

「全國自殺防治中心計畫」案

(二)強化心理健康促進工作

心理健康促進衛教手冊系列

心理健康促進基礎篇

社團法人台灣自殺防治學會

2014 年 2 月

目錄

編者序	1
前言	2
壹、精神疾病與心理健康.....	2
一、 精神疾病	2
二、 心理健康	5
貳、預防疾病與促進健康觀念之演變.....	7
一、 對疾病的認知	8
二、 教育的普及	8
三、 國家開發的程度	9
參、健康促進的核心原則與觀念.....	10
一、 健康促進的核心原則	10
二、 巨觀與微觀	10
肆、心理健康促進理論.....	11
一、 韌性理論	11
二、 凝聚理論及健康導向理論	12
三、 社會資本理論	13
四、 基礎理論	13
伍、心理健康要素	13
陸、結語	15

編者序

自殺防治是當代公共衛生以及心理衛生工作之重要課題，其防治工作艱鉅，需以公共衛生之多層面方式介入。自民國 86 年起自殺已進入國人十大死因之列，且死亡率逐年上升，並於民國 95 年達到高峰，每十萬人口自殺粗死亡率達 19.3 人，當年度共有 4,406 位國人不幸自殺身亡，全國性之自殺防治工作刻不容緩。故民國 94 年開始推動「全國自殺防治策略行動方案」第一期，並於同年 12 月 9 日成立「自殺防治中心」，一同為自殺防治而努力。

自殺防治策略分為三個主要層面，分別為全面性、選擇性和指標性策略，其中全面性策略之目標為全體民眾，旨在促進全民之心理健康。而所謂的心理健康促進乃是一種提升心理健康與幸福的積極行動，其目標對象包括心理病患或學校、鄰里、職場、縣市等所有人口等，期待藉由活動或方案的介入，皆能促進社會、情緒、心靈的安適程度與生活品質。

有鑑於心理健康促進為自殺防治之一環，依 103 年全國自殺防治中心計畫案，本中心特別編撰心理健康促進之衛教手冊，共 11 冊，內容包括：基礎、學齡期、青年期、壯年期、中年期、老年期、原住民及新住民、慢性病患者及其家屬及多元性別者，希望藉由介紹不同年齡層及不同族群的心理健康促進方針，能提升民眾對於心理健康的重視，進而達到全面性自殺防治之目的。

全國自殺防治中心計畫主持人

李明濱 謹製

民國一百零三年二月二十七

前言

WHO 提出心理健康促進的目標在於藉由提升心理安適感、能力、韌性以及創造支持性的情境及環境，以達到正向的心理健康。心理健康常被認為是著重在心理有病的人，主要因為目前大部分心理衛生相關服務皆較關注在精神疾病的預防，而忽略了心理健康促進的重要性。

心理健康難以用單一的角度解釋，除了從個人角度出發，社會層面的影響也十分重要，而不同國家、不同文化下對於心理健康的看法更會有所不同，必須以全面性的概念綜觀之。本手冊一開始先介紹精神疾病與心理健康之間的關係，接下來以不同的角度、層面、影響因素及理論讓大家認識心理健康。

壹、精神疾病與心理健康

大家想像一下，當我們談到精神疾病或是心理健康時，會想到是哪些人能夠處理這些問題？是政治人物？總統？學校老師？衛生所主任？或是經常協助緊急精神病患就醫的警消人員？還是里長？心理師？或是精神科醫師？

若我們仔細思考，會發覺這些困惑來自於精神疾病與心理健康的模糊定義，因此一開始先介紹這兩個名詞所代表的意涵。

一、精神疾病

醫療的角度

在醫院中，醫療人員經常會向病患或家屬解釋，當精神狀況不佳時，可能是腦部生病了。以精神醫學的角度，人腦類似於機械運作，如同機械會故障，人腦的功能也會失調，因此藥物治療扮演了重要的角色。

