神經科學與人文視角下的失智症照護尊嚴

黃雅祺、雷若莉、謝東呈
弘光科技大學 護理系（所）

摘要

全球逐漸進入老齡化社會，失智症也隨之帶來對個體生活與社會經濟的嚴峻挑戰。失智症以記憶減退、認知功能受損及日常生活能力的漸進式削弱爲特徵，涉及生理、心理與社會層面的複雜需求，當前治療策略聚焦於症狀管理與疾病進程的延緩，對失智症者的心理需求、文化背景及照護尊嚴的關注仍有提升空間。在高度科技化的時代，若未能平衡科技應用與人文關懷，可能會引發潛在的倫理討論。本文從神經科學與人文科學的交叉視角，深入分析失智症的病理特徵與照護挑戰。在生理層面，探討失智症的病理機制、神經退化特徵及診斷與評估方法；在心理層面，闡釋鏡像神經元功能退化對情感理解與表達的影響、具身認知的改變如何影響人文關懷的實踐，以及心態與健康的交互作用對病人整體福祉的影響。藉由強化全人關懷與倫理實踐，不僅能創造更具尊嚴的照護環境，亦能推動失智症照護尊嚴模式的創新與進步。（澄清醫護管理雜誌 2025；21（3）：54-62）

關鍵詞：神經科學、人文科學、失智症、照護尊嚴

通訊作者：謝東呈
通訊地址：台中市沙鹿區台灣大道六段 1018 號
E-mail：dcshieh@hk.edu.tw

受理日期：2024 年 12 月；接受刊載：2025 年 2 月

前言

在全球人口老齡化加速的背景下，失智症的罹病率不斷攀升，失智症是一種嚴重影響大腦功能的綜合症候群，其主要特徵包括記憶力減退、認知功能受損、情緒波動、行為異常以及日常生活能力的逐步喪失 [1,2]，這些影響不僅體現在病人的生理層面，還深刻影響其心理健康與社會參與能力，對有失智症的人（Person with Dementia, PWD）及其照護者形成長期的挑戰。阿茲海默氏症（Alzheimer's Disease, AD）以及其他形式的失智症目前尚無根治方法，現有治療策略主要著重於症狀的緩解與疾病進展的延緩 [2]，隨著人工智能（Artificial Intelligence, AI）的快速發展，醫療科技正進一步推動診療模式的革新，在失智症的管理中，科技的進步提高了診斷精確性、制定個人化治療計劃以及預測病人治療結果，這些先進技術正在改變現代醫療照護的模式與格局 [2,3]。這些技術的廣泛應用不僅促進了醫療效率的提升，也對失智症照護中的倫理問題提出了新的挑戰，人工智能驅動的解決方案雖能優化臨床決策和個體化管理，但若缺乏對 PWD 尊嚴、心理需求與文化背景的充分考量，可能會弱化以人為本的照護理念 [3,4]。PWD 常因疾病進展而面臨自主性和身份認同的削弱，故科技的應用需兼顧人文價值與倫理考量，以避免在強調效率和精確性的同時，卻忽視 PWD 尊嚴與心理需求，因此，如何在科技技術支援下維持和增強 PWD 的尊嚴感，成為照護實踐中不可忽視的核心議題。

失智症的照護需求遠不止於滿足生理層面的

需求，也應包括情感支持與心理關懷 [5,6]。從神經科學和人文科學的多重視角探討失智症照護中的尊嚴問題，不僅能夠促進對疾病的更全面理解，也能提升 PWD 及其家庭的生活品質，推動更加人性化的照護模式 [4]。神經科學的研究為失智症病理機制的解析提供了科學基礎，特別是疾病進展如何影響 PWD 的自主性、個人身份認同以及溝通能力 [6]，這些方面直接關聯到 PWD 在照護過程中的尊嚴感受。從人文科學的角度看，尊嚴為一項基本人權，應被視為每位 PWD 不可剝奪的核心價值，但疾病所引發的行為改變和溝通障礙，常使其面臨社會污名化與邊緣化，進一步削弱其尊嚴感 [5]，人文視角強調共情與倫理，呼籲照護者深入理解 PWD 的情感需求與個人價值，並在實踐中維護其身份認同與自主選擇權 [3]。整合神經科學與人文視角的研究與實踐，能構建更加全面性的失智症照護框架，為臨床應用和倫理實踐提供雙重支持，神經科學研究為疾病進展提供客觀依據，而人文科學則補充 PWD 主觀經驗的洞見。科學研究的結果提供了實現技術創新的方法，而人文視角賦予了其倫理靈魂。唯有科學與人文的深度融合，才能真正提升失智症照護品質，實現全人關懷的長遠目標。

