

正負向心理健康篩檢指標之 完整心理健康型態群集分析

李玉嬋 方俊凱 劉介宇

張文翰^{*†}

國立臺北護理健康大學
生死與健康心理諮商系

臺灣醫療健康諮商
心理學會

本研究目的在了解正負向指標篩檢心理健康型態集群分佈情形，是否符合Keyes主張以主觀幸福感與憂鬱症狀雙指標區分的完整心理健康模式。研究設計以心理健康BMI幸福感問卷、病人健康狀況憂鬱問卷，做為正負向指標篩檢工具，架構完整心理健康模式；以問卷調查法立意取樣739份樣本，經群集分析法作統計分群。結果能區分出有意義的四群集，包括擁有高幸福低憂鬱之完整圓滿心理健康型態的「心盛型」群集（46.28%）、不完整心理健康型態三個群集：「冷靜型」（低幸福低憂鬱之不完整心理亞健康型態，31.94%）、「奮戰型」（高幸福高憂鬱之不完整心理健康型態，11.10%）、「混沌型」（低幸福高憂鬱之不完整心理健康型態，10.69%）。低憂鬱者佔全體78.22%，其中59.17%擁有高幸福而處於完整圓滿心理健康型態；高憂鬱者佔全體21.78%，其中50.93%擁有高幸福感。驗證了幸福感、憂鬱傾向作為正負向心理健康指標，篩檢完整或不完整心理健康型態。建議：（1）高憂鬱者參照「奮戰型」這群人高幸福感來源，藉由參與社團獲得人際支持、找到工作及收入來增加自我價值感；（2）「冷靜型」不能單看低憂鬱的心理健康篩檢，需提升「友善人際支持 正念情緒平穩 認同自我價值意義」之正向心理健康BMI幸福感，以獲得完整心理健康；（3）未來研究可依據正負向心理健康指標去發展心理健康素養能力，作為心理健檢與自主管理完整心理健康之用。

關鍵詞：心理健康BMI幸福感、完整心理健康、群集分析、憂鬱。

[†] 本研究經費來源為科技部，計劃編號：MOST 108-2637-H-227-001。

^{*} 通訊作者：張文翰，台北市中山區長春路172號8樓，02-2502-7518；email: wenhang64@gmail.com。

DOI: 10.53106/172851862024010069002

壹、緒論

一、自我評量正負向心理健康狀態之簡易工具尚待研發

心理健康自我評量工具過去較著重焦慮、憂鬱、自殺等身心失調之心理疾病評量，民眾填答意願不高。近年逐漸加入正向指標，例如憂鬱量表（Center for Epidemiological Studies Depression Scale, CES-D）加入測量正向情感、人際關係或生理、心理、社會關係、環境、心靈、宗教個人信念六大範疇的生活品質滿意程度（李美遠，2010）。但測量題目冗長，不利民眾自我評量意願。Keyes與Martin（2017）強調World Health Organization（WHO）早在1948年就心理疾病之外的正向能力與功能，可評估個人自主性、環境掌控感、正確自我認知與自我實現等心理健康面向（Jahoda, 1958）；而致力發展正向心理健康的測量方式，包括對於重新體認意義需求、正向認同與自我實現、超越負向指標追求生活滿意度與生活品質、適配情境挑戰的人境互動技巧等研究主題，漸漸界定出人的正向功能可能展現在壓力因應、優勢與韌性、幸福感、美德之上；也催生了同時採用病理觀與優勢觀點，去評估一個人的完整心理健康狀態模式（the complete state mide）。

二、測量心理健康幸福感與心理疾病雙指標的完整心理健康模式

沒有心理疾病不能代表心理健康（WHO, 2004）。依據精神疾病診斷與統計手冊判定有心理疾病者，未必就不能擁有幸福。隨著正向心理學發展，學者以積極態度定義心理健康，不僅是沒有心理疾病，必須同時有積極正向心理健康狀態（Seligman, 2011/2019）。所以，完整心理健康狀態的模式應同時考量正向心理健康（幸福感 well-being）與負向心理疾病（憂鬱等症狀）雙指標；且應包含社會幸福感、情緒幸福感、心理幸福感，與心理疾病負向指標，一起完整評估個體是否處在正負向心理健康指標都健康的狀態（Keyes, 2002）。這也呼應WHO（2004）指出正向積極心理健康（幸福感）是促進良好心理健康重要因素幸福狀態下，個人可以實現自己的能力、應對正常的生活壓力、有成效地工作並有具體成果、也能為社區做出貢獻。

Keyes（2003）以社會幸福感、情緒幸福感、心理幸福感作為正向心理健康指標，據以編製短版心理健康連續量表（Mental Health Continuum Short Form, MHC-SF），已在多國使用（Keyes & Martin, 2017）。李玉嬋（2016）對應這三種幸福感構念，選取可操作的三種心理健康技能：「友善—正念—認同」（befriend-mindfulness-identity），設計成自評B、M、I各一題之正向「心理健康BMI幸福感指標」問卷

(mental-BMI well-being, mBMI)，據以對應身體質量指數 (Body Mass Index, BMI) 成為身心健康雙指標利於自我評估。739位民眾以上述兩份問卷量測結果有顯著相關，且「心理健康BMI幸福感指標」問卷總分及B、M、I各題可有效預測「短版心理健康連續量表」總分及社會幸福感、情緒幸福感、心理幸福感，總解釋力達30.3%；意味著mBMI的人際支持親密感 (B) 得分愈高者的社會幸福感愈高、情緒平穩掌握感 (M) 得分愈高者的情緒幸福感愈高、自我價值意義感 (I) 得分愈高者的心理幸福感愈高 (李玉嬋，2019；劉士銘，2020)，可做為測量正向心理健康幸福感的簡易工具。

因此，本研究選取「心理健康BMI幸福感指標」為正向指標，「病人健康狀況憂鬱問卷」為負向指標，對臺灣739位民眾施測之資料進行群集分析，以驗證能否有效區分出 (Keyes, 2002) 完整心理健康的四種型態，以達成本研究兩目的：

(1) 依據Keyes完整心理健康模式包含主觀幸福感與憂鬱症狀雙指標架構，了解正向心理健康BMI幸福感、負向心理疾病憂鬱症狀兩種指標組合，能否有意義分析呈現四種不同的心理健康型態之群集分布情形。

(2) 依據正負向指標組合出不同心理健康型態之群集分布結果，檢視群集間的差異性或共通性，供做完整心理健康狀態促進之參考。

三、不同心理健康型態之群集分類

Keyes (2002) 同時檢測心理健康幸福感、精神疾病憂鬱症狀，發現完整心理健康型態的心盛型 (flourishing)，處於中等以上幸福感、沒憂鬱症狀的最佳情緒健康者，最少出現曠職情形；相對處於無憂鬱症狀卻因低度幸福感的萎靡不振型 (languishing)，生活功能易受限而有相對較高曠職率；重鬱但不萎靡而有些幸福感的人，雖受限於一些生活功能但曠職情形不是最嚴重；最嚴重曠職又處處受限於生活功能者，是無法感受幸福且萎靡不振的重鬱者，若能促進其社會、情緒、心理幸福感，也有機會蓬勃發展地生活 (Keyes, 2007)。

Keyes等人 (2008) 發展短版心理健康連續量表檢測社會、情緒、心理幸福感，區分三大類心理健康型態：心盛型、中等心理健康型 (moderate mental health)、萎靡不振型。Keyes (2010) 再搭配簡式症狀量表 (Brief Symptom Inventory, BSI) 檢測精神疾患，將中等心理健康型民眾列為對照組，發現較年長者雖較少罹患精神疾病但未必擁有較好心理健康幸福感，再次驗證沒有精神疾患不代表擁有幸福感的假設 (Westerhof & Keyes, 2010)。再以此調查美國25-74歲成人是否處於完整心理健康型

態，結果發現：超過3/4成人過往一年內雖沒有罹患心理疾病，卻只有20%擁有幸福感心盛狀態；另外約1/4有心理疾病患者高達70%擁有中高度正向心理健康幸福感。並再次驗證沒有心理疾病不意味能擁有高幸福心盛狀態，可能冷靜卻萎靡地處在缺乏幸福的萎靡不振狀態；反而擁有中高度正向心理健康幸福感的心理疾病患者，有機會逆向擁有積極幸福感。因此透過幸福感與心理疾病憂鬱傾向雙指標去了解心理健康是否完整，以積極提升幸福感來超越心理疾病的影響（Keyes, 2013）。

臺灣延續Keyes完整心理健康狀態模式研究，多改採余民寧等人（2018）編制的雙指標評估工具：一是主觀幸福感量表（Subjective Well-Being Scale, SWBS），構念包含「心理幸福感」六項指標：獨立自主、環境掌握、生活目標、自我接納、與他人建立積極關係、個人成長；「社會幸福感」四項指標：社會統整、社會接納、社會貢獻、社會一致性；「情緒幸福感」二項指標：公認快樂、覺察生活滿意；另一是臺灣憂鬱情緒量表（Taiwan Depression Scale, TDS）包含認知、情緒、身體與人際關係的四向度，共可區分出九種心理健康型態，包括：

（1）巔峰／心盛型（flourishing type，高幸福低憂鬱）：屬於完全心理健康狀態者，有高度幸福感且沒有心理疾病症狀；容易充滿著快樂和滿足感，認同自我價值與意義，對未來有高度活力熱情和積極的態度。

（2）冷靜（幽谷）型（languishing type，低幸福低憂鬱）：屬於不完全心理健康狀態，雖沒有心理疾病症狀，也沒有社會、情緒或心理幸福感；易感生活空虛、消沉低盪情緒、感受不到熱情或不清楚人生目標與意義。

（3）奮戰（掙扎）型（struggling type，高幸福高憂鬱）：屬於不完全心理健康狀態，雖有高憂鬱症狀，卻能擁有社會、情緒、心理幸福感；在生活與工作上雖易焦慮、緊張，卻能在生活和社會功能有中高水準表現的高功能者，不完全處於心理疾病狀態（incomplete mental illness）。

（4）混沌（錯亂）型（floundering type，低幸福高憂鬱）：屬於不完全心理健康狀態，有憂鬱症等心理疾病，卻沒有社會、情緒和心理幸福感；處於完全心理疾病狀態中（complete mental illness），與人群疏離、情緒不穩、對自我或人生意義產生懷疑、無法適應現實生活。

（5）徬徨型（hovering type，中幸福高憂鬱）：在有穩定工作的日常生活中，瞭解人生意義及未來期望，但內心有著害怕、恐懼或罪惡感等心理疾病症狀，使其與他人保持距離、對事物失去興趣。

（6）愁善型（sentimental type，低幸福中憂鬱）：易在日常生活中感到空虛或情

緒不穩定、不易控制、感到身體有病痛、人際交友狹隘。

(7) 大眾型 (popular type, 中幸福中憂鬱)：在生活、心理和社會功能維持中等水準，時而感到憂鬱、時而覺得滿足，常擺盪在幸福和憂鬱兩端。

(8) 掙扎 (奮戰) 型 (striving type, 高幸福中憂鬱)：努力在日常生活中感受快樂情緒、滿意目前的生活、有明確的目標、人際關係和諧、覺得自己被社會接納且有貢獻，同時也因生活中壓力、無助、情緒不穩或飲食睡眠狀況不佳等憂鬱的心理疾病症狀而掙扎著。

(9) 滿足型 (contented type, 中幸福低憂鬱)：雖沒心理疾病症狀，日常生活中感到中度的幸福，能瞭解自己存在意義，對未來有期望，偶爾出現擔心、煩躁、疲憊或壓力感，降低正向情緒幸福感。