但此說法曾經遭到質疑，Szasz 於 1979 年提出，過往診斷精神疾病的依據，經常因為個體脫離了社會習俗、倫理或法律的常規現象

而被視為極端，以致被認定罹患精神疾病，然而這種缺乏生理根據的定義，極可能流於主觀評斷。

另一派的質疑，來自於精神醫學似乎將許多不同種類、不同程度的心理不舒服症狀，都涵蓋在精神疾病中，導致過度診斷的疑慮。如同 Schofield 在 1964 年主張「人類感受痛苦，不是因為他生病，而是因為他身為有血有肉的人類。」當醫學界對於健康的定義模糊不清，輕易落入疾病診斷的思維，便難以告訴病人如何才能達到健康的境界。然而，精神病理的觀點雖然曾遭受抨擊，卻是現代社會的主流。

關於心理健康與精神疾病的關係，存在多種論述，有人將兩者譬喻為光譜的兩端，一端是生病的，另一端則是健康的，而大部分的人皆處在兩端之間。也有人抱持二分法的觀念，認為只要個體沒有生病，就是處於健康的狀態。

上述兩種說法都是醫療人員習慣的觀點，屬於從病理的角度去看一般人的精神狀態，然而這樣的論述，會衍生出人們對於疾病的恐懼不安：雖然此刻還很健康，但會不會有一天忽然生病後，發現一切都不一樣了？害怕成為病人後生命無法恢復原本的面貌，彷彿走上了不歸路。

許多精神疾病受到長期的汙名化，人們排斥病人，卻也恐懼自己有一天會得病，伴隨罹病而來的，是由彩色變為黑白的生活，人際的疏離、工作的失能以及自我照顧的退化，種種都讓人們恐懼生病，人們擔心自己將會處於尷尬、困窘的情境而不知所措。因此不只是病人，一般人也害怕被標籤，害怕自己萬一生病，會被他人責怪或是感到自責。在疾病的陰影下，生病的人明明身為受害者，卻要為疾病負責，於是病人在周遭得不到幫助，開始對未來不抱希望，覺得自己生病之後，不能勝任原本能做的事情，為了維持人際交流和自我價值而掙扎。

反之，部分的病人對於被貼標籤反而感到欣慰，例如夫妻吵架，其中一方到醫院問醫生他到底是什麼問題，醫生說他壓力太大，罹患了憂鬱症，於是這一方彷彿問題被承認、被重視了，回家告訴另一半「都是你害我生病」。在這樣的情境下，疾病的診斷則代表一種社會對其遭遇的認同。

精神疾病角度的缺失

無論病人抱持何種心態，都是在疾病觀點下自然產生的現象，無法評論其對錯。然而，這凸顯出若以病理的觀點為基準來看精神疾病和心理健康，很可能會遭遇幾個問題：

第一，社會用以辨識個體有問題及決定介入的依據為何？如何制定標準？再者，決定出採取的鑑別方法，同時也就界定了哪些人掌握了判定他人健康與否的權力——誰掌握了知識和診斷標準，誰就具有影響力。上述的判準經常受到社會文化脈絡的影響，例如在西方國家成長的孩童，若移民至東方，有時候因為過於外向，被診斷為注意力不足過動症的機率就會較高，這樣隱微的文化影響是不容易被社會查覺的，也就是說，如此判斷不見得能全然的客觀。

第二，對於被診斷出疾病的人，罹患疾病成為重大的事件，患者面臨健康生活的斷裂，例如癌症、中風之後，許多人感到自己賴以維生的根本、自我的感覺受到動搖，許多病患自然產生疑問：「為何上天要如此懲罰自己？到底生病的自己活著還有什麼意義？如果醫生說我只能再活一年，沒有其他治癒的機會，我該如何自處？」有些人生病時彷彿失去力量，似乎自己的未來只能依賴醫療決策，期待有治癒的方法；而如果沒有治癒疾病的方法，好像也就沒有其他管道能夠求助，以致每天惴惴不安，難以繼續原本的生活。

