

超高齡社會高齡失智症者的 靈性健康、需求評估與照護

郭文正

壹、引言

在二十一世紀全球人口快速高齡化的浪潮中，失智症已然成為最具挑戰性的公共衛生議題之一（衛生福利部，2025年12月11日）。世界衛生組織（World Health Organization, WHO）指出失智症主要影響個人之記憶、認知能力及行為，進而嚴重妨礙日常生活，它由影響大腦的各種疾病和損傷引起，是幾種進行性疾病之總稱；最常見的失智症類型為阿茲海默氏病，約占有病例的60–70%（WHO, 2025）。失智症不僅剝奪個體的認知功能，更深刻影響其自我認同、人際關係、生命意義的建構與靈性健康。然而，當代失智症者照護體系過度聚焦於生物醫學模式，往往忽略作為完整個體的靈性需求。這種照護取向不僅無法回應失智症者內在的存在性焦慮與意義追尋，更可能加劇其靈性痛苦與孤立感。靈性健康作為人類存在的核心維

度，涵蓋個體對生命意義、自我價值、人際連結與超越性的追尋，這些需求並不因認知功能的衰退而消失。相反地，面對失智症帶來的失落與不確定性，靈性照護往往成為患者與照顧者重要的心理支持與因應機制（Toivonen et al., 2023）。

臺灣作為亞洲高齡化速度最快的國家之一，失智症者人口持續攀升，長期照顧體系面臨前所未有的壓力。儘管政府推動長照2.0乃至長照3.0政策，擴大服務涵蓋面與資源投入，但在實務運作中，高齡者的靈性照護仍處於邊緣位置。照護人員普遍缺乏靈性評估的知識與技能，服務提供者對靈性需求的理解往往侷限於宗教活動，忽略了靈性健康更廣泛的存在性意涵。緣此，本文將透過系統性回顧國際文獻，深入探究高齡失智症者的靈性健康本質、需求評估方法與照顧實踐；並試著結合臺灣本土脈絡，提出具文化適應性的靈性照護框架。期望能為臺灣失智症者照護

實務與政策發展提供方向，促進身心靈全人照顧模式的落實。

貳、臺灣的高齡失智症者現況、福利服務與靈性照護服務的不足

臺灣自1993年邁入高齡化社會，2018年轉為高齡社會，2025年已進入超高齡社會，人口結構的快速老化使失智症成為不容忽視的公共衛生挑戰。2023年65歲以上老人失智症盛行率為7.99%，推估2031年65歲以上失智症者人口數將逾47萬人、65歲以上失智症盛行率將達8.34%（衛生福利部，2025年12月11日）。

2007年起政府陸續推動長期照顧十年計畫1.0、2017年長期照顧計畫2.0、2026年長期照顧計畫3.0，計畫2.0的精神強調「以人為本」（黃龍冠、楊培珊，2021；衛生福利部，2025年12月31日），計畫3.0則以「健康老化、在地安老、安寧善終」為願景，主軸以打造醫照整合之連續性服務為實行核心（衛生福利部，2025年12月11日）；其中更將失智症防治照護政策綱領3.0列入計畫第五章中。然而，在政策理想與實務運作之間，仍存在顯著落差：一來，長照政策由「以人為本、在地老化與多元連續服務」的理念轉變為「健康老化、在地安老、安寧善終」，重視個人差異與個別性需求的「以人為本」精神

被健康醫療概念所替代；二來，實務服務提供仍高度依賴標準化的評估量表與給付項目，缺乏對個別生命故事、文化背景與價值信念的深度理解。這種工具理性主導的服務邏輯，往往將失智症者化約為需要被管理的「問題」，而非具有獨特生命經驗與靈性需求的完整個體。照護計畫的擬定多聚焦於功能維持與行為管理（黃立楷、胡朝榮，2023），對於失智症者的情感需求、關係連結與生命意義的追尋，則缺乏系統性的評估與回應機制。三來，取得身心障礙鑑定更需要面臨通過層層規制的困難（趙曉芳等人，2021），而當失智症者被定位為「病人」，進入醫療系統時，其主體性與個別差異往往被忽視，照護服務則傾向於提供標準化的醫療處置與行為管理技術。