余民寧等人 (2018) 以此調查 2,400 位中小學教師研究發現：完全心理健康 (高幸福低憂鬱) 有 520 人 (21.7%)，錯亂型 (低幸福高憂鬱) 156 人 (8.2%)，愁善型 (低幸福中憂鬱) 286 人 (15%)，且有 9.8% 屬於冷靜 (幽谷) 型 (低幸福低憂鬱)。高於鐘珮純等人 (2013) 區分臺灣教師心理健康狀態結果發現僅 11.5% 處於完全心理健康狀態「心盛型」，低於其發現高達 21.4% 教師處於低憂鬱也缺幸福感的「冷靜 (幽谷) 型」不完全心理健康狀態者。但相近於陳柏霖與余民寧 (2015) 調查 20-65 歲 1,911 位臺灣民眾發現近 1/5 比例者處於完整心理健康型態的巔峰 / 心盛型，8.2% 錯亂型 (低幸福高憂鬱型)，4.8% 幽谷型 (低幸福低憂鬱型)，0.2% 掙扎型 (高幸福高憂鬱)，7.2% 奮戰型 (高幸福中憂鬱)。隔年陳柏霖等人 (2016) 再對 1,058 位大一新生的研究中雖也有類似發現「巔峰 / 心盛型」占 28.9% (207 人)、低憂鬱也低幸福感的「幽谷型」大一新生占 25.4% (306 人)；若只用憂鬱篩檢工具，僅能找出 28.3%，中高憂鬱的錯亂型 (低幸福高憂鬱型) 1 人、愁善型 (低幸福中憂鬱型) 23 人、徬徨型 (中幸福高憂鬱型) 1 人。

綜合上述，各研究對象顯示約有一至二成的人屬於低憂鬱也低幸福的幽谷型，是傳統病理模式可能無法辨識的群體；也有高憂鬱卻有幸福感的掙扎奮戰型的人，可能因檢測幸福感及憂鬱雙指標而發現其心理健康狀態完整與否，是為本研究參照 Keyes 雙指標檢測心理健康完整與否的群集分析之依據之一。

四、幸福感與心理健康之內涵

WHO (2001) 提出心理健康概念，包含主觀幸福感 (subjective well-being)、世代共融 (intergenerational dependence)、自主性 (autonomy)、勝任感 (competence)、自我效能感 (perceived self-efficacy)、自我實現潛能 (self-actualization of one's intellectual and emotional potential)。呼應Keyes (2003) 完整「心理健康操作型定義」架構下正向心理健康，應擴充包含三個幸福感概念：

(1) 社會幸福感 (social well-being)：能感受到自己與社會的連動，包含對社會的認同、實現、貢獻、凝聚、融合，甚至能從社群中得到自在與支持。

(2) 情緒幸福感 (emotional well-being)：是正向情意與生活滿意的表徵，開朗、對生活感興趣、精神振奮、開心、平靜、和平、充滿活力。

(3) 心理幸福感 (psychological well-being)：能接納自我、感受到自我成長、對人生目的了然於心、能建立自我價值去面對複雜環境、自主為自己決定、且能在人際中建立溫暖信任關係。

對照蘇雅靜 (2016) 研究發現臺灣人的19項幸福感來源，可將其歸納成為Keyes (2003) 三個正向心理健康幸福感的來源：「人際互動、外在環境」是主要的社會幸福感來源，「正向情緒、生活滿意、身心平穩、休閒活動」是主要的情緒幸福感來源，「自我成長」則是主要的心理幸福感來源。李玉嬋 (2016) 乃據此幸福感構念，選取「友善人際支持—正念情緒平穩—認同自我價值」(befriend-mindfulness-identity, BMI) 三種可訓練幸福感的心理知能，設計成正向「心理健康BMI幸福感指標」問卷三題項，並驗證可以此有效預測Keyes (2003) 「短版心理健康連續量表」之社會、情緒、心理幸福感的簡易工具 (李玉嬋, 2019; 劉士銘, 2020)，企圖轉換成可操作的心理技能項目來提升。

李玉嬋 (2016) 比照監控體重以換算身體質量指數 (BMI) 是否合乎健康數值範圍的做法，將生理BMI三字母轉換成心理健康BMI幸福感指標 (mBMI) 三構面的幸福指標，以正向積極角度供民眾監控與自主管理自己的心理健康幸福感，包括：

(1) B (befriend, 人際支持親密感)：自評「我能友善結交至少一位至親好友互相支持親密陪伴程度有幾分 (0 - 10分)？」，代表能友善待人、結交親朋好友、互相支持而擁有人際親密感的程度。分數越高，表示個人感受到人際關係能互相支持陪伴的親密感程度高；且能有效預測Keyes (2003) 「短版心理健康連續量表」之社會幸福感中的社會認同、實現、貢獻、凝聚、與社會共融。

(2) M (mindfulness, 情緒平穩掌握感)：自評「我能掌握自己內心想法和心情並維持情緒平穩安心程度有幾分(0-10分)?」,代表能以正念安心看待當下每一個意念流轉,來掌握情緒平穩度。分數越高,代表個人對自己的想法與心情能有控制感,能有效調節身心狀態以維持情緒平穩安心感;且能有效預測Keyes(2003)「短版心理健康連續量表」之情緒幸福感中的正向積極情緒與生活滿意度。

(3) I (identity, 自我價值意義感)：自評「我能認同自己的價值和自己生命有意義的幸福圓滿程度有幾分(0-10分)?」,代表能認同自我價值所在,感覺得到生命意義感。分數越高,代表個人能自我認同、了解生命目的與感受生命意義,從中感到幸福圓滿;且能有效預測Keyes(2003)短版心理健康連續量表之心理幸福感中的自我悅納、個人成長、人生目的、掌控環境感、自主權、與他人正向關係。

進一步彙整比較Keyes(2003)、WHO(2001)、蘇雅靜(2016)、李玉嬋(2016)等定義的幸福感內涵,在社會、情緒、心理三種幸福感架構下,有相似的界定如表1所示。

再以「心理健康BMI幸福感指標」(李玉嬋,2016)比對Knoesen與Naudé(2018)研究大一新生因離家、開始獨立生活等各種未知經歷而產生心理、情感和社交困難的萎靡不振,其發現可能因發展出三種促進幸福感的心理技能而邁向最佳心盛狀態,包括:

(1) 運用社會支持系統的能力提高人際親密支持的社會幸福感(B),尤其家庭和同伴的理解和支持,有助於困難時期找到社會認同和社會融合來獲得親密感和歸屬感。

(2) 掌握學術成就而經驗到環境及學術掌控能力,提高掌握情緒平穩的情緒幸福感(M)享受學習。

(3) 獲得個人成長和獨立的能力,認同自我價值與生命意義感(I)並做負責任的選擇,享受發現自由與自主性,更正向積極有自信地在新環境中茁壯成長。

這也凸顯Das等人(2020)回顧文獻彙整出主觀幸福感相關七大類因素中,除了人口學、社會經濟地位、地理和基礎設施、宗教文化等外控因素之外,健康和功能、個性、社會支持等心理健康內控因素影響力。

表1
不同學者定義的心理健康幸福感內涵對照表

學者／幸福感	社會幸福感	情緒幸福感	心理幸福感
Keyes (2003) 心理健康操作型定義	社會認同 社會實現 社會貢獻 社會凝聚 社會共融	正向積極情緒 生活滿意度	自我接納 個人成長 人生目的 掌控環境感 自主權 與他人正向關係
WHO (2001) 心理健康概念	世代共融	主觀幸福感	自我效能感 自主性 勝任感 自我實現潛能
蘇雅靜 (2016)	人際互動 外在環境	正向情緒 生活滿意 身心平穩 休閒活動	自我成長
李玉嬋 (2016) 心理健康BMI幸福感指標	友善 人際支持親密感	正念 情緒平穩掌握感	認同 自我價值意義感

註：引自「心理健康BMI幸福心指標之建構：以肌無力病友為樣本」，鍾孟燕，2018，碩士論文，國立臺北護理健康大學，第28頁，臺灣碩博士論文知識加值系統 (<https://hdl.handle.net/11296/st3u9u>)。

貳、研究方法

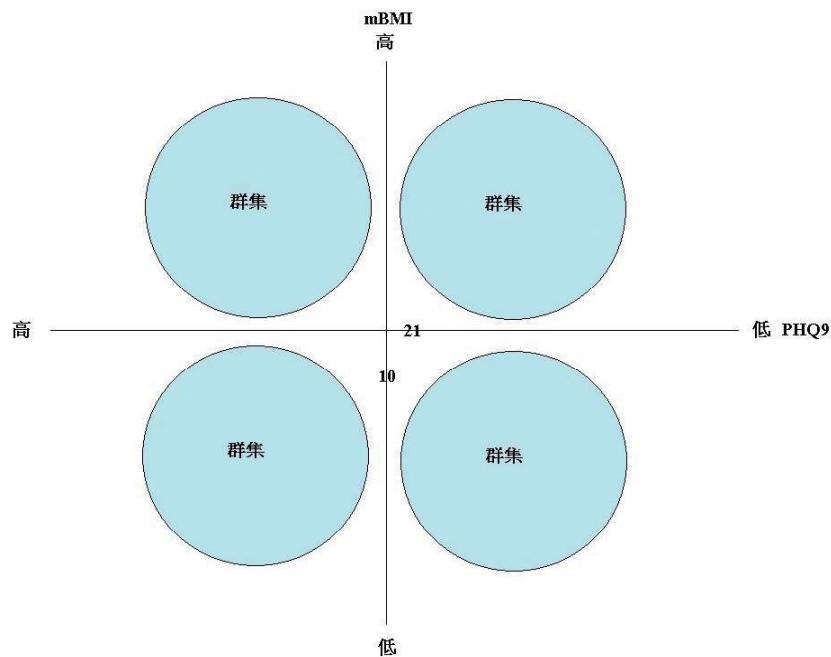
一、正負向心理健康指標之集群分析

為了對各類型正負向心理健康型態有更清楚描繪，本研究以「心理健康BMI幸福感指標」問卷總分作為正向心理健康幸福感篩檢指標之最適切分點為21分，以病人健康狀況憂鬱問卷 (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) 作為負向心理疾病憂鬱症狀篩檢指標之最適切分點為10分；模擬Keyes完整心理健康型態的正負向心理健康指標，進行739筆研究樣本資料之集群分析。預期有四個群集：高幸福高憂鬱 (mBMI ≥ 21、PHQ-9 ≥ 10)、低幸福低憂鬱 (mBMI < 21、PHQ-9 < 10)、高幸福低憂鬱

($mBMI \geq 21$ 、 $PHQ-9 < 10$)、低幸福高憂鬱 ($mBMI < 21$ 、 $PHQ-9 \geq 10$)，如圖1所示。

圖1

以正向心理健康BMI與負向心理憂鬱PHQ-9模擬完整心理健康模式



二、研究樣本

經新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院人體試驗委員會核准 (IRB 編號為 20170403R)，本研究以立意取樣方式，發出 873 份問卷，共收回 739 份有效問卷，其中四家職場員工 232 份、四個社區據點民眾 277 份、機構 (一家長照機構住民、一家醫院肌無力門診病友、與一家精神科門診病友) 問卷 230 份，設定的參與者條件如下：

- (1) 年齡 20 歲以上，能以文字或國、台語溝通之一般民眾。
- (2) 瞭解研究目的以後，同意參與本研究。
- (3) 無精神疾病且意識清楚能表達者。

三、研究工具

(一) 正向「心理健康BMI幸福感指標」問卷

李玉嬋(2016)編製mBMI問卷,係比照身體質量指數BMI英文字母,設計心理BMI三項構念各編製一個題項,測量befriend人際支持親密感(我能友善結交至少一位至親好友互相支持親密陪伴程度有幾分(0-10分)?)、mindfulness情緒平穩掌握感(我能掌握自己內心想法和心情並維持情緒平穩安心程度有幾分(0-10分)?)、identity自我價值意義感(我能認同自己的價值和自己生命有意義的幸福心盛程度有幾分(0-10分)?);總分30分,自評分數越高,代表正向心理健康的整體幸福感、各分量表的正向幸福程度也越高。

本問卷分析739位樣本的總分及每題分量表得分,均有不錯的內部一致性,Cronbach's α 值分別為.78、.85至.95之間。且有不錯的效標關聯效度及預測力,在分量表B與社會支持量表(陳彰惠等人,1999)、M與病人健康狀況憂鬱問卷(PHQ-9)(Liu et al., 2011)、I與中國人幸福感量表(Lu, 2006);mBMI總分、B、M、I三個分量表,與14題的短版心理健康連續量表(MHC-SF)(Keyes, 2009)的社會幸福感、情緒幸福感、心理幸福感三個分量表有顯著相關,預測力的總解釋量達30.3%。