第三，為了治療與預防疾病，人們投入大量的資源在辨識及根除病因上，雖然對於醫學發展有極重要的影響，但資源過於集中，會容易忽略其它有助於促進健康的方面，例如改善人們的生活條件與環境。

就以上論述，以精神疾病為出發點來促進人群的心理健康，似乎不是最恰當的方式。以疾病為觀點，只要將焦點放在疾病的治療或是預防，應該就能改善所有人的健康；但實際上有許多人平常的生活條件困乏、居住環境髒亂、經濟狀況不佳、缺乏良好教育，但其中罹病的只有少數，若以治療疾病為出發點，等到人罹病後才處理，這些高風險群的人，隨時都有可能從健康變為生病的狀態，這樣反而忽略了這群人的健康需求。

疾病觀點的基本前提是，一直會有足夠的人力來滿足所有需要被照顧的病人，但這實際上是不可能的，生病的人不計其數，必須由大方向著手，處理最根本的源頭，否則需求和供給之間將無法平衡。

有人說，問了錯的問題就會得到錯的答案，如果人們的疑問是「人為什麼會生病？」也許不一定能夠得到答案；但若改成問「導致健康的原因為何？」或許就能由此獲得許多有用的資訊了。

文化差異

不同的社會文化中，人們對於疾病的概念也會不一樣，譬如東方與西方的文化差異，以下為不同文化對於心理健康的看法：回教中認為人的心理會生病，可能是因為這個人摒棄了回教的教義，所以無法達到身體和靈魂間的平衡狀態，而如果人親近神，他的靈魂便可以得到潔淨。在基督教中，人和上帝之間的關係若是正確，人就會健康。華人講的是「氣」，憤怒時火氣大；悲傷時氣會散掉；冷時氣則虛；熱時氣則洩。佛教認為人生來是盲目的，當人們能夠屏棄願望、欲望，便可以離苦得樂；佛教也提倡經由冥想、坐禪達到正念，當人們思考正確時，行為也將步上正途，這種覺悟的狀態就是心理健康。在印度教，身、心、靈是合而為一、互相平衡的，一旦破壞了平衡就會生病，他們也認為飲食會影響人們的心靈狀態。馬來西亞則是有稱為靈魂物質的概念，如果喪失了靈魂物質，人們就會發瘋；另外，他們認為產生幻覺、妄想或是焦慮的狀態，是因為胃著涼了，所以當地的傳統療法會將一些傳統的藥草原料混在食物和飲料中。

二、心理健康

什麼是心理健康呢？書店中心靈養生的書架上擺放了許多書籍，教導人們如何維繫身心靈的平靜和諧。當我們處於心理健康的狀態，會覺得生命是美好的，彷彿自己的心靈對世間一切事物開放，感覺被信任、同時也信任別人，並且就像處於世界的中心，能夠感受自己的力量、創造力和自信。

心理健康目前至少有 20 種定義，有人說心理健康是一種活得快樂、有創造力且不會拖累他人的能力；有些則認為心理健康是讓人們

成長、發展的能力；也有人說心理健康是從嬰兒到成人一路成長的過程，隨著年歲漸增，發現現實中充滿挫折，而能從不斷的挫折中學習成長，就叫做成熟；有人說心理健康是和諧的狀態，在人們的價值觀、興趣，或是對於事情的態度、行為間達到平衡；又有人說心理健康就是了解自己的潛能並試著去發揮。

人們如何選擇與心理健康的關係？誰又能代表他人來決定這件事情？根據何種原則？這通常取決於制定者主觀的認定，而非全世界或不同文化中共通的價值觀。促進健康時必須尊重不同文化、不同信仰的人，如此才有可能了解對於他們，如何才是最佳的狀態。心理健康是全面性的概念，而不是把所有觀念化簡為單一；它也不是一成不變的狀態，而是能夠依不同情境調整的動態。

