

# 女性失智症者的身體心像與尊嚴照護： 護理與社會學的雙重視角

黃雅祺<sup>1</sup>、魏其旆<sup>2</sup>、雷若莉<sup>3</sup>

弘光科技大學 護理系（所）<sup>1</sup>、桃園長庚紀念醫院 長庚失智症中心<sup>2</sup>、國立暨南國際大學 護理系<sup>3</sup>

## 摘要

國內研究中，針對女性失智症者的身體心像、其自我認同與尊嚴照護之間的關聯，仍缺乏系統性研究。阿茲海默氏症為最常見的失智症類型，呈現明顯性別差異，約三分之二個案為女性，而身體心像的變化被認為是影響女性失智症者尊嚴的因素之一；由於社會文化對女性外貌的期待較高，許多女性在罹病前已建立穩固的身體心像認同，隨著病程進展，身體變化及社會標籤可能導致自我價值感下降與負面自我評價，進而影響其尊嚴與心理福祉。當各專業僅從自身立場介入時，照護容易片段化，唯有透過跨專業整合與合作，從個案出發重新設計照護模式，才能落實以人為中心的全人照護，本文結合護理學與社會學的雙重視角，剖析女性失智症者身體心像的變化歷程及其對尊嚴照護的影響，並建議未來失智症照護應納入身體心像的敏感性評估，透過跨專業合作與尊嚴導向的長期策略，促進整體性照護，以提升女性失智症者的心理福祉與生活品質。（澄清醫護管理雜誌 2026；22（1）：32-40）

關鍵詞：女性、失智症、身體心像、尊嚴照護

## 前言

近年來，失智症研究逐漸關注「個體」、「自我」以及「具身認知」的議題 [1]，但對性別化主體性與身體經驗的探討仍然有限，現有文獻多著重於性別在照護角色上的差異，相較之下，對失智症者本身生活經驗的性別差異關注不足 [2]。在國內研究中，相關探討多集中於癌症個案 [3]、孕婦 [4] 與青少年 [5] 等特定族群的身體心像（Body Image），而針對女性失智症者的身體心像、其自我認同與尊嚴照護之間的關聯，仍缺乏系統性研究。

理論上，具身認知主要關注身體如何影響認知與情感功能，例如透過動作或感官參與維持記憶與情緒反應；而身體心像則強調個體如何感受自身身體變化，以及這些變化對自我認同與尊嚴感的影響 [1,2,6]。兩者焦點不同，但具有互補性，具身認知說明「身體還能做什麼」，身體心像則探討「個體如何看待自己」。

阿茲海默氏症為最常見的失智症類型，約三分之二個案為女性，女性罹病風險約為男性的 1.5 倍 [7]，此差異除可歸因於壽命較長、生物學因素（如荷爾蒙與基因易感性），亦與社會文化脈絡相關，包括性別角色期待與健康資源可及性 [6,7]。在當代社會中，外貌與青春象徵受到高度重視，醫學美容與抗老化文化盛行，使老化與身體變化常帶有負面意涵 [8,9]。對女性失智症者而言，隨病程進展，身體變化與社會標籤可能導致自我價值感下降與負面自我評價，進而影響尊嚴與心理福祉；相較

通訊作者：雷若莉

通訊地址：南投縣埔里鎮大學路 1 號

E-mail：r1lei@mail.ncnu.edu.tw

受理日期：2025 年 5 月；接受刊載：2025 年 9 月

之下，男性則更關注功能性喪失對自主性與自尊的影響 [2]。

因此，理解女性失智症者在認知退化歷程中身體心像的變化及其對自我認同與尊嚴的影響，具有重要學術與實務意涵。當各專業僅以自身領域立場介入時，易導致照護片段化，忽略個案經驗的整體性，故唯有透過跨專業整合與合作，從個案出發重新設計照護模式，才能真正實踐以人為中心的全人照護。因此本文結合護理學與社會學的雙重視角，旨在剖析女性失智症者身體心像的變化歷程，並探討其對尊嚴照護的影響。本文所稱的尊嚴照護 (Dignity Care)，是一種以維護與提升女性失智症者尊嚴為核心的整體照護理念，著重保障其價值感、自我認同、生活完整性及心理福祉 [10]。未來失智症照護應納入身體心像的敏感性評估，透過跨專業合作與尊嚴導向的長期照護策略，促進以人為中心的整體性照護，提升女性失智症者的心理福祉與生活品質。

