

營造友善失智居住環境 以減輕家庭照顧者負擔之研究

簡鴻儒

壹、緒論

王爺爺下午四點鐘一到，又跑去反覆的拍打電梯門，因為他星期一到星期五都會到老人日間照顧中心上課，下午四點鐘就會搭電梯坐交通車回家。所以對王爺爺來說，下午四點鐘搭電梯回家已是他日常生活的一部分，可是今天是星期六，而他現在人就在家裡，這就是老人失智症患者常見的空間認知功能退化的現象之一。臺灣目前大約有29萬名失智症患者，根據臺灣統計資料顯示，照顧者照顧一位失智症患者平均可以長達10年，所以如何營造一個失智友善居住環境，對照顧者而言是一個很重要的課題。

衛生福利部國民健康署（以下簡稱國民健康署）於2018年指出，失智症患者由於認知功能退化，在生活中易出現空間認知障礙問題，影響自我照顧的能力。但照顧者可以透過友善居家環境的營造，持

續提供失智症患者適度的刺激與活動機會，讓失智症患者在居家環境中能感到自在與安定而減少問題行為的發生，亦可減低照顧者的壓力，提升失智症患者的生活品質。然而目前臺灣已有針對老人福利機構設立之相關標準，但卻缺少友善失智居家環境營造的相關訊息，所以作者利用此文，針對如何減少環境噪音、如何強化空間認知與適當的光源規劃，提出一些建議，希望能對目前正辛苦照顧失智症患者的照顧者，有所助益。

貳、文獻探討

一、前言

目前全世界正以每三秒鐘增加一個失智症患者的速度在前進，而且失智症罹患率會隨著年齡的增加而增高。根據國家發展委員會預估，2025年臺灣65歲老年人口將占總人口數之20%，其中85歲以上老人

將占老年人口數之10%，當臺灣人「平均餘命」愈來愈長時，其罹患失智症比例就愈來愈高，而身為中生代的你我須面對及照顧失智症長者的機率就愈來愈高。

如果照顧一位罹患多元慢性病、行動不變的老人是一份艱辛的工作，而照顧一位罹患失智症的老人，更是一大挑戰（Paul et al., 2000）。即使如此，如何提升老人失智症患者在人生最後一個階段的生活品質，正是強調尊嚴照顧的最主要目的（Moniz-Cook et al., 2008）。失智症是一種綜合醫學、心理和社會功能失能的疾病，對照於一般失能老人之症狀，失智症的病癥更具複雜性（Moniz-Cook et al., 2011; Staples & Killian, 2012）。大約90%的老人失智症患者都會出現精神異常之行為，這也是從事老人失智症照顧工作者最難掌控的工作內容之一（Figueiredo et al., 2013）。

失智症患者由於認知功能退化，容易出現空間認知障礙，可能對光線與陰影產生幻覺，或因無法分辨牆壁、地板空間而感到焦慮不安。國民健康署長王英偉建議，照顧者應該營造友善失智居家環境。他進一步指出，高達90%以上的失智症患者居住在家中，因為大腦產生病變，所以影響到他們的認知、判斷或辨識能力，可能有找不到門把進入房間、尿急找不到馬桶等現象發生，而造成患者出現焦慮現象，也可能對照明或光線造成的陰影產

