

健康促進與社區婦女憂鬱症之預防

鄭夙芬

壹、前言

自從一九七〇年代以來，女權運動方興未艾，提供人類對二性問題的思考具有更寬廣的空間，也使得向來被忽略的女性族群有了實質的重視。在此趨勢之下，女性健康的課題亦成爲一項主要的訴求，包括乳癌與良性乳房疾病、避孕、避孕失敗與流產、經前症候群、月經問題、停經症候群、子宮頸癌、子宮卵巢切除、陰道分泌異常、膀胱炎、子宮內膜異位症、尿失禁、性問題、情緒問題、飲食問題、飲酒問題及抽煙問題等 (Graham-Jones, 1993)，都相當值得關心。

在上述的疾病之中，許多的學者都發現，婦女的憂鬱症特別具有在性別上的顯著差異，男女二者之間的差距達二至六倍之多 (Briscoe, 1982; Goldberg and Huxley, 1980; Finlay-Jones and

Burvil, 1978; Weissman and Klerman, 1977; Walker, 1990; Myers et al., 1984; Robins et al., 1984)，國內的幾項社區精神病流行病學及心理障礙之研究均發現女性憂鬱症的盛行率高過男性，爲男性的二倍左右 (胡海國，民七十六；鄭泰安，民七十六；林憲等，民七十七)。究竟婦女爲何較男性容易有憂鬱症？憂鬱症的理論背景爲何？憂鬱症所凸顯的意義爲何？如何降低其盛行？因此，筆者擬從憂鬱症的意義及其對婦女所形成的影響加以討論，並希望藉此提出因應的健康促進之道。

貳、憂鬱症之意義

一、憂鬱症的定義

每個人一生中都有憂鬱的現象 (Stoppard, 1989)。憂鬱一詞自古希臘、埃及時期即有，名文學家莎士比亞在其小說中，亦多有所描述：Kraepelin 在十九世紀末首先提出憂鬱症一詞 (Klerman & Weissman, 1980)。根據美國精神醫學會編訂的第三版精神疾病診斷統計手冊 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III), 1980) 指出，我們可以將憂鬱症粗分為輕鬱症或憂鬱性精神病能症 (depressive neurosis) 與重鬱症 (major depression)，二者可以說都是以表現病態的憂鬱情緒為主的情感性疾患 (affective disorders)，通稱之為憂鬱症 (行政院衛生署，民七十八)。

二、憂鬱症的症狀

在臨床上，若欲短期的正確診斷出憂鬱症往往是不太可能，因為它是太普遍的症候群（陳金柱，民八四），其症狀可以歸納為下列幾大項 (Travis, 1988; Klerman and Weissman, 1980; Radloff, 1980; Goldberg, 1982; Graham-Jones, 1993) ..

(一) 在情感方面

1. 感到悲傷、憂鬱、無望、喪氣、意志消沈。
2. 焦慮。
3. 失去對工作與日常生活的興趣。
4. 有無價值感、易自責、罪惡、害羞。

(二) 在認知方面

1. 說話、思考有障礙。

2. 注意力不易集中，思考範圍縮小。
3. 自我評價低落。
4. 有死亡、自殺想法。

(三) 在行為方面

1. 外觀姿勢、面部表情、說話、穿著等的改變。
2. 疏於打扮。
3. 興奮（不安的）不止。
4. 性慾、性活動減少。

(四) 在身體功能方面

1. 食慾改變，特別是體重減輕。
2. 不易入睡，容易失眠。
3. 容易無力、疲勞、昏睡、發怒。
4. 對身體的抱怨。

以上這些症狀並非單一出現，常會伴有四至五項症狀，而且憂鬱症也有在一般醫學臨床上的症狀，包括貧血、充血性心臟病、黃膽等等。

三、憂鬱症發生的原因

在早期 Meyer (1957) 以生物心理學的觀點探討憂鬱症，Lewis (1967) 亦贊成其看法，最近，則較傾向全整性的看法，包括探討憂鬱症的用藥、遺傳、賀爾蒙等生物因素及社會心理的原因。對於情感性疾病而言，常必須以多重病原學的觀點來診斷，包括遺傳、生

物醫學、人格、壓力與生活事件、社會背景等等。可以確定的是如躁鬱症這種雙極性的型態主要是受遺傳上的決定。至於憂鬱症其病原則較不確定，它包括了壓力、人格、中樞神經傳導物質的改變等等 (Klerman and Weissman, 1980) 。Walker (1990) 也認為有關憂鬱症，往往有很多的討論，必須包括來自心理學、社會學、心理治療與醫學等方面來探討他的起源、處遇與意義。Stoppard (1989) 則提出憂鬱症可能是來自過去或現在有關的事件，稱為外因性鬱病，來自生物因素則稱為內向性鬱病。