## 護理學視角：身體心像對女性失智症者的影響

### 一、身體心像概念介紹

身體心像，亦稱身體意象，指個體對自身身體的整體感知，涵蓋對外觀、形態、功能，以及這些特徵在社會文化脈絡中所承載意義的主觀認識 [11,12]。此一概念不僅涉及對鏡中身體形態的知覺，亦包括個人對身體的感受、情緒反應與行為態度，並反映社會文化對身體價值的影響。身體心像是一種獨特且個體化的身體經驗，受生理、心理及社會文化因素交互形塑 [11-13]。美國心理學家 Paul Schilder 最早在 1935 年提出「身體心像」概念，認為其是心理與神經系統相互作用所構建的內在身體表徵，此後，該概念廣泛應用於心理學、護理學及社會學領域，並於 1975 年引入臺灣護理學界 [13]。身體心像與個體自我認同 (Sense of Identity) 密切相關，對女性失智症者而言，其身體心像的變化更涉及認知功能退化、社會刻板印象與照護經驗的交互影響，根據文獻 [12-14]，身體心像可進一步細分為以下四個層面：

(一) 知覺層面 (Perceptual Body Image)：失

智症可能影響個體對自身外貌與動作的感知，導致認知混亂。在實務照護中，部分個案可能會刻意「避開」鏡子，或在看到年輕時的照片時產生困惑，無法將照片中的形象與當前自我連結，某些時刻，這類的情境可能觸發個案的焦慮或不安，故照護人員需適時提供心理支持，藉溫和的引導與安撫，協助個案調適情緒，並維護其心理穩定與自尊感。

(二) 情感層面 (Affective Body Image)：隨著疾病進展，女性失智症者可能逐漸喪失對外貌與儀容的掌控，例如無法整理妝髮或自行選擇衣物，這可能引發羞恥感、憂鬱或焦慮，實務照護中，當個案無法自己整理儀容或選擇喜愛的衣服時，適當的協助與尊重其個人習慣有助於降低其負面情緒。

(三) 認知層面 (Cognitive Body Image)：受社會文化影響，女性通常高度關注自身外貌與身材，而失智症可能導致這種認知變得片段化或錯置，實務照護中，一些個案會困惑地詢問「為什麼我的手變得這麼皺？」或「這條裙子怎麼變小、穿不下了？」，這時照護者應以溫和的方式回應，避免直接對抗錯誤認知，以維護其心理穩定。

(四) 行為層面 (Behavioral Body Image)：身體心像的變化可能影響個案的行為表現，例如抗拒換衣、拒絕洗澡，或對身體接觸感到不安，這類情境在照護機構中特別常見，故照護者需透過建立信任關係、營造熟悉的環境來降低個案的抗拒感，如使用她熟悉的語言、讓她參與衣物選擇等，提高其接受度。

Price (1990) 提出的身體心像三層次模式與 Schilder 的理論相呼應，並在護理學、心理學及社會學領域具有廣泛影響，失智症會影響個體對身體的認知、情緒感受與社會互動，進而改變其身體心像的結構，故身體心像三層次模式適用於探討女性失智症者的自我認同變化與尊嚴照護，Price 認為，每個人的身體心像可分為以下三個層面 [15]：

1. 實際的身體 (The Actual Body)：個體對自身外貌、體型及身體功能的認知與評價，即身體心像作為表象 (Body Image as Representation)。
2. 理想的身體 (The Ideal Body)：個體對自身身體應當具備的形象與狀態的期待，即身體心像作為經

驗 (Body Image as Experience)。

3. 表現的身體 (The Presented Body)：個體如何透過服裝、儀態、化妝等方式向外界展現自身形象，即身體心像作為社會建構 (Body Image as Social Construction)。