本問卷可有效測量正向幸福感,且搭配病人健康狀況憂鬱問卷(PHQ-9)同時使用,其判別中重度以上憂鬱傾向(PHQ-9 \geq 10)的最適切分點為20.5分,故mBMI總分 \geq 21分代表可預測有良好正向心理健康、低憂鬱傾向,mBMI總分 $<$ 21分代表可預測正向心理健康低落、中高憂鬱傾向。且在一級假設下驗證性因素分析(CFA)為飽和模型,組合信度(CR)為.80,聚合效度之平均變異抽取量(AVE)為.56,是具可接受性與判別力的簡易測量工具(劉士銘,2020)。

(二) 病人健康狀況憂鬱問卷

病人健康狀況憂鬱問卷(PHQ)設計是以精神疾病診斷與統計手冊第四版(The diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV, DSM-IV)的重鬱症診斷準則為基礎,主要在瞭解受訪者在過去兩週出現病徵的頻率,共計九個題項。總分數越高,代表憂慮程度越嚴重。此量表有良好信度Cronbach's α 為.86-.89、重測信度.84。依據PHQ-9分數可分類為五種憂鬱程度,分為很少(minimal)1-4分、輕度(mild)5-9分、中度(moderate)10-14分、中重度(moderately severe)15-19分與非常嚴重(severe)20-27分。憂鬱程度愈高,罹患重鬱症的預測值(predictive value)及可能性(likelihood ratio)皆愈高。

本研究採用Liu等人（2011）的中文版本，向1,954位病人施測所得之研究結果指出，病人健康憂鬱問卷（PHQ-9）內部一致性Cronbach's α 為.80，再測信度為.87。在效度測試中，全量表因素分析為單因子結構，特徵值3.78、可解釋總變異量為42%，並與漢氏憂鬱量表（Hamilton Rating Scale for Depression, HAMD-17）達中度正相關（ $r = .68, p < .001$ ）、與生活品質量表（Q-LES-Q）達中度負相關（ $r = -.49, p < .001$ ），有很好的關聯效度，且當PHQ-9 ≥ 10 分，對DSM-IV重鬱症診斷有.86的敏感度與.94的特異性。

（三）短版心理健康連續量表

Keyes發展的短版心理健康連續量表（MHC-SF）主要在測量受訪者在每項心理健康表徵上所出現的頻率，為心理健康提供明確的評估與分類標準。原始的長版量表共計有40題，分別屬於情緒、心理及社會等三種幸福感向度；短版縮減為14題，屬於情緒、心理及社會等三種幸福感向度各為三、六、五個題項，與長版量表間的相關 $> .80$ （Keyes, 2009）。每個向度加總的分數越高，代表該向度的幸福感程度越高；總量表分數越高，則表示整體幸福感與心理健康的程度越高。短版心理健康連續量表在美國、南非、阿根廷與荷蘭等國的研究都證實具有很好的信效度（Lamers et al., 2012），在西班牙語的使用評估上也有很好的關聯效度（Piqueras et al., 2022），短版心理健康連續量表與幸福感指標（indicators of well-being）有正相關（ $r > .60, p < .001$ ），與心理困擾指標（indicators of psychological distress）有負相關（ $r > -.21, p < .001$ ）。Keyes等人（2008）向1,050名（37.6%為男性、62.3%為女性）南非成年人施測短版心理健康連續量表（MHC-SF）的研究結果，顯示MHC-SF的內部一致性Cronbach's α 為.74。

四、資料分析

本研究採用SPSS 22統計軟體進行「群集分析」（cluster analysis），目的是將所收集的資料（個體）分群，依據受測個體間的相似性，將樣本分成幾群沒有交集的群組，使群組內同質性高、群組間也擁有較高的異質性，突顯各群的獨特特徵或其意義。為減少離群值對分群結果的影響，本研究擬先以層次法分群，決定分群結果後，再以非層次法調整分群；即先運用層次群集法中的華德法（Ward's method）分群，以樹形圖分群步驟中距離呈現最大改變為分界點，當作決定群組個數的依據，並取其分群結果為初始分群，再以K均值法（K-means）重作分群，並以ANOVA檢視各群組是否有顯著差異（Subhash, 1996/2018）。

參、研究結果

一、樣本群之人口學與正／負向心理健康狀態分析

表2

樣本群之人口學變項統計資料 (N = 739)

人口學變項／類別	N	百分比	人口學變項／類別	N	百分比		
性別	男	305	41.27%	獨居	62	8.39%	
	女	434	58.73%	居住 與家人同住	583	78.89%	
全體 (Mean ± SD)	52.35 ± 17.45		型態 安養中心	41	5.55%		
			其它	52	7.04%		
年齡	20-44歲／青壯年	266	35.99%	參加 有參加	317	42.90%	
	45-64歲／中年	264	35.72%	社團 未參加	422	57.10%	
	65歲以上／老年	197	26.66%	就業 全職	334	45.20%	
教育程度	國初中以下	150	20.30%	就業 半職	48	6.50%	
	高中職	193	26.12%		留職停薪	2	0.27%
	大專以上	396	53.59%		退休	186	25.17%
婚姻狀況	未婚	268	36.27%	月收 無	209	28.28%	
	已婚	391	52.91%		每月三萬以下	214	28.96%
	離婚或喪偶	78	10.55%		每月三萬以上	295	39.92%

739位研究參與者資料表2顯示，男性305人（41.27%）、女性434人（58.73%），20-44歲青壯年（266人，35.99%）與45-64歲中年（264人，35.72%）人數相當，65歲以上占26.66%。過半數的人是大專以上教育程度396人（53.59%）、已婚（391人，52.91%）、未參加任何社團（422人，57.10%）；近八成264人與家人同住（78.89%）。雖然近半數的334人全職就業中（45.20%），但超過三萬元月收入者只有295人（39.92%）。全體樣本在正負向指標問卷總分、分量表上的平均數、標準差、依切分點篩檢的正負向心理健康比例，及信度檢驗結果，請見表3，分述如下：

表3

正負向指標問卷的平均數、標準差、切分點篩檢及信度檢驗 ($N = 739$)

量表	題數	平均數	標準差	信度	切分點	比例
B	1	7.28	2.53	-	> 7	59.4%
M	1	7.39	2.06	-	> 7	57.4%
I	1	7.56	2.19	-	> 7	62.9%
mBMI 幸福心指標	3	22.24	5.68	0.78	≥ 21	70.0%
病人健康狀況問卷	9	5.41	4.74	0.86	≥ 10	17.2%
短版心理健康連續量表	14	42.06	13.73	0.94	-	-

(一) 正向心理健康指標的分析結果

(1) mBMI總分：全體平均22.24，標準差5.68，分數 ≥ 21分有良好正向心理健康幸福感者占70%；且有良好內部一致性 (Cronbach's $\alpha = .78$)。

(2) B：全體平均7.28，標準差2.53，高於7分有良好人際支持親密感者占59.4%。

(3) M：全體平均7.39，標準差2.06，高於7分有良好情緒平穩感者占57.4%。

(4) I：全體平均7.56，標準差2.188，高於7分有良好自我價值意義感者占62.9%。

(5) 短版心理健康連續量表得分：全體平均42.06，標準差13.73；具有良好內部一致性 (Cronbach's $\alpha = .94$)。

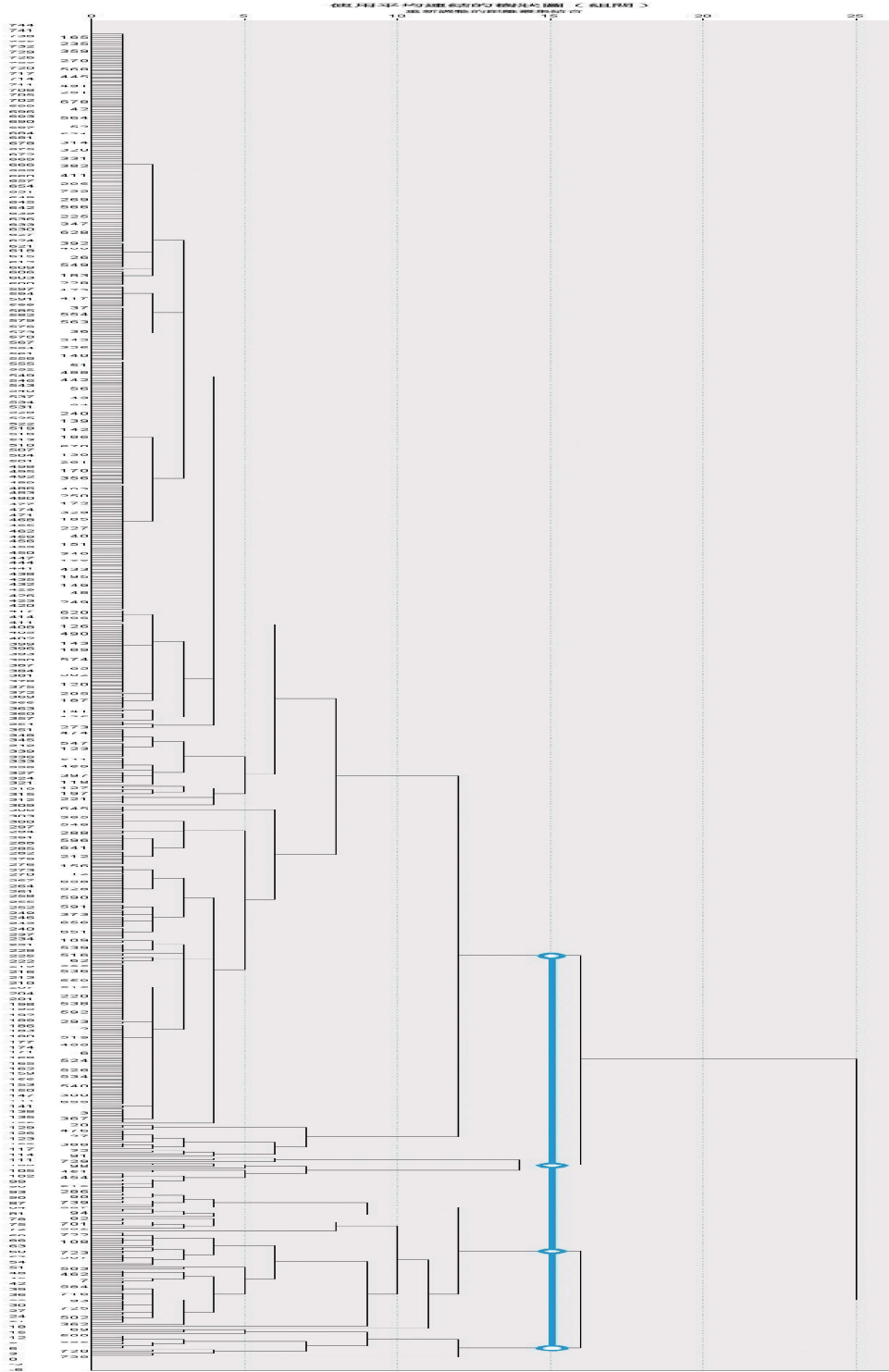
(二) 負向心理健康指標的分析結果

病人健康狀況憂鬱PHQ-9問卷總分：全體平均數5.41、標準差4.74，屬於輕微憂鬱程度；分數 ≥ 10分有中重度憂鬱傾向者占17.2%；問卷具有良好內部一致性 (Cronbach's $\alpha = .86$)。

二、正負向心理健康指標之群集分析

本研究將「心理健康BMI幸福感指標」三構面：B（人際支持親密感）、M（情緒平穩掌握感）、I（自我價值意義感）與「病人健康狀況憂鬱問卷（PHQ-9）」兩項問卷共四個分數，進行四維度的層次群集法（華德法）群集分析，根據圖2樹狀圖結果，發現群集數為四的距離驟增，表示各群集中的同質性已最大，應終止繼續執行