一般的醫療機構中，比較偏重矯正個人的狀況，強調人生病了就是要復健、復原，但比較少會考慮到要復原到什麼樣的健康狀態。

診斷疾病有兩種方式，一種是「定義」，醫生問診時，直接詢問病人有沒有某種症狀，根據診斷結果下一個清楚、客觀的定義；另一種是「具象化」，醫生透過不斷的了解病人、觀察現象，根據自身的經驗，形成對於病人的具體看法。這兩類方式雖然看似類似，但對於病人了解的程度是有差異的。

生態學角度

病人常會困擾：「醫生，我的精神分裂症看起來不會好，怎麼辦？我可以結婚嗎？能找工作嗎？」。心理和生理健康有必要做區分嗎？Seedhouse 在 2002 年提出全人健康促進(Total health promotion)概念，認為促進心理健康，必須用生態學整體的角度來分析一個人。因為個人處在各種人際關係之中，這些人際關係又存在社群裡面，社群則在社會文化底下，我們有許多不同層次的問題需要面對。

從個人角度來看心理健康，可能會提到有能力活得健康、可以和別人交往、一同工作，或是能夠適應這個世界、具備克服挫折的能力、處於安穩、舒適的狀態以及可以維持穩固的人際關係。這些是針對個人的需求，但個人存在組織及社會之中，發展會受到社會及經濟因素影響。像「社會資本」指的是社會結構中的特徵，包括社區內的規範、

團體的團結程度，以及對組織的參與，也就是在社會網絡中，人們接觸到的資源多寡。環境「Milieu」一詞意指在整個社會、文化、經濟或自然環境中發生的互動，對於促進心理健康是全面性的介入，並且完整的兼顧所有的事情及場域，在此情形下，人們才能夠試著提升個人的社會資本。

我們可以將心理疾病視為正常人類的反應，前面提到有些人生存的環境並不利於心理健康，當人們的生活環境不佳，個體又只有有限的因應能力，在被社會隔絕、排斥、處在壓力的環境之下，許多東西會被剝奪，舉凡金錢、居所、朋友、工作，慢慢的他們只能讓情感生活也一步步的走下坡。如果只從個人層次處理問題，這些高風險的人會不斷的出現，必須要從整體結構上不平等的地方來著手。

就像自殺防治的目的不在於搶救自殺，而在於建立人文關懷的環境，這就是生態學的概念，我們必須重視社會對個人的多元影響，個人的文化、語言或是生命的經驗，都會比以客觀評估個人來得完善。醫人勝過醫病，我們應該也要將努力投注在個人以外的文化條件或是社會環境中。這種生態學的概念，就是將人視為居處於現在，而又在更寬廣的環境脈絡中發展的個體。

WHO 的論述

WHO 在 2005 年提出，心理健康和心理安適的狀態，對於生活品質是不可或缺的，它幫助人們成為具創造力且活躍的公民、有助於融入社會、提高生產力、達到內在的平衡。公共衛生所扮演的角色，則對於提升心理健康有極大的助益，對象包括全人口以及有精神疾病的人，也就是說心理健康同時包含了精神疾病的概念。

貳、預防疾病與促進健康觀念之演變

WHO 定義，心理健康促進的目標，在於幫助人們獲得正向的心理健康，使人們達到身心安適、感到有能力、覺得自己做得好、能夠克服一切的困難並且面對生活中的困境；精神疾病的預防則聚焦在生病的人身上，盡可能減少他們的症狀，並且治療他們、預防再次復發。兩者所涵蓋的對象是不同的，從預防疾病到促進健康觀念的演變來自

於下列因素。

一、對疾病的認知

首先是現代人對疾病認知的改變，19 世紀時發現，只要改善城市中居住地方的衛生、注意飲水、營養，霍亂、痢疾等傳染病就會減少。從前人們通常死於傳染病，時至今日則大多死於各類慢性病，如糖尿病、高血壓、心臟病、中風等，這些疾病和人們的生活型態關係密切，譬如中風是因為飲食太鹹、太油、不運動，生病漸漸成為一種個人的責任。