生理層面：失智症的病理與生物基礎

一、失智症的病理機轉與神經退化特徵

人類大腦包含超過 1,000 億個神經元，神經元通過傳遞神經電訊號，構成大腦正常運作的核心基礎 [7]，突觸作為神經元之間傳遞神經衝動的關鍵區域，其功能是否正常直接影響神經系統的穩定性，當神經元或突觸功能受損，可能導致神經退行性疾病（Neurodegenerative Disorders, NDD）的發生，包括阿茲海默氏症（Alzheimer's Disease, AD）與帕金森氏症（Parkinson's Disease, PD）等神經認知功能障礙疾病，主要特徵包括情感淡漠（Apathy）、認知與記憶功能受損，以及與注意力下降相關的煩躁不安（Agitation），另部分病人可能伴隨執行功能障礙所引發的妄想（Delusions），神經退化的進程因疾病類型而異，多呈現進行性、不可逆的特性 [1,7,8]，這類疾病不僅影響病人的日常生活功能，還對其自主行動能力與社會適應能力構成重大挑戰，進一步加重照護者的負擔。儘管臨床上已研發出多種藥物應用於不同類型的神經退行性疾病，這些藥物大多數僅能緩解或延緩疾病症狀，對改善病人的認知功能障礙效果有限，隨著疾病的進展，病人的認知功能將不可避免地進一步惡化，此對其生活的質量造成持續而深遠的影響。

二、失智症的診斷與評估方法

神經內科及精神科專科醫師常根據病人的臨床症狀、家屬提供的客觀資訊及一系列相關檢查結果，用以確立失智症的診斷 [8]。在國內臨床實務中，常見的失智症評估工具主要分為兩大類，第一類為失智症認知嚴重度評估，常用的量表包括極早期失智症篩檢量表（AD-8）、臨床失智評分量表（Clinical Dementia Rating, CDR）、簡易心智量表（Mini-Mental State Examination, MMSE）、以及認知功能障礙篩檢量表（Cognitive Abilities Screening Instrument, CASI）。第二類為失智症生活功能評估，主要使用日常生活活動量表（Activities of Daily Living, ADL）及工具性日常生活活動量表（Instrumental Activities of Daily Living, IADL）[8,9]。這些量表多以病人的症狀表現或生活問題為基礎進行評分，然而，在施測過程中，可能存在一定程度的主觀性，回顧這些臨床常見的評估工具中可發現，醫療人員常藉助評估結果推測 PWD 的潛在照護需求，然而 Jeon 等人（2023）的研究指出，大多數失智症照護指南主要聚焦於延緩 PWD 的認知退化及支持家庭照顧者，對 PWD 如何與社會生活共存的關注相對較少 [8]。若從「以人為本」的照護觀點審視，評估工具的設計應回歸到 PWD 的個人特質，探究其在疾病過程中的彈性照護空間，進而維護其作為獨特個體的本質，避免將照護僅限於疾病本身，而忽略 PWD 的全人需求。

三、生理層面的影響與案例分析

（一）社區生活中的 PWD 情境描述

持續居住於社區的 PWD 因認知功能受損，在日常生活中面臨多種挑戰與障礙，例如：部分 PWD 在烹煮食物後可能忘記關閉瓦斯，導致鍋具空燒，進而提高火災發生的風險。此外，PWD 可能因記憶混亂而重複購買相同物品，例如：多次購買肉類，最終造成冰箱內囤積過量的肉製品而浪費。另一種

常見情境是，PWD 在騎乘機車外出時，可能突然忘記目的地，停留在馬路中央不知所措，增加交通事故的風險 [10]。

上述情境不僅敘述此 PWD 的日常生活能力的低下，也對其周遭環境與家庭產生連鎖影響。家屬可能因擔憂安全問題而對 PWD 採取限制性措施，甚至干預其生活自主權，對 PWD 而言，這些干預可能引發複雜的情緒反應，包括無助、挫折與羞辱感，進一步影響其心理健康與生活質量。