生幻覺，容易產生高度不安全感。如果居家環境能讓失智症患者感到熟悉、安全、容易辨識，就能讓他們安心地重複做自己想做的事，盡量維持獨立生活的能力（羅真，2018）。

二、失智症患者精神異常行為

正如前面所述，大約90%的老人失智症患者都會出現精神異常之行為，接下來針對失智症患者容易出現之精神異常行為，詳細說明如下。

（一）黃昏症候群

失智症患者最常見的症狀之一為「黃昏症候群」，作者特別舉兩個個案跟大家分享。第一個個案——陳伯伯，陳伯伯退休前是一家工廠的廠長，因為很盡責，所以每天下班時，他總會巡視工廠，確認每一道門都鎖好後才離開工廠。住進養護機構後，每到下班時間，他就嚷著要去鎖門，最後解決的辦法就是派一個照顧服務員陪同他將機構每一道門都鎖起來，後面的人再一一將它打開。另一個個案則是張婆婆，她原是工廠女工，每到下班時間，就嚷著要搭車回家，機構為了解決此一黃昏症候群症狀，特別在機構搭了一個車站，讓張婆婆等車，但是時間一久，張婆婆發現車子怎麼都不來，於是機構又花錢，買了一個車廂，且為了讓車子有行進的感覺，特別在車廂窗戶處裝置螢幕，播

放預先錄好窗外的影像。為什麼失智症患者容易產生「黃昏症候群」呢？根據衛生福利部屏東醫院精神科醫師田鴻誠表示：「日照時間改變會造成褪黑激素變多或失調，造成大腦內分泌失調，併發憂鬱症比率提高」（蕭雅娟，2013）。黃昏症候群的原因，有人推斷日落昏暗，大腦易混亂，也有人認為晚上腦部的血液灌流下降才紊亂。

（二）譫妄

張爺爺，平日和藹可親，剛住院時精神狀況還很好，但隨著發燒後他的精神狀況開始出現狀況，晚上也開始胡言亂語，一下說自己在開車，一下說他要出海捕魚。有時大吼大叫，甚至把白天當成晚上，把自己的兒子當成自己的弟弟等，上述張爺爺的狀況，有可能就是「譫妄」（顏如佑，2010）。

長庚醫院劉嘉逸醫師（2020）指出，失智症患者由於腦細胞退化或海馬迴受損，腦子變得比較「脆弱」，「易感性」增加，也就是他們的腦子抵抗身體失衡狀態的能力變差，因此只要稍有「狀況」，就很容易出現「譫妄」現象。他進一步指出，譫妄患者較常見的是「視幻覺」，患者會看到別人看不到的東西，可能是鬼怪、小動物，也有可能是早已過世的親人，或者是看到地上都是水，天花板在動等。

（三）遊走

遊走是失智症患者精神異常行為之一，大約15%至60%的失智症患者會出現遊走的現象（高雄市立大同醫院，2022）。患者坐立不安，一定要起來走動，或原地踏步或者繞圈子，更常見的是隨便外出，因此容易走失或發生意外，對照顧者而言，遊走是失智症照護最挑戰的症狀之一。失智症患者遊走的原因很多，例如，失智症患者可能因為疼痛、搔癢等感覺，變得焦躁不安，由於無法有效的溝通，便以行動的方式，也就是遊走的方式來表現不安（NHK特別採訪小組，2015／2016）。

另外，肚子餓、想上廁所，或是有其他生理需求未被滿足時，也會引發遊走。再者，不舒適的環境，像是房間溫度忽冷忽熱、光線太刺眼或者是有不好的氣味，引發患者嗅覺、聽覺等五感上不快的感受，也可能誘發遊走（NHK特別採訪小組，2015／2016）。

（四）焦慮與暴力行為

阿德老先生罹患阿茲海默氏症已經好幾年了，記性愈來愈不好，也因為理解力變差，愈來愈不喜歡看電視和報紙。他的太太阿華不離不棄地陪著他、照顧他，但是讓阿華老太太覺得很難過的不是先生的記憶力與語言能力的下降，而是他的焦

慮症，動不動就發脾氣，破壞家裡的傢俱（陳正生，2006）。焦慮在每個年齡層都是常見的精神異常症狀，失智症患者也不例外。例如，現在因為新冠肺炎的影響，很多餐廳客人數減少，所以餐廳老闆就想降價來吸引客人，可是降價會不敷成本，而不降價客人就不來，於是餐廳老闆就在賠錢與來客數之間糾結、遲疑，這就是典型的焦慮。