全人的健康是包含身心靈社會等層面。但在實務運作中，靈性照護服務顯有不足。此現象源於多重因素的交織。首先，照護人員對靈性健康的理解普遍不足，往往將靈性等同於宗教信仰，認為靈性照護就是安排宗教活動或聯繫宗教人士，而忽略了靈性健康更廣泛的存在性意涵，包括生命意義的追尋、自我價值的肯定、人際連結的維繫與超越性體驗的渴望（Luijnenburg, 2023）。

其次，照護體系缺乏靈性評估的標準化工具與操作指引。現行的照護評估多聚焦於身體功能、認知狀態與行為症

狀，對於失智症者的靈性需求、信念系統與因應資源，則缺乏系統性的探詢。即使部分照護人員意識到靈性照護的重要性，也往往因為缺乏具體的評估方法與介入策略，而不知如何著手。這種評估工具的缺乏，不僅反映出靈性照護在專業訓練中的邊緣化，也凸顯出實證研究基礎的薄弱（Camacho-Montaña et al., 2021）。

第三，照護文化中存在對靈性議題的迴避傾向。在世俗化的醫療照護體系中，靈性與宗教議題往往被視為私人領域，不宜由專業人員主動觸及。照護者擔心討論靈性議題可能冒犯服務對象，或被視為傳教行為，因而採取迴避態度。這種文化禁忌，使得失智症者的靈性需求難以被看見與回應。然而，研究顯示，多數失智症者與家屬期待照護者能關注其靈性需求，並認為靈性支持有助於因應疾病帶來的挑戰（Toivonen et al., 2018）。

靈性健康照顧在服務中的缺席，對失智症者造成深遠的負面影響。Giles（2024）表示失智症者仍保有情感反應、關係連結與靈性體驗的能力，他們透過非語言的方式表達痛苦、渴望與安慰的需求，但這些微妙的訊息往往被照護者忽略或誤解。Ødbehr等人（2017）指出未被滿足的靈性需求可能導致靈性痛苦（spiritual distress），表現為絕望感、無意義感、孤立感與存在性焦慮，這些心理狀態不僅降低生活品質，也可能加劇行為

精神症狀，增加照護困難度。相反地，當失智症者的靈性需求獲得適切回應，能增強其內在力量、維持希望感、促進關係連結，並提升整體福祉感。因此，靈性照護不應被視為可有可無的附加服務，而是全人照顧不可或缺的核心要素。

參、高齡失智症者的靈性健康與核心指標

靈性健康的概念在過去數十年經歷了重要的典範轉移，從傳統上與宗教信仰緊密連結的狹義理解，逐漸擴展為涵蓋存在性意義追尋的廣義概念。這種轉向不僅反映出世俗化社會中宗教參與的式微，更重要的是，它回應了人類經驗的多元性與複雜性，承認靈性作為普遍人性需求的本質，而非特定宗教傳統的專屬領域。Edward等人（2019）表示「靈性是一種普遍的人類現象，涉及尋求生命的意義、目標、連結與超越的歷程」，具有跨文化與非宗教的特性，其有五個核心構面：意義（meaning）、信念與價值（beliefs and values）、連結（connection）、超越（transcendence）、靈性實踐（spiritual practices）。孫效智（2025）統整過往文獻後指出靈性健康是在生命不同時期持續與人的內在（我）、人際（人）、環境（物）與超越（天）等四個關係向度整合以達到自我實現與自我超越的動態歷程，

並呈現平衡與和諧的安適狀態現象。

靈性健康作為多面向的建構，涵蓋多個相互關聯的指標。這些指標不僅有助於評估失智症者的靈性狀態，也為靈性照護提供具體的介入目標。根據過往文獻與實務研究，本文歸納出六個與高齡失智症者靈性健康相關性較高的指標：（一）意義與目的；（二）自我價值與尊嚴；（三）連結與歸屬；（四）希望與超越；（五）和平與接納；（六）靈性痛苦的緩解。

一、意義與目的

意義與目的是靈性健康的核心指標。失智症者面臨認知衰退與角色喪失，往往經驗生命意義的威脅。靈性健康的失智症者能在當下經驗中找到意義，透過關係互動、創造性活動或回憶過往成就，維持生命的目的感。研究顯示，協助失智症者參與有意義的活動、肯定其過往貢獻、創造被需要的機會，有助於提升其意義感（Haufe et al., 2024）。

二、自我價值與尊嚴

自我價值與尊嚴涉及失智症者對自身價值的肯定。失智症的污名化與依賴性增加，往往損害患者的自尊與尊嚴感。靈性健康的失智症者能維持正向的自我概念，感受到自己仍是有價值的個體，值得被尊重與關愛。照護實務應避免嬰兒化（infantilization）服務，並尊重失智症者