（二）機構照護中的 PWD 情境描述

進入長期照護或養護機構的 PWD，其在日常生活中之挑戰呈現出不同的特徵。在機構環境中，部分 PWD 會反覆詢問「什麼時候可以回家」，儘管健康促進者（Health Care Professional, HCP）已多次回答，但 PWD 仍迅速遺忘該信息，並持續提問，然而，由於 HCP 需處理繁重的工作任務，難以反覆提供現實導向的引導，此外，在陰天或黃昏時分，PWD 可能因環境變化出現日落症候群（Sundown Syndrome），表現出情緒焦躁、焦慮、尋門行為、意識混亂，甚至出現攻擊性舉動，另有部分 PWD 因空間感混亂，特別是在夜間頻繁吵鬧或擾亂他人，面對上述挑戰，機構通常採用的因應措施包括使用身體約束、調整鎮靜藥物劑量、設置門禁，或在資源允許的情況下，安排一對一的照護服務 [10]。只不過這些措施在一定程度上限制了 PWD 的行動自由與生活自主性，PWD 在規範化環境中的身心感受往往較居住於社區的 PWD 更加強烈，可能伴隨孤立感與自我價值感的削弱。

從上述情境中可見，PWD 因生理層面的障礙，在不同生活環境中面臨多樣化的挑戰，這些挑戰不僅影響其日常生活的功能表現，亦對其照護尊嚴產生深遠影響。在社區與機構照護的過程中，家庭照顧者與 HCP 往往需要在維護 PWD 安全與保障其自主性之間進行權衡，限制性措施的過度使用可能對 PWD 的自主權與個人尊嚴造成損害，而人性化照護的不足則可能進一步削弱其融入社會生活與維持社會連結的能力，因此，如何在照護過程中平衡安全性、自主性與尊嚴維護，凸顯了當前照護模式在照護尊嚴理念實踐過程的局限性，也顯示出制定更加個別化、全人導向的照護策略的迫切需求，以促進 PWD 身心健康與生活質量的全面提升。

依據相關文獻 [10-12]，建議照顧者與 HCP 採取以下策略，以維持 PWD 的功能與尊嚴，同時降低安全風險：

1. 適度支持，維持能力：在照護過程中應依據 PWD 的認知與功能狀態，提供適當協助，避免過度介入，以維持其日常生活能力，使其身體功能「用進廢退」。
2. 安全行動，善用輔具：在機構內設置必要的安全設施，如扶手、防跌設備等，以優化環境安全性，另根據 PWD 的個別需求，適時提供合適的輔助裝置，如助行器、符合足部支撐與防滑需求的鞋履等，以降低跌倒風險，同時維持其行動能力與生活自主性。
3. 社會參與，強化互動：積極鼓勵 PWD 參與機構或社區內舉辦的多元活動，如認知復能課程、節慶慶典、晨間律動等，透過結構化與富有意義的社交互動，維持其社會連結，減緩社交退縮，並促進心理健康。
4. 日常參與，提升自主：在可能的情況下，陪伴 PWD 進行日常購物或簡單的戶外活動，以促進其日常生活適應能力，並增加社會人際互動的機會。
5. 環境適應，識別保障：鼓勵 PWD 佩戴標示身分的失智手鍊，或在其日常衣物上縫製緊急聯絡資訊，並建議至轄區警察局進行指紋捺印建檔，以利必要時快速識別與協尋。此措施可確保 PWD 在熟悉的居住環境中自由活動時，仍能獲得適當保護，降低走失風險，並提高尋獲時的辨識效率。

透過這些策略，照顧者與 HCP 可在確保 PWD 安全的同時，維護其自主性與尊嚴，進一步促進其身心健康與生活品質。

心理層面：失智症的心理需求與人文關懷

一、鏡像神經元退化對PWD情感理解與表達的影響

1991 年，義大利神經生理學家賈 Giacomo Rizzolatti 領導的研究小組在一項實驗中意外發現獼猴額葉與頂葉區域中的一組特殊神經元，後來被命名為鏡像神經元（Mirror Neuron, MN）[13]。研究中觀察到，當獼猴觀察研究員進行某一動作時，其自

身腦部的神經活動模式與研究員進行該動作時的腦電波一致，且獼猴也會模仿相同的行為，鏡像神經元因此得名，因其功能是「鏡像反映」他人行為的神經機制，自 1992 年起，鏡像神經元的相關研究逐漸受到學術界的廣泛關注 [13,14]。