圖2
華德法群集分析樹狀圖



群集。因此，以mBMI問卷中B、M、I三構面與PHQ-9所架構完整心理健康模式，最佳群集數目為四群集。為求最佳群集分布，再將B、M、I與PHQ-9四個分數，以四群集為初始分群，進行四維度四群的非層次集群法之K均值法（K-means）重作分群，並以ANOVA檢定分群，結果顯示於表4的最終群集中心之分群結果為四個群集，皆達顯著差異水準。

表4
K均值法進行分群檢定

維度	群集一	群集二	群集三	群集四	F 值
B	6	8	9	4	137.224 ^{***}
M	7	8	8	4	162.082 ^{***}
I	7	9	8	4	183.644 ^{***}
PHQ-9	5	2	12	13	745.844 ^{***}
群集個數	236	342	82	79	

註： $\alpha = .05$; ^{***} $p < .001$ 。

各群集個數、平均數、標準差見表5，佐以正負向指標量表切分數可發現四群集的不同狀態：

(1) 群集二人數最多（342人，46.28%），呈現Keyes（2013）所謂高度正向心理健康幸福感又無負向憂鬱情緒的「心盛型」完整心理健康狀態：其平均數與標準差顯示最高且大於7分的良好M（情緒平穩掌握感）、良好I（自我價值意義感）、次高且大於7分的B（人際支持親密感），整體mBMI總分25（ ≥ 21 ）代表有良好正向心理健康幸福感；也有PHQ-9最低2分（ < 4 ）無憂鬱狀態，處於「快樂無憂」的一群人。

(2) 群集一人數次多（236人，31.94%），呈現Keyes（2013）所謂正向心理健康幸福感略低且有輕微憂鬱的「冷靜（幽谷）型」不完整心理健康狀態：其PHQ-9平均數為次低且是5分，有輕微憂鬱傾向；其中B（人際支持親密感）6分略低（ < 7 ），但有良好的M（情緒平穩掌握感）和I（自我價值意義感）（ > 7 ），mBMI總分20、未達21分，處於「少苦少樂」心理亞健康狀態的一群人。

表5
各群集的正負向心理健康得分之描述性統計

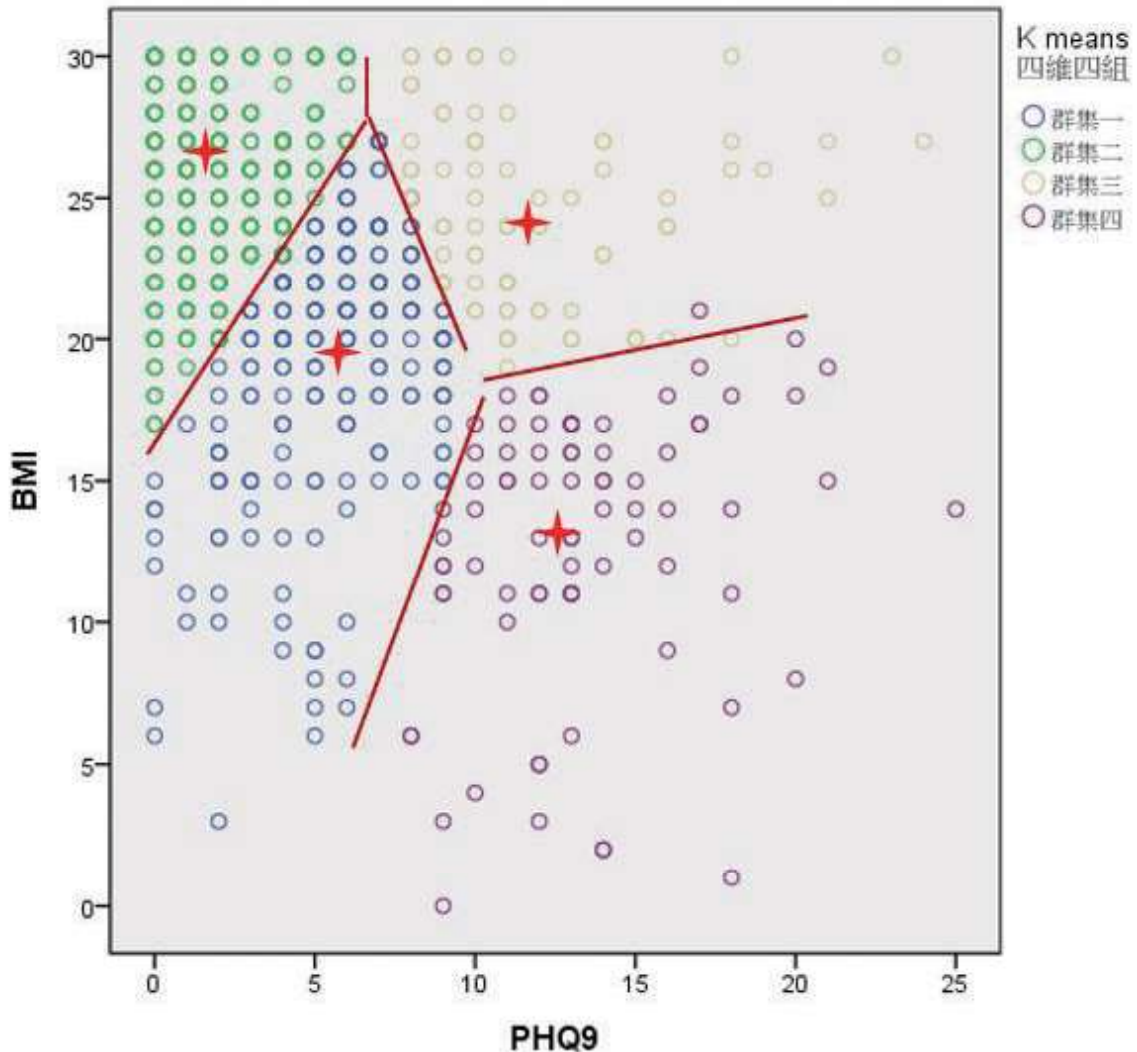
四維度／四群集		群集一 冷靜／幽谷型	群集二 心盛型	群集三 奮戰型	群集四 混亂／混沌型	總計
B	平均數	6.16	8.45	8.66	4.16	7.28
	標準偏差	2.65	1.50	1.28	2.46	2.53
M	平均數	6.64	8.49	7.78	4.43	7.39
	標準偏差	1.87	1.19	1.75	2.08	2.06
I	平均數	6.76	8.72	8.27	4.25	7.56
	標準偏差	1.91	1.23	1.52	2.43	2.19
PHQ-9	平均數	5.44	1.99	11.84	13.43	5.41
	標準偏差	2.14	1.71	3.67	3.45	4.74
	N (%)	236 (31.94%)	342 (46.28%)	82 (11.10%)	79 (10.69%)	739

(3) 群集三人數為次少(82人, 11.10%), 呈現Keyes (2013) 所謂高正向幸福感與高憂鬱情緒同時並存的「奮戰型」不完整心理健康狀態: 其擁有最高9分的B(人際支持親密感)、次高8分的M(情緒平穩掌握感)和I(自我價值意義感), mBMI總分高達25分代表擁有高度正向心理健康幸福感, 同時PHQ-9次高12分也有著中重度憂鬱傾向(≥ 10), 處於能「苦中作樂」的一群。

(4) 群集四人數最少(79人, 10.69%), 呈現Keyes (2013) 所謂低幸福高憂鬱的「混沌(混亂)型」完全心理不健康狀態: 其B、M、I均處於最低分4分(< 7)且mBMI總分12分(< 21)的低幸福感, 也有著PHQ-9最高平均得分13分的中重度憂鬱傾向(≥ 10), 處於「受苦難樂」的心理健康高風險族群。

接著以「心理健康BMI幸福感指標」三構面總分為縱軸、「病人健康狀況憂鬱問卷(PHQ-9)」為橫軸, 繪製四維度四群集的群集分析結果在二維平面上所呈現的分布如圖3。

圖3
四維度四群集之二維平面群集分布圖



註：圖中紅星為各群集之平均值。

三、各群人口變項與正負向心理健康指標之分析比較

進一步分析本研究四群集各自在正向心理健康BMI幸福感指標問卷的群集重心與高低幸福憂鬱狀態（見表6），可發現擁有超過切分點21分高幸福的群集二「心盛型」（25.66）與群集三「奮戰型」（24.71），低於21分的低幸福群集一「冷靜型」（19.56）與群集四「混沌型」（12.85）。在病人健康狀況憂鬱問卷（PHQ-9）高於切分點10分而有中重度憂鬱傾向的有群集三「奮戰型」（11.84）與群集四「混沌

型」(13.43)，低憂鬱群則是群集一「冷靜型」(5.44)與群集二「心盛型」(1.99)。

表6
四群集在正負向心理健康指標的群集中心分數狀態

群集	群集重心	狀態
群集一 冷靜型	PHQ-9 5.44 mBMI 19.56	低憂鬱 低幸福
群集二 心盛型	PHQ-9 1.99 mBMI 25.66	低憂鬱 高幸福
群集三 奮戰型	PHQ-9 11.84 mBMI 24.71	高憂鬱 高幸福
群集四 混沌型	PHQ-9 13.43 mBMI 12.85	高憂鬱 低幸福

人口學變項卡方檢測顯示，四群集僅性別沒有差異，其餘在教育程度、婚姻、居住型態、就業、收入等都有顯著差異，詳見表7。

彙整各群特徵如表8，四群人都是大專以上教育程度、與家人同住，各群差異呈現在年齡分組，群集一冷靜型與群集三奮戰型的青壯年居多；群集二心盛型與群集四混沌型的中年人最多。群集四混沌型有最多的人未婚近六成、近半數無業/無收入、七成未參加社團，縱使有大專以上教育程度或與家人同住，相對缺乏婚姻、工作、收入、社團支持等保護因子，是四群人中最高憂鬱又最低幸福感者。

再將所有量表做MANOVA多變量檢定，四個檢定統計量 F 值均有 P 值 $< .001$ ，表示四維四群的均值有顯著差異，其效果大小與檢定力請見表9。

確定量表分群達顯著後，接著進行單變量的顯著性檢定，所有量表有顯著差異水準，其效果大小與檢定力請見表10。

接著將四群中達顯著差異的量表以Scheffe法進行事後比較，探索各群間各量表的差異狀況，表11的事後比較結果，顯示B、I與mBMI總分中各群排序皆為 $2 = 3 > 1 > 4$ ，僅M的排序為 $2 > 3 > 1 > 4$ ；另外各群排序為 $2 > 3 = 1 > 4$ 的短版心理健康連續量表總分；最後PHQ-9總分各群排序為 $4 > 3 > 1 > 2$ 。

表7
人口學變項統計與卡方檢測表

人口變項	群集一 冷靜型	%	群集二 心盛型	%	群集三 奮戰型	%	群集四 混沌型	%	Chi-Squared	
性別	男	97	41.10%	144	42.11%	30	36.59%	34	43.04%	0.814
	女	139	58.90%	198	57.89%	52	63.41%	45	56.96%	
年齡 分組	20~44歲	89	37.71%	109	31.87%	37	45.12%	31	39.24%	0.019*
	45~64歲	84	35.59%	119	34.80%	27	32.93%	34	43.04%	
	65歲以上	61	25.85%	108	31.58%	18	21.95%	10	12.66%	
教育 程度	國初中以下	48	20.34%	63	18.42%	16	19.51%	23	29.11%	0.034*
	高中(職)	58	24.58%	81	23.68%	29	35.37%	25	31.65%	
	大專以上	130	55.08%	198	57.89%	37	45.12%	31	39.24%	
婚姻 狀況	未婚	91	38.56%	96	28.07%	34	41.46%	47	59.49%	0.000***
	已婚	113	47.88%	222	64.91%	37	45.12%	19	24.05%	
	離婚或鰥寡	32	13.56%	23	6.73%	10	12.20%	13	16.46%	
居住 型態	獨居	24	10.17%	26	7.60%	6	7.32%	6	7.59%	0.001**
	與家人同住	180	76.27%	284	83.04%	65	79.27%	54	68.35%	
	安養中心 其他	15 17	6.36% 7.20%	20 12	5.85% 3.51%	2 8	2.44% 9.76%	4 15	5.06% 18.99%	
社團	有參加	90	38.14%	160	46.78%	44	53.66%	23	29.11%	0.003**
	無參加	146	61.86%	182	53.22%	38	46.34%	56	70.89%	
目前 就業 狀況	全職	109	46.19%	163	47.66%	38	46.34%	24	30.38%	0.000***
	半職	19	8.05%	14	4.09%	7	8.54%	8	10.13%	
	留職停薪	1	0.42%	1	0.29%	0	0.00%	0	0.00%	
	退休	61	25.85%	99	28.95%	15	18.29%	11	13.92%	
	無業	46	19.49%	65	19.01%	22	26.83%	36	45.57%	
每月 收入	無	61	25.85%	88	25.73%	27	32.93%	33	41.77%	0.014*
	三萬(含) 以下	79	33.47%	89	26.02%	22	26.83%	24	30.38%	
	三萬以上	90	38.14%	154	45.03%	30	36.59%	21	26.58%	
總計	236	100.00%	342	100.00%	82	100.00%	79	100.00%		

