hetgeen in de meeste landen de wettelijk gerechtigde pensioenleeftijd is (Novikova & Dingemans, 2016). Van de meer dan 44 000 afgenomen enquêtes uit 35 verschillende landen bekomen we na selectie op basis van loondienst, leeftijd en de EU-15 een totaal van 17606 respondenten (Ipsos, 2015). Voor de analyses pasten we de weging w5-EU15 toe.

3.3. Meetinstrumenten

3.3.1. Mentale gezondheid

De afhankelijke variabele werd ondervraagd door middel van verschillende vragen uit Q78, Q79 en Q87. Na alle vragen te coderen in dezelfde richting en het controleren van de correlatie, werd factoranalyse toegepast waarbij drie dimensies zichtbaar werden: het mentaal welzijn, de slaapkwaliteit en het fysiek welzijn. In lijn met het uitgangspunt van dit onderzoek richten we ons op de eerste twee dimensies (zie bijlage 1).

Slaapkwaliteit

De slaapkwaliteit van de respondenten werd onderzocht door na te gaan of zij gedurende het laatste jaar moeilijkheden hadden ondervonden bij het inslapen, of zij 's nachts (meerdere keren) wakker werden en of ze bij het ontwaken een gevoel van uitputting of vermoeidheid ervaarden. Na de factoranalyse (Cronbach's alpha: 0,861) werd op basis van deze vragen een somschaal gemaakt, die we zullen gebruiken in de multivariate analyse. Daarin wees de minimumscore '0' op een zeer goede slaapkwaliteit en de maximumscore '1' op een zeer slechte slaapkwaliteit.

De steekproef omvat dertig respondenten waarvan we geen informatie over hun slaapkwaliteit kregen, wat het aantal missings brengt op slechts 0,2 procent.

Mentaal welzijn

Het mentaal welzijn van de respondenten werd geanalyseerd door te vragen naar de mate waarin zij een interessant leven hadden, de mate van vrolijkheid, actief en doelbewust zijn en de mate waarin zij fris en uitgerust, rustig en ontspannen waren. Na de factoranalyse (Cronbach's alpha: 0,877) werd opnieuw een somschaal geconstrueerd voor de complexe analyse, waarbij de minimumscore '0' wees op een heel goed mentaal welzijn en de maximumscore '1' op een heel slecht mentaal welzijn.

De steekproef omvatte 65 respondenten (0,4 procent) van wie geen informatie is verkregen over het mentaal welzijn.

Om de beschrijvende analyse overzichtelijk te houden, werden beide somschalen gedichotomiseerd. Alle waarden kleiner of gelijk aan de mediaan, kregen de waarde '0' toegewezen. Deze groep stond voor een matige tot zeer goede slaapkwaliteit of mentaal welzijn. Alle waarden groter dan de mediaan kregen de waarde '1', wat stond voor een matige tot zeer slechte slaapkwaliteit of mentaal welzijn. De mediaan voor de slaapkwaliteit en voor het mentaal welzijn bedroegen respectievelijk 0,25 en 0,28. De beschrijvende statistieken worden weergegeven in tabel 4.

3.3.2. De professionele factoren

Om de doelstellingen van het onderzoek te kunnen realiseren werden de indicatoren voor de werksituatie, namelijk taakeisen en werkcontrole, geoperationaliseerd. Deze werden nadien gecombineerd zodat de verschillende jobtypes bekomen werden.

We selecteerden alle vragen met betrekking tot de taakeisen en werkcontrole uit de survey. Deze vragen werden gehercodeerd in dezelfde richting en met dezelfde breedte, gaande van '0' tot en met '1'. We stelden een correlatietabel op zodat items die te hoog ($> 0,8$) of te laag ($< 0,3$) correleerden, konden worden weggelaten (zie bijlage 2). Een te lage correlatie wijst er immers op dat de vragen onvoldoende samenhang hebben, terwijl bij een te hoge correlatie twee keer hetzelfde wordt gemeten.

Na controle van de Cronbach's alpha voor de resterende items (zie bijlage 3) werd factoranalyse toegepast. We verkregen zes verschillende dimensies: emotionele inspanningen, werktempo of stress, monotone of afstompende taken, de inspraak op het werk, de keuzevrijheid van de arbeid en het vakmanschap.

Tabel 1: Overzicht van alle werkdimensies.

Code	Benaming	Cronbach's alpha
Dimensie 1: Inspraak op het werk¹		0,723
Q47	Eén of twee uur vrijaf kunnen nemen tijdens de werkuren voor persoonlijke redenen.	
Q61 (c*, d*, f, i)	Inspraak hebben in de doelstelling op het werk; betrokken worden bij het verbeteren van werkprocessen; pauzeren wanneer u wil; uw eigen ideeën in uw werk kunnen toepassen.	
Dimensie 2: Emotionele inspanningen		0,670
Q30 (f, g, h)	In direct contact komen met klanten, leerlingen, patiënten... ; omgaan met boze klanten; situaties meemaken die emotioneel moeilijk zijn voor u.	
Q50 (b)	Rechtstreekse vragen krijgen van klanten, passagiers, leerlingen...	
Dimensie 3: Werktempo en stress		0,717
Q49 (a en b)	Werken aan een zeer hoog tempo of snelheid; werken met strikte deadlines.	
Q61 (g en m)	Genoeg tijd hebben om het werk af te maken; stress ervaren op het werk.	
Dimensie 4: Keuzevrijheid van de arbeid		0,760
Q54 (a, b, c)	Keuze in de volgorde van de taken, werkmethode en werktempo.	
Dimensie 5: Vakmanschap¹		0,663
Q53 (a*, b*, c, e, f)	Het respecteren van vastgelegde kwaliteitsnormen; zelf-evaluatie; zelf een oplossing zoeken voor onvoorziene problemen; het oplossen van ingewikkelde taken; het leren van nieuwe dingen.	
Dimensie 6: Monotone en afstompende taken		0,665
Q48 (a, b)	Korte herhaaldelijke taken van minder dan 1 of 10 minuten uitvoeren.	

¹ Deze dimensie werd voor twee items geïmputeerd. De geïmputeerde vragen staan aangeduid met *. Dimensie 1, 4 en 5 behoren tot de werkcontrole; dimensie 2, 3 en 6 behoren tot de taakeisen.

Op de vragen over vakmanschap en inspraak op het werk werd het hoogste aantal missings gerapporteerd, hetgeen varieerde tussen 1,15 en 3,62 procent van de steekproefomvang. We pasten de enkelvoudige imputatiemethode toe met behulp van onvoorwaardelijke gemiddelden. Hoewel er betere imputatietechnieken bestaan (Huisman, 2007; Wilmots, Shen, Hermans, & Ruan, 2011), werd toch voor deze methode gekozen omwille van zijn eenvoudige toepasbaarheid en omdat het aantal missings erg laag is. Hierdoor is de invloed op de betrouwbaarheidsintervallen en de noemer van de standaardfout erg klein (tussen 0,7 en 1,95 procent) en ook de correlaties zullen slechts minimaal afgezwakt worden (Wilmots e.a., 2011). De correlatie tussen elke vraag en zijn geïmputeerde was 1.

Taakeisen en werkcontrole

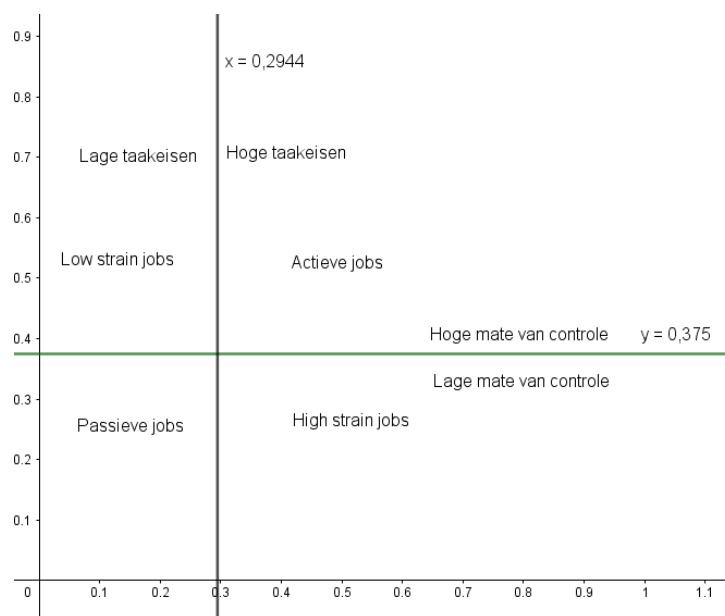
Voor de taakeisen maakten we gebruik van emotionele inspanningen, werktempo of stress en monotone, afstompende taken. De werkcontrole werd ontwikkeld op basis van de inspraak op het werk, de keuzevrijheid van de arbeid en het vakmanschap opgenomen. Alle vragen van elke dimensie werden samengeteld en herschaald voor de somschaal, hetgeen varieerde van '0' of 'laag' tot '1' of 'hoog'. Somschalen die behoorden tot de taakeisen werden samengeteld. Hetzelfde deden we voor de

somschalen die gerelateerd waren aan de werkcontrole. Bijgevolg varieerden deze schalen van '0', hetgeen zeer lage taakeisen of werkcontrole voorstelt, tot '3', wat staat voor een zeer hoge taakbelasting of werkcontrole. In totaal waren er 866 of 4,9 procent missings voor de taakeisen. Het aantal missings bij de werkcontrole lag hoger (5,4 procent of 958 missings).

Jobkwadranten

De variabelen taakeisen en werkcontrole werden gedichotomiseerd op basis van de mediaan. Respondenten die lager scoorden dan de mediaan hadden jobs met lage taakeisen of weinig werkcontrole, wie hoger scoorde werd gedefinieerd als met een job met hoge taakeisen of veel werkcontrole. Hiermee werd de jobtypologie ontwikkeld (zie figuur 2) die we gebruiken in de beschrijvende analyse. Voor de multivariate analyse werden dummyvariabelen gemaakt waarbij de passieve job als referentie werd gebruikt.

De beschrijvende statistieken worden weergegeven in tabel 4.



Figuur 2: Configuratie jobtypologie op basis van de mediaan (eigen bewerking).

3.3.3. De vrijetijdsfactoren

De laatste onafhankelijke variabelen werden gekwantificeerd uit zes vragen van de survey (zie bijlage 4). Op basis daarvan ontwikkelden we de drie soorten vrijetijdsfactoren: reproductieve activiteiten, ontspannende activiteiten en sociale activiteiten. Hoewel de correlatie tussen de vragen binnen elke soort vrijetijdsfactor laag lag (zie infra), ontwikkelden we de vrijetijdsfactoren zodat het overzicht bij de analyses kon worden bewaard. Daarnaast is het doel om de deelnamefrequentie van de respondenten aan elke vrijetijdsfactor na te gaan, waardoor de interne samenhang tussen de vragen van minder belang is. De respondent kon de vragen beantwoorden met behulp van een antwoordschaal, gaande van '1' dagelijks tot en met '5' nooit. De antwoordschalen herschaalden we tot een nieuwe vijfledige schaal zodat '0' nooit en '4' dagelijks voorstelt. Met behulp van de nieuwe antwoordschalen ontwikkelden we ordinale vrijetijdsvariabelen (zie infra).

Reproductieve activiteiten

Voor deze dimensie werden de vragen met betrekking tot koken en huishoudelijke taken en de zorg of opvoeding van (klein)kinderen opgenomen (Spearman's rho: 0,203). Bij de antwoorden over de zorg voor of opvoeding van (klein)kinderen waren echter 1342 missings, waarvan 1310 'niet van toepassing'.

Deze werden herschaald tot 'geen kinderen' waardoor 32 missings overbleven, hetgeen ook het hoogste aantal was van alle vrijetijdsactiviteiten.

De onderstaande tabel geeft de configuratie weer van de drie mogelijke uitkomsten van de ordinale variabele 'reproductieve activiteiten'. Elke uitkomst is een verzameling van getallen die in de tabel aangeduid worden door een bepaalde kleur. Het eerste cijfer van elk getal slaat op de zorg voor (klein)kinderen, het tweede cijfer slaat op het koken of de huishoudelijke taken, waarbij '0' geen en '4' een dagelijks deelname voorstelt.

Deze variabele werd gebruikt voor de beschrijvende analyse. Voor de multivariate analyse maakten we hiervan dummyvariabelen met 'weinig of geen deelname' als referentie, aangezien we voor de hypothesen controleren wat de invloed is van een regelmatige en hoge deelname aan reproductieve activiteiten op de mentale gezondheid.

Tabel 2: Antwoordcategorieën van reproductieve activiteiten.

00	10	20	30	40
01	11	21	31	41
02	12	22	32	42
03	13	23	33	43
04	14	24	34	44

Weinig tot geen deelname aan reproductieve activiteiten

Regelmatige deelname aan reproductieve act.

Hoge tot heel hoge deelname aan reproductieve act.

1^{ste} cijfer van het getal: frequentie van zorg of opvoeding van (klein)kinderen

2^{de} cijfer van het getal: frequentie van koken of huishoudelijke taken

Soorten deelname: 0 (nooit); 1 (minder vaak); 2 (meerdere keren per maand); 3 (meerdere keren per week); 4 (dagelijks)

Sociale activiteiten

Voor het sociaal engagement werd op analoge manier te werk gegaan. De vragen met betrekking tot de deelname aan vrijwilligers- of liefdadigheidswerk en politieke- of vakbondsactiviteiten werden opgenomen (Spearman's rho: 0,224). In tabel 3 is de configuratie van de antwoordschalen van de variabele 'sociale activiteiten' zichtbaar waarbij het eerste cijfer van het getal staat voor de deelname aan vrijwilligers- of liefdadigheidswerk en het tweede cijfer voor politieke- of vakbondsactiviteiten, waarbij '0' nooit en '4' een dagelijks deelname voorstelt.

Tabel 3: Antwoordcategorieën van recreatieve activiteiten.

00	10	20	30	40
01	11	21	31	41
02	12	22	32	42
03	13	23	33	43
04	14	24	34	44

Weinig tot geen deelname

Regelmatige deelname

Hoge tot heel hoge deelname

1^{ste} cijfer van het getal: frequentie van zorg of opvoeding van (klein)kinderen

2^{de} cijfer van het getal: frequentie van koken of huishoudelijke taken

Soorten deelname: 0 (nooit); 1 (minder vaak); 2 (meerdere keren per maand); 3 (meerdere keren per week); 4 (dagelijks)

Ontspannende activiteiten

Voor het ontspannend engagement werden vragen over de deelname aan een training of cursus en de deelname aan sport, cultuur of vrijetijdsbesteding buitenshuis opgenomen (Spearman's rho: 0,204). We verwijzen opnieuw naar tabel 3 voor de configuratie van de antwoordschalen van 'ontspannende activiteiten'. Het eerste cijfer van het getal staat voor de deelname aan een training of cursus. Het tweede cijfer van het getal staat voor de deelname aan sport, cultuur of vrijetijdsbesteding buitenshuis.

De variabelen 'sociale activiteiten' en 'ontspannende activiteiten' werden gebruikt voor de beschrijvende analyse. Voor de multivariate analyse maakten we hiervan dummyvariabelen met 'weinig of geen deelname' als referentie aangezien we voor de hypothesen controleren wat de invloed is van een regelmatige en hoge deelname aan recreatieve activiteiten op de mentale gezondheid.

De beschrijvende statistieken van de vrijetijdsfactoren is terug te vinden in tabel 4.

3.3.4. De variabelen op persoonlijk niveau

Gender

Van deze dichotome variabele werd voor de complexe analyse een dummyvariabele gemaakt waarbij mannen de referentiegroep waren.