人類腦部的鏡像神經元系統（Mirror Neuron System, MNS）較獼猴的鏡像神經元系統更為複雜，其特徵使其能夠經由比較他人行為與自身經驗，進一步理解行為的意圖與意義 [15,16]。例如，當甲觀察到乙拿起一塊麵包準備食用時，甲的大腦可能推測乙是因飢餓而進食，但如果甲先前見過乙剛享用過豐盛的午餐，甲的大腦則會根據脈絡資訊推斷乙此時並非飢餓，而僅僅是嘴饞。這說明相同的行為在不同脈絡中可能具有完全不同的意義，而此過程涉及不同神經元組的活化，基於此特性，MNS 被認為是心智推理、模仿學習與同理心等社會認知的神經基礎 [14,17]。關於 MNS 的起源，研究者之間仍存在爭議，一些學者認為它是人類與生俱來的本能，另一些則認為是透過後天的模仿學習所形成，無論其根源如何，不可否認的是，先天本能與後天學習在塑造個體的發展與適應力上扮演著重要角色，並共同構成個體社會功能的基礎。此外，研究發現 MNS 的活性減弱可能與某些精神障礙的發生有關，例如自閉症和精神分裂症病人的 MNS 活性往往較低，這可能影響其社會互動能力與行為適應性 [14]，這一發現突顯了 MNS 在維持個體社會認知與心理健康中的重要性。

Wicker 等人（2003）的研究結果指出，當受試者嗅聞令人噁心的氣味後，再觀看一段展示他人聞到不同物質但呈現相同噁心表情的影片時，其大腦中與噁心相關的區域會被激活 [18]，這一現象揭示了社會共情（Social Empathy）的神經基礎，社會共情指個體能夠理解並感知他人的社會處境，體察其情緒，並根據他人的行為與需求進行適切回應的能力，其神經機制具有高度的複雜性，核心在於 MNS 的作用能夠迅速捕捉並反映他人的情緒與行為模式，促使個體的大腦建立起與他人互動的神經橋樑，進而在情感和行為層面實現同步性 [18,19]。此外，這一神經機制為同理心（Empathy）的發展提供了基礎，使個體能夠快速感知他人情緒並表現出對其心理狀態的深刻理解，同理心的表現有賴於共感功能（Empathic Function）的展現，即個體對周遭事件產生情緒感受並適切表達情緒和行為的能力，這一功能的實現需要運動功能（觀察與模仿）、情感共鳴（Affective Resonance）以及心智理論（Theory of Mind, ToM），即理解他人心理狀態與情緒的認知能力）三者的協同作用 [20]。同理心可進一步分為認知同理心（Cognitive Empathy）與情緒同理心（Affective Empathy），前者涉及理解他人情緒的能力，後者則聚焦於感受他人情緒的能力，兩者共同構成了複雜社會化人際互動中的核心功能。認知神經科學研究進一步證實，MNS 是個體發展同理心的重要神經基礎 [17,20,21]，這些研究結果強調，同理心並非僅僅是一種情感體驗，而是由多層次神經機制協同運作的結果，核心在於支持個體與他人建立聯結並促進有效的社會互動。

Rattanachayoto 等人（2012）對 92 名年齡超過 50 歲的受試者進行了一項功能性磁振造影（Functional Magnetic Resonance Imaging, FMRI）研究，其中包括 80 名正常老年人、5 名輕度認知功能障礙（Mild Cognitive Impairment, MCI）病人，以及 7 名 AD 病人，實驗要求受試者觀察一段顯示手部運動（撕紙）和控制條件（觀察注視點）的影片，並分析其腦部影像變化，結果顯示，實驗中正常老年人的腦部活化程度明顯高於 MCI 和 AD 病人，指出認知障礙可能會影響對動作的感知與反應能力 [22]。另有研究指出，AD 病人的腦部萎縮可能導致其難以對周圍環境產生同理心，特別是額顳葉型失智症患者，其同理心下降尤為明顯，因而可能表現出冷漠的情緒 [21]。

從不同的哲學觀點出發，因對於「同理心」的不同理解，可展現出各自獨特的詮釋與側重。法國現象學研究結果指出，人類的感知與存在本質上是通過身體的直接體驗而實現的，此研究提出「所有意識都是知覺意識」（All consciousness is perceptual consciousness）的學說，強調人類必須透過身體的直接經驗，才能真正理解情境或事件，因此，此研究推論：將同理心視為一種身體化的體驗，認為我們對他人的理解並非透過抽象的理性推演，而是基於身體在世界中的直接參與與感知，同理心

由此成為一種根植於「身體 - 世界」互動的自然現象 [23]。MNS 能夠在觀察他人行為或情緒時活化與自身執行相同行為或情緒時相同的大腦區域，從而實現情感共鳴，這種神經機制正是上述研究所描述的「間主體性」的神經基礎，即我們通過身體直觀地「感知」和「分享」他人的意圖與情緒。