許多照護機構為了提升效率，可能未充分考慮女性失智症者的個別需求，例如統一著裝或簡化儀容整理，這樣的做法或許會削弱個案對自身形象的掌控感，進而影響她們的自我認同與社會互動意願，在尊嚴照護中，應更為謹慎地平衡便利性與個案的個人化需求，較可維護她們的尊嚴與身體自主感 [16]。綜合而言，身體心像並非靜態概念，而是受個人經驗、情緒感受及社會文化脈絡交互影響的動態歷程，就女性失智症者來說，其身體心像的變化不僅關聯自尊與情緒穩定，亦可能影響照護過程中的護病關係及人際互動模式，故照護實踐中，應以尊嚴照護為核心，關注個案的身體認同需求，並透過適切的支持策略，促進其心理福祉與生活品質之維持。

## 二、身體心像對生理、心理和社會的影響

唯有透過身體，人類才能感知與表達自我，並與他人及世界互動，所有的知覺、思考與行動皆以身體為媒介得以實現，現今社會文化高度重視理性思考、自主決策與個人獨立性，當失智症導致記憶衰退、判斷力下降、日常生活能力受損及從職場或社交活動中退出，個案逐漸喪失這些社會認可的重要特質，就可能被視為「失去自我」或「不再獨立」，影響其自我認同與社會對待方式 [16,17]。與其他精神疾病相比，失智症往往承載更深層的污名，尤以病程後期最為嚴重，此時，個案的理性思維與自傳式記憶大幅流失，僅剩零星片段的言語與行為依稀映照過往的自我，其身體彷彿成為一座禁錮靈魂的空殼，使外界難以辨識其內在存有，亦進一步加深社會對失智症的誤解與疏離感 [18,19]。為更全面理解身體心像在失智症女性中的轉變，以下將從生理、心理與社會層面進行探討。

### (一) 身體心像對女性失智症生理層面的影響

1. 身體感知能力下降：失智症者的神經功能退化影響其身體知覺，包括視覺、觸覺與動作協調能力，這可能導致她們對自身外貌與姿態的認識變得模

糊，進而影響其身體心像 [8]。

2. 健康行為的變化：身體心像影響個體的健康選擇與生活習慣，但失智症者常因飲食記憶障礙而重複進食或拒絕進食 [19]。認知與執行功能的下降，使女性個案難以維持過往的健康行為，如均衡飲食、適量運動與個人衛生，若照護者忽視其身體心像需求，如缺乏適當的飲食提醒與管理，可能導致營養失衡、體重異常，進而影響整體健康。
3. 身體認知與疼痛感知：身體心像與疼痛耐受度密切相關，部分癌症個案或罕病個案可能因為負面的身體心像而加劇疼痛體驗 [3,13]。失智症者的疼痛表達與感知可能受到認知退化影響，但其身體心像仍可能影響疼痛經驗，例如，對身體變化感到焦慮的女性失智症，可能會因負面的身體心像而放大疼痛感受，或難以有效表達不適，進而影響照護品質。

### (二) 身體心像對女性失智症心理層面的影響

1. 自我認同的動搖：研究顯示，失智症者的記憶雖逐漸流失，但其感覺與知覺意識仍然保留 [18,20]，曾經熟悉的線條、身影與姿態或許變得模糊，甚至陌生，當理想的身體與表現的身體之間的界線逐漸消融，個體可能陷入困惑，彷彿失去了支撐自我認同的核心 [8,17]，對許多女性來說，這不單是記憶的流逝，更是對自身價值的動搖，這種變化不僅影響她們對外貌的認知，也滲透至日常生活細節，進一步重塑其身體感受、自尊與自我認同 [20,21]。
2. 焦慮與憂鬱的風險增加：身體心像的變化與負面情緒有高度相關，特別是在失智症早期階段，當個案仍具部分自知能力時，她們可能因意識到身體與認知能力的退化而產生焦慮或憂鬱 [20,21]。

### (三) 身體心像對女性失智症社會層面的影響

1. 社會標準與身體認同：傳統社會對女性外貌的期待可能加劇失智症者的身體心像壓力，尤其當她們無法符合「理想女性」的形象時 [9,21]，隨著記憶力下降，部分女性可能會忘記維護自身儀容的需求，若照護者未能關注並尊重其對外貌的需求，可能會讓她們感到被忽視，甚至喪失尊嚴。
2. 人際關係與社交互動：身體心像影響個體與他人的互動方式，對女性失智症者而言，身體變化可