因此，可以發現對於憂鬱症的原因之探討仍是多角度的，沒有一個絕對的定論，Klerman and Weissman (1980) 曾整理出七項有關的理論背景，包括：

- (一) 失落與壓力 (loss and stress)：探討人們對失落與分離的情緒反應，特別是親人的死亡或是重要事物的損失，引起自尊心受損，自信心降低，若未妥善處理，則易形成臨床上的症狀。
- (二) 心理動力理論 (psychodynamic theories)：與個人需求，特別是強調早期的成長，與口腔期的滿足，內化的攻擊，強烈的超我，極端自戀，敵意的情感有關。
- (三) 遺傳傳導理論 (genetic transmission theories)：提出家族遺傳為憂鬱症之原因。
- (四) 藥理與神經化學理論 (pharmacological and neurochemical theories)
- (五) 認知理論 (cognitive theories)：憂鬱症者視自己每天的生

活、態度、關係與成就有不適之感，憂鬱症來自本身的困難，低自尊；不良的思考習慣，易以偏蓋全，斷章取義，思考方式不按邏輯，對自己、未來與外在世界呈負向看法。

(六) 行為理論，社交技巧 (behavioral approaches/social skills)：憂鬱症者有逃避的行為，缺乏接受正向增強的能力。

(七) 學習無助理論 (learned helplessness theories)：憂鬱症是一種學習中無助的反映，憂鬱症者無法去控制環境，而致活動銳減、行為退縮；貧窮或學習失敗均為可能的原因。

參、憂鬱症與女性觀

一、婦女憂鬱症之現況

世界心理衛生組織 (WHO) 在一九七一年到一九七三年的研究中發現，女性、低教育程度、低社經地位、身體有病、已婚失業或離婚與子女同住者較易有憂鬱症狀的產生。Brown and Harris (1978) 曾研究具有憂鬱特質的女性，發現其所具有的特色，包括：有百分之十五的婦女有憂鬱症；在十一歲以前母親去世，缺乏親密關係，有兩個以上的孩子在十四歲以下，失業，居住條件不良且過度擁擠；同時，他們也發現家有學齡前小孩的婦女，有三分之一在其研究進行的三個月中有憂鬱的現象；勞動階級的婦女之憂鬱現象為中產階級婦女的五倍。Goldberg 等人則指出通常是年老、失業或未婚女性易有憂鬱症狀 (Goldberg and Huxley, 1980; Finlay-Jones &

Burvil, 1978) .. Graham-Jones (1993) 認為較穩定的中產階級盛行率則較低。Richman (1976) 以三歲小孩的媽媽為研究對象，發現至少有三分之一的媽媽在研究的前一年有明顯的憂鬱現象。

在心理衛生的診斷分類上，酒精依賴與憂鬱為其中二項明顯有性別區別的疾病 (Myers et al., 1984; Robins et al., 1984)，婦女的憂鬱症與恐懼高於男性二倍，男性有百分之八到百分之十二的危險，婦女則有百分之二十到百分之二十六的可能。以年紀來看，年輕人的憂鬱症高過老年人 (Kesser et al., 1984; Anfosse, 1981)，但也有研究發現，年紀較大的女性以身體化方式來抱怨心理問題的比例較年輕人為高 (Berry et al., 1984)。婦女在二十五至四十四歲有最高的罹病率 (Myers et al., 1984; Robins et al., 1984)。近年來，發病的高峰已提前到二十多歲 (Klerman et al., 1985)，呈現年輕化的現象。此現象與世代效果 (cohort effect) 有關，即第二次世界大戰後出生者比大戰前出生者不但經歷到更高的盛行率，且發病時間提早許多，至今年齡仍在下降中 (胡幼慧，民八十)，值得進一步關心。

在國內的研究中發現，都會地區的女性中，有子女的婦女其憂鬱症的平均值較無子女者為高，對男性而言，擔任父職的憂鬱症狀反而偏低；此外，婚姻與工作對男性均具保護作用，然而對女性而言，雖然工作似具有正向作用，婚姻之正向作用並不明顯，至於角色的多寡，整體而言，對女性憂鬱症狀的影響並不明顯，而多重角色的男性之憂鬱症狀值卻明顯低於沒有工作者 (Hu, et al., 1990)。在