Opleidingsniveau

Voor het opleidingsniveau konden de respondenten kiezen uit een aantal categorieën, variërend per land. Om uniformiteit te verkrijgen, werd deze variabele herschreven en vereenvoudigd tot drie categorieën, bestaande uit 0 'maximum lager secundair onderwijs', 1 'hoger secundair onderwijs' en 2 'hooggeschoold'. De eerste categorie omvat alle ondervraagden die hoogstens een diploma lager secundair onderwijs bezitten. In de tweede categorie werden alle respondenten opgenomen die hun hoger secundair onderwijs hadden voltooid maar (nog) geen hogeschool of universiteit (volledig) hadden gelopen. De laatste categorie omvat de respondenten die het hogeschool-, universiteits- of doctoraatstraject hadden doorlopen. Voor de regressieanalyse werden dummyvariabelen gemaakt waarbij 'maximum lager secundair onderwijs' de referentiegroep was.

Leeftijd

De leeftijd, gaande van 15 tot 65 jaar, werd voor de complexe analyse gecentreerd waarbij de minimumleeftijd werd afgetrokken. Op die manier wordt het interpreteren van het effect van de leeftijd op de mentale gezondheid vereenvoudigd.

Voor de beschrijvende analyse werd de leeftijd onderverdeeld in vijf leeftijdscategorieën met telkens een klassenbreedte van tien jaar. We hebben er echter voor gekozen om de eerste leeftijdsgroep te laten lopen van 15 jaar tot en met 25 jaar, waardoor deze categorie een klassenbreedte van elf jaar heeft. Ze omvat één extra jaar omdat het aandeel leerlingen en studenten hoger is dan bij de andere groepen. In die zin kunnen we stellen dat deze categorie de minst 'zuivere' werkende groep is, en op die manier kunnen we de overige groepen correcter met elkaar vergelijken.

Gezinssituatie

Voor de configuratie van de gezinssituatie baseerden we ons op de vragen met betrekking tot het aantal kinderen en het hebben van een partner. Hierdoor ontstonden vier groepen: alleenstaanden zonder kinderen, alleenstaande ouders, koppels zonder kinderen en koppels met kinderen. De laatste groep werd, bij het maken van de dummyvariabelen, gekozen als referentiecategorie omdat ze het grootst in aantal zijn. Deze dummy's werden gebruikt bij de regressieanalyse.

Landenverschillen

Ten slotte werd er tijdens de analyses telkens gekeken of er grote verschillen waren tussen de EU-15 landen.

In tabel 4 zijn de beschrijvende statistieken weergegeven van de persoonlijke kenmerken.

Tabel 4: Beschrijvende statistieken.

Variabele	N (%)	Missings (%)	Variabele	N (%)	Missings (%)
Mentale gezondheid			Landen		0 (0)
Slaapkwaliteit		30 (0,2)	België	405 (2,3)	
Matig tot zeer slecht	4179 (23,7)		Denemarken	265 (1,5)	
Matig tot zeer goed	13403 (76,3)		Duitsland	3661 (20,8)	
Mentaal welzijn		65 (0,4)	Griekenland	239 (1,4)	
Matig tot zeer slecht	2784 (15,9)		Spanje	3741 (21,3)	
Matig tot zeer goed	14758 (84,1)		Frankrijk	2546 (14,5)	
Jobtypologie		1627 (9,2)	Ierland	167 (0,9)	
Passieve job	4140 (25,9)		Italië	1659 (9,4)	
Low strain job	3880 (24,3)		Luxemburg	25 (0,1)	
Actieve job	4186 (26,2)		Nederland	741 (4,2)	
High strain job	3774 (23,6)		Oostenrijk	374 (2,1)	
Vrijtijdsfactoren			Portugal	348 (2,0)	
Reproductieve activiteiten		43 (0,2)	Finland	205 (1,2)	
Weinig of geen deelname	5122 (29,2)		Zweden	465 (2,6)	
Regelmatige deelname	4401 (25,1)		Groot - Brittannië	2764 (15,7)	
Veel tot heel veel deelname	8040 (45,8)				
Ontspannende activiteiten		45 (0,3)			
Weinig of geen deelname	9047 (51,5)				
Regelmatige deelname	4473 (25,5)				
Veel tot heel veel deelname	4040 (23,0)				
Sociale activiteiten		41 (0,2)			
Weinig of geen deelname	16384 (93,3)				
Regelmatige deelname	983 (5,6)				
Veel tot heel veel deelname	198 (1,1)				
Geslacht		0 (0)			
Man	8820 (50,1)				
Vrouw	8786 (49,9)				
Opleidingsniveau		68 (0,4)			
Lager secundair onderwijs	3341 (19,1)				
Hoger secundair onderwijs	8447 (48,2)				
Hooggeschoold	5750 (32,8)				
Leeftijd		0 (0)			
15 – 25 jaar	1835 (10,4)				
26 – 35 jaar	3953 (22,5)				
36 – 45 jaar	4764 (27,1)				
46 – 55 jaar	4771 (27,1)				
56 – 65 jaar	2283 (13,0)				
Gezinssituatie		139 (0,8)			
Alleenstaande zonder kinderen	2853 (16,3)				
Alleenstaande ouder	1621 (9,3)				
Koppel zonder kinderen	4364 (25,0)				
Koppel met kinderen	8629 (49,4)				

Alle resultaten zijn gewogen volgens w5_EU15.

4. Analysetechnieken

4.1. Beschrijvende technieken

Er werd een kruistabel gegenereerd met daarin de verdeling van het geestelijk welbevinden, de professionele en vrijetijdsfactoren. Dankzij deze tabel kregen we een eerste indruk van de verdeling en samenhang tussen de soorten jobs en de mentale gezondheid en van de eerste reeks hypothesen. De chi-kwadraat werd eveneens berekend om na te gaan of er een statistische samenhang is en of deze samenhang kon veralgemeend worden naar de populatie. De sterkte van het verband werd gecontroleerd met behulp van Cramers V.

Daarnaast werd ook de tweede reeks van hypothesen met behulp van de kruistabel gecontroleerd. We analyseerden ook de richting van het verband en de veralgemeenbaarheid naar de populatie. Spearmans rho hielp ons om de sterkte van het verband te bepalen.

Zowel voor de professionele als voor de vrijetijdsfactoren werden significante verschillen tussen proporties nagekeken met behulp van een betrouwbaarheidsinterval ($p = 0,05$). Daarnaast maakten we ook gebruik van de Bonferroni-test. Bijzondere significante verschillen of conclusies worden vermeld.

Ten slotte werden er tabellen gegenereerd waarin de resultaten werden opgesplitst volgens geslacht, opleidingsniveau, leeftijd en gezinssituatie (zie bijlage 5 tot en met 9). Hierbij komen in de bespreking opvallende resultaten aan bod. Significante en opvallende verschillen tussen de Europese landen worden eveneens besproken.

4.2. Complexe technieken

Voor de complexe analyse maakten we gebruik van OLS-regressieanalyse. Dergelijke analysemethode geeft ons de mogelijkheid om te werken met kwantitatieve afhankelijke variabelen, hier de somschalen van de slaapkwaliteit en mentaal welzijn. Hoewel eerder is vermeld dat deze variabelen werden gedichotomiseerd voor de beschrijvende analyse, is het nadeel dat het cutt-off point vaak arbitrair is gekozen. Door de somschalen te gebruiken, omzeilen we de mogelijke discussie omtrent het afkappunt. Er werden verschillende modellen ontworpen en aandacht besteed aan de sterkte en de aard van het verband. Vooreerst werd een 'model 0' ontwikkelt dat alle bivariate verbanden toont tussen alle onafhankelijke variabelen en de mentale gezondheid. Om de eerste reeks onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden, modelleerden we model 1, bestaande uit de type jobs. In model 2 bestudeerden we het effect van de vrijetijdsfactoren op de mentale gezondheid, waardoor we tegemoet kwamen aan de tweede reeks hypothesevragen. Om een antwoord te kunnen bieden op de derde reeks hypothesen modelleerden we een derde, vierde en vijfde model. Het derde model bestaat uit de verschillende soorten jobs en de vrijetijdsfactoren. Het vierde model werd geconfigureerd op basis van het derde, waaraan we een aantal persoonlijke kenmerken toevoegden. Aan het laatste model voegden we de interacties toe. Niet-significante variabelen of interacties werden geweerd uit het model, waardoor het best passende model werd verkregen.

We hadden ook aandacht voor de multicollineariteit zodat kon worden nagegaan in hoeverre de onafhankelijke variabelen samenhangen. Hiervoor gebruikten we VIF en Tolerance. Een VIF hoger dan 10 en een Tolerance lager dan 0,2 wezen op een probleem (Field, 2013). Met behulp van F-toetsen gingen we na of de variabelen die we toevoegden aan het model een significante meerwaarde hadden ten opzichte van het beperkte model.

Hoewel de dataset groot is, bestaat de kans dat de interacties tussen werk- en vrijetijdsfactoren een kleine omvang zullen hebben. Hierdoor is het mogelijk dat de vertrouwde betrouwbaarheidsniveaus (0,05; 0,01 en 0,001) niet gehaald zullen worden. Mastari (2016) gaf in een thesis reeds aan dat dit niet noodzakelijk een probleem hoeft te zijn. De sterkte van een significantietest is immers afhankelijk van de steekproefgrootte (Labovitz, 1968). Een kleine steekproefgrootte zal zorgen voor een grotere standaardafwijking (Leahey, 2005), wat leidt tot een kleinere afwijking van de schatting van de parameterwaarde ten opzichte van de nulhypothese. Hierdoor zal de nulhypothese minder vaak worden verworpen en dus leveren deze variabelen geen significante bijdrage aan het regressiemodel, terwijl een grotere steekproefomvang de mogelijkheid tot een verwerping van de nulhypothese wel vergroot. Om tegemoet te komen aan dit probleem zullen we regressiecoëfficiënten met een foutenmarge kleiner dan 0,1000 ook opnemen in de bespreking. Deze zullen gemarkeerd worden met “^o”. De kans op type I-fouten zal daardoor stijgen, maar de kans op type II-fouten of het niet verwerpen van een foute nulhypothese zal dalen (Labovitz, 1968; Mastari, 2016). Daarbij komt dat resultaten met een significantie kleiner dan 0,1000 uit dit onderzoek kunnen overeenkomen met besluiten uit eerder onderzoek. Ondanks deze hogere foutenmarge hebben de conclusies dan wel een maatschappelijke meerwaarde (Engman, 2013).

5. Resultaten

5.1. Beschrijvende analyse

In deze paragraaf beschrijven we met behulp van tabel 5 de verbanden tussen de mentale gezondheid en de werk- en vrijetijdsfactoren. We starten met de analyse van de jobtypes, waarna we de vrijetijdsfactoren onder de loep nemen. Bijzondere resultaten met betrekking tot de persoonlijke kenmerken worden in de laatste paragraaf meegegeven.

5.1.1. Associatie tussen mentale gezondheid en werk- en vrijetijdskenmerken

Soorten jobs en mentale gezondheid

Wanneer we de resultaten analyseren, valt op dat de prevalentie van een slechte slaapkwaliteit en verminderd mentaal welzijn hoger is binnen de high strain job categorie (slaapkwaliteit: 47,3 procent; mentaal welzijn: 44,2 procent) dan binnen de passieve beroepen (slaapkwaliteit: 38,4 procent; mentaal welzijn: 37,2 procent). We kunnen met enige voorzichtigheid de eerste hypothese bevestigen. High-strain jobs geven, in vergelijking met passieve beroepen, meer kans op een slecht geestelijk welbevinden. De proporties van beide groepen verschillen significant, ook na controle van betrouwbaarheidsintervallen.

De tweede hypothese kunnen we echter niet bevestigen. Het klopt weliswaar dat personen met een low-strain job een lagere kans hebben op een slechte slaap dan wie een passief beroep beoefent, maar dit is niet geldig voor wie een actieve job heeft. Ook maken Europese werknemers met een low-strain of actieve job meer kans op een verminderd mentaal welzijn dan zij die passieve beroepen beoefent. Het kleine verschil tussen passieve en low-strain jobs is significant (95 procent betrouwbaarheidsinterval van het verschil tussen de proporties: [0,0156; 0,0584]).

Hoewel de chi-kwadraattoets van zowel slaapkwaliteit (506,226) als mentaal welzijn (294,737) aantoont dat er statistische afhankelijkheid bestaat, relativeert Cramers V de sterkte van de verbanden (slaapkwaliteit: 0,178; mentaal welzijn: 0,136). Dankzij de lage p-waarden, die telkens 0,000 waren, weten we dat de resultaten kunnen worden veralgemeend naar de populatie.

Vrijetijdsfactoren en mentale gezondheid

Wat betreft de derde hypothese kunnen we met enige voorzichtigheid stellen dat de slaapkwaliteit daalt naarmate meer reproductieve taken worden opgenomen. De post hoc test (Bonferroni) toont echter aan dat er een significant verschil is in proporties tussen de groepen 'weinig of geen' en 'regelmatig', maar niet tussen wie regelmatig of (heel) veel reproductieve taken uitvoert. Daarnaast kunnen we stellen dat het mentaal welzijn significant lager is van wie veel tot heel veel reproductieve activiteiten opneemt dan voor wie weinig of geen huishoudelijke taken opneemt. Bijgevolg kunnen we concluderen dat de derde hypothese ten dele klopt: de deelname aan reproductieve activiteiten zorgt voor een slechtere mentale gezondheid. Hierbij leidt, in vergelijking met weinig of geen deelname, een regelmatige deelname tot een slechtere slaapkwaliteit en een hoge deelname tot een verminderd mentaal welzijn.

De chi-kwadraattoets toont aan dat de variabelen statistisch afhankelijk zijn (slaapkwaliteit: 174,902; mentaal welzijn: 10,800), maar de lage Spearmans rho (slaapkwaliteit: 0,092; mentaal welzijn: 0,015) relativeert de sterkte van het verband. Dankzij de lage p-waarde (slaapkwaliteit: 0,000; mentaal welzijn: 0,005) kunnen we de conclusies veralgemenen naar alle landen van de EU-15.

Voor het sociaal engagement en de slaapkwaliteit kunnen we assumeren dat een hogere deelname resulteert in een kleinere kans op een goede slaap. Dit komt niet overeen met hypothese 4(A), dat

veronderstelt dat deelname aan sociale activiteiten een gunstig effect zal heeft op de slaapkwaliteit. Het tweede deel wordt echter wel bevestigd, namelijk dat een hoog engagement zorgt voor een verminderde slaapkwaliteit. De Bonferroni-test toonde geen significante verschillen aan tussen de soorten deelnames aan sociale activiteiten en het mentaal welzijn, wat erop wijst dat dergelijke activiteiten geen invloed hebben op het mentaal welzijn. De vierde hypothese omtrent het mentaal welzijn wordt dus niet bevestigd.

De sterkte van het verband voor de slaapkwaliteit en het mentaal welzijn is, met respectievelijk 0,034 en 0,005, erg laag. Uitsluitend de conclusies met betrekking tot de slaapkwaliteit kunnen veralgemeend worden naar de populatie (slaapkwaliteit: $p = 0,000$; mentaal welzijn: $p = 0,361$). De chi-kwadraat toonde echter voor de slaapkwaliteit een statistisch verband aan (25,861).

Een hoger ontspannend engagement resulteert in een beter geestelijk welbevinden. Bij de slaapkwaliteit is er geen significant verschil tussen een regelmatige en heel hoge deelname. Een hoge deelname leidt echter wel tot een beter mentaal welzijn. Hiermee wordt hypothese 4(A) bevestigd, maar 4(B) ontkracht. Omdat de p-waarden kleiner zijn dan 0,05 kunnen we deze besluiten veralgemenen naar de populatie. Hoewel de chi-kwadraat opnieuw een statistische afhankelijkheid vertoont voor de slaapkwaliteit (8,747) en het mentaal welzijn (167,403), relativeert Spearmans rho de sterkte van dit verband (slaapkwaliteit: -0,019; mentaal welzijn: -0,098).