能導致她們不願參與社交活動 [8,16,20]，例如不願意見老朋友或參加家庭聚會，因為她們擔心被評論或感到格格不入，就社會對失智症的刻板印象，便可能進一步邊緣化這些女性，使她們更加退縮。

若周圍的照護者以憐憫或負面態度對待失智症者，這些外部回饋將進一步侵蝕其身體心像，使個案逐漸依賴他人對自己的看法來認識自我，當個案所處的社會支持體系未能正向認可其身體價值時，這種否定性的社會回應會滲透到其自我概念中，進而損害其自尊並加劇心理困境 [14,16]。因此，在護理實踐及社會支持層面，尊嚴照護應著重協助女性失智症者維持其身體認同，減少由疾病進程引發的羞辱感與心理失落，具體措施如提供個人化的穿衣風格與梳理護理，確保個案的基本衛生，有助於維持其熟悉的身體形象，同時，在社會文化層面，應致力於減少對女性失智症者身體變化的污名化，並通過家庭與照護者的敏感度培養，強調理解與尊重個案主觀身體經驗，以維護其自尊與生活品質。

## 社會學視角：主我和客我對女性失智症者的影響

自我是一種社會產物，個體自我認知是透過對他人觀點的內化而逐漸形成 [22]，美國社會學家 Charles Horton Cooley 和 George Herbert Mead 都在自我及社會互動理論的發展上做出了重要貢獻，兩位學者雖然觀點各異，但皆強調社會互動在自我形成中的核心地位。Cooley 在 1902 年提出「鏡中自我」(Looking-Glass Self) 理論，主張自我是透過他人對自身反應的內化逐步構建，此理論強調他人的觀點與社會回饋在自我形象塑造中的重要性，具體包括他人如何看待自己、他人如何評價自己，以及對這些反應的情緒感受 [23]。Mead 則於 1934 年提出社會自我理論，透過「主我(I)」與「客我(Me)」的概念，揭示自我在社會互動中的動態生成過程，Mead 認為自我是透過角色扮演與社會經驗逐漸發展而來，尤其是在與他人互動的過程中逐步建立社會化的自我結構 [22]。在認知退化導致自我辨識受損的情境中，Cooley 與 Mead 的自我理論為理解女性失智症者的心理變化提供了重要視

角，以下針對兩位學者理論做更詳細的說明。

### 一、鏡中自我理論

Cooley 描述個體自我認知是透過與他人的互動逐步形成，強調個人自我並非在孤立狀態下自然發展，而是與社會環境的交互作用中不斷建構自身形象，本質上，人們就如同一面鏡子，反映著社會觀點，並在此過程中逐漸形成自我概念與認同 [23]，鏡中自我理論指出，自我概念的建構涉及三個主要階段 [23-25]：

1. 自我投射 (Self-Projection)：個體透過主觀想像來推測他人對自身外表、舉止、行為或性格的觀感，形成初步的社會鏡像。
2. 他者評價 (Perceived Evaluation)：在此階段，個體推測他人對自身表現的具體評價，如稱讚、批評或冷漠反應，進一步形塑自我意象。
3. 情感回應 (Emotional Response)：基於所想像的社會評價，個體產生如自豪、羞愧或沮喪等情緒反應，無論這些評價是否真實，都將深刻影響其自我認同與心理適應。

在自我概念建構的歷程中，他人對個體的看法與個體對自身的認知之間可能存在相互影響的關係，這可能源於個體透過社會互動來塑造並強化自身形象的過程。實證研究顯示，這一過程的運作模式符合合理性，並與其逆向機制一致，即個體逐漸學習以他人的眼光來審視自我 [26,27]。換言之，自我塑造的社會過程本質是圍繞主體間性展開，個體在社會互動中，透過想像他人對自身的看法，逐步建構自我意象，Cooley 指出，這種對他人回應的敏感性存在顯著的性別差異，在社會互動過程中，女性往往展現出較高的社會敏感性，更加關注自己的社會形象，並且傾向於進行更深層的反思與自我檢視，即便是成年女性，通常也比男性更依賴來自他人的直接支持與認可，相對而言，男性則傾向表現出較強的獨立性與自主權 [23,26,27]。