另外，失智症患者因為焦慮或躁鬱，常常會產生暴力攻擊行為，作者在實務上見過最嚴重之傷害是失智症患者將照顧服務員打到腦震盪。此外，作者有一次到專門照顧失智症患者之機構進行演講，作者詢問工作人員：「你們有沒有被失智症患者打過？」馬上就有工作人員舉手說：「你應該問我們哪一天沒有被打才對。」

由此可見，減少失智症患者焦慮或躁鬱精神異常症狀的產生，對照顧者而言是一件很重要但卻很艱難的挑戰。

參、研究方法與分析工具

本研究從2020年8月1日至2021年12月底，因受疫情影響，斷斷續續採用半結構式訪談法訪問共九位受訪者。此次接受訪談的受訪者共有六位業界代表、二位學界代表及一位已經照顧失智症患者長達10年之家庭照顧者，受訪者詳細資料請參考表1。

此次研究為何採用半結構式訪談？原因是半結構式訪談除了在已經擬定之問題上進行探討外，它還擁有一定的彈性讓受訪者可以暢所欲言。Merton與Kendal

表1 受訪者詳細資料一覽表

編號	性別	職稱	工作年數	備註
受訪者1	男	建設開發公司營運長	45年	
受訪者2	男	建築師事務所副總經理	40年	
受訪者3	女	安養中心院長	22年	
受訪者4	女	老人養護中心院長	25年	
受訪者5	男	建築師事務所協理	21年	
受訪者6	女	安養中心副院長	19年	
受訪者7	男	大學建築系教授	22年	
受訪者8	女	大學社工系副教授	9年	
受訪者9	女	失智症家庭照顧者	10年	

資料來源：作者整理。

(1946) 特別指出半結構式訪談的四項特點：(一) 它讓受訪者知道，詢問的問題是受訪者的專長領域與實務經驗；(二) 詢問的問題都已經經過研究者分析篩選過；(三) 這些問題都是根據研究主題與研究假設所發想；(四) 它聚焦於受訪者的實務經驗分享。Naoum (1998) 進一步指出，半結構式訪談讓訪問者在訪談期間，可以既深且廣泛地探討特定問題。

此外，本研究以主題分析 (Thematic Analysis) 為分析工具，進行質性研究分析。主題分析是一個從質性資料中辨別出主題的方法。Braun與Clarke (2006) 建議，這是從事質性研究者第一個要學的方法，因為它提供一套有用且能掌控其他類型分析法的核心技巧。主題分析的主要目標就是從蒐集到的重要資料中辨別出主題，然後利用這些主題來回應研究所探討之議題與研究假設 (Braun & Clarke, 2006)。目前有許多方式進行主題分析，本研究採用Braun與Clarke (2006) 建議之六步驟分析架構，其六步驟為：(一) 詳讀蒐集到的研究資料；(二) 編碼及資料歸類；(三) 尋找主題；(四) 主題確認及修正；(五) 定義主題範圍；(六) 形諸文字。

肆、研究結果與討論

本研究將半結構式訪談所蒐集到的

資料，透過主題分析方式，再參考失智症患者常出現之精神異常行為，確認四項主題如右，其分別為：(一) 黃昏症候群；(二) 瞻妄；(三) 遊走；(四) 焦慮與暴力行為。接下來針對上述之四項主題，分別提供營造友善失智居住環境之建議，提供家有失智症患者之照顧者參考。

一、黃昏症候群

此次九位受訪者針對「黃昏症候群」在居住環境營造方面，提供許多寶貴的意見。例如，受訪者3是國內一家頗具知名度安養中心的院長，她以自身機構規劃為例加以說明：

我們機構位於北海岸，一到冬天，加上下雨，大概下午三點多天就黑了，所以機構為了避免失智症患者「黃昏症候群」的發生，特別在燈光設計上設計了三段式燈光，讓失智症患者即使在冬天下雨的午後，仍然感覺像是白天一樣，減少因環境昏暗，造成大腦混亂。