法國存在主義哲學研究則從存在主義的視角探討同理心，提出「存在先於本質」（Existence Precedes Essence）的重要假說，其認為同理心的發展常面臨內在的張力與矛盾，一方面，我們希望理解並接近他人；另一方面，自我與他人之間的本質分離使得他人的情感與經驗無法被完全共享，在此框架下，此研究進一步指出，負面情感的經歷，如孤獨、痛苦與焦慮，反而可能成為塑造同理心等正向情感的重要基礎，因為它們促使個體反思自身的存在，並進一步理解他人的處境與情緒 [23]。儘管 MNS 可以幫助個體迅速模擬並「感知」他人的情緒及行為，此種模擬並不等同於真正的共享，MNS 不僅對正向情感有反應，也能捕捉和模擬他人的痛苦及負面的情緒，例如感知他人的悲傷及痛苦表情時，相關腦區會被活化，這便提供了神經層面的證據支持這一觀點。

整體而言，神經科學與哲學共同揭示了同理心的複雜性：它既是一種自然的神經現象，也是一種需要倫理反思與存在體驗的心理活動，這種多層次的整合凸顯了同理心作為人類社會互動核心能力的重要性，其背後蘊含的哲學深意與科學基礎可為進一步探索人類情感與行為的關係提供了啟發。

二、具身認知的變化與人文關懷的實踐

具身認知（Embodied Cognition）或稱體化認知，是一個跨越哲學、神經科學、心理學及語言學等多領域的理論架構，其核心概念為「行為」[24]。行為被視為特定能力之身體神經系統與複雜環境間即時交互作用的結果。知識的源起於感官系統對外部環境的感知，而「身體的感受」則構成人類最基本的知覺基礎，個體不僅能感受到自身身體的存在，亦能透過自我意識控制身體的行為與感知，進而適應多變的外在環境 [25,26]。例如，當個體經歷「頭痛」時，身體可能感知到頭部的陣痛，而自我意識則將這種「無形（隱性）的頭痛」透過身體語言外顯，可能表現為皺眉、不耐煩或深嘆氣等行為，然而，若此「無形（隱性）的頭痛」發生於 PWD，可能加劇其精神行為症狀（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD），若 HCP 受二元思維的影響，僅將注意力集中於 PWD 的行為表現，則可能忽略其正在經歷的「無形（隱性）的頭痛」，HCP 可能將所有的行為歸因於 PWD 的 BPSD，而直接針對 BPSD 進行治療，並非解決引發行為的根本原因，如「無形（隱性）的頭痛」，由此可推論，PWD 在特定時空下所感知的疼痛與複雜感受，是難以被完全且具體地以科學實證方式呈現，這不僅挑戰了傳統以症狀為導向的診療模式，也強調了從具身認知觀點來理解個體內在的感受及行為的重要性。

認知並非獨立於身體而存在的現象，而是一個身體與感官系統彼此互動後生成的過程，人類與生俱來的身體特性，再加上其在人文歷史、社會文化、環境氛圍及教育素養等因素中的塑造，使得每個個體形成了獨特的心理概念與價值觀 [25,27]。在以人為中心的具身認知視角中，個體透過身體與外在世界進行互動，而這些互動所累積的生命經驗不僅成為認知的基礎，也被儲存在個體的身體、大腦及心智之中，隨著生命經驗的累積，個體會建立一套主觀性的系統，以因應曾經經歷過的事件，由此可見，認知是一個介於身體與靈性（精神）之間，隨著世界變化而動態調整的系統 [24,27]。舉例而言，儘管人性本善，但當個體突然面臨威脅其安全的攻擊時，其內在的防禦機制便會被啟動，促使個體採取應對行動，如回擊對方，這並非意味著個體失去了善良的本質，而是其行為在外在環境的動態影響下產生了調整與變化。因此可以推論，個體的感官所接收到的具身認知不僅可塑造情緒，亦可進一步影響身體的行為反應。心理層面所展現的情緒表徵，可視為一座「橋樑」，連結並統合個體的身體與靈性（精神）世界，展現出具身認知的複雜性與全貌。

三、心態與健康的交互作用

哈佛大學心理學教授 Ellen Langer 及其研究團隊針對接受手術病患的心理壓力進行的研究結果顯示，即使某些選擇並非重大決策，讓個體在特定情境中進行選擇，仍能顯著影響其心理層面，