但這樣生病的人反而會被大眾責怪，我們應該以整體的環境因素為考量，譬如某地區洗腎人數特別多，就需要考慮是不是該地區的飲用水出了問題。

二、教育的普及

從前推行衛生教育，會告訴人們每天多運動、少攝取油脂，透過教育來改變個人的行為。而現代的衛生教育不只著重在改變行為，也希望透過教育告訴人們怎麼做會更好、更健康，讓人們感到有力量，不會覺得無助。即使在生病的情況下，也希望能透過衛教告訴病人有哪些選擇，而不是任由他人擺佈。並且讓病人了解環境對他們的影響而做出改變，譬如告訴病人，抽菸不只影響到他一個人，家裡的太太、小孩都會因為他衣服上的尼古丁或是其它有毒物質而受到影響，透過這樣的教育，來加強他行為上的改變。

所有教育對於提升心理健康都非常的重要，「沒有學校的魚」這本書提到在許多貧窮的國家，孩子們沒有錢上學、沒有圖書館，也沒有書可以看。這深深的影響這些孩子往後的發展，如果有書可以看，他們也許就不會拿槍去打仗，說不定未來可以當店員、當老師、當醫生或是各式各樣的工作，他們就有可能具備就業能力、改善經濟狀況、融入社會，這些都屬於心理健康的一環。

三、國家開發的程度

WHO 意識到已開發國家和發展中國家的差異，除了加強醫療設施、蓋醫院，也開始重視飲用水、食物的清潔、營養、教育、居所、和平、社會公義以及這些資源的持久性。過去常常會低估傳統醫療對於低收入國家的貢獻，譬如以前醫院普及率較低，一般民眾缺乏經濟能力就醫，赤腳醫生對於低收入國家的公共衛生就扮演了很重要的角色。

心理健康與精神疾病可以並存嗎？「心理健康」當中就包含了「精神疾病」的部份，就是將疾病區離化。預防精神疾病也是促進心理健康的手段，可以提高一般民眾對於精神疾病的認知，以減少污名化的困擾。「全能促進」(holistic approach)的概念指的就是根據健康促進的理論來重新建構心理健康與疾病，接著評估一般人對於心理健康的認知及需求，以定義出預防疾病和促進健康之間的差異。

預防疾病和促進健康有什麼不一樣呢？有些人認為，預防是針對特定的族群，如已經生病或是快要生病的人，從這個角度，若促進健康的對象為全體民眾，是將所有的資源都分給大家，能分配到特殊族群上的資源則會減少，其實無法達到降低社會不公的效果。但支持對全體民眾做預防的看法則認為，若從源頭著手，針對整體環境做改變則可以事半功倍。

立場不同，提出的想法也會不盡相同，主要取決於自身所處的場域，譬如學生若有過動傾向，學校老師可能會介紹他去做治療；但如果是衛生所主任，就可能會和校方討論，從訂定校規或改變措施著手。針對個人及針對社區，到底哪一種方法較為適當呢？社區部分雖然試著由源頭去改變，但現實中許多民眾是被動的，效果不見得良好，且不易測量。

參、健康促進的核心原則與觀念

一、健康促進的核心原則

- 對象為全人類，而不是只聚焦於生病風險較高的人。
- 醫療設施、醫院、診所以及其它健康機構必須彼此合作。
- 整合教育、立法、財政、組織的改造、社區的發展。
- 讓公眾一同參與。
- 醫療人員不只提供看診或照顧，還要能提供教育、為弱勢發言，幫助人們達到健康的生活。