### 二、社會自我理論

Mead 在其社會自我理論中強調，自我是透過社會互動逐步建構的產物，而非與生俱來的特質，其認為，個體誕生時即擁有生理基礎，但自我的發展則依賴於社會經驗與活動過程，自我意識作為一種認知過程，唯有透過與他人的互動才能產生 [22]，

由此可見，個體透過他人的視角來審視自身，從而形塑自我認識。

Mead 進一步將自我區分為「主我 (I)」和「客我 (Me)」兩個維度，這兩者之間既具有區別，又統一於社會自我的整體中，「主我」代表內心真實的自我，不經過思考和社會規範的即時反應，充滿個人特色與創造性；「客我」承載社會對自我的期許與價值觀，代表社會化後的自我，是經過學習和內化規範而形成的形象 [22,28]。舉例來說，蘇女士，75 歲，患有中度阿茲海默氏症，記憶力與認知功能逐漸退化，在日間照顧中心時，她喜歡參與團體活動，當工作人員播放她年輕時最愛的老歌時，蘇女士忽然情不自禁地隨著旋律輕聲哼唱並拍手，這一刻，她的反應是自發且無意識的，不假思索地表達出對音樂的情感（主我），當其他長者都注視著蘇女士，對她的行為討論或讚美時，蘇女士突然停下來，並露出難為情的表情（客我）。

「主我」和「客我」兩者並非相互對立，而是在不斷互動過程塑造自我，共同構成個體在社會情境中展現的整合性自我 [28]，隨著失智症疾病的進展，個案的「客我」功能逐漸退化，使其在社會互動中難以適切地調整自身行為，而「主我」的自發反應則變得更加顯著，可能導致突發性或不合宜的行為，若在照護過程中能夠引導並激發「主我」的正向情感反應，不僅有助於提升個案的自我認同感，亦能穩定其情緒，使其在互動交流中感受到尊重與價值，以維護其身心福祉。

## 實務策略：跨域應用在女性失智症者的尊嚴照護

在女性失智症者的照護過程中，身體心像的改變與社會互動經驗密切交織，直接影響其自我認同與尊嚴感。隨著認知功能退化，個案可能逐漸喪失對鏡中影像或照片的辨識能力，甚至將其中人物視為陌生人，進而動搖自我認知的基礎，同時，病程進展亦導致行動能力、平衡感與精細動作受損，使個案感受到「身體不再受控」的無力感、羞恥感與失落感 [8,16,17]。本節將從護理學與社會學的雙重視角，探討如何透過尊嚴照護，協助個案重建正向的身體心像與自我價值，減少疾病帶來的羞辱感與

心理失落，並提升其生活品質與尊嚴感。

### 一、身體心像與自我認同的變化

身體現象學 (Embodied Phenomenology) 是一個哲學與質性研究框架，關注個體對身體存在、感受與意義的整體經驗；而身體心像則屬於心理學與臨床應用層面，著重於自我認同、身體滿意度及尊嚴感等具體經驗，具體而言，研究指出，身體不僅是物質性存在，更是個體身份與價值感的核心象徵 [2,6,17]。對女性失智症者而言，疾病所引發的身體掌控力下降，不僅影響外貌與動作協調，亦可能引發無助與羞愧感，而這些負面情緒往往源於他人對其身體變化的回應。在護理實務中，類似情境時有所見，且對個案的自我認同與心理健康造成深遠影響。從社會學角度，Cooley (1902) 的「鏡中自我」理論揭示，個體自我形象主要來自他人對其的回應與評價，這些社會回饋塑造了個體的情感反應與行為模式 [23]，同時，Mead (1934) 的「社會自我」理論則強調，自我是透過社會互動與角色扮演歷程中逐步發展而成 [22]，當個體因能力變化而無法履行既有社會角色時，易產生自我認同危機 [29]。這兩種理論相互補充，前者揭示了他者評價在自我形象建構中的影響，後者則強調社會角色變遷對自我認同的動態塑造，提供了理解女性失智症者心理歷程的完整框架。