受訪者2建築師進一步提出補充建議：

高齡長者因為老花眼、白內障、青光眼等因素，對於光線會產生眩光、畏光、光適應的問題，且視覺也會產生「黃化現象」。另外，高齡長者因老化導致水晶體內的雜質變多，若是光源直接照射到眼睛，容易讓人覺得刺眼不舒服。所以室內採光盡量避免使用「直接照明」改採「間接照明」。

他接著補充說明：

在亮度方面，若以LED照明而言，建議室內亮度採用3500K，若為了改善失智症患者「黃昏症候群」的問題，可將亮度增加至4500K（太陽光亮度約為6500K），如此一來失智症患者也不會產生眩光、畏光、光適應的問題。

同樣身為建築師的受訪者5針對照明也提出他的建議：

室內照明盡量採取自然採光，所以白天的時候窗簾要記得要打開，因為它可以幫助失智症患者了解他們目前所處的環境。如果庭園的樹籬或樹木已經遮擋窗戶並遮擋陽光時，記得加以修整。另外，良好的照明在樓梯和廁所中尤為重要，為了確保這些區域光線充足，可以使用自動光感測器，當有人經過時，感測器就會自動打開。

上述之建議對照於張玉惠於2018年所進行《高齡失智者居住空間建築計畫》研究成果，觀點完全相同。她認為：

高齡失智者居住空間設計準則，應能確保舒適的物理環境，控制室內溫度與濕度，降低空間殘響並提升隔音品質，提供合宜的照明且引入自然光線。（張玉惠，2018）

二、譫妄

相關研究發現，失智症患者對於紫色、藍色等冷光色的辨識有困難，容易將

白色看成黃色、青色變成黑色；另外，60-70歲老人在辨識黃色、青色上較吃力，到了70歲以後，很多人無法區別黃色和白色，青色也常與黑色混淆。由於對部分顏色辨識困難，再加上視力退化，不適當的色彩搭配很容易讓失智長輩產生混亂或亢奮現象（吳佩蓉，2008）。所以幾乎所有受訪者都建議地板與牆壁顏色應形成鮮明對比，且盡量避免使用可能被誤認為是真實事物的顏色，例如，綠色（草）或藍色（水），因為此一色系容易讓失智症患者產生「視幻覺」，覺得地上都是水或草，而不敢靠近。

受訪者1同意上述之觀點並且指出：

地板材料盡量不要使用閃亮或反光的材質，因為它會讓失智症患者認為地板是潮濕的，造成他們不敢走過去。

他並以之前機構規劃的經驗（圖1），跟大家分享：

當初機構為了讓機構住民注意到走道開門處會有其他人員或輪椅出入，所以在開門處規劃不同顏色之地板，提醒機構住民注意。但隨著機構住民罹患失智症，產生「視幻覺」，每次走到這裡，都不敢過去，因為他們認為前面有一個洞。