的自主選擇、肯定其獨特性與貢獻，以維護其尊嚴（Friedrich et al., 2021）。

三、連結與歸屬

連結與歸屬反映靈性的關係性本質。失智症者需要感受到與家人、朋友、社群與超越性的連結，這種連結感提供安全感、歸屬感與身份認同。靈性健康的失智症者能維持重要關係的品質，感受到被愛、被接納與被重視。照護實務應促進失智症者與重要他人的互動、支持其參與社群活動、創造靈性連結的機會（如宗教儀式、自然接觸）（Ødbehr et al., 2017）。

對高齡失智症者來說，失智症帶來的認知衰退、自我認同威脅與社會角色喪失，引發深刻的存在性危機。患者面臨「我是誰？」「我的生命還有價值嗎？」「我與他人的連結是否仍然存在？」等根本性問題，即使認知功能嚴重衰退，仍保有對意義、連結與超越的渴望，這些靈性需求並不因語言能力的喪失而消失，而是透過情感表達、身體姿態與關係互動等非語言方式呈現（Luijnenburg, 2023）。換言之，自我並非等同於認知功能，自我是一種關係性的存在，失智症者透過與他人的互動、情感的共鳴與當下經驗的參與，持續建構其存在意義，即使心智混亂，靈性並未混亂（Friedrich et al., 2021）。因此，維繫失智症者與重要他人的連結、促進其社會參與、創造有意義的互動機會，

是靈性健康照顧的核心任務（Jackson et al., 2022）。

四、希望與超越

希望與超越是面對困境時的靈性資源與靈性實踐。失智症帶來的失落與不確定性，容易導致絕望感。靈性健康的失智症者能維持對未來的希望，相信生命仍有可能性，或能超越當下的苦難，從更高的視角理解其處境。希望不必然是對疾病治癒的期待，而可以是對當下生活品質的期許、對關係維繫的信心，或對死後生命的信念。靈性照護應支持失智症者表達恐懼與憂慮，同時強化其希望感與超越能力（Wu et al., 2016）。

五、和平與接納

和平與接納反映內在的靈性狀態，更是重要的靈性實踐行動。失智症者可能經驗焦慮、恐懼、憤怒或罪疚等負面情緒，這些情緒往往源於對疾病的抗拒、對過往的遺憾或對未來的恐懼。靈性健康的失智症者能逐漸接納其處境，與過往和解，經驗內在的平靜與安寧。這種接納不是消極的放棄，而是積極的心理調適與靈性成長。靈性照護應提供安全的空間讓失智症者表達情緒、處理未竟事務、尋求寬恕與和解（Shehadeh et al., 2025）。

六、靈性痛苦的緩解

靈性痛苦的緩解是靈性健康的重要指標。靈性痛苦表現為絕望感、無意義感、孤立感、罪疚感或存在性焦慮，這些痛苦不僅降低生活品質，也可能加劇行為精神症狀。靈性健康的失智症者能獲得適切的靈性支持，緩解靈性痛苦，經驗慰藉與安慰。照護者需要敏感於靈性痛苦的徵兆（如反覆詢問存在性問題、表達絕望或被遺棄感、拒絕參與活動），並提供及時的靈性介入（Giles, 2024）。

肆、高齡失智症者的靈性需求評估

靈性需求評估是提供適切靈性照護的基礎，然而對失智症者而言，傳統的評估方法面臨重大挑戰。失智症導致的語言能力衰退、抽象思考困難與記憶障礙，使得依賴語言表達與自我報告的評估工具難以適用。因此，失智症的靈性需求評估需要從「詢問」轉向「觀察」，從「語言」轉向「非語言」，從「標準化」轉向「個別化」，從「一次性評估」轉向「持續性理解」。並透過照護者以真誠、溫暖與尊重的態度等日常持續性的互動建立信任關係，如此，失智症者將更願意表達靈性需求（Toivonen et al., 2018）。實務上可運用的方法有下列方式：