年齡方面，國內的一項心理障礙之研究 (林憲等，民七十七)，發現女性以二十至三十九歲及六十歲以上者出現率較高；Hu 等人 (1990) 也發現年輕人與老年人的憂鬱症之盛行則高過中年人口。

由以上的現象中，我們可以發現在憂鬱症的相關變項屬性之討論上，並沒有出現絕對一致的結果，但可以確定的是，婦女的年齡層、婚姻狀況、工作狀況、子女照顧及社經地位可能是較具有探討意義的憂鬱症分析因素。

二、憂鬱症的社會心理因素

對於女性具有較高比例的憂鬱症人口之事實，有許多學者提出了解釋，其中雖有可能受遺傳或內分泌等生理因素影響，在其未形成絕對定論時，筆者試著以社會、心理等層面為主要焦點，提供另一層面的思考：

(一)人口的解釋：正如前述，就出生世代的觀念來看，近年來人口增加，雖出生的性別比例沒有改變，但在成年的人口上，女性則較男性為多 (Gutentag & Second, 1983)。特別是女性的長壽，以及都市化的趨勢，女性進入勞動市場的人數增加，結婚年齡延後，單身期間延長，女性必須面對過去與現代變遷中的落差，形成了自殺死亡，自殺意圖及酗酒、藥物濫用的問題 (Weissman et al., 1987)。

(二)社會地位的解釋：在婦女的社會地位方面，因真實的社會環境使她們很困難藉由直接的行動或自我主張來獲得控制，而且這樣

的不公平，已導致她們經濟與法律上的無助，需依賴他人，長期的低自尊。因此，Brown and Harris(1978)就此觀點提出，婦女若就業，可能較可避免憂鬱，特別是在強調資本主義的社會，因其財務獨立且可獲有地位，如此，較不會使婦女完全依賴他人來自我肯定。

(三)社會化的解釋：Schwartz(1991)指出「性在面對同樣壓力而有不同的反應，可能與社會化有關，因社會的約束力對於婦女而言，就是要求其對負擔加以忍受，但可以表達在心理或身體上的症狀，這些症狀也可能就是她無意識的表現出其在適應上的困難。當症狀更嚴重而影響其日常居家或工作時，便會尋求醫師或其他醫療人員的幫忙。」

在男性的反應方面，Graham-Jones(1993)提出男性與女性有不同的社會化過程，他們藉由飲酒及身體的外在表現來表現壓力，且不會因此去向醫師求助。因此，往往憂鬱的男性通常在法律實施中被發現的，有可能酗酒與反社會行為等同於憂鬱症的男性，但此部分還未被證實(Weissman et al.,1987)。

(四)學習無助的解釋：因男女的刻板化印象，婦女不易表達生氣的情緒，且也較不易被社會接受(Walker,1990)，形成對女性的認知是反自主與反獨立的，以符合社會期待下的結果，典型的女性價值就是學習無助與憂鬱的特質(Weiss-manetal.,1987)。

(五)角色勝任的解釋：婦女對於「關係」所給予的重視較男性為高，往往是透過他人的關係來肯定自我，包括擔任配偶、媽媽或

女兒的角色，很多老年人都是由女兒來扶養而不是兒子，百分之九十的單親是媽媽，年幼的小孩也多由媽媽照顧，同時婦女較易因關係而負起責任，從中體會壓力與喜悅，衝突與支持，一旦關係破裂，她們會認為是自己的錯(Walker,1990)，因而感到自責與憂鬱。

在二性對於外界的期待、要求與報酬方面，女性對方較有情緒及財物的需求，男性對女性則較傾向實務性及家事方面的要求，也就是說彼此期待上有落差，二者間缺乏一個平等的機會，對於勞工階級的女性更是如此。

Schwartz(1991)從角色壓力探討，發現婦女需扮演很多角色(家庭主婦、媽媽、照顧者、配偶、職業婦女等等)，Stoppard(1986)認為這些角色都是女性被期待去扮演的；婦女可能面對的角色負擔，包括工作壓力、家庭依賴、時間壓力、收入負擔等等(Woods,1987)；特別是，認為婚姻是一種保護與安全的婦女，面對這樣的迷思，發現事實並非如此，若婚姻並不是生活壓力的解除，她們便可能產生憂鬱的症狀，有時，單親的媽媽比已婚者還快樂。中產階級的婦女危機小，較易有工作，所得也較高，憂鬱雖不可避免，在程度上較為輕微(Walker,1990)。