Na een eerste blik op de werk- en vrijetijdsfactoren kunnen we besluiten dat de eerste hypothese wordt bevestigd: high strain jobs geven, in vergelijking met passieve jobs, meer kans op een slecht geestelijk welbevinden. De tweede hypothese kunnen we slechts gedeeltelijk bevestigen. Het klopt dat personen met een low-strain job een lagere kans hebben op een slechte slaap dan zij die een passieve job beoefenen, maar dit is niet geldig voor wie een actieve job heeft. Personen met een low-strain of actieve job maken meer kans op een verminderd mentaal welzijn dan personen die een passieve job beoefenen. Het eerste deel van de derde hypothese is correct, namelijk dat de deelname aan reproductieve activiteiten zorgt voor een slechtere mentale gezondheid. Hierbij leidt, in vergelijking met weinig of geen deelname, een regelmatige deelname tot een slechtere slaapkwaliteit en een hoge deelname tot een verminderd mentaal welzijn. Ten slotte moeten we ook de vierde hypothese, omtrent de sociale activiteiten, bijstellen. De deelname zorgt voor een nadelige invloed op de slaapkwaliteit. Hoe hoger de deelname, hoe minder kans op een goede slaap. Voor het mentaal welzijn waren er echter geen verschillen vast te stellen. Voor het ontspannend engagement is het omgekeerde waar: deelname aan ontspannende activiteiten resulteert in een betere slaap en een gezonder mentaal welzijn. Een heel hoog engagement leidt enkel tot een beter mentaal welzijn, maar niet tot een betere slaapkwaliteit.

Tabel 5: Absolute aantallen voor de categorieën van alle onafhankelijke variabelen en hun proportionele verdeling over de afhankelijke variabelen en geslacht. N = 17606, ECWS 2015 - eigen bewerking.

	Matige tot slechte slaapkwaliteit						Matige tot slecht mentaal welzijn					
	Totaal		Vrouw		Man		Totaal		Vrouw		Man	
	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)
Totaal	17 582	23,7	8774	43,1	8802	35,5	17 542	15,9	8757	46,0	8785	42,1
Jobtypologie												
Passieve job	4129	38,4	1813	39,3	2317	31,3	4136	37,2	1816	40,0	2319	35,0
Low strain job	3869	28,8	1930	32,2	1939	25,4	3860	40,9	1927	40,6	1933	41,1
Actieve job	4184	50,0	2283	54,4	1901	44,7	4177	54,9	2280	57,0	1897	52,5
High strain job	3771	47,3	1874	49,8	1897	44,9	3769	44,2	1871	44,3	1897	44,2
Reproductieve activiteiten												
Weinig of geen	5113	31,4	1452	35,7	3661	30,2	5103	42,2	1449	43,3	3655	41,8
Regelmatig	4397	41,2	2399	43,8	1998	38,1	4391	45,5	2400	47,3	1992	43,3
Veel tot heel veel	8029	43,0	4903	45,0	3216	40,1	8012	44,4	4890	46,2	3122	41,7
Sociaal engagement												
Weinig of geen	16 360	39,8	8283	42,8	8076	34,9	16 660	44,1	8268	46,0	8061	42,2
Regelmatig	982	43,7	418	46,6	563	40,0	981	42,3	419	44,6	564	40,6
Veel tot heel veel	198	53,5	56	57,1	142	52,1	197	47,2	54	59,3	142	43,0
Ontspannend engagement												
Weinig of geen	9035	40,3	4770	44,1	4266	36,2	9006	48,5	4758	49,6	4248	47,4
Regelmatig	4467	37,9	2051	42,9	2416	33,7	4466	41,4	2049	42,3	2416	40,6
Veel tot heel veel	4034	38,5	1928	40,9	2106	36,4	4032	37,0	1924	40,9	2107	33,5
Opleidingsniveau												
Lager sec. onderwijs	3336	39,3	1606	43,8	1729	35,1	3329	45,4	1605	46,2	1725	44,5
Hoger sec. onderwijs	8438	36,5	4118	39,9	4320	33,3	8419	42,7	4107	44,9	4313	40,6
Hooggeschoold	5739	43,3	3032	47,1	2708	39,1	5733	45,5	3038	47,6	2704	43,3
Leeftijd												
15 – 25 jaar	1835	31,8	918	35,2	917	28,5	1833	36,8	917	40,6	916	33,1
26 – 35 jaar	3948	36,9	1936	40,9	2012	33,1	3942	42,5	1936	43,9	2006	41,3
36 – 45 jaar	4759	39,8	2396	41,2	2363	38,4	4745	45,5	2392	45,4	2354	45,7
46 – 55 jaar	4757	41,8	2414	47,2	2343	36,3	4752	46,5	2405	50,2	2347	42,7
56 – 65 jaar	2277	43,2	1110	48,9	1167	37,7	2269	44,4	1107	46,4	1163	42,5

Vervolg tabel 5	Matige tot slechte slaapkwaliteit						Matige tot slecht mentaal welzijn					
	Totaal		Vrouw		Man		Totaal		Vrouw		Man	
	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)
Gezinssituatie												
Alleenstaande zonder kinderen	2846	40,1	1255	43,4	1592	37,6	2841	44,4	1254	44,9	1587	44,0
Alleenstaande ouder	1618	43,9	1121	47,0	497	36,6	1619	47,7	1123	50,2	497	41,9
Koppel zonder kinderen	4356	40,6	2140	46,1	2216	35,4	4341	46,0	2131	48,8	2210	43,3
Koppel met kinderen	8617	37,7	4192	40,8	4425	34,8	8602	42,4	4183	43,9	4419	40,9
Landen												
België	405	43,0	198	47,0	207	39,1	404	41,1	198	44,9	206	37,4
Denemarken	264	56,8	127	63,0	138	50,7	264	37,1	126	38,9	138	35,5
Duitsland	3656	30,3	1847	34,3	1809	26,2	3646	38,0	1844	39,3	1802	36,6
Griekenland	239	23,4	110	25,5	129	21,7	239	45,6	111	50,5	128	41,4
Spanje	3734	42,0	1855	45,6	1879	38,4	3729	35,2	1849	36,6	1880	33,8
Frankrijk	2545	55,7	1265	60,3	1279	51,1	2539	54,3	1265	59,8	1275	48,9
Ierland	167	34,1	89	37,1	78	30,8	166	38,6	88	39,8	78	37,2
Italië	1652	22,8	813	27,3	839	18,5	1653	55,4	813	59,2	840	51,7
Luxemburg	25	48,0	12	58,3	13	46,2	25	48,0	11	54,5	12	41,7
Nederland	737	32,4	358	38,0	380	27,4	737	34,6	357	37,0	381	32,3
Oostenrijk	374	25,9	197	27,9	177	23,7	374	35,0	196	35,2	177	34,5
Portugal	347	34,3	195	41,0	152	26,3	342	45,9	193	46,1	149	45,6
Finland	205	47,8	111	52,3	93	43,0	205	43,4	112	44,6	93	41,9
Zweden	464	49,6	231	51,9	234	47,0	464	47,4	231	51,9	233	42,9
Groot-Brittannië	2760	43,7	1364	46,2	1397	41,3	2754	52,2	1363	50,9	1391	53,5

5.1.2. Associatie tussen mentale gezondheid en persoonlijke kenmerken

Geslacht

Wanneer we de resultaten opsplitsen naar geslacht, dan stellen we vast dat vrouwen voor elk type job minder kans hebben op een goede slaap dan mannen. Voor het mentaal welzijn kunnen dezelfde conclusies worden getrokken voor passieve en actieve beroepen. In mentaal welzijn waren er echter geen verschillen te noteren bij high en low-strain jobs. Deze conclusies liggen in de lijn van wat we in het theoretisch kader hebben beschreven.

Wat verder opvalt, is dat mannen geen invloed van de frequentie van de reproductieve activiteiten op het mentaal welzijn ervaren. Ook wanneer we de ontspannende activiteiten opsplitsen, toont de post hoc test (Bonferroni) aan dat de verschillen in slaapkwaliteit verdwijnen. Zowel mannen als vrouwen ervaren geen betere nachtrust wanneer ze deelnemen aan ontspannende activiteiten.

Opleidingsniveau

De stellingname dat educatie mensen behoedt voor mentale ongezondheid lijkt in de beschrijvende analyse niet te kloppen (zie bijlage 5). Hooggeschoolden maken in elk type job de meeste kans op een slechte mentale gezondheid. Hoger opgeleiden die een low-strain job uitoefenen, verschillen wat betreft mentaal welzijn echter niet significant van personen in andere opleidingscategorieën.

Leeftijd

Een hogere leeftijd gaat samen met een dalende slaapkwaliteit (zie bijlage 6). Enkel voor werknemers met een high-strain job blijft de slaapkwaliteit na de leeftijd van 36 jaar stabiel. Het mentaal welzijn van respondenten die een passief of actief beroep uitoefenen, daalt naarmate de respondenten ouder worden maar stijgt na de leeftijd van 56 jaar (zie bijlage 7). Voor personen met een high strain job kunnen soortgelijke conclusies getrokken worden, alleen ligt het kantelmoment op 35 jaar. Werknemers met een low-strain job ervaren een stabiel mentaal welzijn vanaf de leeftijd van 45 jaar.

In tegenstelling tot wat we concludeerden in de vorige paragraaf, stellen we vast dat wie behoort tot de leeftijdsklassen tussen de 36 tot 55 jaar een slaapverschil ervaart bij een regelmatige tot hoge reproductieve deelname. Deze leeftijdscategorie lijkt een verminderde slaapkwaliteit te hebben wanneer veel huishoudelijke taken worden uitgevoerd. Verder stellen we vast dat het sociale engagement voor personen tussen de 15 en 25 jaar en tussen de 45 en 55 jaar geen invloed heeft op de nachtrust.

Gezinssituatie

Met betrekking tot de gezinssituatie constateerden we dat alleenstaande ouders in drie soorten jobs de minste kans maken op een goede nachtrust (zie bijlage 8). Uitsluitend bij de actieve beroepen hebben koppels met kinderen de minste kans op een goede slaap. Voor het mentaal welzijn namen we geen significante verschillen tussen de verschillende huishoudens en de soorten jobs waar (zie bijlage 9). Uitsluitend bij beroepen met hoge taakeisen, maken koppels met kinderen het meeste kans op een goed mentaal welzijn.

Verder stellen we vast dat alleenstaande ouders over een goede mentale gezondheid beschikken indien ze op regelmatige basis reproductieve taken uitvoeren. Een lage of hoge deelname kan het mentaal welzijn schaden, waarbij de laatste de grootste schade toebrengt. Koppels (met of zonder kinderen) ervaren een verminderde slaapkwaliteit indien ze te veel sociaal engagement opnemen.

EU-15 landen

Na controle van de verschillende landen vielen Nederland, Italië en Zweden op. In tegenstelling tot andere landen wordt de eerste hypothese over het mentaal welzijn niet bevestigd. In deze landen zijn

geen significante verschillen waar te nemen tussen personen met een passief beroep en high-strain job.

Wat opvalt, is dat in Nederland de frequentiedeelname aan reproductieve activiteiten geen invloed heeft op het mentaal welzijn. Verder hebben Italianen bij een lage of hoge deelname aan ontspannende activiteiten dezelfde slaapkwaliteit.

5.2. Multivariate analyse

Tabel 6 en 7 tonen de multivariate modellen voor respectievelijk een slechte slaapkwaliteit en een verminderd mentaal welzijn. We stellen vast dat alle effecten van de bivariate modellen voor de slaapkwaliteit significant zijn (model 0). Enkel bij het ontspannend engagement is de p-waarde voor een hoge deelname kleiner dan 0,1000. De waarden van de bivariate modellen voor het mentaal welzijn zijn echter niet allemaal significant (model 0). De p-waarden van een regelmatige deelname aan reproductieve en sociale activiteiten, van een hoge deelname aan sociale activiteiten en van alleenstaanden zonder kinderen, lagen hoger dan 0,1000.

Soorten jobs en mentale gezondheid

In beide tabellen bestaat het eerste model uit de verschillende soorten jobs, gecontroleerd naar geslacht en leeftijd. In lijn met hypothese 1, tonen de modellen dat voor wie een high-strain job uitvoert, zowel de slaapkwaliteit (0,234) als het mentaal welzijn (0,267) significant slechter is dan voor wie een passieve job uitoefent (slaapkwaliteit: 0,161; mentaal welzijn: 0,238).

De tweede hypothese is slechts gedeeltelijk juist. Een persoon die een low-strain job uitoefent, heeft een lagere kans op een slechte slaap dan een persoon uit de referentiegroep. Voor personen met een actief beroep is dit enigszins anders aangezien de score op een slechte slaap 0,099 hoger ligt dan in de referentiegroep. Voor het mentaal welzijn is de tweede hypothese incorrect. Zowel low-strain jobs als actieve jobs kennen, in vergelijking met de passieve job, een hogere score van verminderd mentaal welzijn. We kunnen besluiten dat de tweede hypothese uitsluitend geldig is met betrekking tot de low-strain jobs en de slaapkwaliteit. Deze bevindingen liggen in de lijn van wat we reeds bij de beschrijvende analyse hebben vastgesteld.

Na controle van de multicollineariteit konden we stellen dat de verklarende variabelen niet sterk correleerden met elkaar. De VIF varieerde voor de jobtypes en de controlevariabelen tussen 1,006 en 1,513 en de Tolerance lag hoger dan 0,2 (tussen 0,661 en 0,994).

Vrijtijdsfactoren en mentale gezondheid

Het tweede model stelt de coëfficiënten van de verschillende soorten vrijetijdsfactoren samen met de slaapkwaliteit of het mentaal welzijn voor. De resultaten met betrekking tot de slaapkwaliteit bevestigen hypothese 3(A) en tonen dat een deelname aan reproductieve activiteiten leidt tot een significant verminderde nachtrust. In vergelijking met de coëfficiënten uit de bivariate modellen (model 0), stellen we echter vast dat de waarden zijn gedaald en dus een minder effect hebben op de slaapkwaliteit. De andere indicatoren treden daarmee op als mediator. Het tweede deel van de hypothese kunnen we niet bevestigen. Na controle van de post-hoc test (Bonferroni) bleek er geen significant verschil in effect te zijn tussen een regelmatige en hoge deelname aan reproductieve activiteiten op de slaap. Net zoals in de beschrijvende analyse kunnen we stellen dat wie veel tot heel veel kookt of huishoudelijke taken verricht, geen slechtere nachtrust ondervindt dan wie deze taken regelmatig uitvoert. Aangaande het mentaal welzijn kon hypothese 3 niet volledig worden gecontroleerd. De score op een regelmatige deelname aan reproductieve activiteiten was immers niet significant. De coëfficiënt van een hoge deelname was dat wel ($p < 0,1$), maar de t-test (met controle van Levene's test for equality of variances)

wees uit dat er geen significant verschil was tussen de varianties van de groepen 'veel tot heel veel' en 'weinig' reproductieve activiteiten ($p = 0,099$). We kunnen met enige voorzichtigheid stellen dat hypothese 3(B) niet correct is: een hoge deelname aan reproductieve activiteiten heeft geen verschil in effect op het mentaal welzijn ten opzichte van wie weinig reproductieve activiteiten verricht.

In tegenstelling tot hypothese 4(A), leidt een regelmatige deelname aan sociaal engagement tot een significant slechtere nachtrust en verminderd mentaal welzijn dan een weinige deelname aan sociaal engagement. In lijn met hypothese 4(B) heeft een hoog sociaal engagement een nadelig effect op de nachtrust. Deze hypothese kon echter niet worden gecontroleerd voor het sociaal engagement en het mentaal welzijn vanwege het niet significante resultaat.

Uitsluitend ontspannende activiteiten zorgen voor een betere mentale gezondheid. Hierbij stellen we ook vast dat het effect op een slechte slaapkwaliteit minder sterk is dan in het nulmodel. Een hoog ontspannend engagement leidt dan weer tot een betere nachtrust en mentaal welzijn.

De correlatie tussen de verschillende afhankelijke variabelen is erg klein aangezien de VIF en de Tolerance van het geestelijk welbevinden voor de recreatieve activiteiten telkens voldeden aan de voorwaarden ($VIF < 10$ en $Tolerance > 0,2$).