註：α = .05; * p < .05; ** p < .01; *** p < .001。

表8
各群人口學特徵的異同

原始群集	人口學特徵
群集一 (冷靜型)	青壯年、大專以上學歷、已婚、與家人同住、未參加社團、全職、月收三萬以上
群集二 (心盛型)	中年、大專以上學歷、已婚、與家人同住、未參加社團、全職、月收三萬以上
群集三 (奮戰型)	青壯年、大專以上學歷、已婚、與家人同住、有參加社團、全職、月收三萬以上
群集四 (混沌型)	中年、大專以上學歷、未婚、與家人同住、未參加社團、無業、無收入

表9
多變量顯著性檢定

	效果	<i>F</i>	偏ETA平方	檢定力
四維四群	Pillai's 追蹤	38.68 ^{***}	0.382	1.000
	Wilks' Lambda (λ)	61.994 ^{***}	0.496	1.000
	Hotelling's 追蹤	97.948 ^{***}	0.611	1.000
	Roy's 最大根	265.106 ^{***}	0.809	1.000

註： $\alpha = .05$; ^{***} $p < .001$ 。

表10
單變量顯著性檢定

量表	<i>F</i>	偏ETA平方	檢定力
B	81.69 ^{***}	.28	1.000
M	122.52 ^{***}	.37	1.000
I	140.79 ^{***}	.40	1.000
心理健康BMI總分	207.46 ^{***}	.50	1.000
短版心理健康連續量表總分	71.440 ^{***}	.25	1.000
PHQ-9總分	617.749 ^{***}	.75	1.000

註： $\alpha = .05$; ^{***} $p < .001$ 。

表11
各群集正負向指標量表之事後比較 (Scheffe法)

量表	B				BMI總分			
群集	群集一	群集二	群集三	群集四	群集一	群集二	群集三	群集四
平均數	6.36	8.45	8.66	5.13	19.56	25.66	24.71	12.85
標準偏差	2.481	1.491	1.250	2.363	4.538	2.899	3.175	3.401
多重比較	2 = 3 > 1 > 4				2 = 3 > 1 > 4			
量表	M				PHQ-9總分			
群集	群集一	群集二	群集三	群集四	群集一	群集二	群集三	群集四
平均數	6.63	8.46	7.80	4.74	5.44	1.99	11.84	13.43
標準偏差	1.782	1.169	1.621	1.625	2.167	1.685	3.793	3.410
多重比較	2 > 3 > 1 > 4				4 > 3 > 1 > 2			
量表	I				短版心理健康連續量表總分			
群集	群集一	群集二	群集三	群集四	群集一	群集二	群集三	群集四
平均數	6.76	8.67	8.20	4.37	38.05	48.29	40.34	25.15
標準偏差	1.862	1.227	1.470	1.959	12.620	10.655	13.000	10.551
多重比較	2 = 3 > 1 > 4				2 > 3 = 1 > 4			

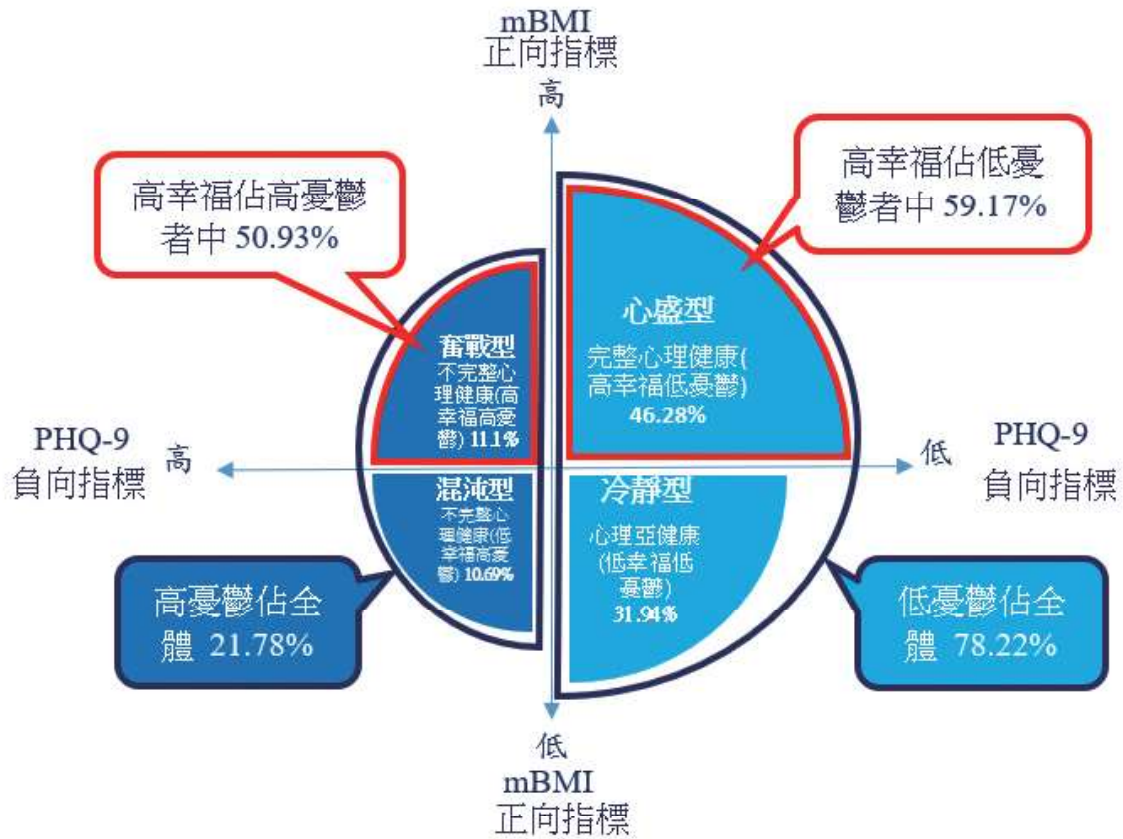
註：1群集一冷靜型、2群集二心盛型、3群集三奮戰型、4群集四混沌型。

肆、討論與建議

一、已驗證正負向心理健康指標可區分四群集之完整心理健康型態

圖4資料顯示，低憂鬱的冷靜型與心盛型佔整體達78.22%，超過整體四分之三；高憂鬱的奮戰型與混沌型佔整體21.78%，將近四分之一。這樣比例與中央健保局2019年統計臺灣人精神疾病盛行率23.8%相近；也與Keyes (2013) 調查美國成人的完整心理健康模式中，有無心理疾病症狀分類比例是一樣的。然而本研究低憂鬱者高幸福的心盛型近乎六成 (59.17%)，高憂鬱者高幸福的奮戰型比例有五成 (50.93%)，顯示不管高低憂鬱狀態如何，五至六成比例的人仍能擁有高幸福的正向心理健康狀態。呼應Keyes與Matrin (2017) 有必要採取正負向雙指標組合檢視一個人的完整心理健康型態，強調超越心理疾病負向指標，也評估幸福優勢發揮正向能力與功能。

圖4
正負向心理健康指標篩檢是否完整之心理健康型態四群集比例



採取正向心理健康幸福感與負向心理疾病憂鬱症狀兩種指標，區分出不同四個群集的積極意義，在評估個體是否處於完整「心盛型」心理健康狀態同時擁有高度正向心理健康幸福感與負向心理疾病憂鬱症狀，呼應Keyes（2013）架構的完整心理健康模式。本研究也證實另外三群處於不完整心理健康狀態者，不管高憂鬱或低憂鬱狀態下，仍然可能保有高幸福心理狀態；等於鼓勵心理疾病憂鬱症者，除了向外尋求精神醫療與心理健康專家提供診斷與治療以控制憂鬱等心理疾病之外，個體自己提升正向心理健康幸福感BMI，包括社會、情緒、心理三種幸福感，作為與負向心理疾病憂鬱症狀奮戰的利器（葉建宏等人，2022）。

本研究也驗證了正向心理健康幸福感（心理健康BMI幸福感指標問卷，mBMI）與負向心理疾病憂鬱症狀（病人健康狀況憂鬱問卷，PHQ-9），可作為完整心理健康模型之正負向指標，確實可區分出有不同意義組合之完整心理健康模型的四個群集。

各群集分布情形與特徵分述如下：

（一）群集二「心盛型」：完整心理健康型態

群集二為四群中狀態最佳者，擁有高幸福（ $mBMI = 25.66$ ）、低憂鬱（ $PHQ-9 = 1.99$ ），也是人數最多的一群（342人，佔46.28%），符合Keyes定義的「心盛型」完整心理健康（flourishing type），同時有強烈的幸福感及沒有心理疾病狀態。這群人多數為中年、大專以上學歷、已婚、與家人同住、未參加社團、全職、月收三萬以上，符合一般大眾社會期待。在 $mBMI$ 、 B 、 I 量表平均分數顯示其與群集三「奮戰型」的幸福感一樣，都高於群集一「冷靜型」與群集四「混沌型」；且在 M 、短版心理健康連續量表的幸福感平均分數都是最高的，且憂鬱傾向的 $PHQ-9$ 平均分數也是四群中最低。對照Das等人（2020）回顧相關實證文獻，發現主觀幸福感的決定因素，相同在於：（1）有工作且全職收入（三萬以上）可以緩衝負面情緒的影響（ M ）；（2）與家人同住的居住型態、已婚的社會支持人際親密感（ B ），與社會、情緒、心理幸福感（ $mBMI$ ）高相關。

另外，心盛型比其他群有更顯著的幸福感在於mindfulness（正念情緒平穩掌握感）、短版心理健康連續量表；似乎特別能正念安心看待當下每一個意念流轉來掌握情緒平穩度，等於對自己的想法與心情能有控制感，能有效調節身心狀態以維持情緒的平穩與安心（Kabat-Zinn, 1990/2013）。有錢似乎可以促進情緒幸福感，但不是花錢在物質形式上，而是花錢在他人身上，例如用心促進與他人正向關係、掌握環境與增加自主性，更能提升心理幸福感（Keyes & Martin, 2017）。也可重點放在促進擁有正向情緒、生活滿意度、身心平穩、休閒活動等臺灣人情緒幸福感來源（蘇雅靜，2016）。因此，鼓勵完成大專以上教育程度、結婚、與家人同住、全職工作有三萬以上收入，以此爭取更多條件促進高度幸福感、低度憂鬱的完整心理健康型態，快樂無憂。

表12

完整心理健康型態「心盛型」之特徵

群集二	心盛型	$N = 342$ (46.28%)	有強烈幸福感、無心理疾病狀態
群集中心	PHQ-9:	1.99 (低憂鬱)	mBMI: 25.66 (高幸福)
人口學	中年、大專以上學歷、已婚、與家人同住、未參加社團、全職、月收三萬以上		
	$2 > 3, 1, 4$	M、短版心理健康連續量表	
正負向指標排序	$2 = 3 > 1, 4$	mBMI、B、I	
	$2 < 3, 1, 4$	PHQ-9	
建議	維持快樂無憂、圓滿心盛的完整心理健康型態		