一、採用觀察進行評估

首先，觀察是失智症靈性需求評估的核心方法，觀察可聚焦在日常生活、靈性或信仰儀式、特殊物品或音樂、關係互動等面向上。照護者需要敏感於失智症者的日常生活的非語言線索，包括面部表情、身體姿態、情緒反應與行為模式。失智症者即使無法語言表達，仍會透過面部表情（如微笑、平靜、淚水）、身體姿態（如放鬆、緊張、趨近或迴避）、情緒反應（如喜悅、安慰、焦慮）來表達其靈性經驗（Pirhonen et al., 2023）。而透過觀察失智症者在信仰或靈性儀式中的身體參與、情緒反應與事後的平靜感，可以評估儀式對其靈性福祉的意義（Pirhonen et al., 2023）。

二、採用靈性媒介物品來評估

此外，Luijnenburg（2023）表示靈性需求評估可透過邀請失智症者或其家屬帶來代表和平、安全或幸福感的物品，透過物品的選擇與互動，來理解其靈性需求。這些物品可能是宗教物品（如十字架、佛珠）、家庭照片、自然物件（如石頭、植物）或個人紀念品。物品作為具體的媒介，降低了抽象思考的要求，讓失智症者能透過觸覺、視覺與情感連結，表達其靈性經驗。這種方法特別適合中度失智症者，能引發回憶、情感共鳴與意義建構。

三、以重要他人的互動品質來評估

最後，照護者透過觀察失智症者與家人、朋友、照護者的互動品質，可以評估其連結感、歸屬感與被愛的需求。例如，失智症者在特定人物出現時的情緒變化、對身體接觸（如擁抱、握手）的反應、對分離的焦慮，都反映其關係性靈性需求。

四、以生命史與文化背景性評估

理解失智症者的生命史與文化背景與持續性評估是靈性需求評估的重要基礎。每個人的靈性需求深受其生命經驗、文化傳統、宗教信仰與價值觀的形塑。照護者需要透過與失智症者及其家屬的對話，了解其過往生命史中的靈性實踐、重要的生命事件、信仰系統與因應資源；並了解其失智病程變化下的靈性需求轉換，早期失智症者通常較關注自我認同的維持與未來的不確定性，中期失智症者可能需要關係連結的維繫與當下經驗的意義，晚期失智症者可能渴望安慰、接納與和平（Toivonen et al., 2023）。當失智症者無法直接表達時，照護者可透過訪談家屬，了解失智症者過往的靈性實踐、信仰系統、重要的生命事件與價值觀，以及當前可能的靈性需求。然而，家屬訪談需要謹慎詮釋，因為家屬的觀點可能受其自身信仰與期待的影響，不必然完全代表失智症者當前的需求。理想的評估應整合家屬訪談與對失智症者的直接觀察。

五、參酌國際上靈性評估工具

在進行評估時，照護者可參酌國際上已發展出多種靈性評估工具，但需要留意本土文化的適用性並謹慎使用。目前國際常見的質性靈性評估工具有FICA靈性史評估工具與HOPE問卷。FICA靈性史評估工具由Puchalski發展，不預設特定宗教立場，適用於多元文化背景（Puchalski, 2021）。FICA是四個評估面向的縮寫：Faith（信仰與信念）、Importance（靈性在生活中的重要性）、Community（靈性社群的支持）、Address（如何在照護中回應靈性需求）。這個工具透過開放式問題引導，協助照護者探詢個案的靈性背景與需求，例如：「您有信仰或信念幫助您度過困難時刻嗎？」「靈性或宗教在您的生活中重要嗎？」「您有參與靈性或宗教社群嗎？」「您希望我們如何在照護中支持您的靈性需求？」…等（Puchalski, 2021）。

HOPE問卷包含四個面向：Hope（希望、意義與安慰的來源）、Organized religion（組織化宗教的參與）、Personal spirituality（個人靈性實踐）、Effects（靈性對醫療照護的影響），由Anandarajah與Hight發展（Anandarajah & Hight, 2001）。HOPE問卷強調探詢個案的靈性資源與因應策略，例如：「什麼給您希望與力量？」「您參與宗教或靈性社群嗎？」「您有個人的靈性實踐嗎？」「您

的信仰如何影響您對照護的決定？」等（Anandarajah & Hight, 2001）。

量化評估工具常見的有兩個：（一）靈性健康量表（Spiritual Well-Being Scale, SWBS）由Paloutzian與Ellison發展，包含20個題項，分為宗教福祉（與神或超越性的關係）與存在性福祉（生命意義與目的）兩個分量表（Paloutzian & Ellison, 1991）。SWBS已進行過跨文化研究，有量化評估靈性福祉的程度的優點（Sharif-Nia, et al., 2023）。（二）靈性與宗教態度量表（Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness, SpREUK）是專為疾病情境發展的靈性評估工具，包含信任、反思與尋求等面向，已在阿茲海默症患者中進行驗證，顯示可接受的信效度（Pereira et al., 2020）。