Het derde model bestaat uit alle variabelen van het professionele en vrijetijdsdomein, gecontroleerd naar geslacht en leeftijd. Het aandeel verklaarde variantie voor de slaapkwaliteit en mentaal welzijn is respectievelijk 6,0 procent en 4,1 procent. Aangaande de slaapkwaliteit blijven bijna alle indicatoren statistisch significant. Enkel de score van veel tot heel veel ontspannend engagement verliest de significantie. In de tabel over het mentaal welzijn (tabel 7) heeft het coëfficiënt van een hoge deelname aan reproductieve activiteiten aan significantie verloren door het toevoegen van de beroepen. Hiermee kunnen we besluiten dat het effect van de hoge deelname aan reproductieve activiteiten op het mentaal welzijn uit het vorige model verklaard kan worden door de soorten jobs. Bijgevolg kunnen we de conclusie omtrent hypothese 3(B) bevestigen, namelijk dat een hoge deelname aan reproductieve activiteiten geen effect heeft op het mentaal welzijn.

In model 4 introduceren we het opleidingsniveau en de gezinssituatie. We stellen vast dat de proportie verklaarde variantie voor zowel de slaapkwaliteit als het mentaal welzijn is gestegen met respectievelijk 0,9 procent en 0,8 procent. Ook zijn alle coëfficiënten in vergelijking met het vorige model significant gebleven. De coëfficiënt van veel tot heel veel ontspannend engagement werd opnieuw significant. De modelfit van dit model is statistisch beter dan model 3 (sig. F change: 0,000). Verder stellen we vast dat vrouwen, ongeacht het type van job of deelname aan vrijetijdsactiviteiten, een slechter geestelijk welbevinden ervaren dan mannen en dat leeftijd slechts een lage associatie heeft met de mentale gezondheid. Ouder worden leidt tot een daling van de slaapkwaliteit en mentaal welzijn. Werknemers met een diploma in het hoger secundair onderwijs hebben een betere mentale gezondheid dan werknemers met een diploma in het lager secundair onderwijs heeft. Hooggeschoolden ervaren een slechter geestelijk welbevinden dan de referentiegroep. Ook koppels met kinderen lijken over de beste mentale gezondheid te beschikken in vergelijking met personen uit de andere huishoudens.

De invloed van vrijetijdsfactoren op de relatie tussen werkfactoren en mentale gezondheid

In model 5 voegen worden significante interactie-effecten toegevoegd en de overgebleven hypothesen getest. Hoewel het aandeel verklaarde variantie voor beide afhankelijke variabelen slechts met 0,1 procent stijgt ten opzichte van het vorige model, kunnen we stellen dat de modelfit van model 5 statistisch beter is (sig. F change: slaapkwaliteit: 0,001 en mentaal welzijn 0,000). Ook de Tolerance en VIF voldeden aan de voorwaarden.

We stellen vast dat het effect van de reproductieve bezigheden op de slaapkwaliteit lager is dan in het nulmodel, waardoor we kunnen besluiten dat andere indicatoren optreden als mediator. Een hoge deelname zal, in tegenstelling van wat eerder werd vermeld, alsnog leiden tot een slechtere slaap dan bij een regelmatige deelname. Hierdoor moeten we hypothese 3(A) bijstellen.

Met betrekking tot de soorten jobs en reproductieve activiteiten kon echter geen significante interactie toegevoegd worden (hypothese 5 en 6). Hoewel de deelname aan reproductieve activiteiten zal leiden tot een verminderde nachtrust, is er geen bijkomend effect waar te nemen voor personen die beroepen uitoefenen met hoge taakeisen. Eerder werd gesteld dat de deelname aan reproductieve activiteiten geen invloed heeft op het mentale welzijn. Ook hier kunnen we aannemen dat hoge taakeisen in combinatie met koken of huishoudelijke taken geen bijkomend effect zal hebben op het mentaal welzijn. In lijn met hypothese 6 kunnen we besluiten dat voor wie een low-strain job uitoefent, de reproductieve activiteiten een effect uitoefenen op de mentale gezondheid die weinig verschilt van het effect van de relatie tussen het beroep en de mentale gezondheid.

Hypothese 7 kunnen we gedeeltelijk controleren. We stellen vast dat personen met een actieve job, die regelmatig deelnemen aan ontspannende activiteiten, een lagere waarde hebben voor een slechte slaapkwaliteit en minder mentaal welzijn dan werknemers met een actief beroep die zich niet of weinig ontspannen. Voor elke soort job zorgt ontspannend engagement voor een verbetering van de mentale gezondheid, maar van wie een actieve job verricht kunnen we stellen dat hij of zij een aanvullend gunstig interactie-effect ervaart op het geestelijk welbevinden (slaapkwaliteit: -0,018; mentaal welzijn: -0,019). We kunnen hypothese 7 omtrent de actieve beroepen en ontspannende activiteiten bevestigen.

Voor werknemers met een high-strain job die zich sociaal engageren concluderen we dat het interactie-effect het nadelige effect van een regelmatig sociaal engagement op de slaapkwaliteit buffert. We merken op dat high-strain jobs en een regelmatige deelname aan sociale activiteiten zorgen voor een betere slaapkwaliteit (0,195) dan de score op de relatie tussen high-strain jobs en de slaapkwaliteit (0,214). Hierdoor kunnen we hypothese 7 bevestigen voor deze beroepen en het sociaal engagement. Ten slotte kunnen we besluiten dat personen met een high-strain job die zich regelmatig ontspannen een lagere score hebben op een verminderd mentaal welzijn (0,267) dan collega's die zich weinig of niet ontspannend engageren (0,277). Het interactie-effect zorgt er weliswaar voor dat het bufferend effect van ontspannend engagement (-0,032) met 0,022 kleiner wordt desondanks kunnen we hypothese 7 bevestigen.

Voor de laatste hypothese richten we ons op de slaapkwaliteit van personen met een actieve job die zich te veel sociaal engageren. Op basis van de resultaten kunnen we deze hypothese bevestigen. Wie een actief beroep uitoefent, ervaart, indien te intensief wordt deelgenomen aan sociale activiteiten, een slechtere slaapkwaliteit dan wie enkel een actief beroep uitoefent en zich weinig sociaal engageert. Hoewel de waarde van hoog sociaal engagement in vergelijking met het nulmodel is gezakt, zorgt het interactie-effect voor een bijkomende nadelige invloed op de slaapkwaliteit.

Andere interacties waren niet significant waardoor we kunnen besluiten dat de vrijetijdsfactoren geen bufferend of stimulerend effect hebben op de relatie tussen de resterende type jobs en de mentale gezondheid.

Tabel 6: Relatie tussen een slechte slaapkwaliteit en professionele en vrijetijdsfactoren (ECWS 2015, EU15, N = 17606).

	Model 0 (bivariate modellen)		Model 1		Model 2		Model 3 (M1 + M2)		Model 4 (M3 + pers. kenmerken)		Model 5 (M4 + interacties)	
	B	S.E.	B	S.E.	B	S.E.	B	S.E.	B	S.E.	B	S.E.
Intercept			0,161 ***	0,007	0,189 ***	0,006	0,149 ***	0,008	0,137 ***	0,009	0,134 ***	0,009
Jobtypologie (passieve job)												
High-strain job (HSJ)	0,072 ***	0,005	0,073 ***	0,006			0,073 ***	0,006	0,076 ***	0,006	0,080 ***	0,006
Low-strain job (LSJ)	-0,027 ***	0,005	-0,027 ***	0,006			-0,023 ***	0,006	-0,017 **	0,006	-0,017 **	0,006
Actieve job (AJ)	0,096 ***	0,005	0,099 ***	0,006			0,101 ***	0,006	0,106 ***	0,006	0,110 ***	0,006
Reproductieve activiteiten (weinig deelname)												
Regelmatig	0,060 ***	0,005			0,045 ***	0,005	0,040 ***	0,006	0,036 ***	0,006	0,036 ***	0,006
Veel tot heel veel (of hoog)	0,065 ***	0,005			0,044 ***	0,005	0,043 ***	0,005	0,056 ***	0,006	0,057 ***	0,006
Sociaal engagement (weinig deelname)												
Regelmatig	0,032 ***	0,009			0,031 ***	0,009	0,027 **	0,009	0,025 **	0,009	0,041**	0,010
Veel tot heel veel (of hoog)	0,109 ***	0,019			0,115 ***	0,019	0,104 ***	0,019	0,107 ***	0,019	0,085 ***	0,022
Ontspannend engagement (weinig deelname)												
Regelmatig	-0,021 ***	0,005			-0,015 **	0,005	-0,014 **	0,005	-0,017 **	0,005	-0,013 *	0,006
Veel tot heel veel (of hoog)	-0,016 **	0,005			-0,009 °	0,005	-0,008	0,005	-0,014 **	0,005	-0,014 **	0,005
Geslacht (man)	0,048 ***	0,004	0,044 ***	0,004	0,037 ***	0,004	0,034 ***	0,004	0,028 ***	0,004	0,028 ***	0,004
Leeftijd [- 15 jaar]	0,002 ***	0,000	0,002 ***	0,000	0,001 ***	0,000	0,002 ***	0,000	0,002 ***	0,000	0,002 ***	0,000
Opleidingsniveau (lager secundair onderwijs)												
Hoger secundair onderwijs	-0,024 ***	0,005							-0,023 ***	0,006	-0,023 ***	0,006
Hooggeschoold	0,012 *	0,004							0,016 **	0,006	0,016 **	0,006
Gezinssituatie (koppel met kinderen)												
Alleenstaande zonder kinderen	0,021 ***	0,006							0,039 ***	0,006	0,040 ***	0,006
Alleenstaande ouder	0,047 ***	0,007							0,047 ***	0,007	0,047 ***	0,007
Koppel zonder kinderen	0,019 ***	0,005							0,030 ***	0,005	0,030 ***	0,005
Interacties: (passieve job & weinig deelname)[§]												
AJ*Regelmatige deelname ontspannend eng.											-0,018 °	0,011
HSJ *Regelmatige deelname sociaal eng.											-0,060 **	0,002
AJ*Hoge deelname sociaal engagement											0,090 *	0,045
R² (R_a²)			5,4% (5,4%)		2,4% (2,4%)		6,1% (6,0%)		6,9% (6,8%)		7,0% (6,9%)	
F (df) Sig. F. Change			181,726 (5)		53,866 (8)		93,454 (11)		73,230 (16) 0,000		62,563 (19) 0,001	

Noot: referentiecategorie van variabele tussen haakjes; 'B' verwijst naar de regressiecoëfficiënten; Leeftijd [-15 jaar] is geschaald naar aantal jaren en gecentreerd op het minimum (van de leeftijd werd het minimum afgetrokken).

[§]Alleen significante interactie-effecten worden gerapporteerd.

°p<0,1; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tabel 7: Relatie tussen een verminderd mentaal welzijn en professionele en vrijetijdsfactoren (ECWS 2015, EU15, N = 17606).

	Model 0 (bivariate modellen)		Model 1		Model 2		Model 3 (M1 + M2)		Model 4 (M3 + pers. kenmerken)		Model 5 (M4 + interacties)	
	B	S.E.	B	S.E.	B	S.E.	B	S.E.	B	S.E.	B	S.E.
Intercept			0,238 ***	0,005	0,304 ***	0,005	0,266 ***	0,006	0,255 ***	0,003	0,255 ***	0,007
Jobtypologie (passieve job)												
High-strain job (HSJ)	0,028 *	0,004	0,029 ***	0,004			0,029 ***	0,004	0,029 ***	0,004	0,022 ***	0,005
Low-strain job (LSJ)	0,022 ***	0,004	0,022 ***	0,004			0,017 ***	0,004	0,022 ***	0,005	0,022 ***	0,005
Actieve job (AJ)	0,087 ***	0,004	0,089 ***	0,004			0,083 ***	0,004	0,089 ***	0,005	0,093 ***	0,005
Reproductieve activiteiten (weinig deelname)												
Regelmatig	0,009 *	0,004										
Veel tot heel veel (of hoog)	0,009 *	0,003			-0,005 °	0,003						
Sociaal engagement (weinig deelname)												
Regelmatig	0,004	0,007			0,015 *	0,007	0,019 **	0,007	0,017 *	0,007	0,018*	0,007
Veel tot heel veel (of hoog)	0,001	0,014										
Ontspannend engagement (weinig deelname)												
Regelmatig	-0,037 ***	0,004			-0,035 ***	0,004	-0,028 ***	0,004	-0,031 ***	0,004	-0,032 ***	0,005
Veel tot heel veel (of hoog)	-0,056 ***	0,004			-0,053 ***	0,004	-0,047 ***	0,004	-0,053 ***	0,004	-0,052 ***	0,004
Geslacht (man)	0,025 ***	0,003	0,019 ***	0,003	0,023 ***	0,003	0,017 ***	0,003	0,014 ***	0,003	0,014 ***	0,003
Leeftijd [- 15 jaar]	0,001 ***	0,000	0,001 ***	0,000	0,001 ***	0,000	0,001 ***	0,000	0,001 ***	0,000	0,001 ***	0,000 ³⁹
Opleidingsniveau (lager secundair onderwijs)												
Hoger secundair onderwijs	-0,016 ***	0,004							-0,013 *	0,004	-0,010 *	0,004
Hooggeschoold	-0,009	0,004							0,023 ***	0,005	0,022 ***	0,005
Gezinssituatie (koppel met kinderen)												
Alleenstaande zonder kinderen	0,014 ***	0,004							0,017 ***	0,004	0,017 ***	0,004
Alleenstaande ouder	0,039 ***	0,005							0,032 ***	0,006	0,032 ***	0,006
Koppel zonder kinderen	0,021 ***	0,004							0,020 ***	0,004	0,020 ***	0,004
Interacties: (passieve job & weinig deelname) §												
AJ*Regelmatige deelname ontspannend eng.											-0,019 *	0,009
HSJ *Regelmatige deelname ontspannend eng.											0,022 *	0,009
R² (R_a²)			3,3% (3,3%)		1,9% (1,9%)		4,1% (4,1%)		5,0% (4,9%)		5,0% (5,0%)	
F (df) Sig. F. Change			107,846 (5)		56,587 (6)		85,835 (8)		63,437 (13) 0,000		53,139 (15) 0,000	

Noot: referentiecategorie van variabele tussen haakjes; 'B' verwijst naar de regressiecoëfficiënten; Leeftijd [-15 jaar] is geschaald naar aantal jaren en gecentreerd op het minimum (van de leeftijd werd het minimum afgetrokken).

§ Alleen significantie interactie-effecten worden gerapporteerd.

° p < 0,1; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

6. Discussie en conclusie

6.1. Conclusie en beleidsimplicaties

In het laatste decennium is de mentale gezondheid van de Europeanen afgenomen. Er worden hiervoor verschillende redenen aangehaald, zoals de crisis van 2008 en verschillende werkfactoren, maar de vraag rijst of een overbelasting in het privéleven ook negatieve gevolgen op het mentale welzijn zou kunnen hebben. Dit onderzoek gaat na welke invloed factoren uit de werk- en privésfeer hebben op de mentale gezondheid en analyseert in welke mate deze factoren met elkaar in verband staan als verklaringen voor een goede of slechte mentale gezondheid. Hiervoor zijn de data van de EWCS van 2015 gebruikt, waarbij 17606 werknemers uit de EU-15 in de leeftijd van 15 tot 65 jaar werden ondervraagd. We bespreken acht hypothesen die werden onderverdeeld in drie reeksen: het professioneel domein, het vrijetijd domein en de invloed van het vrijetijd domein op de relatie tussen professionele factoren en mentale gezondheid. Voor een overzicht van alle hypothesen verwijzen we naar paragraaf 2.7.