註：1群集一冷靜型、2群集二心盛型、3群集三奮戰型、4群集四混沌型。

(二) 群集四「混沌型」：最不完整心理健康型態

四群中心理健康狀態最差、最不完整者。低幸福 (mBMI = 12.85)、高憂鬱 (PHQ-9 = 13.43)，人數最少的一群 (79人，佔10.69%)。類似Keyes (2013) 定義的「混沌 (錯亂) 型」不完整心理健康型態，有心理疾病但欠缺社會、情緒、心理幸福感。這群人多數雖與心盛型的一樣多有大專以上學歷、中年、與家人同住、無參加社團；不一樣的是未婚、無業、無收入者，不符合社會期待能獨立自主或貢獻社會的一群人，在四群中憂鬱傾向最高 (PHQ-9)、幸福感最低 (BMI、B、M、I、短版心理健康連續量表)。Keyes與Martin (2017) 對於最難提升的社會幸福感部分，建議增加社會福利支援、共享經濟體制，助其連結參與來促進其社會連結貢獻的可能性。或以三種幸福感對照分析如何透過三種幸福感改寫生命敘說以超越精神疾病造成的受創經驗 (周明芳，2021)。

細看「混沌型」的B、M、I幸福感分數雖低卻還有4分而非0分，推測與家人同住有助於獲得人際支持親密感。建議可透過心理健康資源協助其提升B、M、I三種幸福感從4分再增加到7分以上，或許能將「受苦難樂」的群集四「混沌型」，轉變成群集三「奮戰型」；有機會與同樣有中重度憂鬱傾向，卻仍能擁有高幸福感的「奮戰型」的人一樣，練習提升B、M、I三種幸福感的友善正念認同心理技能，學習與憂鬱幸福共好，從受苦難樂中學習苦中作樂的正向心理健康識能，創造高幸福感的可能性 (李玉嬋，2021)。

表13

不完整心理健康型態「混沌型」之特徵

群集四	混沌型	$N = 79$ (10.69%)	低度幸福感、中重度憂鬱
群集中心	PHQ-9:	13.43 (高憂鬱)	mBMI: 12.85 (低幸福)
人口學	中年、大專以上學歷、未婚、與家人同住、無參加社團、無業、無收入		
正負向指標排序	2,3,1 > 4	mBMI、B、M、I、短版心理健康連續量表	
	2,1,3 < 4	PHQ-9	
建議	運用心理健康資源提升B、M、I三種幸福感的友善 正念 認同心理技能，學習與憂鬱幸福共好，從受苦難樂中奮戰能苦中作樂的心態		

註：1群集一冷靜型、2群集二心盛型、3群集三奮戰型、4群集四混沌型。

(三) 群集三「奮戰型」：不完整心理健康型態

四群中最奇特一群人，高憂鬱 (PHQ-9 = 11.84)、高幸福 (mBMI = 24.71)，人數82人占全體11.10%、占高憂鬱群的半數50.89%。近似Keyes定義的「奮戰(掙扎)型」不完整心理健康，雖有心理疾病，卻能有高度的社會、心理、生活幸福感。Keyes (2013) 的研究發現美國成年人有精神疾病症狀者，致力追求幸福感的比例多於沒有精神疾病症狀者。這群人多為青壯年、大專以上學歷、已婚、與家人同住、有參加社團、全職、月收三萬以上，符合一般社會期待的幸福。與心盛型一樣擁有良好正向心理健康幸福感 (mBMI、B、I)，且高於群集一與四；只有M (情緒平穩掌握感) 低於心盛型、但仍高於群集一與四；但用短版心理健康連續量表只能看出其有低於心盛型、高於混沌型的幸福感。

表14
不完整心理健康「奮戰型」之特徵

群集三	奮戰型	$N = 82$ (11.10%)	高憂鬱也有高度社會、情緒、心理幸福感
群集中心	PHQ-9 :	11.84 (高憂鬱)	mBMI : 24.71 (高幸福)
人口學	青壯年、大專以上學歷、已婚、與家人同住、有參加社團、全職、月收三萬以上		
		$2 > 3 > 1,4$	M
正負向指標排序		$2 = 3 > 1,4$	mBMI、B、I
		$2 > 3 = 1 > 4$	短版心理健康連續量表
		$2,1 < 3 < 4$	PHQ-9
建議	以正向心理健康BMI幸福感指標的友善—正念—認同三種心理技能，尤其以正念掌握情緒平穩感，與高憂鬱奮戰，繼續創造「苦中作樂」否極泰來的幸福感。		

註：1群集一冷靜型、2群集二心盛型、3群集三奮戰型、4群集四混沌型。

奮戰型群集三的人有中重度憂鬱傾向 (PHQ-9 = 11.84)，雖然程度低於混沌型群集四的人，卻能奮戰出高度幸福感 (mBMI = 24.71)，且同時能以友善 (Befriend) 8.66分、正念 (Mindfulness) 7.78分、認同 (Identity) 8.27分等三種心理技能去創造幸福感。推測這是感受性較高的一群人，儘管已有符合社會期待的年輕人生活型態，仍願意積極奮戰憂鬱等心理疾病症狀干擾，擁有高幸福感受。奮戰型的人雖因憂鬱而處於不完整的心理健康狀態，卻仍能奮戰地感受幸福。如同鍾孟燕 (2018)、崔鴻義 (2020) 針對肌無力症與精神疾病患者的幸福感與憂鬱傾向調查發現，身心疾病高壓經驗縱使容易造成憂鬱情緒，但與慢性疾病共處的逆境也可能展現創傷後正向成長，包括更珍惜人際關係與愛 (B)、更懂得照顧自我 (M)、重新審視自我與生活排序、再一次找回人生意義與目標重建自我認同與生命價值意義 (I) (李玉嬋，2008)。故建議高憂鬱的人更需要以正向心理健康BMI幸福感指標，練習奮戰逆境、轉化病症受苦經驗的友善 正念 認同三種心理健康技能，「苦中作樂」創造否極泰來的幸福感狀態。另外可如同心盛型的人，學習更高程度的正念 (M) 心理技能，以掌握情緒平穩的幸福感 (Kabat-Zinn, 1990/2013)。

(四) 群集一「冷靜型」：不完整心理亞健康狀態

四群中最一般般的「冷靜型」，低幸福（mBMI = 19.56）、低憂鬱（PHQ-9 = 5.44），人數次多236人，佔31.94%。這群人多為青壯年、大專以上學歷、已婚、與家人同住、未參加社團、全職、月收三萬以上，看似符合一般社會期待的幸福生活，卻呈現不太有正負向感受的「少樂少苦」心理亞健康狀態，類似Keyes定義「冷靜（幽谷）型」不完整心理亞健康型態，雖沒有心理疾病症狀卻也沒有社會、情緒、心理幸福感。是最容易因疾病觀點而被忽略其潛在心理問題的一群，或可稱為於心理亞健康的衰弱無感族群，亟待給予自組管理心理健康識能（李玉嬋、郭芳靈，2020）

表15
不完整心理亞健康「冷靜型」之特徵

群集一	冷靜型	N = 236 (31.94%)	低憂鬱症狀也低社會、情緒、心理幸福感
群集中心	PHQ-9:	5.44 (低憂鬱)	mBMI: 19.56 (低幸福)
人口學	青壯年、大專以上學歷、已婚、與家人同住、未參加社團、全職、月收三萬以上		
	2,3 > 1 > 4	mBMI、B、M、I	
正負向指標排序	2 > 3 = 1 > 4 短版心理健康連續量表		
	2 < 1 < 3,4	PHQ-9	
建議	持續檢視並強化正向心理健康B、M、I幸福感之養心訓練		

註：1群集一冷靜型、2群集二心盛型、3群集三奮戰型、4群集四混沌型。

這群人在mBMI（19.56）、B（6.16）、M（6.64）、I（6.76）、短版心理健康連續量表的幸福感分數只比混沌型高，雖然mBMI（19.56）頗接近21分的良好幸福感程度，但還是比高憂鬱奮戰型的幸福感低，憂鬱分數卻也高於心盛型。看似有點快樂又有點憂鬱的「冷靜型」，B、M、I都 < 7分，可能顯示其還可以學習掌握友善人際支持、正念情緒平穩、認同自我價值意義的心理技能，以改善心理亞健康狀態。建議集中強化正向心理健康BMI幸福感，持續檢視並強化B、M、I幸福感的養心訓練（李玉嬋，2018）。

二、不同型態心理健康狀態之比較

再依據正負向指標組合出四群集不同型態完整心理健康模式之人口學變項比較表7、各群特徵異同表8、各群的正負向指標問卷得分比較表11，所呈現的差異性或共通性比較如下：

(一) 「心盛型」(高幸福低憂鬱)與「混沌型」(低幸福高憂鬱)不一樣的婚姻和工作收入保護因子

心理健康狀態差異最大的兩群人，雖然同樣多是中年人、大專以上學歷、與家人同住且無參加社團，卻有顯著差異在於「心盛型」的人多數是已婚、全職且月收三萬以上，混沌型則多未婚、無業且無收入。似乎已婚、全職工作與月收三萬以上，有助於提高正向心理健康幸福感與降低負向憂鬱等心理疾病。也呼應臺灣自殺的危險因子與失業、離婚率高相關(Fu et al., 2013)。從心理健康BMI三幸福元素來分析，已婚者有家人能提供人際支持親密感(B)，全職工作與月收三萬以上則反應個人努力的成果有助於提升自我價值意義感(I)，二者可能也有助於情緒平穩掌握感而能緩解壓力憂鬱；若面臨失業或失婚逆境，需學習因應壓力技巧、優勢與心理韌性等正向心理學知能以協助復原(Slade et al., 2017)。

(二) 「冷靜型」(低幸福低憂鬱)比「心盛型」(高幸福低憂鬱)多青壯年需要幸福學

以憂鬱量表篩檢都是低憂鬱的兩群人，多是已婚、大專學歷、與家人同住、全職、月收三萬以上且無參加社團，雖符合一般社會所期待的幸福生活條件，兩群人卻擁有不同的高低幸福感，「心盛型」較多中年人的幸福感高、「冷靜型」較多青壯年人的幸福感低。兩群人年齡上的顯著差異，似乎透露不憂鬱並不一定能幸福的關鍵。誠如心理學研究的智能發展，情緒智商(EQ)成長曲線是隨著年齡而增長(張春興, 2013)，說明中年以上熟齡人口較多高幸福低憂鬱的心盛型；青壯年人可以跳脫歲月累積智慧的成長路徑，有意識地學習提高B、M、I正向幸福感的心理技能。此外，與年齡相關的社會經濟環境狀況限制或損失，個人持續發展、家庭責任變化等因素與挑戰，也是幸福感的決定因素(Das et al., 2020)，值得進一步探討。

(三) 「心盛型」(高幸福低憂鬱)與「奮戰型」(高幸福高憂鬱)都參與社團

高幸福感的兩群人，也都有一般社會期待的幸福生活條件，多為已婚、大專學歷、與家人同住、全職工作與月收三萬以上；主要差異在於同時有高憂鬱傾向的「奮

戰型」，較多青壯年人，但藉由參與社團似乎也助於擁有相當於「心盛型」的高幸福感，使其與心理疾病憂鬱症狀共存下仍保有正向心理健康幸福感。參加社團隸屬於一個群體的社會連結，可能獲得歸屬性支持、實質性支持、評價性支持、自尊性支持等四種社會支持（陳彰惠等人，1994；Cohen et al., 1985），有助於增加人際支持親密感（B）、減少孤獨與穩定情緒平穩感（M）、認同社團共同目標而提升自我價值意義感（I）。可鼓勵憂鬱症心理疾病患者積極參加社團，甚至是宗教社團（Das et al., 2020），作為提高正向心理健康幸福感的重要保護策略。

除此之外，心盛型的人對於情緒平穩掌握感（M）的分數顯著高於奮戰型。此向度可預測短版心理健康量表的情緒幸福感，所以處於高憂鬱高幸福的奮戰型，還可嘗試正向情緒擴展，促進開朗、對生活感興趣、精神振奮、開心、平靜與和平、充滿活力（Keyes, 2013）。