而婦女從懷孕開始，所面對的養育壓力與衝突，必須滿足小孩的許多需求，且具備內外資源，使得她們雖愛小孩，也無法處理其孤單與孤立，如此亦使孩子陷入高危險之中(Walker,1990)。

(六)失落經驗的解釋：Brown and Harris(1987)認為憂鬱主要就是失落的感覺，包括：失望、分離、重要他人的失落，主要財物的失落，失去小孩或失去母親；尤其是生產、工作、空巢期、被強暴或暴力傷害等等。失落對每一個人所造成的打擊，視對象在當事人情感上所具有的意義而定，如果所造成的憂傷是在一般人皆有的程度之內，則不能看成是病態，但是過分嚴重或持續太久而影響日常生活時，就要考慮是不是不正常的憂鬱了（行政院衛生署，民七十八）。

除了上述的解釋之外，亦有學者提出親子關係及父母次文化等方向來解釋女性的憂鬱症狀（Weissman et al., 1987），唯其在實證上之資料較少，且筆者之現存文獻較少累積類似資料，因此先略而不列。

肆、健康促進的策略

「健康促進」的觀念在最近幾年來，已廣泛的推廣開來且被接受，很多學者都嘗試為它下過許多定義，包括從結構面來看，「為增進健康生活而行動的一種教育性與環境性支持，包括社會、政治、經濟、組織、政策與法規等的配合」（Breckon et al., 1994）。從社會責任面來看，「它不僅指個人實踐健康的生活而已，更重要的是指社會上有一個共同的道德理論所形成的壓力，要求凡是屬於社會中的每個份子都負起相同的責任與義務，努力養成健康的生活型態」（李蘭，民七十七）；從價值面來看，「是一種符合個人、

社區與社會價值的健康追求過程，因此，若我們能使人們將健康放在更高的價值觀上，我們就更可以獲得下列的目標：預防疾病、接受更健康的生計型態、對抗疾病、幫助他人獲得較好的生活品質」（Sartorius, 1992）。

因此，筆者認為健康促進不僅承襲了衛生教育之架構、內容，其更具有積極預防的現代化健康意義，同時，他也意含著多元化科技領域的整合，且有正向的方向性。Giffiths and Adams (1991)即明確指出健康促進是一全整性的模式，促進一平衡與良好感；黃松元（民八十二）更具體提出廣泛性的健康促進計畫涵蓋了整體性的健康服務（質量並重）、預防（包括初級、次級和三級預防），以及高度安適狀態（包括身體、心理、精神、情緒及社會等層面）。筆者認為婦女的憂鬱症可透過下列的健康促進策略以尋求一解決之道：

一、在衛生教育與服務方面

- (一)結合相關的機構，包括學校、政府機構、民間團體、醫療院所、工廠、社區等等，由衛教專業人員提供訊息，使民衆能普遍瞭解憂鬱症的原因、處遇，且能更進一步學習健康情緒的管理。
- (二)將二性教育、情緒管理、人生哲學等有關的內容編入學校及成人教育之教材中。
- (三)由於憂鬱症狀之普遍性，因此應大量製作憂鬱症之衛教手冊或影片，使民衆能有較多的機會瞭解並關心自己與他人的心理健康。

(四)提供憂鬱症之婦女個別及團體諮商的機會，配合心理、家族治療，使其有較佳之治療環境。

(五)協助憂鬱症婦女及家屬成立自助性團體，使彼此能分享所面對的問題及情緒，並可以進一步爭取自己的權益。

(六)針對憂鬱症所可能之高危險群，例如：勞工階級婦女，低收入婦女，已婚生子之家庭主婦，更年期婦女等，設計不同之衛教內容，配合個別需求，但不是給予標籤化的方案，以避免對象增加「錯誤行為」之罪惡感，相反的，應給予參與及歸屬感。

二、在疾病預防方面

(一)由於輕型憂鬱症在臨床鑑別診斷上常無法短期做出正確的判斷，包括可能會發生轉成雙極型、重鬱症或精神分裂病等等，因此，亟需發展合適的指標與量表，甚至是能提供早期處理的診斷標準等等。