Britt等人（2022）系統性評估了失智症研究中使用的宗教與靈性測量工具，提醒目前這些工具缺乏在失智症族群中的信效度驗證，且多數工具假設個案具備語言表達能力，對中重度失智症者不適用。筆者認為這些國際主流工具可為靈性評估提供參考，但在臺灣脈絡下使用時，需要考量文化適應性、語言翻譯的信效度，以及失智症者的特殊需求。且照護者應以開放、尊重的態度，進入失智症者的靈性世界，不應被機械化使用評估工具。

臺灣作為多元文化社會，融合了漢人傳統文化、佛教、道教、民間信仰、原住

民文化……等多重文化元素，故此，評估不同文化背景的失智症者時，應理解在地文化脈絡中靈性的獨特意涵。例如，漢人文化中的靈性觀強調天人合一、陰陽調和與祖先崇拜。故此背景的失智症者可能透過參與祭祖儀式、接觸自然環境、維持家族角色，滿足其靈性需求。佛教與道教的影響在臺灣社會深遠，失智症者可能深受佛道教觀念：如因果業報、輪迴轉世、修行解脫…的觀念影響。失智症可能被詮釋為前世業力或今生修行的考驗，這種詮釋可能帶來接納與平靜，也可能導致罪疚感與靈性痛苦。照護者需要敏感於這些文化特定的意義建構，協助失智症者與家屬發展正向的靈性詮釋，避免自我責備或絕望。民間信仰的實踐如拜拜、求籤、收驚、問神提供心理安慰、社會連結與意義建構的功能，失智症者可能渴望參與這些熟悉的宗教活動，或在焦慮時尋求宗教儀式的安撫。原住民文化的靈性觀強調與土地、自然與祖靈的連結。對原住民失智症者而言，回到部落、參與傳統儀式、接觸自然環境，可能具有深刻的靈性意義。

此外，孝道文化的影響形塑臺灣高齡者的靈性需求。孝道強調子女對父母的照顧責任與情感連結，長者的自我價值往往與子女的孝順表現連結。失智症可能威脅這種代間關係，長者擔心成為子女的負擔，或感受到被遺棄。照護者需要理解孝道文化對失智症者靈性需求的影響，協助

維繫家庭連結，肯定失智症者在家庭中的價值與地位。

伍、提供高齡失智症者的合宜靈性照護

傳統醫療照護模式將照護視為專業人員對病人問題的技術性處理，然而，傳統模式在靈性照護領域面臨根本性的挑戰。靈性不是可以被「修復」的問題，靈性需求也不是可以被標準化處理的症狀。靈性照護的本質不是技術性的介入，而是人性的相遇與同在。因此，合宜的靈性照護態度上首重理解性溝通與同在（comprehensive communication and presence）的靈性照護理念；此理念強調照護者以完整的人格，真誠地與失智症者相遇，在關係中提供陪伴、理解與支持。理解性的溝通與同在不是被動的陪伴，而是主動的臨在，是全然的注意、開放的接納與深刻的同理。照護者透過同在，傳達「你不孤單」「你是有價值的」「你的經驗是重要的」的訊息，這種存在性的肯定，本身就是靈性照護的核心（Toivonen et al., 2023）。

在理解性溝通與同在的靈性照護態度基礎上，靈性回憶法、認知刺激融入靈性元素法、創意媒介促進靈性表達法、自然接觸靈性照護法、宗教儀式參與法、鑽石對話模式等靈性照護方法已獲得實證研究

的基礎。

一、靈性回憶法

靈性回憶法是針對失智症發展的靈性介入策略。Wu等人（2016）進行的隨機對照試驗顯示，為期六週的靈性回憶介入，能顯著提升輕中度失智症者的希望感、生活滿意度與靈性福祉。靈性回憶療法引導失智症者回顧生命中的靈性經驗，如重要的宗教事件、靈性導師、信仰如何幫助度過困境等。透過回憶，失智症者重新連結其靈性資源，肯定生命的意義與價值。這種介入特別適合早中期失智症者，因為長期記憶相對保存，回憶過程能引發情感共鳴與認同感。