### 二、案例分析：王女士的身體心像變化與社會認同歷程

王女士，過去曾任銀行業高層主管，60 歲退休，現年 68 歲，半年前被診斷為輕度失智症，由於家人白天需工作，她被送至日間照顧中心，儘管身體功能尚維持良好，記憶力卻顯著退化，並在社交場合中表現出焦慮與退縮，護理師透過單獨會談耐心傾聽與引導表達，發現王女士經常感到被家人忽視或誤解，並對自身記憶力下降與掌控力喪失感到沮喪，她擔心在社交中「出糗」或「丟面子」，因而出現自卑與逃避行為。

依據 Cooley 的「鏡中自我」理論，王女士的自我形象深受家人與他人的反應影響，當她因記憶力減退無法清楚表達時，家人偶爾流露的憐憫或不耐煩成為她內心的鏡面，使她逐步內化「無用」或「無價值」的負面自我概念，最終強化自我懷疑與退縮

行為，這種負向循環不僅削弱了其社會角色認同，也可能加速自我認同的崩解。另一方面，根據 Mead 的「社會自我」理論，王女士的社會角色認同正在轉變，過去她作為銀行高層主管，內化了「專業」、「有能力」、「具判斷力」的角色特質，然而，隨著失智症退化，她逐漸被視為「需要照顧」、「缺乏能力」的人，與既有「客我」形象產生強烈衝突，引發角色失落感與心理困境，面對社會期待與個人能力落差，她的「主我」難以及時表達，在過往自我認同與當前無力感之間掙扎，進一步削弱社交動機與自我效能感。

### 三、尊嚴照護的實務介入策略

為了改善王女士的身體心像與尊嚴感受，照護實務中可採取以下策略以減輕其心理壓力並促進正向社會互動 [1]：

1. 建立支持性的社交小組：安排手工藝、懷舊分享或輕度體能活動，使王女士能在安全情境下參與互動，逐步建立正向社交經驗。
2. 正向回饋與角色賦能：在活動中適時給予肯定，如讚美作品或表揚表達勇氣，並賦予「小組協助者」等積極角色，以增強自我效能感。
3. 提升照護人員的識能：加強失智症培訓，使照護人員理解個案心理變化，避免無意中流露憐憫或負面評價，改以支持性對話取代批判或指責。

透過這些策略，日間照顧中心能在心理與社會層面提供整合性支持，協助王女士逐步重建自我價值、尊嚴感受與社會認同，進而提升其社會互動品質，減少自卑與退縮行為。

### 四、跨域整合：實踐以人為中心的尊嚴照護

綜合護理學與社會學的雙重視角，透過專業介入個案生理與心理變化，並結合對社會互動與文化脈絡的理解，照護者能夠設計出更具支持性與包容性的照護活動，此種跨域整合不僅有助於減緩女性失智症者在病程中因身體變化而產生的羞辱與失落，也能協助其在認知退化中持續維持正向的身體心像與自我價值，最終落實以人為中心的尊嚴照護理念。

## 結論

本篇論述聚焦於女性失智症者在認知退化過程

中所經歷的身體心像變化，並探討其對自我認同與尊嚴感受的影響，相較於現有文獻多集中於乳癌、懷孕或青少年外觀等特定族群，女性失智症者的身體心像議題長期被忽視，形成重要的學術缺口，透過整合護理學與社會學雙重視角，本文不僅補足了現有知識體系的不足，更強調身體經驗、社會互動與文化脈絡在尊嚴照護中的交互作用，此外，本文提出以人為中心、跨專業整合的尊嚴照護理念，為失智症長期照護領域提供新的實務策略與理論依據，期望能深化臨床工作者對女性失智症者獨特需求的理解，並促進更具包容性與文化敏感度的照護實踐。