(二)提供民眾可以關心自己與他人情緒的簡易工具，作為初步心理疾病的篩檢之用。

(三)對於憂鬱症之婦女加強家族史之瞭解及遺傳諮詢工作。

(四)社區、學校、醫院或工作場所應對遭遇重大壓力或事故之婦女進行關心與追蹤輔導；單位間互相聯繫，形成支持網絡。

(五)對當前的憂鬱症盛行率做一嚴謹的流行病學調查，以作為臨床、制度、福利等方面的參考依據，同時，藉此呈現社會變遷下民眾的心理健康狀況。

三、在相關領域方面

(一)宣導二性平等的價值觀念，透過大眾媒體、政策立法、建築藝術、二性教育社會保護、職業責任等途徑，使民眾擁有一個二性平等的生活環境。

(二)落實勞工婦女政策，包括工作機會、就業諮詢、加班時間、工作安全、懷孕生產、工作酬勞、幼兒照顧等方面的重視與實施。

(三)提供婦女有更多接受成人教育的機會，使婦女能「滿足個人需要，適應社會生活，重新學習，避免衝突」（遲慧敏，民七十八）。若能真正符合對象之需求，則透過課程，婦女不僅學習到對自我的瞭解，培養獨立與平等的潛力，同時對家庭或事業也能有所充實。

(四)鼓勵婦女社會參與，包括社區事務：鄰里關係、環境衛生社區設施服務等；地區事務：地方選舉、地區交通、醫療問題等等；社會事務：中央選舉、政策制訂、工作權、財產體制等等（姜蘭虹，民七十八）。

(五)關心非就業婦女的福利保障，因為在資本主義的社會中，個人能享有的福利與保障，往往取決於就業和薪資，非就業之婦女即形成貧窮的女性，經濟的依賴者（傅立葉，民八十二），所以「應肯定婦女在家扮演的無報酬角色，是不可取代且極其重要的」（許榮宗，民七十八），以此作為婦女福利法制訂之主要依據。

(六)促使我國對於婚姻中的夫妻財產、子女撫養、居住遷徙、暴力虐

待以及離婚之監護權、親權行使等的民法修正，使意味著二性平等的意義能夠落實。

(4) 提供婦女休閒的空間與機會，使婦女除了手工藝、插花、歌唱、烹飪等傳統性的活動之餘，也可參與更多體力性、專業性、學術性等休閒。

伍、結語

對於女性主題的探討上，男性應是一個不可缺席的話題，如此才能落實二性平等的理念，而此也將成為本主題下一個思考的方向。Griffiths(1993)在提到有關健康促進對婦女健康的影響時，曾特別提出，衛生教育通常在中產階級對中產階級的互動上最為有效，同時，她也指出，應將健康促進視為一種人們彼此之間協商的過程。由此看來，面對憂鬱症婦女時，我們會發現，這將使得衛生教育必須正視其計畫的實施與效果反應，如何使得低社經地位、貧窮或勞工階級的婦女在多重不平等的社會地位中擁有正向學習動機與希望，同時，透過多角度的促進過程，整合健康相關領域，以爲二性之健康奠定良好基礎。

(本文作者現任高雄醫學院醫學社會學系講師)

參考書目

何瑞麟、葉翠蘋編譯(民七十六) 精神疾病統計診斷手冊 台北
合記書局

沈楚文等(民八十) 新編精神醫學 台北 永大書局

李蘭(民七十七) 衛生教育與健康促進 陳拱北預防醫學基金會

主編 公共衛生學 台北 巨流出版社

林玉佩(民八十) 婦女爲什麼是弱勢 婦女新知 一〇七期 六

十五頁

林憲、吳英璋(民七十七) 台灣地區民衆心理障礙與精神疾病之

態度之分析 中央研究院 民族學研究所專刊乙種第二十號五

〇七〇五五二頁

胡幼慧(民八十) 性別、社會角色與憂鬱症狀 婦女與兩性學刊

第二期 二〇十八頁

胡海國(民七十六) 精神疾病流行病學與社區精神醫療行政 中華

心理學刊 三(一) 四十三〇五十五頁

姜蘭虹、何淑慧(民七十八) 從社會參與看女性角色 社區發展

四十六期 六十四〇七十三頁

涂秀蕊(民八十三) 修正民法 刻不容緩 婦女新知 一四二期

三〇四頁

黃松元(民八十二) 健康促進與衛生教育 台北 師大書苑

陳金柱(民八十四) 憂鬱症再認識 長庚醫院教材 高雄

許榮宗(民七十八) 他山之石 英國婦女服務作法簡介 社區發

展 四十六期 四十六〇四十七頁

傅立葉(民八十二) 福利無法解決不平等 婦女新知 一三六期

七〇八頁

趙守博(民八十) 我國婦女勞工福利政策 社會福利月刊 九一

期 三〇四頁

鄭泰安(民七十六) 社會人口因素與輕型精神疾病 中華精神醫

學 一〇三—一二一

行政院衛生署(民七十八) 憂鬱症 衛生署心理衛生專輯(六)