二、巨觀與微觀

你是一個很愛抽菸的人，今天出門時路上的人都不抽菸，可能會降低你想抽菸的感覺，這就是一個環境的影響。然而，不同組織、不同文化對於心理健康的看法仍不盡相同。

WHO 重視的是巨觀層次的因素，影響健康的問題如貧窮、交通不便、居住地等問題。巨觀層次的部份為什麼重要呢？與現在的全球化有關，會影響到一個人的認同以及文化的關係。例如從美國回台的台灣人，在認同上會有些不適應，這些人已經很習慣外國的作風，回來台灣覺得自己還是台灣人，但別人覺得他像外國人。另提到社會轉型的問題；例如，公視的節目「蜂狂」探討申請噴農藥的議題，噴農藥之後蜜蜂變少，蜜蜂變少是不是會造成全球農作物欠收？但農藥的殘留會造成過動兒的增加，這之間有複雜的關連。以及人口改變；例如人口老化的問題，人口年齡變高，失智症的比例是否會增加？為了照顧老人，中年人們的經濟負擔是否變得更重了？

歐盟重視的是微觀城市的因素。影響一個人的健康因素有生命經歷事件的經驗累積、擁有不同資源，以及個人的人際關係。例如現今社會有較多的雙薪家庭，當女性懷孕後仍繼續工作，且目前社會推廣餵母乳的概念，然而很多女性覺得餵母乳的壓力是很大的，在這樣的情況下會不會有產後憂鬱的情形出現？這些會影響心理壓力的因素與婦女的社會文化及經濟結構有關。

微觀診治為什麼重要呢？因為在實務上要促進心理健康是比較容易的，找病人來看病是需透過微觀診治去實行的。以及例如心理衛生中心的網頁中提供民眾的資源是以醫療機構或是心理諮商的服務為主，讓民眾可以參考及自行求助。

從微觀到巨觀，在個人層次中可以試著促進一個人的心理的韌性，以及堅韌程度。要怎麼做才可以提升他的自尊呢？教他處理壓力的方法，例如如何跟別人溝通？如何與他人維持關係？如何教育小孩？在社區層次中，希望讓更多的人參與這個社區，以改善社區的環境；例如在學校推動反霸凌的措施、注重工作場所的健康狀況、維持社區的安全、小孩的照顧，以及鄰居的協助。在更大的層次結構中，則可試著減少健康不平等的問題，例如偏遠地區的人的教育問題，或是貧窮、就業、居住的問題。

肆、心理健康促進理論

如何避免將精神疾病視為有問題的病態，或是將問題歸因在個人身上，而忽略巨觀層次的因素。例如有些明明是病人、是受害者，但卻被其他人責怪、貼標籤，其以下理論可提供參考以避免之。

一、韌性理論

指的是「韌性」、「生命力」以及「復原力」，例如心理健康就是情感上面的韌性，「韌性」可以讓我們享受生命，並且可以熬過在痛苦、失望、傷心當中存活，是一個正向的感覺，而其中亦包含了信仰，甚至是尊嚴、價值觀。

此理論是一個動態的理論，意思是指根據每個人不同的狀況都可以使用。如果提供每個人一個支持性的環境，可能可以提升他的韌性。但此理論並沒有具體的提到哪些社會或生態學上的因子會影響到人的韌性，例如有些人說「我生病並不是因為我不夠堅韌，是因為我的環境太不公平、太不平」，或是「一些政策的原因影響到我，所以才讓我這個樣子」。可以發現到，有些人韌性很強，甚至超越一般人許多，可是常常他是迫不得已的，像是一些非洲的小孩，怎麼可以在那個環境之下生存？

二、凝聚理論及健康導向理論

此理論的觀點跟一般醫療上的觀點是相反的，一般醫療的觀點是指當今天一個人生病了，使用外力介入，給予藥物、治療疾病；此理論則反之，從病理導向的學說實行典範的轉移，Salutogenesis 提出的健康導向學說，從不同的角度詢問如「為什麼有些人會生病？」，反過來，是否注意到有些人生存的环境很惡劣，為什麼他們保持很健康？他們沒有生病，這些人跟別人有什麼不一樣？他們用什麼方式去因應這個狀況，有助於因應的因素到底是什麼呢？例如在門診看到一些慢性病人，會注意到他有些時候狀況變得很不好，但他不曉得該怎麼辦，當然醫生也不知道他為什麼會變得不好，反過來問「你記不記得在什麼時候，你好像覺得你的狀況還不錯的？」當時他就微笑，也許慢慢病人會想到一些事情，好像在某個時候他狀況很不錯，這時候可以問他「那你覺得那段時間有什麼不一樣的狀況，讓你那個時候變得比現在好。」將問題換成什麼事情覺得對他有幫助，用這個觀念來看，健康就像是一個連續的光譜，以比較極端的說法來看，每個人都是一個末期病人，只是當你還活著的時候，某些事情可以使得我們變得比較健康，因此要找出那些因素，讓他從生病這端移向健康那端。