Na een beschrijvende en complexe analyse van de data door middel van kruistabellen en OLS-regressie, kon de eerste hypothese worden bevestigd. Personen met een high-strain job hebben een verhoogde kans op een slecht geestelijk welbevinden dan mensen met de passieve jobs. Deze jobs bevatten immers hoge taakeisen en weinig werkcontrole. Het risico op psychologische en fysieke stress is dan hoger dan gemiddeld (EFILWC, 2014).

De tweede hypothese kon slechts gedeeltelijk worden bevestigd. Werknemers met een low-strain job hebben inderdaad een lagere kans op een verminderde slaapkwaliteit dan personen met een passieve job. Ze maken echter wel meer kans op een verminderd mentaal welzijn dan individuen met een passieve job. Een mogelijke verklaring kan zijn dat deze werknemers onvoldoende worden uitgedaagd en bijgevolg hun volledig potentieel niet gebruiken (EFILWC, 2014). Hierdoor kunnen ze het gevoel hebben een minder interessant leven te hebben, een mindere mate van vrolijkheid ervaren en/of het gevoel krijgen dat ze beter kunnen, wat een negatieve impact kan hebben op het mentaal welzijn. Ook voor werknemers met een actieve job is de tweede hypothese ongeldig. Deze werknemers hebben een hogere kans op een slechte mentale gezondheid dan mensen met een passieve job. Hoewel ze een grote jobuitdaging ervaren en zeer gemotiveerd zijn om hun werktaak tot een goed einde te brengen (Bakker, 2011; EFILWC, 2014; M. Salanova & Schaufeli, 2008), kan dit er mogelijk toe leiden dat ze meer uren werken dan nodig of dan contractueel afgesproken (Marisa Salanova, Del Líbano, Llorens, & Schaufeli, 2014). Onderzoek toont aan dat beroepen met hoge taakeisen gerelateerd zijn aan overwerk (Van der Hulst, Van Veldhoven, & Beckers, 2006). Daarbij komt dat deze werknemers vaak de behoefte ervaren om zichzelf te vergelijken met anderen (Van Beek, Hu, Taris, Schaufeli, & Schreurs, 2011). Dergelijke kenmerken komen ook terug bij workaholics, die meestal een verminderde mentale gezondheid ervaren (Falco e.a., 2013; Marisa Salanova e.a., 2016).

De resultaten met betrekking tot de slaapkwaliteit bevestigen hypothese 3(A) en tonen dat een deelname aan reproductieve activiteiten leidt tot een significant verminderde nachtrust. Hiermee wordt bekrachtigd wat in het theoretisch kader werd aangegeven, namelijk dat de taaklast van het huishouden leidt tot een vermindering van de slaapkwaliteit (Chapman e.a., 2012). Het tweede deel van de hypothese kunnen we niet bevestigen vanuit model 2, maar wel vanuit het laatste model: wie veel tot heel veel kookt of huishoudelijke taken verricht, ondervindt een slechtere nachtrust dan wie deze taken regelmatig uitvoert.

Een analyse van het recreatieve domein toont aan dat de deelname aan sociale activiteiten leidt tot een vermindering van de mentale gezondheid. Een hoger engagement zal leiden tot een slechtere slaap en niet tot een vermindering van het mentaal welzijn. Hiermee wordt enkel hypothese 4(B) geconfirmeerd. Een mogelijke verklaring is te vinden in de theorie van Geurts (2011). Sociale activiteiten doen een beroep op specifieke vaardigheden en vermogens, spreken de perseveratieve cognitie aan of brengen negatieve emoties naar boven. Hierdoor kunnen werknemers inslaapproblemen ervaren en wordt het moeilijker om te ontkoppelen (Chida & Hamer, 2008; Pieper, 2008; Radstaak e.a., 2011) met een grotere kans op een burn-out of een slechtere mentale gezondheid tot gevolg (Godin e.a., 2005; W. Schaufeli & Bakker, 2007; Taris e.a., 2013).

Ontspannende activiteiten hebben echter een positieve invloed op de mentale gezondheid, waardoor hypothese 4(A) geconfirmeerd wordt. Het tweede deel van deze hypothese klopt niet. Een hoger ontspannend engagement leidt tot een verbetering van het mentaal welzijn en heeft, in tegenstelling tot een regelmatig engagement, geen invloed op de nachtrust. Een mogelijke verklaring is dat bij fysieke activiteiten hormonen worden vrijgemaakt die positieve gevoelens teweegbrengen (Rook & Zijlstra, 2006). Hierdoor neemt de kans op stress of een burn-out af (Jonsdottir e.a., 2010; Stephens, 1988).

Wie een high-strain of actieve job heeft, zal bij het verrichten van huishoudelijke taken geen bijkomend negatief effect hebben op de geestelijke gezondheid (hypothese 5). De combinatie van hoge taakeisen op het werk en reproductieve activiteiten verhoogt het risico op psychologische en fysieke stress dus niet. De zesde hypothese klopt echter wel: de reproductieve activiteiten oefenen weinig tot geen effect uit op de relatie tussen de low-strain jobs en de mentale gezondheid.

De voorlaatste hypothese klopt gedeeltelijk. Werknemers met een actief beroep die zich op regelmatige basis ontspannen zullen een beter mentaal welzijn ervaren dan collega's die zich niet of weinig ontspannend engageren. Het interactie-effect tussen actieve beroepen en ontspannende activiteiten zorgt voor een aanvullend gunstig effect op de mentale gezondheid. Zoals reeds is vermeld bij hypothese 4, weten we dat ontspannend engagement leidt tot een verbetering van het mentaal welzijn. Daarnaast zijn werknemers met een actief beroep gemotiveerd om taken uit te voeren en bij te leren. De mogelijkheid bestaat dat deze eigenschappen niet enkel op het werkveld, maar ook in de vrijetijdsfactoren naar voor komen, waardoor er een gunstig interactie-effect op de mentale gezondheid ontstaat.

Personen met een high-strain job zullen daarentegen een slechtere nachtrust ervaren indien zij zich op regelmatige basis sociaal engageren dan werknemers die geen of weinig sociale activiteiten uitvoeren. Het interactie-effect tussen high-strain jobs en een regelmatig sociaal engagement treedt echter op als buffer, waardoor de sterkte van het nadelig effect van regelmatig sociaal engagement op de slaapkwaliteit kleiner wordt. Een mogelijke verklaring van het bufferend effect is dat dergelijke activiteiten, die vaak gepaard gaan met groepsidentificatie en samenhangsgevoelens (Huygen & De Meere, 2008), leiden tot sociale ondersteuning. Dat kan dienen als buffer tegen stress.

Ten slotte zullen werknemers met een high-strain job die zich regelmatig ontspannen, een beter mentaal welzijn ervaren dan collega's die zich weinig of niet ontspannend engageren. Het interactie-effect zorgt er weliswaar voor dat het gunstig effect van ontspannend engagement kleiner wordt. Een mogelijke verklaring vinden voor het afremmend effect van de interactie is niet evident. Een oorzaak kan zijn dat de duurtijd van regelmatig ontspannen te kort is, waardoor de herstelperiode kortstondig is. Hierdoor kunnen de werknemers onvoldoende recupereren van stressoren.

Ook de laatste hypothese kunnen we gedeeltelijk bevestigen. Mensen met een actief beroep ervaren een slechtere slaapkwaliteit indien zij veel deelnemen aan sociale activiteiten dan mensen die enkel een actief beroep uitoefenen. Het interactie-effect tussen het beroep en een hoog sociaal engagement

leidt tot een bijkomende nadelige invloed op de slaapkwaliteit. Zoals gesteld voor de vierde hypothese, spreken sociale activiteiten specifieke vaardigheden en vermogens, de perseveratieve cognitie of negatieve emoties aan (Radstaak e.a., 2011). Een hoge deelname kan, samen met een actief beroep, zorgen voor een moeilijker ontkoppeling van het werk en overbelasting, waardoor de werknemer meer stress of een slechtere slaap ervaart (Chida & Hamer, 2008; Pieper, 2008; Radstaak e.a., 2011). Een te hoge deelname aan sociale activiteiten kan dus als een belemmering worden ervaren voor uitdagende taakeisen.

Dankzij deze analyses kunnen gerichte beleidstips geformuleerd worden, zodat de negatieve gevolgen van een verminderd geestelijk welbevinden kunnen worden voorkomen (zie inleiding). In de eerste plaats is er nood aan sensibilisering op het werk, in de media... Bewustwording van de werknemers en werkgevers van de bovenstaande besluiten zal ervoor zorgen dat bepaalde personen zich meer ontspannend of sociaal gaan engageren waardoor het geestelijk welbevinden zal verbeteren. Zo zal bijvoorbeeld een regelmatig ontspannend engagement de ongunstige relatie tussen actieve beroepen en het mentaal welzijn bufferen en zal een regelmatig sociaal engagement het nadelig effect van de high-strain jobs op de slaapkwaliteit bufferen.

Verder moeten ook sociale, culturele en sportieve verenigingen geïnformeerd worden van deze analyses. Hierdoor kunnen ze niet alleen gericht publiciteit maken, maar zullen de personen die een gepast engagement opnemen zich beter in hun vel voelen.

Ook de overheid kan financiële ondersteuning bieden bij de bouw van sport- en cultuurfaciliteiten op of nabij het werk en samenwerkingsverbanden tussen diverse bedrijven en vrijetijdsverenigingen verplichten.

6.2. Sterktes, beperkingen en verder onderzoek

Er is een aantal restricties verbonden aan dit onderzoek. Een eerste heeft betrekking op het meten van de mentale gezondheid. Volgens sommigen is dit niet op een objectieve manier mogelijk. De respondent moet immers zelf oordelen over zijn of haar mentale gezondheid en daarbij een eigen ijkingshanteren. Een objectieve vertaling van de meetinstrumenten wordt daardoor moeilijk (Stolwijk, 2012). Daarnaast zorgt het geheugen van de ondervraagde voor extra problemen. Individuen onthouden slechts een deel, vaak de afloop, van een sociale gebeurtenis. Bijgevolg kan geen exacte en correcte waardemeting van de gehele gebeurtenis plaatsvinden (Wilson, Meyers, & Gilbert, 2003). Personen herinneren zich vaak enkel hoogte- en dieptepunten waardoor de meting van mentale (on)gezondheid onbetrouwbaar wordt (Kahneman, Krueger, Schkade, Schwarz, & Stone, 2004).

Desalniettemin toont een Amerikaanse studie aan dat een correlatie bestaat tussen objectieve situaties die invloed hebben op de mentale gezondheid en het resultaat van subjectieve metingen. In positieve omgevingen zullen individuen een hogere zelfscore geven aan hun mentale gezondheid dan in minder aangename omstandigheden (Oswald & Wu, 2010). Een ander onderzoek toont aan dat zelfrapportages van persoonlijk welzijn niet overmatig worden beïnvloed door de gemoedstoestand of omstandigheden op het moment van de ondervraging (Lepper, 1997). Subjectieve zelfmetingen naar mentale gezondheid zijn dus wel degelijk representatief en bijgevolg bruikbaar voor sociaalwetenschappelijk onderzoek.

In dit onderzoek werd echter geen rekening gehouden met de invloed van het persoonlijke karakter van de respondent op het welzijn, hoewel hierover in de literatuur veel te vinden is (Bakker, Van Der Zee, Lewig, & Dollard, 2006; Kokkinos, 2007; Snelting, 2017). De reden hiervoor was de noodzakelijke afbakening van het onderzoek. Verder onderzoek is dus vereist om na te gaan in welke mate de persoonlijkheid invloed heeft op het effect van vrijetijdsfactoren op de mentale gezondheid en de relatie tussen werkfactoren en vrijetijdsfactoren.

Daarnaast ontstaat een tweede beperking ten gevolge van de momentopname. Niet elke factor of stressor heeft onmiddellijk invloed op de mentale gezondheid (De Lange, Taris, Kompier, Houtman, & Bongers, 2004; Maes & Buyens, 2006). Zo toonde onderzoek aan dat het effect van sociale ondersteuning op de mentale gezondheid pas na acht maanden kon worden teruggevonden (Dormann & Zapf, 1999). Wanneer we dus geen verband vinden tussen de verschillende factoren en de mentale gezondheid, betekent dit niet dat er daadwerkelijk geen verband is. Het kan ook zijn dat het effect van de factoren op de mentale gezondheid nog niet voltrokken is, waardoor het verband niet zichtbaar werd. Dit kan een verklaring zijn waarom bij bepaalde lage correlaties toch een verband kan worden gezien. Longitudinaal onderzoek dringt zich dus op om dergelijke verbanden beter bloot te leggen en om de volgende beperking te vermijden, namelijk dat van de causale relaties.

We maakten immers gebruik van een cross-sectionele analyse waardoor we enkel verbanden leggen tussen de verschillende factoren en geen causale relaties ontdekken. Bepaalde professionele factoren correleren met een verminderde geestelijke gezondheid maar dit verband kan ook omgekeerd of wederkerig zijn. Werknemers met een verminderde mentale gezondheid kunnen een negatieve invloed hebben op de werkomgeving (Maes & Buyens, 2006; Zapf, Dormann, & Frese, 1996). Deze omgekeerde richting wordt niet vaak onderzocht (De Lange, Taris, Kompier, Houtman, & Bongers, 2003; Zapf e.a., 1996). Verder onderzoek is dus nodig om wederzijdse of omgekeerde relaties bloot te leggen.

Een andere beperking gaat over het JDC-model. Verschillende onderzoekers gebruiken nog een bijkomend arbeidskenmerk, namelijk de sociale steun van collega's of leidinggevenden (Bakker e.a., 2010; De Lange e.a., 2004; J. V. Johnson & Hall, 1988). Onderzoek heeft immers aangetoond dat sociale steun de impact van werkgerelateerde stressoren op het psychologisch welbevinden verkleint (Bakker e.a., 2010; De Lange e.a., 2004; J. V. Johnson & Hall, 1988; Winnubst, Marcelissen, & Kleber, 1982). In dit onderzoek is dergelijke steun niet meegenomen omdat we op deze manier een zuiver beeld krijgen van wat het effect is van de vrijetijdsfactoren op de verhouding van werkgerelateerde factoren en mentale gezondheid, zonder de invloed van andere bufferende factoren.

Aangaande de vrijetijdsfactoren weten we niet of de respondenten werden betaald voor vrijwilligerswerk. Financiële ondersteuning kan leiden tot een hogere participatiegraad van individuen in dit soort werk, wat een invloed kan hebben op het verband tussen sociaal engagement en de mentale gezondheid. Verder onderzoek is dus vereist om een eventueel verschil in effect van betaald en onbetaald werk na te gaan.

Ten slotte moet wat betreft het politiek engagement moet worden aangetekend dat voor dit onderzoek data werd gebruik uit 2015. In dat jaar vonden in het grootste deel van de EU-15 geen verkiezingen plaats. Bijgevolg is het mogelijk dat politieke activiteiten minder vaak voorkwamen of minder beladen waren dan in verkiezingsjaren. Van de vijftien landen werden enkel in Griekenland en Groot-Brittannië in verkiezingen gehouden en ook de Brexit begon in het laatstgenoemde land te leven.

Ondanks de beperkingen, heeft dit onderzoek een aantal nieuwe bevindingen naar boven gebracht. Zo zullen bepaalde activiteiten uit het privéleven, zoals vrijwilligerswerk of politiek engagement, een nadelige invloed hebben op de relatie tussen bepaalde jobs en de slaapkwaliteit of het mentaal welzijn. Daartegenover zorgen fysieke of culturele activiteiten voor een bufferend effect op de relatie tussen bepaalde beroepen en de mentale gezondheid.

Daarbij komt dat we in dit onderzoek niet enkel getracht hebben om de conclusies te beschrijven, maar ook om deze te verklaren. Hierbij zijn telkens relaties gelegd met het theoretisch kader.