遲慧敏(民七十八) 我國婦女社會大學的現況介紹 社區發展

四十七期 一〇四—一〇八頁

Berry,J.m.,Storandt, M. and Coyne, A.(1984) Age and sex difference in somatic complaints associated with depression. J of Gerontology, 39(4):465-467

Breckon, D.j., Harvey, J.R. & Lancaster, R.B.(1994) Community Health Education. Maryland:An Aspen Publication.

Briscoe, M.(1982).Sex differences in psychological wellbeing. Psychological Medicine, Monograph Supplement No.1, Cambridge.

Brown, G.W. and Harris, T.(1978) Social Origins of Depression: a Study of Psychiatric Disorder in Women. London:Tavistock.
Finlay-Jones R.A. and Burvill, P.W.(1978). Contrasting demographic patterns of minor psychiatric morbidity in general practice and the community. Psychological Medicine, 8, 455-66.

Goldberg, D.(1982) The concept of a psychiatric case in practice.

Social Psychiatry, 17:61-65.

Goldberg, D. and Huxley, P. (1980). Mental illness in The Community. London: Tavistock.

Graham-Jones, S.(1993) Emotional problems. In A. Mcpherson (Ed.), Women's problems in general practice. N.Y.:Oxford University Press Inc.

Griffiths, J.(1993) Health promotion. In A.Mcpherson(Ed.), Women's problems in general practice. N.Y.:Oxford University Press Inc.

Griffiths, J. and Adams, L.(1991) The new health promotion.. In P. Draper(Ed.), Health Through Public Policy. London: Merline Press Ltd.

Guttentag, M. and Second, P.L.(1983) Too Many women? CA: Sage Publications.

Hu,Y.H., Cittenden, K. and Ma,S.J.(1990) Gender, life cycle, family roles and depression in urban Taiwan. paper presented in ASA Annual meeting. Washington D.C.
Kessler, R.C. and McRae,J.A.(1985) Trends in the relationship between sex and psychological distress:1957-1976. American Sociological Review,46(4): 443-453.

Klerman, G., Lavori, P. and Rice, J.(1985) Birth cohort trends in rates of major depressive disorders. Archives of General

- Psychiatry, 43:684.
- Lewinsohn, P.M. (1974) A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman and M.M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. Washington, D.C.: V. H. Winston & Sons.
- Meyer, A. (1957) *Psychobiology: A Science of Man*. Ill.: Charles C Thomas.
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E., Leaf, P.L., Orvaschel, H., Anthony, J.C., Boyed, J.H., Burke, J.D., Kramer, M. and Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of Psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Radloff, L.S. (1980). Depressions among Women. In M. Guttentag, S. Salasin and D. Belle (Eds.), *The Mental Health of Women*. U. S.A.: Academic Press, Inc.
- Richman, N. (1976) Depression in mothers of preschool children. *J of Child Psychology and Psychiatry*, 17:75-78.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J.D. and Regier, D.A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorder in three sites. *Archives General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Sartorius, N. (1992) *The promotion of Mental Health: Meaning and tasks*. In D.R. Trent (Eds.) *Promotion of Mental Health*. England: Avebury.
- Schwartz, S. (1991) Women and depression: a Durkheimian perspective. *Social Science and Medicine*, 32:127-140.
- Stoppard, M. (1989) *Everywoman's Medical Handbook*. N.Y.: Ballantine Books.
- Travis, C.B. (1988) *Women and Health Psychology*. U.S.A.: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Vanfosson, B.E. (1981) Sex difference in the mental health effects of spouse support and equity. *J of Health and Social Behavior*, 22:130-143.
- Walker, M. (1990). *Women in Therapy And Counseling*. Philadelphia: Open University Press.
- Weissman, M.M. and Klerman, G.L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, 98-111.
- Weissman, M.M. and Klerman, G.L. (1987) Gender and depression. In R. Formanek and A. Gurian (Eds.) *Women and Depression*, N.Y.: Springer Publishing Co.
- Woods, N. F. (1987) Women's lives: pressure and pleasure, conflict and support. In K.M. Swanson-Kauffman (Ed.) *Women's Work, Families, and Health*. Hemisphere Publishing Corporation.