（四）「冷靜型」（低幸福低憂鬱）比「奮戰型」（高幸福高憂鬱）少參與社團

相似背景卻處在極端不同心理健康狀態的兩群人，同樣多是青壯年、已婚、大專學歷、與家人同住、全職、月收三萬以上，符合一般社會期待的幸福條件者；唯一生活背景差異在於，低憂鬱低幸福感的冷靜型沒有參與社團，高憂鬱高幸福感的奮戰型則有參加社團，再次顯示有參與社團對於正向心理健康幸福感的助益性，且奮戰型的mBMI、B、M、I幸福感都高於冷靜型。誠如Keyes（2003）主張的社會幸福感，可透過社會參與而感受到與社會的連結、認同、貢獻、歸屬，甚至得到自在與支持，有助於高憂鬱傾向者獲得主觀幸福感。

（五）「奮戰型」（高幸福高憂鬱）比「混沌型」（低幸福高憂鬱）的精神患者更融入社會

兩群高憂鬱的人卻有著全然不同的幸福感，一樣多是大專學歷和與家人同住，但有顯著差異在於奮戰型的人相對年齡較輕、已婚、有參加社團、全職工作與月收三萬以上。這幾個項目中，相對於混沌型的人最可能主動改變的是參加社團，其次是尋求職業重建就業資源找到工作、有收入（李玉嬋、林聖恆，2016），以參加社團幫助提升人際支持親密感（B）、讓自己有工作與收入幫助提升自我價值意義感（I），縱使因高憂鬱而情緒平穩度低（M），還是有機會積極創造mBMI正向幸福感。這也是臺灣精神健康與社會融入指標仍稍落後的項目，包括社區民眾可近性，正向心理健康促進與精神患者融入社會生活（The Economist Intelligence Unit, 2016）。

（六）「冷靜型」（低幸福低憂鬱）與「混沌型」（低幸福高憂鬱）僅憂鬱之別

兩群低幸福感的人，在高/低憂鬱之間的一線之隔，有必要提醒冷靜型的人可能一不小心變成高憂鬱混沌型。兩者差異僅顯現在冷靜型的人較年輕、已婚、全職與月收入三萬以上，而能維持低憂鬱，且比混沌型更高一些的正向心理健康幸福感；一旦隨著年齡增長變成中老年、婚姻或工作有變故，很可能威脅心理健康。所以稱之為不完整心理亞健康的冷靜型，除了可學習抗壓止鬱的心理健康識能以維持低憂鬱（湯發鉅等人，2021），可以嘗試更多培養個人強項與美德以邁向圓滿幸福的正向心理學計畫（Seligman, 2011/2019）。

三、綜論：正負向指標篩檢完整心理健康模式的作法與運用

以正負向雙指標確實可架構出四種不同群集的心理健康型態，本研究739位民眾之中近半數（46.28%）屬於高幸福低憂鬱「心盛型」的圓滿完整心理健康型態者，符合臺灣世界幸福排名20的佳績（李玉嬋，2021）。其他三群屬於不完整心理健康型態者之中，次多人數是「冷靜型」，占31.94%，處在沒有憂鬱傾向卻也沒有幸福感狀態，是過去慣用憂鬱指標篩檢不出的心理亞健康族群；少了幸福感對於心理健康的保護，應能透過幸福心理學助其從冷靜幽谷邁向巔峰（余民寧，2015）。

本研究另兩群高憂鬱者占21.79%，對照於世界衛生組織公佈憂鬱症5-25%的終身盛行率，且是2020年最主要造成人類失能的疾病。所幸，本研究樣本之中，有一半的高憂鬱患者也能同時擁有高幸福感，擅長苦中作樂的「奮戰型」占全體11.10%。另一半缺乏幸福感的高憂鬱患者，「混沌型」占全體10.69%，可能因為較多中高齡、未婚、無業無收入、也無參加社團，而處於正負向心理都不健康、不幸福的受苦難樂狀態；建議先選擇參加社團（不限特殊團體，舉凡宗教、運動、公益、學術、才藝等皆可），再運用就業資源找工作、有收入，同時學習幸福心理學以強化正向心理健康BMI幸福感的社會、情緒、心理幸福感（葉建宏等人，2022）；另嘗試以此轉化高憂鬱者也能擁有高幸福的心理健康、不失能的幸福狀態。

本研究已證實同時用正負向心理健康指標的正向「心理健康BMI幸福感指標問卷」（mBMI）、「病人健康狀況憂鬱問卷」（PHQ-9）篩檢之適用性：以mBMI總分21分為切分點去區分 ≥ 21 分為高幸福、 < 21 分為低幸福，以PHQ-9總分10分為切分點去區分 ≥ 10 分為高憂鬱、 < 10 分為低憂鬱。進一步檢視正向「心理健康BMI幸福感指標」問卷中B、M、I三題目得分是否都 ≥ 7 。未來或可以長版心理健康BMI幸福度量表40個題項（李成雲，2022），作為具體促進人際支持親密感B、情緒平穩掌握

感M、自我價值意義感I三種幸福感相關心理技能，作為具體掌握自己心理健康幸福感BMI以緩解憂鬱的參考作法。

伍、研究限制與建議

本研究為一橫斷面的研究，以填答問卷當下狀態所顯示的資料做群集分析，尚未探討個人主觀幸福感與憂鬱傾向是否隨時間而有變化；建議未來研究可探討個人的心理健康狀態是否隨時間而有所改變（縱貫面的研究）。另外，本研究也未針對心理健康證負向指標篩檢出的四群人，進行深度訪談，欠缺質性資料一窺各群集者的心理健康質性樣貌；也就尚未針對不同群集者所欠缺的正負向心理健康素養，提出更具體自主管理心理健康的研究建議。

本研究僅將幸福感劃分成高低兩個層次作分群討論，建議未來研究可嘗試將正負向指標均分成高中低三個層次，更細緻區分九群的高低幸福感與憂鬱傾向著的心理健康完整與否。也可依據正負向心理健康指標去發展心理健康素養能力，作為心理健檢與自主管理完整心理健康之用。

本研究以心理健康BMI幸福感指標問卷作為心理健康幸福感檢測的正向指標，並以病人健康狀況憂鬱問卷（PHQ-9）作為心理疾病憂鬱症狀檢測的負向指標，以做為完整心理健康篩檢之用。未來可研究不同的正負向心理健康指標工具，是否依樣能區分出此有意義四群的心理狀態者，進一步比較正負向指標工具的適用性。

本研究收案對象雖包括肌無力患者與精神疾病患者，但僅收取清楚意識表達並有能力完成問卷填答為主，無法推論至急重症患者。本研究雖以此納入生理疾病和心理疾病患者的資料收集，但這兩類疾病無法類推至其他慢性病或心理疾病患者；因此建議未來研究可考慮納入其它疾病病友，或不分疾病別而以時間區分有無心理疾病（例如一年內有無心理疾病診斷），更豐富完整心理健康型態樣貌的認識。

參考文獻

- 余民寧（2015）：幸福心理學：從幽谷邁向巔峰之路。心理。[Yu, M. N. (2015). *The psychology of happiness: The road from the valley to the peak*. Psychological.]
- 余民寧、陳柏霖、陳玉樺（2018）：巔峰型教師的樣貌：圓滿幸福、知覺工作壓力、靈性幸福感及心理健康之關係。教育心理學報，50（1），1-30。[Yu, M. N., Chen, P. L., & Chen, Y. H. (2018). What does the flourishing teacher look like? The

- relationships between flourishing, perceived work stress, spiritual well-being and mental health. *Bulletin of Educational Psychology*, 50(1), 1-30. [https://doi.org/10.6251/BEP.201809_50\(1\).0001](https://doi.org/10.6251/BEP.201809_50(1).0001)]
- 李玉嬋（2008）：醫療諮商概論。天馬文化。[Li, Y. C. (2008). *Introduction to medical and counseling*. Tienma.]
- 李玉嬋（2016）：國民心理健康BMI。諮商與輔導，369，50-55。[Li, Y. C. (2016). National mental health BMI. *Counseling & Guidance*, 369, 50-55.]
- 李玉嬋（2018）：107年度發展具實證基礎之老人心理健康促進方案委託研究計畫。衛生福利部委託計畫成果報告（編號：MOST-107G015）。未出版。[Li, Y. C. (2018). *2018 Research project to develop an evidence-based mental health promotion program for the elder*. Ministry of Health and Welfare (MOST-107G015). Unpublished.]
- 李玉嬋（2019）：「友善、正念、認同」作為正向心理健康自我評估管理指標之適用性與成效探討。國家科學及技術委員會補助專題研究計畫報告（編號：MOST-108-2637-H-227-001）。未出版。[Li, Y. C. (2019). *Effects and applicability of self-management for positive mental-health by self-assessment and self-promotion at befriends-mindfulness-identity indicators*. Ministry of Science and Technology (MOST-108-2637-H-227-001). Unpublished.]
- 李玉嬋（2021）：聯合國、臺灣與國際幸福日。新世紀智庫論壇，93，67-78。[Li, Y. C. (2021). The United Nations, Taiwan and the international day of happiness. *New Century Think Tank Forum*, 93, 67-78.]
- 李玉嬋、林聖恆（2016）：精神障礙者的障礙適應與成功就業之生涯轉換諮商。諮商與輔導，364，51-57。[Li, Y. C., & Lin, S. H. (2016). Career transition counseling for mentally handicapped people's adaptation to obstacles and successful employment. *Counseling & Guidance*, 364, 51-57.]
- 李玉嬋、郭芳靈（2020）：從心理學到維持心理健康與防治精神疾病的健康識能。諮商與輔導，416，40-43。[Li, Y. C., & Guo, N. L. (2020). From psychology to health literacy of maintaining mental health and preventing mental illness. *Counseling & Guidance*, 416, 40-43.]
- 李成雲（2022）：正向心理健康 BMI（友善、情緒、認同）幸福感識能之問卷建構（碩士論文，國立臺北護理健康大學），臺灣碩博士論文知識加值系統。[Lee, C. Y. (2022). *Construction of questionnaire for positive mental health BMI (befriend-mindfulness-identity) at well-being literacy* (master's thesis, National Taipei University of Nursing and Health Sciences), National Digital Library of Theses and Dissertations in Taiwan. <https://hdl.handle.net/11296/sju35p>]

- 李美遠（2010）：成人心理健康量表之編製研究（碩士論文，國立嘉義大學），臺灣碩博士論文知識加值系統。[Lee, M. Y. (2010). *Development of adult mental health inventory* (master's thesis, National Chiayi University), National Digital Library of Theses and Dissertations in Taiwan. <https://hdl.handle.net/11296/bnwse9>]
- 周明芳（2021）：思覺失調症成年子女從童年創傷邁向幸福歷程之研究（碩士論文，國立臺北護理健康大學），臺灣碩博士論文知識加值系統。[Chou, M. F. (2021). *A study of adult children facing mother with schizophrenia achieving well-being from childhood trauma* (master's thesis, National Taipei University of Nursing and Health Sciences), National Digital Library of Theses and Dissertations in Taiwan. <https://hdl.handle.net/11296/xy2gsb>]
- 崔鴻義（2020）：心理健康篩檢指標BMI工具對精神疾病患者憂鬱程度之預測（碩士論文，國立臺北護理健康大學），臺灣碩博士論文知識加值系統。[Tsui, H. Y. (2020). *Mental health screening index BMI tool predicts depression in patients with mental disorders* (master's thesis, National Taipei University of Nursing and Health Sciences), National Digital Library of Theses and Dissertations in Taiwan. <https://hdl.handle.net/11296/3eekyn>]
- 張春興（2013）：現代心理學重修版。東華。[Chang, C. H. (2013). *Modern psychology revision*. Tung Hua Book.]
- 陳柏霖、何慧卿、高旭繁（2016）：大一巔峰型新生學校生活適應、心理資本及心理健康之關係。教育與心理研究，39（2），27-59。[Chen, P. L., He, H. C., & Gao, X. F. (2016). The relationship between school life adjustment, psychological capital, and mental health for flourishing freshman. *Journal of Education & Psychology*, 39(2), 27-59. <https://dx.doi.org/10.3966/102498852016063902002>]
- 陳柏霖、余民寧（2015）：從幽谷邁向巔峰：臺灣民眾心理健康的分布。成人及終身教育學刊，24，35-65。[Chen, P. L., & Yu, M. N. (2015). From languishing to flourishing: The distribution of Taiwanese mental health. *Journal of Adult and Lifelong Education*, 24, 35-65. <https://dx.doi.org/10.3966/181880012015060024002>]
- 陳彰惠、周汎濤、曾英芬、王興耀（1999）：青春產後憂鬱的對照研究。護理研究，7（5），459-467。[Chen, C. H., Chou, F. H., Tseng, Y. F., & Wang, S. Y. (1999). Controlled study of postpartum depression in adolescence. *The Journal of Nursing Research*, 7(5), 459-467. <https://doi.org/10.7081/NR.199910.0459>]
- 陳彰惠、曾英芬、王星耀、李昭男（1994）：產後憂鬱的盛行率和預測因子。護理研究，2（3），263-274。[Chen, C. H., Tseng, Y. F., Wang, S. Y., & Lee, C. N. (1994). The prevalence and predictors of postpartum depression. *The Journal of Nursing*