二、認知刺激融入靈性元素法

認知刺激融入靈性元素是創新的介入策略。Nketsiah等人（2024）探索將靈性元素融入認知刺激療法團體，發現靈性主題的討論（如感恩、寬恕、生命意義）能提升失智症者的參與度與情感表達。這種融合取向承認認知刺激與靈性照護不是對立的，而是可以整合的。透過靈性主題的認知活動，失智症者不僅維持認知功能，也滿足靈性需求。

三、創意媒介促進靈性表達法

運用音樂與藝術等創意媒介促進靈性表達，如宗教音樂對許多失智症者具有

深刻的情感與靈性意義，即使認知功能嚴重衰退，音樂記憶往往保存。音樂介入可以是聆聽、歌唱或簡單的樂器演奏，重點不在音樂技巧，而在情感共鳴與靈性連結（蕭嘉瑩等人，2024）。藝術創作（如繪畫、黏土、拼貼）也能提供非語言的靈性表達管道，讓失智症者透過創作過程，探索內在情感與靈性經驗。

四、自然接觸靈性照護法

自然接觸的靈性介入運用自然環境促進靈性福祉。研究顯示，接觸自然（如園藝、散步、觀賞自然景觀）能降低失智症者的焦慮、提升正向情緒，並促進超越性體驗。自然的療癒力量跨越文化與宗教界線，對多數人具有靈性意義（龔玉婷、黃曉薇，2025）。照護機構可以創造自然接觸的機會，如設置療癒花園、安排戶外活動、在室內布置植物與自然元素。

五、宗教儀式參與法

宗教儀式的參與對有宗教信仰的失智症者至關重要。研究顯示，參與熟悉的宗教儀式（如彌撒、禮拜、誦經）能提供失智症者安慰、連結感與意義感（Pirhonen et al., 2023）。照護機構應提供或協助失智症者參與宗教活動，這可能包括安排宗教人士訪視、播放宗教音樂、提供宗教物品、或協助參與社區宗教活動。重要的是，宗教活動的提供應尊重失智症者的信

仰背景，避免強迫參與或改變信仰。

六、鑽石對話模式

鑽石對話模式是Haufe與Leget等人（2024）、Haufe與Teunissen等人（2024）發展的靈性支持工具，專為早中期失智症者設計。鑽石模式識別五個核心的存在性與靈性議題：自信與自我價值、適應能力與能力、安全感與失落、記憶的負擔與豐富、信仰與意義。模式提供對話指引，協助專業人員探索這些議題，緩解張力，強化優勢。例如，針對自信與自我價值議題，採用「探索感受到的自我」取向；針對日常能力議題，採用「探索日常常規」取向。這種結構化的對話模式，為專業人員提供具體的操作指引，同時保持對話的開放性與個別化。

這些實證基礎的介入策略，提供靈性照顧的具體方法，但實施時需要保持彈性與個別化。沒有一種介入適用於所有失智症者，照顧者需要根據個別需求、文化背景與疾病階段，選擇與調適介入策略。更重要的是，這些介入不應被機械化執行，而應在同在的精神下，以尊重、真誠與同理的態度實施。

陸、結論

本文透過系統性回顧國際文獻，並結合臺灣本土脈絡，探討高齡失智症者的

靈性健康、需求評估與照顧實踐。研究發現，靈性健康是失智症全人照顧不可或缺的核心要素；特別是靈性照護能協助失智症者在失落中找到意義，在孤獨中感受連結，在絕望中維持希望，在依賴中肯定價值。這種照護不是錦上添花的附加服務，而是維護人性尊嚴與生活品質的必要條件。

展望未來，臺灣失智症靈性照護的發展需要多方面的努力。在政策層面，需要將靈性照護明確納入長照政策框架，提供資源支持與品質監測機制。在實務層面，需要發展具文化適應性的靈性評估工具與介入指引，建立符合個人需求的操作流程。在教育層面，需要將靈性照護納入專業訓練的核心課程，培育照顧者的靈性素養。在研究層面，需要進行本土化的實證研究，驗證靈性介入的效果，理解臺灣失智症者的靈性需求特性。

失智症者照護的終極目標，不僅是延長生命或維持功能，更是在疾病的旅程中，協助失智症者維持人性尊嚴、經驗生命意義、感受關係連結，並在可能的範圍內，實現靈性的成長與超越。這種照護願景，需要我們超越化約主義的醫學模式，擁抱全人照顧的理念，將靈性健康置於照顧實踐的核心。唯有如此，我們才能真正實現以人為本的照護承諾，讓每一位失智症者，無論其認知功能如何衰退，都能在照護中感受到被看見、被理解、被尊重與