儘管認知功能逐步下降，失智症者仍保有部分自我，而這些存留的自我有助於維持其基本的應對能力 [16,20]。在女性失智症者的尊嚴照護中，即使個案的記憶與語言能力隨病程進展而退化，導致對自身身份的敘述變得模糊，她們仍能從照護者的言行舉止中感知自身的價值 [29]，因此，照護者的態度與互動方式，對女性失智症者的自尊與自我認同具有直接而深遠的影響。當照護環境能持續提供積極且尊重的社會回饋，例如以個案姓名稱呼、耐心傾聽其表達並鼓勵溝通，即可透過鏡中自我機制，協助個案維持主體性與價值感。相反地，若個案經常遭遇忽視、過度控制或負面評價，則易造成自我認同的弱化，引發焦慮、抑鬱或社會退縮等心理困擾。

護理學作為一門整合生理、心理與社會層面的應用科學，在尊嚴照護中扮演關鍵角色。透過護理專業的介入，例如協助維持個案儀容、提供舒適且美觀的服飾選擇、以及以輕觸方式傳達支持與關懷，可有效強化個案的身體感知與自尊感。同時，從社會學的視角出發，則強調照護者應關注社會互動與文化脈絡對個案自我認同的影響，並透過尊重、耐心與積極肯定的社會回饋，減少外界負面標籤對個案心理福祉所帶來的二次傷害。整合護理與社會學觀點，有助於在失智症照護中更全面地支持女性個案的自我認同與尊嚴維護。本文強調，護理學與社會學的整合性應用，能為女性失智症者設計出更具支持性與包容性的尊嚴照護策略，促進其身心整合與生活品質提升。然而，女性在社會角色中

的核心身份，如母親、配偶或職業角色，隨著記憶功能與生活能力退化，可能出現自我認同與社會角色的斷裂，進一步影響尊嚴感受與心理福祉，因此未來研究可進一步探討女性失智症者在角色功能退化過程中，如何建構與維持自我認同，以及社會互動與照護策略對角色連續性與尊嚴維護的作用。臨床實務方面，應持續推動跨專業協作，從個案經驗出發，形塑以人為中心、兼顧文化敏感度的長期照護模式，使女性失智症者即使在認知退化過程中，仍能保有正向的身體心像、自我價值與社會連結，實現真正的全人照護目標。

## 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. Torossian MR: The dignity of older individuals with Alzheimer's disease and related dementias: a scoping review. *Dementia* 2021; 20(8): 2891-2915.
2. Sandberg LJ: Dementia and the gender trouble?: Theorising dementia, gendered subjectivity and embodiment. *Journal of Aging Studies* 2018; 45: 25-31.
3. 潘宋瑜、葉惠玲、歐軒如：照顧一位乳癌個案接受手術後傷口感染個案之護理經驗。志為護理-慈濟護理雜誌 2024；23（6）：110-118。
4. 林芸萱：懷孕婦女的身體意象之概念分析。台灣專科護理師學刊 2016；2（1）：72-80。
5. 唐緯育、洪嘉欣：見賢思齊和與時俱進：檢驗向上社會比較對象相似度與時序比較對青少年身體意象之效果。正向心理：諮商與教育 2024；（3）：27-46。
6. Subramaniapillai S, Almey A, Rajah MN, et al.: Sex and gender differences in cognitive and brain reserve: implications for Alzheimer's disease in women. *Frontiers in Neuroendocrinology* 2021; 60: 1-16.
7. Andrew MK, Tierney MC: The puzzle of sex, gender and Alzheimer's disease: why are women more often affected than men? *Women's Health* 2018; 14: 1-8.
8. Scott H: The changing self: the impact of dementia on the personal and social identity of women (findings from the improving the experience of dementia and enhancing active life programme). *Dementia* 2022; 21(2): 503-518.
9. Twigg J, Buse CE: Dress, dementia and the embodiment of identity. *Dementia* 2013; 12(3): 326-336.
10. Söderman A, Hälleberg Nyman M, Werkander Harstäde C, et al.: Grasping a new approach to older persons' dignity: a process evaluation of the Swedish Dignity Care Intervention in municipal palliative care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2024; 38(2): 496-511.
11. Paillard J: Body Schema and body image-a double dissociation. *Motor Control, Today and Tomorrow* 1999; 197: 1-18.
12. Vallar G: Body schema and body image as internal representations of the body, and their disorders. An historical review. *Journal of Neuropsychology* 2025; 19: 8-25.
13. 陳淑齡、余玉眉：身體意象與臨床護理之應用。護理雜誌 2019；66（5）：7-13。
14. Di Sante J, Knäuper B: Gender differences in the association between body shame and binge eating: body image flexibility as a moderator in women. *Appetite* 2024; 203: 1-9.
15. Price B: A model for body image care. *Journal of Advanced Nursing* 1990; 15(5): 585-593.
16. 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: 1-16.
17. Fuchs T: Embodiment and personal identity in dementia. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2020; 23(4): 665-676.
18. Norberg A: Sense of self among persons with advanced dementia. *Exon Publications* 2019: 205-221.
19. Sabat SR, Warren A: Exploring why "memory loss" is a misleading descriptor of people living with dementia and can lead to dysfunctional care. *Dementia* 2023; 22(8): 1819-1832.
20. Eriksen S, Engedal K, Grov EK: Lifeworld perspectives of people with dementia: a meta-aggregation of qualitative studies. *BMC Geriatrics* 2022; 22(1): 1-8.