Er werden reeds onderzoeksvorstellen gesuggereerd over de invloed van het persoonlijke karakter of de invloed van (on)betaald vrijwilligerswerk op de relatie tussen professionele factoren en de mentale gezondheid en voorstellen voor longitudinaal onderzoek. Hierna volgen nog enkele suggesties voor verder onderzoek. Zo is in dit onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen werknemers die voltijds en deeltijds werken. Een vergelijkende studie tussen beide statuten kan een ander beeld geven over de invloed van werk- en vrijetijdsfactoren op de mentale gezondheid. Ook kan dit onderzoek gevoerd worden voor zelfstandige werknemers. Hoewel het mentaal welzijn van zelfstandigen reeds is onderzocht (Gevaert, De Moortel, Wilkens, & Vanroelen, 2018; Parslow e.a., 2004), is een analyse van de invloed van de vrijetijdsfactoren op de relatie tussen werkfactoren en de mentale gezondheid vaak achterwege gelaten. Ten slotte kan de invloed van sociale activiteiten op de mentale gezondheid en op de relatie tussen werkfactoren en het geestelijke welbevinden verder worden uitgespit. Hierbij kan aandacht besteed worden aan de mate waarin verschillende kenmerken van sociale activiteiten een goede of slechte mentale gezondheid verklaren.

7. Referenties

- Adam, P., Verhaeghe, R., & Gemmel, P. (2009). *Het effect van een decentrale organisatiestructuur op job stress en job satisfactie: Een onderzoek bij ziekenhuisartsen*. Universiteit Gent. Geraadpleegd van https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/392/006/RUG01-001392006_2010_0001_AC.pdf
- Ansseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Albert, A., Leyman, S., & Mignon, A. (2008). Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: The GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II). *Depression and Anxiety*, 25(6), 506–513. <https://doi.org/10.1002/da.20306>
- Bakker, A. B. (2011). An Evidence-Based Model of Work Engagement. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 265–269. <https://doi.org/10.1177/0963721411414534>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Euwema, M. C. (2005). Job Resources Buffer the Impact of Job Demands on Burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(2), 170–180. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.2.170>
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management*, 43(1), 83–104. <https://doi.org/10.1002/hrm.20004>
- Bakker, A. B., Van Der Zee, K. I., Lewig, K. A., & Dollard, M. F. (2006). The Relationship Between the Big Five Personality Factors and Burnout: A Study Among Volunteer Counselors. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 31–50. <https://doi.org/10.3200/SOCP.146.1.31-50>
- Bakker, A. B., Van Veldhoven, M., & Xanthopoulou, D. (2010). Beyond the Demand-Control Model. *Journal of Personnel Psychology*, 9(1), 3–16. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000006>
- Belloni, E. (2015). Malattie mentali: si possono curare? Geraadpleegd 30 januari 2019, van <https://www.starbene.it/benessere/psicologia/malattie-mentali-sintomi-cure/>
- Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(12), 587–595. <https://doi.org/10.1007/s001270050098>
- Bixler, E. O., Kales, A., Soldatos, C. R., Kales, J. D., & Healey, S. (1979). Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *American Journal of Psychiatry*, 136(10), 1257–1262. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1176/ajp.136.10.1257>
- Blasche, G. W., Arlinghaus, A., & Dorner, T. E. (2014). Leisure Opportunities and Fatigue in Employees: A Large Cross-Sectional Study. *Leisure Sciences*, 36(3), 235–250. <https://doi.org/10.1080/01490400.2014.886981>
- Boisson, M., Godot, C., & Sauneron, S. (2009). *La santé mentale, l'affaire de tous: Pour une approche cohérente de la qualité de la vie*. Paris. Geraadpleegd van <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000556.pdf>
- Chapman, D. P., Wheaton, A. G., Perry, G. S., Sturgis, S. L., Strine, T. W., & Croft, J. B. (2012). Household demographics and perceived insufficient sleep among US adults. *Journal of community health*, 37(2), 344–349. <https://doi.org/10.1007/s10900-011-9451-x>
- Chida, Y., & Hamer, M. (2008). Chronic psychosocial factors and acute physiological responses to laboratory-induced stress in healthy populations: A quantitative review of 30 years of investigations. *Psychological Bulletin*, 134(6), 829–885. <https://doi.org/10.1037/a0013342>
- Choi, N. G., Burr, J. A., Mutchler, J. E., & Caro, F. G. (2007). Formal and Informal Volunteer Activity and Spousal Caregiving Among Older Adults. *Sage Journals*, 29(2), 99–124. <https://doi.org/10.1177/0164027506296759>
- Coleman, D., & Iso-Ahola, S. E. (1993). Leisure and Health: The Role of Social Support and Self-Determination. *Journal of Leisure Research*, 25(2), 111–128. <https://doi.org/10.1080/00222216.1993.11969913>
- Coleman, J. S. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95–120. <https://doi.org/10.2307/2780243>
- Coverman, S. (1989). Role Overload, Role Conflict, and Stress: Addressing Consequences of Multiple Role Demands. *Social Forces*, 67(4), 965–982. <https://doi.org/10.2307/2579710>
- De Boyser, K. (2007). Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers. In *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. (pp. 153–166). Leuven: Acco.

- de Jonge, J., Blanc, P. Le, & Schaufeli, W. (2007). Psychosociale werkstressmodellen. In *De psychologie van arbeid en gezondheid* (pp. 25–49). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-313-6556-2_2
- De Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Houtman, I. L. D., & Bongers, P. M. (2003). “The Very Best of the Millennium”: Longitudinal Research and the Demand-Control-(Support) Model. *Journal of Occupational Health Psychology, 8*(4), 282–305. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.8.4.282>
- De Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A. J., Houtman, I. L. D., & Bongers, P. M. (2004). The relationships between work characteristics and mental health: examining normal, reversed and reciprocal relationships in a 4-wave study. *Work & Stress, 18*(2), 149–166. <https://doi.org/10.1080/02678370412331270860>
- De Standaard. (2001). België in Top-5 welvarende landen. Geraadpleegd 23 januari 2019, van http://www.standaard.be/cnt/nflb10072001_001
- De Tijd. (2017). Een op de vijf dertigers loopt tegen burn-out aan. Geraadpleegd 17 mei 2018, van <https://www.tijd.be/politiek-economie/belgie-algemeen/Een-op-de-vijf-dertigers-loopt-tegen-burn-out-aan/9938457>
- Demeyer, T. (2018). We moeten samen burn-outs preventiever aanpakken. Geraadpleegd 23 januari 2019, van <https://www.voka.be/nieuws/we-moeten-samen-burn-outs-preventiever-aanpakken>
- Doi, Y. (2005). An epidemiologic review on occupational sleep research among Japanese workers. *Industrial health, 43*(1), 3–10. Geraadpleegd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15732297>
- Dormann, C., & Zapf, D. (1999). Social support, social stressors at work, and depressive symptoms: testing for main and moderating effects with structural equations in a three-wave longitudinal study. *The Journal of Applied Psychology, 84*(6), 874–884. Geraadpleegd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10639907>
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition, 19*(5), 1–196. Geraadpleegd van <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/publication->
- EFILWC. (2014). *Working Conditions and Job Quality: Comparing Sectors in Europe*. Dublin. Geraadpleegd van <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/intl>
- Engman, A. (2013). Is there life after $p < 0,05$: Statistical significance and quantitative sociology. *Quality & Quantity, 47*(1), 257–270. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9516-z>
- EPC. (2018). European Population Conference 2018. Geraadpleegd 10 oktober 2018, van <https://eaps.confex.com/eaps/2018/meetingapp.cgi/Paper/1998>
- Erez, M. (2010). Culture and job design. *Journal of Organizational Behavior, 31*, 389–400. <https://doi.org/10.1002/job.651>
- Eurofound. (2015). EWCS 2015 – Methodologie. Geraadpleegd 10 april 2018, van <https://www.eurofound.europa.eu/nl/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015/ewcs-2015-methodology>
- EWCS. (2016). Zesde Europese enquête naar de arbeidsomstandigheden 2015. Geraadpleegd 7 april 2018, van <https://www.eurofound.europa.eu/nl/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015>
- Fagiolini, A., & Goracci, A. (2009). The Effects of Undertreated Chronic Medical Illnesses in Patients With Severe Mental Disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry, 70*(3), 22–29. <https://doi.org/10.4088/JCP.7075su1c.04>
- Falco, A., Girardi, D., Kravina, L., Trifiletti, E., Bartolucci, G. B., Capozza, D., & De Carlo, N. A. (2013). The Mediating Role of Psychophysical Strain in the Relationship Between Workaholism, Job Performance, and Sickness Absence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 55*(11), 1255–1261. <https://doi.org/10.1097/JOM.000000000000007>
- Farrokhi, F., Abedi, N., Beyene, J., Kurdyak, P., & Jassal, S. V. (2014). Association Between Depression and Mortality in Patients Receiving Long-term Dialysis: A Systematic Review and Meta-analysis. *American Journal of Kidney Diseases, 63*(4), 623–635. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2013.08.024>
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using SPSS* (Vierde edi). Sage Publications Ltd.
- Fisher, K., & Gershuny, J. (2014). *Post-industrial society: Why work time will not disappear for our grandchildren* (No. 2014–03). Oxford. Geraadpleegd van <https://www.sociology.ox.ac.uk/materials/papers/wp20143.pdf>
- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic Study of Sleep Disturbances and Psychiatric Disorders. *JAMA, 262*(11), 1479–1484. <https://doi.org/10.1001/jama.1989.03430110069030>
- Frühwald, S., Löffler, H., Eher, R., Saletu, B., & Baumhackl, U. (2001). Relationship between Depression, Anxiety and Quality of Life: A Study of Stroke Patients Compared to Chronic Low

- Back Pain and Myocardial Ischemia Patients. *Psychopathology*, 34(1), 50–56.
<https://doi.org/10.1159/000049280>
- Gadd, S. (2018). More than half a million Danes troubled by mental health problems. *The Copenhagen Post*. Geraadpleegd van <http://cphpost.dk/news/more-than-half-a-million-danes-troubled-by-mental-health-problems.html>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231–233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Geurts, S. A. E. (2011). *“In Time-Out of Office” - Over herstel van werk en werkstress*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen. Geraadpleegd van <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/89945/89945.pdf>
- Gevaert, J., De Moortel, D., Wilkens, M., & Vanroelen, C. (2018). What's up with the self-employed? A cross-national perspective on the self-employed's work-related mental well-being. *Population Health*, 4, 317–326. <https://doi.org/10.1016/J.SSMPH.2018.04.001>
- Gisle, L. (2008). *Mentale Gezondheid*. Brussel. Geraadpleegd van https://www.wiv-isp.be/EPIDEMIO/epin/crospl/hisnl/his08nl/7.mentale_gezondheid.pdf
- Glenn, N. D., & McLanahan, S. (1982). Children and Marital Happiness: A Further Specification of the Relationship. *Journal of Marriage and the Family*, 44(1), 63–72. <https://doi.org/10.2307/351263>
- Glorieux, I., Minnen, J., Van Tienoven, T. P., Deyaert, J., & Mészáros, E. (2015). De (on)evenwichtige verdeling van arbeids- en gezinstaken tussen mannen en vrouwen. Evolutie en een stand van zaken. In L. Vanderleyden & M. Callens (Red.), *Arbeid en Gezin: een paar apart* (p. 258). Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering. Geraadpleegd van http://www.rosadoc.be/digidocs/dd-000872_2015_Arbeid_Gezin_SVR.pdf#page=48
- Glorieux, I., Minnen, J., & Vandeweyer, J. (2005). *De tijd staat niet stil: De veranderingen in de tijdsbesteding van Vlamingen tussen 1999 en 2004*. Brussel. Geraadpleegd van <http://www.vub.ac.be/TOR/>
- Glorieux, I., & Van Tienoven, T.-P. (2005). *Gender en tijdsbesteding: Verschillen en evolutie in de tijdsbesteding van Belgische vrouwen en mannen*. Brussel. Geraadpleegd van http://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/36 - Gender-Tijdsbesteding_NL.pdf
- Glorieux, I., & Van Tienoven, T. P. (2016). *Gender en Tijdsbesteding. De (on)wankelbaarheid van genderstereotypen 1999, 2005 en 2013*. Brussel. Geraadpleegd van https://www.loonkloof.be/sites/default/files/95_-_gender_en_tijdsbesteding_nl.pdf
- Glynn, K., Maclean, H., Forte, T., & Cohen, M. (2009). The Association between Role Overload and Women's Mental Health. *Journal of Women's Health*, 18(2), 217–223. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0783>
- Godin, I., Kittel, F., Coppieters, Y., & Siegrist, J. (2005). A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. *BMC public health*, 5, 67. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-67>
- Greenhaus, J. H., Allen, T. D., & Spector, P. E. (2006). Health Consequences of Work–Family Conflict: The Dark Side of the Work–Family Interface. In P. L. Perrewé & D. C. Ganster (Red.), *Employee Health, Coping and Methodologies (Research in Occupational Stress and Well-being, Volume 5)* (pp. 61–98). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1016/S1479-3555\(05\)05002-X](https://doi.org/10.1016/S1479-3555(05)05002-X)
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of Conflict between Work and Family Roles. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76–88. <https://doi.org/10.2307/258214>
- Groenwals, E. (2018). Levensstandaard verbetert, levenskwaliteit daalt. Geraadpleegd 17 mei 2018, van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2018/02/20/levensstandaard-verbetert--levenskwaliteit-daalt/>
- Grymonprez, S. (2018). Psychische problemen kosten ons jaarlijks 20 miljard. Geraadpleegd 28 januari 2019, van http://www.standaard.be/cnt/dmf20181122_03975492
- Hecht, L. M. (2001). Role Conflict and Role Overload: Different Concepts, Different Consequences. *Sociological Inquiry*, 71(1), 111–121. <https://doi.org/10.1111/j.1475-682X.2001.tb00930.x>
- Huisman, M. (2007). Multiële imputatie van ontbrekende scores. In E. A. Bronner, P. Dekker, E. De Leeuw, P. J. Paas, K. De Ruyter, S. Smidts, & E. Wieringa (Red.), *Ontwikkelingen in het marktonderzoek, Jaarboek 2007* (pp. 171–188). Haarlem: Spaar & Hout.
- Hupkens, C. (2005). *Burn-out: de rol van psychische werkbelasting*. Centraal Bureau voor de Statistiek. Geraadpleegd van <https://www.lerareninactie.nl/uploadedfiles/5AA03245275E896C7D530D72B59E6DCB.pdf>
- Huygen, A., & De Meere, F. (2008). *De invloed en effecten van sociale samenhang*. Utrecht. Geraadpleegd van [https://www.verwey-jonker.nl/doc/vitaliteit/De invloed en effecten van sociale samenhang_1169.pdf](https://www.verwey-jonker.nl/doc/vitaliteit/De%20invloed%20en%20effecten%20van%20sociale%20samenhang_1169.pdf)
- Ipsos. (2015). *6th EWCS - Technical report*. Brussel. Geraadpleegd van https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_survey/field_ef_documents/6th_ewcs_-