並進一步增強自信心與冒險精神 [28]。此外，Langer（1976）的一項研究被視為社會心理學的經典之作，於研究中，研究者將室內植栽分配給兩組養老院的長者，讓實驗組按照自己的意願選擇如何照顧植栽，而對照組則遵循工作人員的指示進行植栽的養護，18 個月後，透過問卷與行為測量結果顯示，實驗組在警覺性與活躍度方面比對照組有顯著提升，並在研究過程中展現出更高的參與度與幸福感 [29]。由此推論，即便 PWD 因認知功能障礙而在決策能力及獨立生活能力上受到限制，仍可在有限的程度內賦予其自由選擇的權利。例如，允許 PWD 在日常生活的部分情境中根據自身偏好做出選擇，不僅有助於提升其生活參與度，還能強化其照護中的尊嚴感與主體性，對 PWD 的心理健康與整體福祉產生積極的正面影響。

研究者曾深耕於日間照顧中心，在實務經驗中觀察到，家屬對 PWD 在接送過程中的言語互動，對其情緒和行為具有顯著影響，當家屬以正向言語鼓勵 PWD 參與活動時，PWD 的情緒與行為相對穩定；相反，若家屬採取負向、命令式的語氣，則 PWD 在日間照顧中心表現出更明顯的情緒不安及行為問題，且其認知功能障礙的表現更為顯著，這些實務經驗與 Langer 的研究結果及理念相呼應。Langer 的研究揭示，人類的思維與行為往往受周遭環境中微小的「觸發刺激」影響，因此 Langer 提倡正念覺察（Mindfulness）的概念，也就是當個體有意識地關注細節並處於當下時，思想與身體重新整合，促使個體能對身體和行為產生更大的控制力，一切皆有可能改變 [28,29]。換言之，當 HCP 能敏銳地觀察和理解 PWD 情緒與行為的細微變化，並以正念的方式進行思考與行動，他們便能把握他人可能忽視的關鍵機會，為 PWD 提供更多具有關懷與尊嚴的照護，進一步提升 PWD 的生活品質與福祉感受。

醫學博士 Jeff Rediger 在其著作《Cured: The Power of Our Immune System and the Mind-Body Connection》中強調，健康與疾病的定義取決於個體的生命經驗與情緒狀態，他指出，當個體無法體驗或感受到其獨特性與尊嚴時，容易導致內在的痛苦，這是現代醫學模式常忽略的個體心理與靈性層次的需求，正如氫與氧的結合能生成水，人類的生理、心理與靈性也需要一種恆定的運作模式，才能實現真正的治癒，不僅是身體疾病的修復，還包括內在心理失衡的重建 [30]。由此可見，促進正念覺察與尊嚴感受的照護模式，不僅能有效應對 PWD 的情緒與行為挑戰，還能為個體帶來身、心、靈整體的療癒效益。

依據相關文獻 [10-12]，在心理層面，照護尊嚴應關注 PWD 的情感需求、個人價值感及自我認同，確保其在照護過程中仍能感受到被尊重與接納，以下幾項策略可幫助照顧者與 HCP 實踐失智症的照護尊嚴：

（一）尊重意願，參與決策：透過簡單、清楚的語言與 PWD 溝通，提供可選擇的方案，讓其在日常生活中保有決策權，如選擇今日穿著、餐點或想參與的活動，在能力範圍內鼓勵其表達想法與偏好，避免直接代為決定，以維持其自主性與自尊心。

（二）接納溝通，營造尊重：採用溫和的語調、耐心傾聽，並以正向、肯定的方式與 PWD 互動，例如使用其偏好的稱呼方式，避免過度嬰兒化語言。允許 PWD 表達焦慮、憂鬱或困惑等情緒，避免否定或忽視其感受，若 PWD 出現重複提問或記憶混亂，應以耐心與理解的態度回應，而非直接糾正，以減少其挫折感與自尊受損。

（三）維持價值，強化認同：鼓勵 PWD 參與力所能及的家庭、社區或機構的活動，如整理簡單家務、照顧植物或協助摺衣物，使其感受到自身仍具有貢獻價值。依其過去的職業或興趣，提供相關活動，如讓曾喜愛手工藝者進行創作，以強化其自我認同與生活意義。

（四）營造安全，熟悉環境：保持生活環境的穩定性，避免頻繁更換居住空間或 HCP，以減少 PWD 的不安與適應困難，並讓其在生活空間內擺放其熟悉的物品（如家人照片、過去的收藏品），以喚起正向記憶，增強歸屬感與心理安全感。

（五）滿足情感，促進互動：視 PWD 的接受度而定，提供適度的情感支持，如擁抱、握手、輕拍肩膀等身體接觸，並安排家人、朋友或志工定期探訪，協助維持人際關係，避免 PWD 感到孤立或被遺忘。