21. Clare L, Martyr A, Morris RG, et al.: Discontinuity in the subjective experience of self among people with mild-to-moderate dementia is associated with poorer psychological health: findings from the IDEAL cohort. *Journal of Alzheimer's Disease* 2020; 77(1): 127-138.
22. Mead GH: *Mind, self, and society from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press, 1934.
23. Cooley CH: *The looking-glass self. The production of reality: essays and readings on social interaction* 1902; 6(1902): 126-128.
24. Tice DM: Self-concept change and self-presentation: the looking glass self is also a magnifying glass. *Journal of Personality and Social Psychology* 1992; 63(3): 1-17.
25. Waters T: Of looking glasses, mirror neurons, culture, and meaning. *Perspectives on Science* 2014; 22(4): 616-649.
26. Rahim EA: Marginalized through the 'Looking Glass Self'. *The development of stereotypes and labeling. Journal of International Academic Research* 2010; 10(1): 9-19.
27. Yeung KT, Martin JL: The looking glass self: an empirical test and elaboration. *Social Forces* 2003; 81(3): 843-879.
28. Lorenzo B, Santarelli M: The social character of the unconscious. A cross reading between GH Mead and CG Jung. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 2024; 54: 571-590.
29. Zahavi D, Zelinsky D: Experience, subjectivity, selfhood: beyond a meadian sociology of the self. *Journal for the Theory of Social Behaviour* 2024; 54(1): 36-51.

# Body Image and Dignity Care for Women with Dementia: Nursing and Sociological Perspectives

Ya-Chi Huang<sup>1</sup>, Chi-Pei Wei<sup>2</sup>, Ruoh-Lih Lei<sup>3</sup>

Department of Nursing, Hungkuang University<sup>1</sup>;

Chang Gung Dementia Center, Taoyuan Chang Gung Memorial Hospital<sup>2</sup>;

Department of Nursing, College of Nursing and Health Welfare, National Chi Nan University<sup>3</sup>

## Abstract

To the best of our knowledge, no systematic research has been conducted yet on the relationship between body image, self-identity, and dignity in care among women with dementia in Taiwan. A marked gender disparity exists among patients with Alzheimer's disease, the most prevalent form of dementia, with approximately two-thirds of patients being women. Body image alterations are considered major dignity-affecting factors in female patients with dementia. Due to societal and cultural expectations around the physical appearance of women, several women have developed a stable sense of body image and identity prior to the dementia onset. With the progression of dementia, physical changes and social stigma could lead to diminished self-worth and negative self-evaluation, thereby adversely affecting dignity and psychological well-being. When professionals intervene solely from their own disciplinary perspectives, care often becomes fragmented. Person-centered holistic care could be practiced only through interdisciplinary integration and collaboration with patient-centered design of care models. This study combines nursing and sociological perspectives to analyze body image evolution in women with dementia and its implications in dignity in care. We recommend that future dementia care should incorporate body image sensitivity assessments and implement long-term dignity-centered care strategies through interdisciplinary collaboration, aiming at improving the psychological well-being and quality of life of women with dementia. (Cheng Ching Medical Journal 2026; 22(1): 32-40)

**Keywords :** *Women, Dementia, Body image, Dignity care*

Received: May 2025; Accepted: September 2025