被愛。這不僅是專業責任，更是人性關懷的實踐，是我們作為照護者與社會成員，對生命尊嚴的終極承諾。

（本文作者為法鼓文理學院生命教育碩士學位學程助理教授）

關鍵詞：靈性健康、靈性需求、靈性照護、高齡失智者

📖 參考文獻

- 孫效智（2025年10月18-19日）。〈以生命教育為核心重構主流靈性健康理論〉（會議論文）。第二十一屆生命教育學術研討會，臺北市，中華民國（臺灣）。
- 黃立楷、胡朝榮（2023）。〈臺灣失智症的醫療照護〉。《臺灣公共衛生雜誌》，42（3），261-263。https://doi.org/10.6288/TJPH.202306_42(3).PF03
- 趙曉芳、黃詩淳、陳怡妤、李會珍、陳筠靜、傅從喜（2021）。〈被看見與不被看見：失智者服務使用與權益保障的困境與挑戰〉。《臺灣社會福利學刊》，17（1），51-84。https://doi.org/10.6265/TJSW.202106_17(1).02
- 衛生福利部（2025年10月31日）。〈衛生福利部公布最新臺灣社區失智症流行病學調查結果〉。https://www.mohw.gov.tw/cp-6653-78102-1.html
- 衛生福利部（2025年12月11日）。〈失智症政策綱領2.0〉。https://1966.gov.tw/LTC/cp-6572-69818-207.html
- 衛生福利部（2025年12月31日）。〈長照十年計畫3.0〉。https://1966.gov.tw/LTC/cp-6572-85008-207.html
- 蕭嘉瑩、孫旭、吳雅莉、熊秉荃（2024）。〈生命交響曲——音樂於高齡COVID-19住院個案靈性照顧之應用〉。《正向心理：諮商與教育》，3，127-139。https://doi.org/10.30099/PPCE.202406_(3).0009
- 龔玉婷、黃曉薇（2025）。〈靈性課程對高齡者心理健康之影響〉。《社會發展研究學刊》，35，194-220。https://doi.org/10.6687/JSDS.202503_(35).0007
- Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American family physician*, 63(1), 81-89. https://doi.org/10.1016/s1443-8461(01)80044-7
- Britt, K. C., Kwak, J., Acton, G., Richards, K. C., Hamilton, J., & Radhakrishnan, K. (2022). Measures of religion and spirituality in dementia: An integrative review. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 8(1), e12352. https://doi.org/10.1002/trc2.12352

- Burke, C., Wight, T., & Chenoweth, L. (2018). Supporting the spiritual needs of people with dementia in residential aged care. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 30(3), 234-250. <https://doi.org/10.1080/15528030.2018.1434852>
- Camacho-Montaña, L. R., Pérez-Corrales, J., Pérez-de-Heredia-Torres, M., Martin-Pérez, A. M., Güeita-Rodríguez, J., Velarde-García, J. F., & Palacios-Ceña, D. (2021). Spiritual care in advanced dementia from the perspective of health providers: A qualitative systematic review. *Occupational Therapy International*, 2021(1), 9998480. <https://doi.org/10.1155/2021/9998480>
- Edward, R., Furman, L. D., & Canda, H. J. (2019). *Spiritual diversity in social work practice: The heart of Helping*. Oxford University Press.
- Friedrich, R., Woods, B., & Williams, S. (2021). 'Just because the mind is confused it doesn't mean the spirit is confused': Exploring the role of Anglican clergy in ministry to persons with dementia. *Dementia*, 20(2), 698-716. <https://doi.org/10.1177/1471301220910572>
- Giles, B. (2024). The transpersonal aspects of advanced dementia: An intuitive inquiry. *Consciousness, Spirituality & Transpersonal Psychology*, 5, 71-85. <https://doi.org/10.53074/cstp.2024.77>
- Haufe, M., Leget, C., Potma, M., & Teunissen, S. (2024). Better spiritual support for people living with early stage dementia: Developing the diamond conversation model. *Dementia*, 23(1), 91-108. <https://doi.org/10.1177/14713012231213907>
- Haufe, M., Teunissen, S., & Leget, C. (2024). How to provide existential and spiritual support to people with mild to moderate dementia and their loved ones. A pilot study. *Plos One*, 19(3), e0298783. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0298783>
- Jackson, D., Erwich, R., Flynn, E., & Olorunnisola, T. S. (2022). Equipping families and friends to offer spiritual care to people living with dementia: Findings from a meta-synthesis. *Religions*, 13(5), 462. <https://doi.org/10.3390/rel13050462>
- Luijnenburg, O. A. (2023). Testing reflective tools to support care home residents living with dementia with their spiritual needs. *Alzheimer's & Dementia*, 19, e075805. <https://doi.org/10.1002/alz.075805>
- Menzies, O., Garrett, N., & Dudley, M. (2024). He taonga te wareware: connecting Older Māori experiences of wairuatanga with mate wareware (dementia). *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 39(1), 1-16. <https://doi.org/10.1007/s10823-023-09492-4>
- Nketsiah, E., Zubatsky, M., & Berg-Weger, M. (2025). Incorporating spirituality into cognitive stimulation therapy groups for persons with dementia: An exploratory study. *Journal of Gerontological Social Work*, 68(1), 23-36. <https://doi.org/10.1080/01634372.2024.2372113>
- Ødbehr, L. S., Hauge, S., Danbolt, L. J., & Kvigne, K. (2017). Residents' and caregivers' views on spiri-