- Research*, 2(3), 263-274. <https://doi.org/10.7081/NR.199409.0263>]
- 湯發鉅、李玉嬋、郭芳靈（2021）：從世界心理健康日談心理健康促進之具體策略。諮商與輔導，**421**，41-45。[Tang, F. G., Li, Y. C., & Guo, N. L. (2021). Discussion on specific strategies of mental health promotion from the perspective of world mental health day. *Counseling & Guidance*, 421, 41-45.]
- 葉建宏、邱浩彰、李玉嬋、邱子瑜、蔡育倫（2022）：重症肌無力症患者正向心理健康BMI（友善—情緒—認同）之團體輔導成效。臺灣醫學，**26**（1），21-32。[Yeh, J. H., Chiu, H. C., Li, Y. C., Chiu, T. Y., & Tsai, Y. L. (2022). The effect of positive mental health BMI (befriend-mindfulness-identity) by group counseling on patients with myasthenia gravis. *Formosan Journal of Medicine*, 26(1), 21-32. [https://doi.org/10.6320/FJM.202201_26\(1\).0003](https://doi.org/10.6320/FJM.202201_26(1).0003)]
- 劉士銘（2020）：心理健康BMI幸福心指標檢測工具之切分點研究（碩士論文，國立臺北護理健康大學），臺灣碩博士論文知識加值系統。[Liu, S. M. (2020). *The study of cut-off scores for mental health BMI index* (master's thesis, National Taipei University of Nursing and Health Sciences), National Digital Library of Theses and Dissertations in Taiwan. <https://hdl.handle.net/11296/p992dy>]
- 鍾孟燕（2018）：心理健康BMI幸福心指標之建構：以肌無力病友為樣本（碩士論文，國立臺北護理健康大學），臺灣碩博士論文知識加值系統。[Chung, M. Y. (2018). *Building mental health BMI indicator on well-being: A sampling from myasthenia gravis patients*. (master's thesis, National Taipei University of Nursing and Health Sciences), National Digital Library of Theses and Dissertations in Taiwan. <https://hdl.handle.net/11296/st3u9u>]
- 蘇雅靜（2016）：華人的幸福感來源與其結構分析之初探（博士論文，國立臺灣大學），臺灣碩博士論文知識加值系統。[Su, Y. C. (2016). *Sources of Chinese well-being and its structural analysis*. (doctoral dissertation, National Taiwan University), National Digital Library of Theses and Dissertations in Taiwan. <https://hdl.handle.net/11296/32zgn7>]
- 鐘珮純、余民寧、許嘉家、陳柏霖、趙珮晴（2013）：從幽谷邁向巔峰：教師的心理健康狀態類型與促進因子之探索。教育心理學報，**44**（3），629-646。[Chung, P. C., Yu, M. N., Syu, C. C., Chen, P. L., & Chao, P. C. (2013). From languishing to flourishing: Exploration of the types of teachers' mental health statuses and predictors of teachers' mental health. *Bulletin of Educational Psychology*, 44(3), 629-646. <https://doi.org/10.6251/BEP.20120402>]
- Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T., & Hoberman, H. M. (1985). Measuring the

- functional components of social support. *Social Support: Theory, Research and Applications*, 24, 73-94. https://doi.org/10.1007/978-94-009-5115-0_5
- Das, K. V., Jones-Harrell, C., Fan, Y., Ramaswami, A., Orlove, B., & Botchwey, N. (2020). Understanding subjective well-being: Perspectives from psychology and public health. *Public Health Reviews*, 41(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00142-5>
- Elizabeth, W. D., Lara B. A., & Michael I. N. (2008). Spending money on others promotes happiness. *Science*, 319, 1687-1688. <https://doi.org/10.1126/science.1150952>
- Fu, T. S., Lee, C. S., Gunnell, D., Lee, W. C., & Cheng, A. T. (2013). Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: A 20-year repeated cross-sectional survey. *Lancet*, 381(9862), 235-241. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61264-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61264-1)
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books. <https://doi.org/10.1037/11258-000>
- Kabat-Zinn, J. (2013) : 正念療癒力：八週找回平靜、自信與智慧的自己（胡君梅、黃小萍，譯）。野人文化。（原著出版年：1990）[Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (Revised Edition) (J. M. Hu, & H. P. Huang, Trans.). Yeren Publishing House.]
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2003). Complete mental health: An agenda for the 21st century. In C. L. M. Keyes, & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp. 293-312). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10594-013>
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2), 95-108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Keyes, C. L. M. (2009). *Brief description of the mental health continuum short form* (MHC-SF). APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t30592-000>
- Keyes, C. L. M. (2013). Mental health as a complete state: How the salutogenic perspective completes the picture. In G. F. Bauer, & O. Hämmig (Eds.), *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach* (pp. 179-192). Springer Dordrecht. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3-11>
- Keyes, C. L. M., & Martin, C. C. (2017). The complete state model of mental health. In M. Slade, L. Oades, & A. Jarden (Eds.), *Wellbeing, recovery and mental health* (pp. 86-97). <https://doi.org/10.1017/9781316339275.009>
- Keyes, C. L. M., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & Rooy, S. V. (2008).

- Evaluation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) in Setswana speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(3), 181-192. <https://doi.org/10.1002/cpp.572>
- Knoesen, R., & Naudé, L. (2018). Experiences of flourishing and languishing during the first year at university. *Journal of Mental Health*, 27(3), 269-278. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370635>
- Lamers, S. M. A., Glas, C. A. W., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Longitudinal evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF): Measurement invariance across demographics, physical illness, and mental illness. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(4), 290-296. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000109>
- Liu, S. I., Yeh, Z. T., Huang, H. C., Sun, F. J., Tjung, J. J., Hwang, L. C., Shih, Y. H., & Yeh, A. W. (2011). Validation of Patient Health Questionnaire for depression screening among primary care patients in Taiwan. *Comprehensive Psychiatry*, 52(1), 96-101. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2010.04.013>
- Lu, L. (2006). "Cultural fit": Individual and societal discrepancies in values, beliefs and subjective well-being. *Journal of Social Psychology*, 146, 203-221. <https://doi.org/10.3200/SOCP.146.2.203-221>
- Piqueras, J. A., Areans, V. V., Falcó, R., Amador, B. M., Marzo, J. C., & Keyes, C. L. M. (2022). Validation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) for multidimensional assessment of subjective well-being in Spanish adolescents. *Psicothema*, 34(2), 332-343. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.240>
- Seligman, E. P. (2019) : 邁向圓滿：掌握幸福科學方法&練習計畫（洪蘭，譯）。遠流。（原著出版年：2011）[Seligman, E. P. (2011). *Flourish: A visionary undering of happiness and well-being* (L. Hung, Trans.). Yuan-Liou Publishing.]
- Slade, M., Oades, L., & Jarden, A. (2017). *Wellbeing, recovery and mental health*. Cambridge University Press.
- Subhash, S. (2018) : 多變量分析（呂金河，譯）。滄海。（原著出版年：1996）[Subhash, S. (1996). *Applied multivariate techniques* (C. H. Leu, Trans.). Tsangai book.]
- The Economist Intelligence Unit. (2016). *Mental health and integration. Provision for supporting people with mental illness: A comparison of 15 Asia pacific countries*. Economist Intelligence Unit briefing paper. https://impact.economist.com/perspectives/sites/default/files/Mental_health_and_integration.pdf
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two

continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

World Health Organization (2001). *The world health report: 2001: Mental health: New understanding, new hope*. WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>

World Health Organization (2004). *The world health report: 2004: Changing history*. WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42891>

收件日期：111年06月04日

一審日期：111年11月08日

二審日期：112年03月30日

通過日期：112年05月11日

Cluster Analysis of the Positive and Negative Indicators of Complete Mental Health State Model

Yu-Chan Li Chun-Kai Fang Chieh-Yu Liu Wen-Han Chang*

National Taipei
University of
Nursing and Health Sciences

Taiwan Medical and Health
Counseling Psychology
Association

This study aimed to understand the cluster distribution of positive and negative indicators for screening mental health patterns and whether they conform to Keyes' claim that positive and negative indicators should be included in the complete mental health state model. The positive mental health indicators included social, emotional, and psychological well-being, which should be measured using the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF). Negative indicators measure the level of symptoms of mental illness concurrently, serving as a complete assessment of whether the individual is in a healthy state of positive and negative mental health indicators. Keyes employed these to distinguish four clusters of people with four mental health modes, of which the incomplete mental health cluster was in the state. Even if they have a negative mental illness, they could have positive mental health and well-being. Although some people do not have negative mental illness, they cannot have positive mental health and well-being. Therefore, Taiwanese scholar Li corresponded to these three well-being developments and selected three operational mental health skills: "Befriend-Mindfulness-Identity" as the Mental Health BMI Well-Being Index questionnaire (mBMI). After using them to evaluate 739 people, it was evident that the scores of the above two questionnaires were significantly correlated, and the mBMI questionnaire total score and Questions B, M, and I could effectively predict the total score, social, emotional, and psychological well-being of the MHC-SF, with a total explanatory power of 30.3%. This test should be used as a simple screening for well-being and as a positive mental health screening tool. Additionally, a Depression Scale Screening Tool for Negative Mental Health Depression was combined to explore the complete mental health state model of Taiwanese people.

* Corresponding author: Wen-Han Chang. e-mail: wenhang64@gmail.com.
doi: 10.53106/172851862024010069002

Therefore, in this study, the mBMI questionnaire was selected as a simple tool to measure positive mental health well-being, and the patients' health questionnaire for depression was used as a screening tool for negative mental health indicators. These are used as positive and negative indicators to test whether a complete or incomplete mental health state model fits. The questionnaire survey method was used to deliberately sample the data from 739 valid samples, and the cluster analysis method was used for statistical grouping to verify its suitability. According to the results of the aforementioned positive and negative indicators, four meaningful clusters were distinguished, including one complete and three incomplete mental health models. One cluster was "Flourishing type"(46.28%) of high well-being and low depression, which belonged to the complete mental health state model. The other three clusters were incomplete mental health state models. "Fighting type" (31.94%) of high well-being and high depression, "Calm type" (11.10%) of low well-being and low depression, and "Chaos type" (10.69%) of low well-being and high depression could fight for high well-being. It was verified that well-being and depression could be used as positive and negative mental health indicators to screen for complete or incomplete mental health state models. When we identified people with high depression, we encouraged them to refer to the source of high well-being of the "fighting type" group and increase their sense of self-worth by participating in clubs to obtain interpersonal support, find jobs, and earn income. We reminded the "calm type" people with low depression to promote their high well-being to have a complete mental health state. Finally, we monitored positive and negative indicators of mental health using screening tools of the Mental Health BMI Well-Being Index and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to screen for complete or incomplete mental health states as a reference for promoting positive and negative mental health. The befriend-mindfulness-identity skills should be improved to promote well-being and adjust depression to achieve complete mental health.

Keywords: Befriend-Mindfulness-Identity, cluster analysis, complete mental health state model, depression, mental health BMI index.