生命就像是一條的河流，每個人都在河岸上面走，但是隨時都可能被河捲走，有些人在水裡面很會游泳，可是有些人好像要連浮出水面都有困難，到底為什麼？因此提到「凝聚理論」，其中一般性抵抗因子(GRR generalized resistive resources)是指一個人擁有用以成功因應與生俱來的壓力的特質，且所有的特質都會創造一種凝聚的感覺(sense of coherence)，讓人覺得這個世界是有意義、可以被理解的，不管遇到任何事件，都覺得有自信，且內在、外在的環境都可預測，自己知道接下來會發生什麼事情，認為自己有能力渡過並處理這些困境；其特色為可了解性(comprehensibility)，可以了解生命當中所遇到的挑戰，以及相信身邊所有的資源足以因應事件，且有信心及動力去處理它，例如今天如果有一個病人得了憂鬱症，醫生問他「你覺得你為什麼會這樣子，是什麼原因讓你生病？」他想了很久，或許他會想到「這是一種挑戰，讓我在這樣的狀況之下可以學習，可以體會到原來我生病的時候，旁邊的人是那麼樣的支持我，讓我改善我跟家人的關係」，也或許病人會說「既然發生了這樣的事情，我們

就試著去渡過，去證明我的能力。」用一個較正向的角度去看這個事情。

三、社會資本理論

指的是一個網路的連結，或是指可以促進對雙方都有利的合作關係，如社會的常規、人之間彼此的信任，強調的是合作、參與社會、被社會接納。社會資本聽起來是好的，其實在某些社會當中，時常對某些有一點偏差的行為是無法忍受的。例如，在日本或新加坡的社會裡大家都是互相尊重的，很謹慎的不做影響到別人的事情；反之，對個人而言那是一種「壓力」，無法盡情的做自己想做的事。因此在那樣的社會裡並非是較為正向的；此外對男生覺得好的、有幫助的社會資本，對女性則不一定；在城市跟鄉村也會有一些社會資本的差異。

四、基礎理論

由 Seedhouse 提出的基礎理論，內容為「健康」是建立在很多基礎之上的，包括食物、飲水、居住的地方，以及我們生命當中的一些目標，或是我們體會到的一些溫暖。此理論著重在個人的層面，然而該如何促進心理健康呢？重點在找出對人類潛能有影響的障礙。至於該如何找、如何判斷這個人的潛能會受到影響，都是很主觀的

伍、心理健康要素

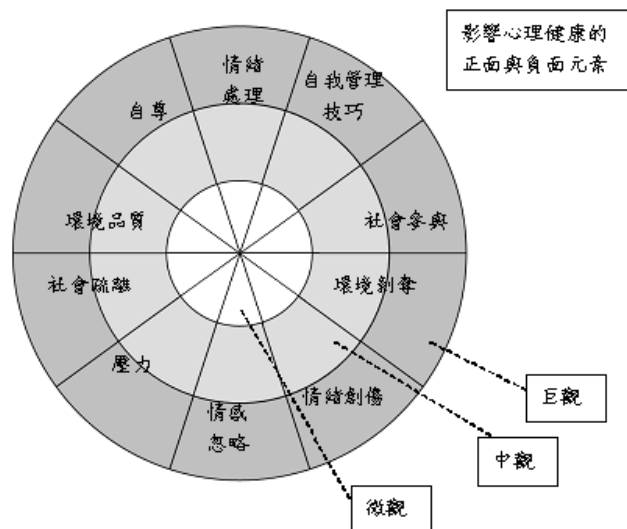
有些人試著把健康分成很多不同元素來看，然後將這些成分加在一起會讓這個人的健康有幫助或是惡化。1993 年 Albee & Ryan Finn 提出了一個公式，分子都是不好的因素，其分母(好的因素)越大的話我們生病的機會就越小。