透過這些照護策略，照顧者與 HCP 不僅能減

輕 PWD 的焦慮與孤立感，也能提升其心理幸福感，使其在疾病歷程中仍能保有尊嚴與生活品質。

結論

將神經科學與人文照護結合，對於 PWD 的照護具有深遠意義，尤其在尊重個體的照護尊嚴層面上，這種結合提供了更全面且具有同理心的照護模式。神經科學提供了對大腦功能、神經迴路及其在疾病過程中所產生的影響及相關的研究結果，可讓 HCP 能夠根據 PWD 的神經狀態設計治療、干預策略與照護計畫，但 PWD 的照護絕不僅僅是生理層面的管理，人文照護強調對病人獨特性的尊重，並重視其個人歷程、文化背景與情感需求。在照護過程中，PWD 的照護尊嚴應得到充分尊重與維護，尊嚴不僅是對 PWD 過去生活經歷的尊重，更是對其在當前病程中的價值和獨立性的承認；這一點在 PWD 的照護中尤為重要，因為 PWD 的記憶喪失及認知功能衰退，常使得他們簡單地被視為「疾病的載體」，而忽視其作為獨立個體的需求。人文照護的核心理念是根據 PWD 的生活經驗與情感需求提供更具包容性和人性化的照護，進而減少 PWD 在面對疾病過程中的孤獨感與無助感。這樣的照護方式不僅關注病人的生理需求，更關心其心理、社會和情感的多重層面，進而為 PWD 提供更加全面和細緻的照護，保障他們在病程中的尊嚴。總之，神經科學與人文照護的結合，不僅有助於提升對 PWD 的全面理解，還能通過科學的處置和人性化的照護策略，改善 PWD 的身心健康狀態，並最終實現更有效的照護效果；在這一過程中，照護尊嚴的維護是核心，這不僅實現於 PWD 的生理健康上，更能在情感層面上表現出重視及尊重 PWD 本身的自我價值，讓每一位 PWD 在疾病過程中能感受到該有的尊嚴與關懷。

致謝

本文感謝 NSTC 國家科學及技術委員會「114WFDA910027 博士生研究獎學金」補助，在此致上最誠摯的謝意。

參考文獻

1.Sabates J, Chiu WH, Loi S, et al.: The associations between neuropsychiatric symptoms and cognition in people with dementia: a systematic review and meta-analysis. Neuropsychology Review 2024; 34(2): 581-597.
2. Buhr E, Welsch J, Shaukat MS: Value preference profiles and ethical compliance quantification: a new approach for ethics by design in technology-assisted dementia care. AI & SOCIETY 2024; 40(3): 1-17.
3. Lukkien DR, Stolwijk NE, Askari S, et al.: AI-assisted decision-making in long-term care: qualitative study on prerequisites for responsible innovation. JMIR nursing 2024; 7(1): 1-17.
4. Barroso HGM: Dilemmas and ethics of care: conserving and caring for the autonomy of the person with dementia. Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.) 2024; 53(3): 295-301.
5. Mentzou A, Sixsmith J, Ellis MP, et al.: Change in the psychological self in people living with dementia: a scoping review. Clinical Psychology Review 2023; 101: 1-41.
6. Lamptey RNL, Chaulagain B, Trivedi R, et al.: A review of the common neurodegenerative disorders: current therapeutic approaches and the potential role of nanotherapeutics. Int J Mol Sci 2022; 23(3): 1-18.
7. Shi M, Cheung G, Shahamiri SR: Speech and language processing with deep learning for dementia diagnosis: a systematic review. Psychiatry Research 2023; 329: 1-12.
8. Jeon YH, Krein L, O'Connor CMC, et al.: A systematic review of quality dementia clinical guidelines for the development of WHO's package of interventions for rehabilitation. Gerontologist 2023; 63(9): 1536-1555.
9. Toccaceli BM, Valletta M, Trebbastoni A, et al.: Sundowning in patients with dementia: identification, prevalence, and clinical correlates. Journal of Alzheimer's Disease 2023; 94(2): 601-610.
10. Huang YC, Lei RL, Lei RW, et al.: An exploratory study of dignity in dementia care. Nursing Ethics 2020; 27(2): 433-445.
11. Darlington N, Arthur A, Woodward M, et al.: A survey of the experience of living with dementia in a dementia-friendly community. Dementia 2021; 20(5): 1711-1722.
12. Möhler R, Calo S, Renom A, et al.: Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in long term care. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2023; 2023(3): 1-75.
13. Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, et al.: Premotor cortex and the recognition of motor actions. Brain Res Cogn Brain Res 1996; 3(2): 131-141.