_technical_report.pdf

- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books. New York: US Basic Books. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/11258-000>
- Johnson, G. J., & Johnson, W. R. (1996). Perceived Overqualification and Psychological Well-Being. *The Journal of Social Psychology, 136*(4), 435–445. <https://doi.org/10.1080/00224545.1996.9714025>
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population. *American Journal of Public Health, 78*(10), 1336–1342. Geraadpleegd van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1349434/pdf/amjph00249-0078.pdf>
- Jonsdottir, I. H., Rödger, L., Hadzibajramovic, E., Börjesson, M., & Ahlborg, G. (2010). A prospective study of leisure-time physical activity and mental health in Swedish health care workers and social insurance officers. *Preventive Medicine, 51*(5), 373–377. <https://doi.org/10.1016/J.YPMED.2010.07.019>
- Joskin, A. (2018). *Het welzijn in België meten* (No. 2–18). Brussel. Geraadpleegd van <http://www.plan.be>
- Julià, M., Vanroelen, C., Bosmans, K., Van Aerden, K., & Benach, J. (2017). Precarious Employment and Quality of Employment in Relation to Health and Well-being in Europe. *International Journal of Health Services, 47*(3), 389–409. <https://doi.org/10.1177/0020731417707491>
- Kahneman, D., Krueger, A. B., Schkade, D., Schwarz, N., & Stone, A. (2004). Toward National Well-Being Accounts. *American Economic Review, 94*(2), 429–434. <https://doi.org/10.1257/0002828041301713>
- Karasek, R. A. (1979). Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly, 24*(2), 285. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Katon, W. J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00273-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00273-7)
- Kelly, C., & Kelly, J. (1994). Who Gets Involved in Collective Action?: Social Psychological Determinants of Individual Participation in Trade Unions. *Human Relations, 47*(1), 63–88. <https://doi.org/10.1177/001872679404700104>
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Keyes, C. L. M. (2013). Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In *Bridging Occupational, Organizational and Public Health* (pp. 179–192). Dordrecht: Springer. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3>
- Knack. (2018). Te veel burn-outs? Werkgevers betalen. Geraadpleegd 23 januari 2019, van <https://www.knack.be/nieuws/gezondheid/te-veel-burn-outs-werkgevers-betalen/article-normal-1141733.html>
- Kohler, H.-P., Behrman, J. R., & Skytthe, A. (2005). Partner + Children = Happiness? The Effects of Partnerships and Fertility on Well-Being. *Population and Development Review, 31*(3), 407–445. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2005.00078.x>
- Kok-Van Meer, A., Leisink, P., Thijssen, J., & Kraus-Hoogveen, S. (2014). Do paid work activities displace volunteering? A potential explanation from role overload theory. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice, 23*(2), 4–20. Geraadpleegd van <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/131513/131513pub.pdf>
- Kokkinos, C. M. (2007). Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *British Journal of Educational Psychology, 77*(1), 229–243. <https://doi.org/10.1348/000709905X90344>
- Krishnan, V., & Collop, N. A. (2006). Gender differences in sleep disorders. *Current Opinion in Pulmonary Medicine, 12*(6), 383–389. <https://doi.org/10.1097/01.mcp.0000245705.69440.6a>
- Labovitz, S. (1968). Criteria for Selecting a Significance Level: A Note on the Sacredness of .05. *The American Sociologist, 3*(3), 220–222. <https://doi.org/10.2307/27701367>
- Lagaert, S. (2014). Overkwalificatie en sociale stress. *Sociologie, 10*(1), 5–26. Geraadpleegd van <https://www.ingentaconnect.com/contentone/aup/soc/2014/00000010/00000001/art00002?crawler=true&mimetype=application/pdf>
- Lambert, C. (2015). *Shadow Work: The Unpaid, Unseen Jobs That Fill Your Day*. Counterpoint Press. Geraadpleegd van <http://craiglambert.net/about-shadow-works/>

- Landsbergis, P. A., Schnall, P. L., Deitz, D., Friedman, R., & Pickering, T. (1992). The patterning of psychological attributes and distress by "job strain" and social support in a sample of working men. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(4), 379–405. <https://doi.org/10.1007/BF00844730>
- Lau, B. (2008). Effort-reward imbalance and overcommitment in employees in a Norwegian municipality: a cross sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 3(9). <https://doi.org/10.1186/1745-6673-3-9>
- Leahey, E. (2005). Alphas and Asterisks: The Development of Statistical Significance Testing Standards in Sociology. *Social Forces*, 84(1), 1–24. <https://doi.org/10.2307/3598292>
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *The Journal of Applied Psychology*, 81(2), 123–133. Geraadpleegd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8603909>
- Leme, D. J., Levine, S., Malspeis, S., & D'agostino, R. B. (1994). Job Strain and Health-Related Quality of Life in a National Sample. *American Journal of Public Health*, 84(10), 1580–1585. Geraadpleegd van <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.84.10.1580>
- Lepper, H. S. (1997). Use of other reports to validate subjective well-being measures. *Social Indicators Research*, 44(3), 367–379. <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/A:1006872027638>
- Lerner, D. J., Levine, S., Malspeis, S., & D'Agostino, R. B. (1994). Job strain and health-related quality of life in a national sample. *American Journal of Public Health*, 84(10), 1580–1585. <https://doi.org/10.2105/AJPH.84.10.1580>
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseu, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, 157(2), 98–112. Geraadpleegd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12522017>
- Louage, L. (2014). Meer Belgen hebben psychische en emotionele problemen. Geraadpleegd 17 mei 2018, van http://www.standaard.be/cnt/dmf20140930_01295384
- Maes, E., & Buyens, D. (2006). *Bestrijden van stress in organisaties*. Universiteit Gent, Gent. Geraadpleegd van https://lib.ugent.be/fulltxt/RUG01/001/211/656/RUG01-001211656_2010_0001_AC.pdf
- Mark, G., & Smith, A. P. (2012). Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(1), 63–78. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.548088>
- Mastari, L. (2016). *Onder Ons. Een empirisch onderzoek naar de gerichtheid op de eigen herkomstgroep van jongeren van Turkse en Marokkaanse herkomst in Antwerpen en Gent*. Vrije Universiteit Brussel.
- Mattingly, M. J., & Bianchi, S. (2003). Gender Differences in the Quantity and Quality of Free Time: The U.S. Experience. *Social Forces*, 81(3), 999–1030. Geraadpleegd van <https://www.jstor.org/stable/3598184>
- McCulloch, A. (2001). Social environments and health: cross sectional national survey. *British Medical Journal*, 323(7306), 208–209. Geraadpleegd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11473913>
- Mojza, E. J., Sonnentag, S., & Bornemann, C. (2011). Volunteer work as a valuable leisure-time activity: A day-level study on volunteer work, non-work experiences, and well-being at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84(1), 123–152. <https://doi.org/10.1348/096317910X485737>
- Motohashi, Y., & Takano, T. (1995). Sleep habits and psychosomatic health complaints of bank workers in a megacity in Japan. *Journal of Biosocial Science*, 27(4), 467–472. <https://doi.org/10.1017/S0021932000023075>
- Nasermoaddeli, A., Sekine, M., Kumari, M., Chandola, T., Marmot, M., & Kagamimori, S. (2005). Association of Sleep Quality and Free Time Leisure Activities in Japanese and British Civil Servants. *Journal of Occupational Health* (Vol. 47). Geraadpleegd van https://www.jstage.jst.go.jp/article/joh/47/5/47_5_384/_pdf
- Novikova, E., & Dingemans, E. (2016). Doorwerken na pensioen in Europa. *Demos*, 32(3), 8. Geraadpleegd van https://pure.knaw.nl/portal/files/2334458/2016_Novikova_en_Dingemans_demos_publ_version_v0052.pdf
- Oerlemans, W., Tweehuysen, S., Taris, T., Bakker, A., Brinkman, D., & Watez, C. (2013). *Dossier Werkdruk*. Rotterdam. Geraadpleegd van <http://www.co-counsel.nl/wp-content/uploads/2014/10/arbokennis-werkdruk.pdf>
- OESO. (2013). België moet geestelijke gezondheidsproblemen op het werk proactiever aanpakken, zegt de OESO. Geraadpleegd 28 januari 2019, van <http://www.oecd.org/els/belgiemoetgeestelijkegezondheidsproblemenophetwerkproactieveraanpakken>

akkenzegtdeeso.htm

- OESO. (2018, november 22). State of Health in the EU: summary. <https://doi.org/10.1787/74d2e5b6-nl>
- OESO. (2019). Mental health problems costing Europe heavily. Geraadpleegd 18 maart 2019, van <http://www.oecd.org/health/mental-health-problems-costing-europe-heavily.htm>
- Ohayon, M. M., Carskadon, M. A., Guilleminault, C., & Vitiello, M. V. (2004). Meta-Analysis of Quantitative Sleep Parameters From Childhood to Old Age in Healthy Individuals: Developing Normative Sleep Values Across the Human Lifespan. *Sleep*, 27(7), 1255–1273. <https://doi.org/10.1093/sleep/27.7.1255>
- Oswald, A. J., & Wu, S. (2010). Objective Confirmation of Subjective Measures of Human Well-Being: Evidence from the U.S.A. *Science*, 327(5965), 576–579. <https://doi.org/10.1126/science.1180606>
- Parslow, R. A., Jorm, A. F., Christensen, H., Rodgers, B., Strazdins, L., & D'Souza, R. M. (2004). The associations between work stress and mental health: A comparison of organizationally employed and self-employed workers. *Work & Stress*, 18(3), 231–244. <https://doi.org/10.1080/14749730412331318649>
- Peeters, M. C. W., Montgomery, A. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2005). Balancing Work and Home: How Job and Home Demands Are Related to Burnout. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 43–61. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.43>
- Peeters, M., & Heiligers, P. (2007). De balans tussen werk en privé. In *De psychologie van arbeid en gezondheid* (pp. 299–314). Houten: Bohn Stafleu van Loghum. https://doi.org/10.1007/978-90-313-6556-2_14
- Perline, M. M., & Lorenz, V. R. (1970). Factors Influencing Member Participation in Trade Union Activities. *American Journal of Economics and Sociology*, 29(4), 425–438. <https://doi.org/10.1111/j.1536-7150.1970.tb03130.x>
- Pieper, S. (2008). *Prolonged Cardiac Activation, Stressful Events and Worry in Daily Life*. Universiteit Leiden. Geraadpleegd van https://openaccess.leidenuniv.nl/bitstream/handle/1887/13285/binnenwerk_pieper_definitief2_17x24%5B1%5D.pdf?sequence=1
- Poser, S. (2011). Leisure Time and Technology. Geraadpleegd 30 januari 2019, van <http://ieg-ego.eu/en/threads/crossroads/technified-environments/stefan-poser-leisure-time-and-technology>
- Pruis, E. (2016). De toekomst van talent. *Tijdschrift voor Human Resource Development*, 3(6), 33–37. Geraadpleegd van https://www.xperthtractueel.nl/content/uploads/OnO_16_03.pdf#page=33
- Radstaak, M., Geurts, S. A. E., Brosschot, J. F., Cillessen, A. H. N., & Kompier, M. A. J. (2011). The role of affect and rumination in cardiovascular recovery from stress. *International Journal of Psychophysiology*, 81(3), 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2011.06.017>
- Ramasubbu, R., & Patten, S. B. (2003). Effect of Depression on Stroke Morbidity and Mortality. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 48(4), 250–257. Geraadpleegd van <http://psycnet.apa.org/record/2003-05556-008>
- Reid, K. J., Martinovich, Z., Finkel, S., Statsinger, J., Golden, R., Harter, K., & Zee, P. C. (2006). Sleep: A Marker of Physical and Mental Health in the Elderly. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 860–866. <https://doi.org/10.1097/01.JGP.0000206164.56404.BA>
- Rietschlin, J. (1998). Voluntary Association Membership and Psychological Distress. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 348–355. Geraadpleegd van <https://about.jstor.org/terms>
- Robinson, J. P., Sayer, L. C., Milkie, M. A., & Bianchi, S. M. (2000). Is Anyone Doing the Housework? Trends in the Gender Division of Household Labor. *Social Forces*, 79(1), 191–228. <https://doi.org/10.3366/ajicl.2011.0005>
- Rook, J. W., & Zijlstra, F. R. H. (2006). The contribution of various types of activities to recovery. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(2), 218–240. <https://doi.org/10.1080/13594320500513962>
- Rosa, H. (2016). *Leven in tijden van versnelling*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Roser, M. (2019, januari 22). Annual working hours since 1950. Geraadpleegd 30 januari 2019, van <https://ourworldindata.org/working-hours>
- Roxburgh, S. (2004). “There Just Aren’t Enough Hours in the Day”: The Mental Health Consequences of Time. *Source: Journal of Health and Social Behavior* (Vol. 45).
- Salanova, M., & Schaufeli, W. B. (2008). A cross-national study of work engagement as a mediator between job resources and proactive behaviour. *The International Journal of Human Resource Management*, 19, 116–131. <https://doi.org/10.1080/09585190701763982>
- Salanova, Marisa, Arturo López-González, A., Llorens, S., Del Líbano, M., Vicente-Herrero, T., & Tomás-Salvá, M. (2016). Your work may be killing you! Workaholism, sleep problems and cardiovascular risk. *Work & Stress*, 30(3), 228–242.

- <https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1203373>
- Salanova, Marisa, Del Libano, M., Llorens, S., & Schaufeli, W. B. (2014). Engaged, Workaholic, Burned-Out or Just 9-to-5? Toward a Typology of Employee Well-being. *Stress Health, 30*, 71–81. <https://doi.org/10.1002/smi.2499>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Rhenen, W. Van. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior, 30*, 893–917. <https://doi.org/10.1002/job.595>
- Schaufeli, W., & Bakker, A. (2007). Burnout en bevlogenheid. In *De psychologie van arbeid en gezondheid* (2de ed., p. 499). Bohn Stafleu van Loghu. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-90-313-9854-6>
- Schaufeli, W., & Taris, T. (2013). The Job Demands-Resources Model: A critical review. *Gedrag en Organisatie, 26*(2), 182–204. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3>
- Schwierz, C. (2006). Tijdsbesteding Europese mannen en vrouwen meer gelijk. *Demos, 22*(8), 72–80. Geraadpleegd van <https://www.nidi.nl/shared/content/demos/2006/demos-22-08-schwierz.pdf>
- Sherrill, D. L., Kotchou, K., & Quan, S. F. (1998). Association of Physical Activity and Human Sleep Disorders. *Archives of Internal Medicine, 158*(17), 1894–1898. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.17.1894>
- Snelting, A. A. C. (2017). *Persoonlijke factoren en mentale gezondheidsproblemen: de invloed van persoonlijke hulpbronnen en kwetsbaarheidsfactoren op burnout, stress, angst en depressie bij diergeneeskundestudenten*. Universiteit Leiden. Geraadpleegd van <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/374517>
- Stephens, T. (1988). Physical activity and mental health in the United States and Canada: Evidence from four population surveys. *Preventive Medicine, 17*(1), 35–47. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(88\)90070-9](https://doi.org/10.1016/0091-7435(88)90070-9)
- Stolwijk, H. J. J. (2012). Subsidie voor geluksbeleid? In *Jaarboek Overheidsfinanciën* (pp. 203–219). Den Haag: Sdu Uitgevers. Geraadpleegd van https://www.wimdreesfonds.nl/uimg/wds/b51460_att-jaarboek-2012-totaal.pdf
- Taris, T., Houtman, I., & Schaufeli, W. (2013). Burnout: de stand van zaken. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken, 3*, 241–257. Geraadpleegd van https://lirias.kuleuven.be/bitstream/123456789/526881/3/Burnout_de_stand_van_zaken.pdf
- Ten Brummelhuis, L., Van Der Lippe, T., Kluwer, E., & Flap, H. (2007). Het effect van het gezinsleven op werkgerelateerde burnout. *Mens en Maatschappij, 82*(3), 226–246. Geraadpleegd van <https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/167577/167577.pdf>
- Terluin, B., van der Klink, J. J. L., & Schaufeli, W. B. (2007). 17 Stressgerelateerde klachten: spanningsklachten, overspanning en burn-out. *Psychiatrie, 339–354*. https://doi.org/10.1007/978-90-368-1248-1_17
- Thoits, P. A., & Hewitt, L. N. (2001). Volunteer Work and Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior, 42*, 115–131. Geraadpleegd van <http://www.asanet.org/sites/default/files/savvy/images/members/docs/pdf/featured/volunteer.pdf>
- Van Beek, I., Hu, Q., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., & Schreurs, B. (2011). For Fun, Love, or Money: What Drives Workaholic, Engaged, and Burned-Out Employees at Work? *Applied Psychology, 61*(1), 30–55. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2011.00454.x>
- van den Brand, E., & Yerkens, M. (2014). *Overkwalificatie en geluksbeleving bij jongere werknemers*. Universiteit van Utrecht. Geraadpleegd van [https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/295408/Masterthesis Brand%2C Eva van den.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/295408/Masterthesis%20Brand%20Eva%20van%20den.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Van der Doef, M., & Maes, S. (1999). The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress, 13*(2), 87–114. <https://doi.org/10.1080/026783799296084>
- Van der Hulst, M., Van Veldhoven, M., & Beckers, D. (2006). Overtime and Need for Recovery in Relation to Job Demands and Job Control. *Journal of Occupational Health, 48*, 11–19. Geraadpleegd van https://www.jstage.jst.go.jp/article/joh/48/1/48_1_11/_pdf
- Van Hulle, M., & Vanroelen, C. (2015). *Overkwalificatie: hoogopgeleid, hoge verwachtingen?* Vrije Universiteit Brussel. Geraadpleegd van <https://www.scriptiebank.be/overgekwalificeerd>
- van Vegchel, N., de Jonge, J., Bosma, H., & Schaufeli, W. (2005). Reviewing the effort–reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine, 60*(5), 1117–1131. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.043>
- van Wieringen, J., & van Grondelle, N. (2014). Migrantenmantelzorgers: onzichtbaar, onmisbaar... overbelast. *Bijblijven, 30*(5), 32–39. <https://doi.org/10.1007/s12414-014-0035-4>
- Vanroelen, C. (2017). Precair werk, ongezond werk? Geraadpleegd 17 mei 2018, van