$$\text{精神疾病} = \frac{\text{生理上的問題} + \text{壓力} + \text{被社會剝削}}{\text{因應能力} + \text{自尊心} + \text{社會支持}}$$

出自 Albee & Ryan Finn(1993)

爾後另有人提出五種對心理健康有幫助的感受，包含信任感、挑戰、覺得自己很有能力、成就感還有幽默感。再者，有人又提出八種影響因素，包括因應壓力的能力、對於壓力的處理的忍受的程度、對自己的認同、自尊心、自主、自我發展(self-development)、社會的支持及動機。

上述理論還是被批評過著重個人，較少有社會因素的影響，因此另有學者提出十個元素圖表如下：



出自 MacDonald and O'Hara(1998) ten element map

每一元素之間是相互影響、有關聯的，例如一個人如果有自尊的話，在參與社會的部份會比較多，所以不同區塊之間會互相影響。再者，每一種元素的效果會隨著生命累積，例如某人在學校常常被霸凌，當他進入職場後，在情緒管理上與的同事相處會不會遇到比較多的困難？另一個特殊的部分為與前面提到的理論相較之下，此理論將「人」從內到外分成三個層次，最內層是一個微觀、個人的層次；中間的部份就是社區的層次，最外層為社會結構上的問題；例如女性為個人因素，當女性處在家庭裡面，家庭會決定他的角色，譬如雙薪家庭，女性可能同時要照顧小孩及工作，此時就要取決於國家的勞工政策，如果該國的勞工政策為，雙薪家庭，有子女，則在工作上可給予一些福利，例如可以放育嬰假，若有這樣的政策對這個人的健康就是正面的；但若其中出了一些問題，反而會產生負面的效果。

沒有一個化約、或有單一理論證實什麼方法可以促進心理健康，由各種層面去建構起來的才是一個實在的東西，這是我們對「心理健康」的了解。可以追蹤一個政策或是一個措施帶來的效果來証明心理健康促進的效果，亦可將不同的因素互相比較。但在不同的地區、種族、性別的人他們所體會到快樂的感覺、健康的感覺是相似嗎？

目前大部分的量表都有些缺陷，例如他們可能去測量精神疾病的盛行率，而並非心理健康；另外則是測量健康程度，然而大部分量表設計的方式為「該部份的這個問題你會不會覺得經常發生？」，例如你經常失眠、經常想自殺、經常…，如果都沒有的話，通常得分為0分，0分則幾近完美。換句話說，從這個量表上面，無法看到進步的空間，因為大部分沒有那麼嚴重。再者，有一些量表有一些偏屬細節的、比較細膩的心理特質，是根據心理治療的理論而來的，與前者提到以社會理論出發的心理健康理論不同，因此未必可以使用。另外，一般的量表是針對個人，目前中低收入國家的人民心理健康更為重要，然而這些國家的研究卻較少，因此需要針對群體的量表；以群體來做評量，則有可能在不同國家之間比較。然而全體的健康量表與一般的量表不同可以有很明確的切點，例如「超過8分為生病」、「8分以下為良好」，這是針對群體量表難有的效果。但目前有爭議是研究的部份，最有證據的都是隨機對照試驗(RCT randomized controlled trials)，可是在一個健康促進的策略上運用RCT去評估是很困難且不適合的。

陸、結語

在個人層次當中，我們試著透過社區的參與學習愛人、與人相處，或是透過工作來實現自我，讓自己的生命富有意義，而除了個人層次以外，我們還需要朝社區及社會等更寬廣的層面發展，才能達到全面性的心理健康。