14. Bonini L, Rotunno C, Arcuri E, et al.: Mirror neurons 30 years later: implications and applications. Trends in Cognitive Sciences 2022; 26(9): 767-781.
15. Bekkali S, Youssef GJ, Donaldson PH, et al.: Is the putative mirror neuron system associated with empathy? A systematic review and meta-analysis. Neuropsychol Rev 2021; 31(1): 14-57.
16. Rizzolatti G, Fogassi L: The mirror mechanism: recent findings and perspectives. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci 2014; 369(1644): 1-12.
17. Sadeghi S, Schmidt SNL, Mier D, et al.: Effective connectivity of the human mirror neuron system during social cognition. Soc Cogn Affect Neurosci 2022; 17(8): 732-743.
18. Wicker B, Keysers C, Plailly J, et al.: Both of us disgusted in my insula: the common neural basis of seeing and feeling disgust. Neuron 2003; 40(3): 655-664.
19. Meng F, Meng F, Cui Y, et al.: Neural mechanisms of social empathy in the anterior cingulate cortex. Advanced Neurology 2023; 2(1): 1-15.
20. Schurz M, Radua J, Tholen MG, et al.: Toward a hierarchical model of social cognition: a neuroimaging meta-analysis and integrative review of empathy and theory of mind. Psychological Bulletin 2021; 147(3): 293-327.
21. Giacomucci G, Galdo G, Polito C, et al.: Unravelling neural correlates of empathy deficits in subjective cognitive decline, mild cognitive impairment and alzheimer's disease. Behav Brain Res 2022; 428(113893): 1-12.
22. Rattanachayoto P, Tritanon O, Laothamatas J, et al.: Comparison of a mirror neuron system among elders with mild cognitive impairment, alzheimer's disease, and no disease. Thailand Web 2012: 81-84.
23. Morujão C, Leite Â: Perspective chapter: a phenomenological approach to empathy. IntechOpen 2024: 2-18.
24. Clark A: An embodied cognitive science? Trends Cogn Sci 1999; 3(9): 345-351.
25. Bhaise S: Embodied cognition and language comprehension. Journal of Language and Linguistic Studies 2020; 16(4): 2244-2252.
26. Mace WM: Ecological approach: perceiving what exists. Ethics and the Environment 2005; 10(2): 195-216.
27. Leitan ND, Chaffey L: Embodied cognition and its applications: a brief review. Sensoria: A Journal of Mind, Brain & Culture 2014; 10(1): 3-10.
28. Langer EJ, Janis IL, Wolfer JA: Reduction of psychological stress in surgical patients. Journal of Experimental Social Psychology 1975; 11(2): 155-165.
29. Langer EJ, Rodin J: The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: a field experiment in an institutional setting. J Pers Soc Psychol 1976; 34(2): 191-198.
30. Rediger J: Cured: the power of our immune system and the mind-body connection. UK, Penguin Books Ltd, 2020.

澄 清 醫 護 管 理 雜 誌
CHENG CHING MEDICAL JOURNAL
Review Article

Dignity-preserving Dementia Care: Integrating Neuroscientific and Humanistic Perspective

Ya-Chi Huang, Ruoh-Lih Lei, Dong-Chen Shieh
Department of Nursing, Hungkuang University

Abstract

With the gradual aging of populations worldwide, dementia poses severe challenges to individual lives, societies, and economies. Dementia is characterized by memory decline, cognitive impairment, and progressive weakening of the ability to perform activities of daily living. It also encompasses complex physiological, psychological, and social needs. Current treatment strategies primarily focus on symptom management and slowing disease progression, with little attention directed to the psychological needs, cultural backgrounds, and dignity-preserving care of dementia patients. In the current technological era, failing to strike a balance between technological applications and humanistic care may raise potential ethical concerns. The present study provides an in-depth analysis of the pathological characteristics and caregiving challenges associated with dementia, from a combined neuroscientific and humanistic perspective. At the physiological level, the pathological mechanisms, neurodegenerative characteristics, and diagnostic and evaluation methods for dementia were investigated. At the psychological level, the effects of mirror neuron degeneration on emotional understanding and expression, the influence of altered embodied cognition on humanistic care practices, and the interactions between mindset and health on the overall well-being of patients were elucidated. The enhancement of holistic care and ethical practice not only fosters dignity-preserving care environments but also drives innovations and improvements in dementia care models. (Cheng Ching Medical Journal 2025; 21(3): 54-62)

Keywords : Neuroscience, Humanism, Dementia, Dignity-preserving care

Received: December 2024; Accepted: February 2025