- <https://www.denktankminerva.be/analyse/2017/5/11/precair-werk-ongezond-werk>
- Vanroelen, C., Henderickx, E., & Pulignano, V. (2017). *De arena's van het arbeidsbestel: arbeid en economie, arbeidsorganisatie, arbeidsmarkt, arbeidsverhoudingen* (1ste ed.). ACCO Uitgeverij. Geraadpleegd van <https://www.acco.be/nl-be/items/9789462922471/De-arena-s-van-het-arbeidsbestel>
- Verenigde Naties. (2019a). Human Development Index Trends, 1990 - 2017. Geraadpleegd 23 januari 2019, van <http://hdr.undp.org/en/composite/trends>
- Verenigde Naties. (2019b). Human Development Reports: Belgium. Geraadpleegd 23 januari 2019, van <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/BEL>
- Volksgezondheid en Zorg. (2017). Trends in prevalentie psychische gezondheid en psychische klachten. Geraadpleegd 30 januari 2019, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/onderwerp/psychische-gezondheid/cijfers-context/trends#!node-trends-prevalentie-psychische-klachten>
- Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. (2014). *Gezondheidsenquête 2013: Rapport 1: Gezondheid en Welzijn*. Brussel. Geraadpleegd van https://his.wiv-isp.be/nl/gedeelde-documenten/summ_hs_nl_2013.pdf
- White, L. K., Booth, A., & Edwards, J. N. (1986). Children and Marital Happiness. *Journal of Family Issues*, 7(2), 131–147. <https://doi.org/10.1177/019251386007002002>
- Wilmots, B., Shen, Y., Hermans, E., & Ruan, D. (2011). *Missing data treatment: Overview of possible solutions*. Hasselt. Geraadpleegd van www.steunpuntmowverkeersveiligheid.be
- Wilson, T. D., Meyers, J., & Gilbert, D. T. (2003). "How Happy Was I, Anyway?" A Retrospective Impact Bias. *Social Cognition* (Vol. 21). <https://doi.org/https://doi.org/10.1521/soco.21.6.421.28688>
- Winnubst, J. A. M., Marcelissen, F. H. G., & Kleber, R. J. (1982). Effects of social support in the stressor-strain relationship: A Dutch sample. *Social Science & Medicine*, 16(4), 475–482. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(82\)90056-9](https://doi.org/10.1016/0277-9536(82)90056-9)
- World Health Organization. (2014). Mental health: a state of well-being. Geraadpleegd 19 september 2018, van http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- World Health Organization Europe. (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions*. Copenhagen. Geraadpleegd van www.euro.who.int
- Wyatt, S. (1992). Tijdsregistratie bij huishoudelijk werk: winst en verlies voor vrouwen. *Mens en Maatschappij*, 2, 106–127. Geraadpleegd van <https://rjh.ub.rug.nl/index.php/MenM/article/viewFile/11592/9064>
- Zapf, D., Dormann, C., & Frese, M. (1996). Longitudinal studies in organizational stress research: a review of the literature with reference to methodological issues. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(2), 145–169. Geraadpleegd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9547043>

8. Bijlagen

8.1. Bijlage 1: Algemene gegevens van de mentale gezondheid

	Drie dimensies:	Twee dimensies:
	<ul style="list-style-type: none"> • Mentaal welzijn • Slaapkwaliteit • Fysieke problemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Mentaal welzijn • Slaapkwaliteit
Cronbach's Alpha	0,838 ¹	0,861 ¹
N	11	8
Proportie verklaarde variantie door de twee componenten	67,082 ²	70,453 ²

^{1,2} We stellen vast dat de keuze voor twee dimensies statistisch te verantwoorden is vanwege de hogere Cronbach's alpha en hogere totaal verklaarde variantie.

8.2. Bijlage 2: Niet opgenomen vragen in de professionele factoren

Niet opgenomen vragen	Correlatiecoëfficiënt m.b.t. andere vragen varieerde tussen ... en ... (Spearman's rho)		Aantal (deel)vragen waarmee de niet opgenomen vraag lager correleerde dan 0,3 of hoger dan 0,8*
Q40	-0,079	0,409	27
Q42	-0,197	0,297	28
Q46	-0,210	0,243	28
Q53d	-0,138	0,201	28
Q61o	-0,111	0,367	26

* Op een totaal van 28 (deel)vragen.

53

8.3. Bijlage 3: Algemene gegevens van de professionele factoren

Professionele factoren	
Cronbach's Alpha	0,706
N	23
Excluded cases	4379
Proportie verklaarde variantie door de twee componenten	55,939

8.4. Bijlage 4: Dimensies en vragen van de vrijetijdsfactoren

Vrijetijdsfactoren	Subdimensies	Vragen uit de survey	Inhoud Hoe vaak bent u betrokken bij ... (buiten het werk)
Reproductieve activiteiten		Q95 (c)	... de zorg of opvoeding van uw (klein)kinderen?
		Q95 (d)	... koken of huishoudelijke taken?
Recreatieve activiteiten	Sociaal engagement	Q95 (a)	... vrijwilligers- of liefdadigheidswerk?
		Q95 (b)	... politieke of vakbondsactiviteiten?
	Ontspannend engagement	Q95 (f)	... een training of opleidingscursus volgen?
		Q95 (g)	... sport, cultuur of vrijetijdsbesteding buitenshuis?

8.5. Bijlage 5: Opleidingsniveau en mentale gezondheid

Tabel 8: Absolute aantallen voor werk- en vrijetijdsfactoren en hun proportionele verdeling over de afhankelijke variabelen en opleidingsniveau. N = 17606, ECWS 2015 - eigen bewerking.

	Matige tot slechte slaapkwaliteit						Matige tot slecht mentaal welzijn					
	Lager sec. onderwijs		Hoger sec. onderwijs		Hooggeschoold		Lager sec. onderwijs		Hoger sec. onderwijs		Hooggeschoold	
	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)
Totaal	3336	39,3	8438	36,5	5739	43,3	3329	45,4	8419	42,7	5733	45,5
Jobtypologie												
Passieve job	441	36,5	1728	31,5	1945	37,1	441	37,0	1725	34,1	1952	40,0
Low strain job	973	30,6	2023	26,1	866	32,9	972	43,3	2022	39,9	859	40,7
Actieve job	1008	46,4	2254	49,5	904	55,3	1004	52,7	2251	53,7	902	60,9
High strain job	526	48,5	1613	42,7	1626	51,7	526	43,0	1610	41,8	1625	46,8
Reproductieve activiteiten												
Weinig of geen	1073	30,3	2553	30,4	1470	35,4	1069	43,3	2549	40,7	1466	44,4
Regelmatig	840	44,0	2048	37,4	1481	44,8	838	45,6	2046	44,0	1480	47,5
Veel tot heel veel	1412	43,6	3820	40,2	2782	46,7	1410	46,7	3806	43,2	2781	44,9
Sociaal engagement												
Weinig of geen	3221	39,2	7889	35,7	5203	43,5	3215	45,3	7871	42,5	5198	45,9
Regelmatig	88	36,4	433	47,1	451	41,7	88	40,9	434	44,0	450	40,7
Veel tot heel veel	18	72,2	96	59,4	80	43,8	17	52,9	96	49,0	79	43,0
Ontspannend engagement												
Weinig of geen	2201	41,7	4678	36,7	2124	47,1	2196	50,4	4660	46,5	2120	51,7
Regelmatig	611	35,7	2092	36,1	1750	40,7	611	38,0	2093	41,3	1749	42,6
Veel tot heel veel	514	34,2	1647	36,4	1857	41,7	513	33,5	1644	33,3	1860	41,0

8.6. Bijlage 6: Leeftijd en slaapkwaliteit

Tabel 9: Absolute aantallen voor werk- en vrijetijdsfactoren en hun proportionele verdeling over de slaapkwaliteit en leeftijd. N = 17606, ECWS 2015 - eigen bewerking.

	Matige tot slechte slaapkwaliteit									
	15 – 25 jaar		26 – 35 jaar		36 – 45 jaar		46 – 55 jaar		56 – 65 jaar	
	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)
Totaal	1835	31,8	3948	36,9	4759	39,8	4757	41,8	2277	43,2
Jobtypologie										
Passieve job	263	27,0	851	32,1	1165	34,7	1264	36,8	588	38,3
Low strain job	432	20,1	829	25,6	974	29,4	1018	31,4	615	33,8
Actieve job	617	38,2	1033	49,0	1126	48,4	983	54,7	426	62,4
High strain job	333	45,0	899	41,5	1051	49,7	1062	49,8	425	49,4
Reproductieve activiteiten										
Weinig of geen	1159	26,2	1345	28,2	879	33,6	1079	37,5	652	37,3
Regelmatig	517	42,7	1061	40,6	819	36,5	1275	41,6	725	45,5
Veel tot heel veel	159	37,1	1541	41,9	3048	42,5	2393	43,8	888	45,8
Sociaal engagement										
Weinig of geen	1749	31,3	3743	36,7	4444	39,5	4347	41,6	2077	42,4
Regelmatig	63	44,4	173	38,7	258	42,6	329	45,6	159	46,5
Veel tot heel veel	18	50,0	26	61,5	48	52,1	68	45,6	36	66,7
Ontspannend engagement										
Weinig of geen	632	38,1	1845	38,2	2515	39,5	2622	42,3	1421	41,9
Regelmatig	461	27,5	1027	33,4	1275	40,0	1206	40,1	498	45,8
Veel tot heel veel	739	29,1	1060	38,0	959	40,0	921	42,9	355	44,5

8.7. Bijlage 7: Leeftijd en mentaal welzijn

Tabel 10: Absolute aantallen voor werk- en vrijetijdsfactoren en hun proportionele verdeling over het mentaal welzijn en leeftijd. N = 17606, ECWS 2015 - eigen bewerking.

	Matig tot slecht mentaal welzijn									
	15 – 25 jaar		26 – 35 jaar		36 – 45 jaar		46 – 55 jaar		56 – 65 jaar	
	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)
Totaal	1833	36,8	3942	42,5	4745	45,5	4752	46,5	2269	44,4
Jobtypologie										
Passieve job	264	33,7	851	33,7	1165	39,2	1270	39,5	587	34,8
Low strain job	430	23,3	825	37,6	971	45,5	1020	43,9	613	45,4
Actieve job	616	50,0	1032	50,8	1123	54,1	980	61,7	425	58,8
High strain job	334	37,4	900	48,7	1051	44,9	1058	43,1	425	41,2
Reproductieve activiteiten										
Weinig of geen	1156	35,2	1342	38,1	872	48,7	1084	48,0	649	45,0
Regelmatig	517	39,1	1058	42,2	818	46,9	1272	50,9	726	43,8
Veel tot heel veel	159	41,5	1539	46,8	3045	44,2	2386	43,5	882	44,1
Sociaal engagement										
Weinig of geen	1746	36,1	3736	42,2	4431	45,4	4345	47,5	2070	44,6
Regelmatig	63	54,0	173	44,5	257	48,6	329	36,2	159	37,7
Veel tot heel veel	19	47,4	26	69,2	48	41,7	68	38,2	37	56,8
Ontspannend engagement										
Weinig of geen	630	43,0	1843	46,8	2500	49,5	2618	50,6	1415	47,7
Regelmatig	459	35,3	1025	41,3	1276	44,3	1206	42,5	500	37,4
Veel tot heel veel	737	32,3	1058	36,4	959	36,4	924	40,5	353	41,4

8.8. Bijlage 8: Gezinssituatie en slaapkwaliteit

Tabel 11: Absolute aantallen voor werk- en vrijetijdsfactoren en hun proportionele verdeling over de slaapkwaliteit en gezinssituatie. N = 17606, ECWS 2015 - eigen bewerking.

	Matige tot slechte slaapkwaliteit							
	Alleenstaande zonder kinderen		Alleenstaande ouder		Koppel zonder kinderen		Koppel met kinderen	
	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)
Totaal	2846	40,1	1618	43,9	4356	40,6	8617	37,7
Jobtypologie								
Passieve job	653	36,4	256	42,2	1114	35,7	2074	32,9
Low strain job	670	30,4	364	33,8	1014	27,2	1791	28,1
Actieve job	718	48,6	493	51,7	940	54,3	2011	48,1
High strain job	545	48,6	333	53,5	952	49,5	1910	45,3
Reproductieve activiteiten								
Weinig of geen	1055	36,6	456	32,7	1696	33,7	1853	27,4
Regelmatig	1342	41,1	295	45,4	1650	42,8	1091	37,5
Veel tot heel veel	445	45,6	860	49,3	1004	48,6	5656	41,1
Sociaal engagement								
Weinig of geen	2603	39,3	1544	43,2	4039	40,0	8036	37,6
Regelmatig	184	50,5	65	61,5	256	45,6	472	37,5
Veel tot heel veel	51	47,1	7	42,9	54	63,0	86	52,3
Ontspannend engagement								
Weinig of geen	1360	40,6	886	45,9	2243	39,8	4489	39,5
Regelmatig	720	39,2	363	42,4	1159	39,2	2183	36,5
Veel tot heel veel	763	40,1	363	41,0	946	44,6	1922	34,9

8.9. Bijlage 9: Gezinssituatie en mentaal welzijn

Tabel 12: Absolute aantallen voor werk- en vrijetijdsfactoren en hun proportionele verdeling over het mentaal welzijn en gezinssituatie. N = 17606, ECWS 2015 - eigen bewerking.

	Matig tot slecht mentaal welzijn							
	Alleenstaande zonder kinderen		Alleenstaande ouder		Koppel zonder kinderen		Koppel met kinderen	
	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)	N	Slecht (%)
Totaal	2841	44,4	1619	47,7	4341	46,0	8602	42,4
Jobtypologie								
Passieve job	653	38,0	257	38,1	115	37,3	2077	36,8
Low strain job	670	39,9	365	42,5	1005	42,8	1789	39,9
Actieve job	714	57,0	493	59,6	939	57,2	2008	52,2
High strain job	545	43,3	334	45,2	949	48,4	1911	41,9
Reproductieve activiteiten								
Weinig of geen	1054	44,0	457	44,2	1691	44,7	1848	38,1
Regelmatig	1340	44,4	296	42,6	1647	46,6	1089	45,8
Veel tot heel veel	443	45,8	860	51,0	998	47,0	5648	43,0
Sociaal engagement								
Weinig of geen	2600	44,5	1544	47,6	4026	43,1	802	42,4
Regelmatig	184	43,5	65	50,8	258	42,6	472	40,5
Veel tot heel veel	51	41,2	6	33,3	53	54,7	86	48,8
Ontspannend engagement								
Weinig of geen	1358	48,6	886	53,7	2226	49,5	4477	46,9
Regelmatig	721	43,7	365	43,3	1159	41,0	2182	41,0
Veel tot heel veel	759	37,5	363	37,7	949	43,8	1920	33,3