- tual care and their understanding of spiritual needs in persons with dementia: A meta-synthesis. *Dementia*, 16(7), 911-929. <https://doi.org/10.1177/1471301215625013>
- Palmer, J. A., Hilgeman, M., Balboni, T., Paasche-Orlow, S., & Sullivan, J. L. (2022). The spiritual experience of dementia from the health care provider perspective: Implications for intervention. *The Gerontologist*, 62(4), 556-567. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab134>
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Spiritual well-being scale. *A Spiritual Strategy for Counseling and Psychotherapy*
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1991). Manual for the spiritual well-being scale. *Nyack, NY: Life Advance*, 9, 35-48. <https://www.westmont.edu/psychology/raymond-paloutzian-spiritual-wellbeing-scale>
- Pereira, M. G., Vilaça, M., Pedras, S., Vieira, S., & Lima, S. (2020). Validation of the spiritual and religious attitudes in dealing with illness (SpREUK) in Portuguese Alzheimer's patients. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 32(2), 172-187. <https://doi.org/10.1080/15528030.2019.1610989>
- Pirhonen, J., Vähäkangas, A., & Saarelainen, S. M. (2023). Religious bodies—lutheran chaplains interpreting and asserting religiousness of people with severe dementia in finnish nursing homes. *Journal of Ageing and Longevity*, 3(1), 92-106. <https://doi.org/10.3390/jal3010008>
- Puchalski, C. (2021). Spiritual care in health care: Guideline, models, spiritual assessment and the use of the© FICA Spiritual History Tool. In A. Büssing (Ed.), *Spiritual needs in research and practice: The Spiritual Needs Questionnaire as a global resource for health and social care* (pp. 27-45). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-70139-0_3
- Sharif-Nia, H., Froelicher, E. S., Hejazi, S., Moshtagh, M., Goudarzian, A. H., & Ebrahimi, F. (2023). Cross-cultural evaluation of the psychometric properties of the spiritual well-being scale: A systematic review. *Journal of Religion and Health*, 62(3), 2226-2251. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01778-8>
- Shehadeh, A., Malak, M. Z., Harazni, L., & Mousa, F. A. (2025). Spiritual coping among Palestinian Muslim family caregivers of people with dementia: A qualitative study. *Dementia*, 14713012251408700. <https://doi.org/10.1177/14713012251408700>
- Toivonen, K., Charalambous, A., & Suhonen, R. (2018). Supporting spirituality in the care of older people living with dementia: A hermeneutic phenomenological inquiry into nurses' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 880-888. <https://doi.org/10.1111/scs.12519>
- Toivonen, K., Charalambous, A., & Suhonen, R. (2023). A caring and living environment that supports the spirituality of older people with dementia: A hermeneutic phenomenological study. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104414. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104414>

- World Health Organization. (2025, March 31). *Dementia*. <https://www.who.int/zh/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Wu, L. F., & Koo, M. (2016). Randomized controlled trial of a six-week spiritual reminiscence intervention on hope, life satisfaction, and spiritual well-being in elderly with mild and moderate dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(2), 120-127. <https://doi.org/10.1002/gps.4300>