同樣地，受訪者4也建議：

面積較大的天花板或是牆壁，不適合採用深色系且鮮艷的顏色，因為此一色系會讓失智症患者緊張、心跳和脈搏變快，並帶來過多的視覺刺激與壓迫感。



圖 1 不同顏色地板規劃

資料來源：作者拍攝。

她進一步補充：

使用對比色，可以讓失智症患者輕鬆看到物體的所在處。例如，紅色盤子放在白色餐墊上或將浴室門塗成不同的顏色等。

但是她也同時提出警示：

如果在裝飾中使用過多的圖案，則反而會產生反效果，造成失智症患者視覺混亂。因為過多的視覺刺激，很容易引起失智症患者的躁動。

上述之建議與蔡淑瑩等人於2016年所進行的研究結果不謀而合。她們建議：

室內應避免使用光影反差太大的鋪面及過多的圖案及花紋等，應減少反光，提供適當的照明以減少陰影的產生。（蔡淑瑩等人，2016）

她們同時也建議盡量少用太深色的顏色，例如黑色，因為它會讓失智症患者認為是一個洞（蔡淑瑩等人，2016）。

三、遊走

遊走是失智症患者常見的精神異常行為之一，那為什麼失智症患者會遊走呢？受訪者9給的答案，或許可以稍微解答大家的疑惑。她說：

有一次我看到我媽媽在遊走，我就問她說：「妳在做什麼？」她清楚地回答我：「我在找東西。」

當然失智症患者發生遊走現象，不一定都是在找東西，但針對找東西這一項，受訪者9接著補充建議：

當我發現這一事實後，我第一件事做的就是把家裡雜亂且用不到的東西，全部收到儲藏室裡，以免這些雜物影響到我媽媽找尋她真正需要的物品。接著我把家裡所有櫃子的門，通通改成透明玻璃形式，讓我媽媽一眼就能看清櫃子裡面放什麼東西。另外，為了幫助我媽媽輕鬆找到餐具

或杯子等較小的物品，我也在櫥櫃門或抽屜的外面放置這些物品的照片。

受訪者7非常贊同上述之作法，他進一步補充建議：

失智症患者由於大腦病變導致「空間認知」功能退化，使得他們在分辨周遭的環境上，產生問題。例如，找不到廁所的位置，建議就在門口貼馬桶的圖片，臥室門口貼床的照片，讓失智症患者一看就知道空間的機能，避免因找不到廁所，而在走道上遊走。另外，圖片位置要略低於正常人的高度，因為老年人有向下看的傾向。還有提供安全的遊走路徑是非常必要，其中包含路徑全面友善失智設計並有適當的照明。

當失智症患者遊走時，照顧者最擔心其走出屋外而走失，所以在門的設計上，就必須多加考量。受訪者6就以其機構附設之日間照顧中心門的規劃為例加以分享。圖2與圖3透過木欄杆與綠籬的動線規劃，讓失智症患者幾乎找不到門的位置。另外，你也可以很簡單的只在門上貼上失智症患者敬拜神明的圖像，讓他們因敬畏而不敢碰觸（圖4）。當然由於科技的發展，你也可以善用科技進行居家空間門的管控。

四、焦慮與暴力行為

正如前面所述，90%的失智症患者會有各式各樣的精神異常症狀，其中包括焦慮、人格改變、躁鬱、攻擊性行為等，而



圖 2 日間照顧中心門口規劃意象一

資料來源：李梅英（2016）。〈日間照顧中心規劃與管理〉。明新科技大學簡報。



圖 3 日間照顧中心門口規劃意象二

資料來源：李梅英（2016）。〈日間照顧中心規劃與管理〉。明新科技大學簡報。



圖 4 門口規劃意象三

資料來源：李梅英（2016）。〈日間照顧中心規劃與管理〉。明新科技大學簡報。

這些症狀會因患者承受壓力變大而變得更糟糕，事實上這種壓力是可以透過一些居住環境的改變而減低。雖然照顧者面對失智症患者的憤怒、焦躁及情緒不穩時，耐心、溫和與穩定的態度是必要的，但一個安全的居住環境與溫馨的居家空間則是基本的要件。

受訪者8認同上述之觀點並指出：

要避免失智症患者焦慮與暴力行為，首先要做的就是把家裡的窗戶全部改成氣密窗。眾所周知，住宅區白天音量超過60分貝即是噪音，但是對於失智症患者而言，居住環境中的空間迴響、機電設備運作聲、嘈雜的車聲、人聲、消防演習警報聲等，皆會使失智症患者產生刺激，使其浮躁、焦慮甚至躁鬱。所以如果家庭經濟許可，盡量使用吸音材質與空間安排來降低噪音對失智症患者的影響，安裝氣密窗是一個不錯的選擇，讓居住空間的音量盡量降低至50分貝以下。

從事老人服務工作長達40幾年的受訪者1進一步補充建議：

如果失智症患者有戴助聽器，一點點噪音，透過助聽器，就會放大這些令人不舒服的聲音。所以沒有人收看時，盡量把電視或收音機關閉，以減少背景噪音。另外，居家環境盡量不要放置太多鏡子，因為影像反射的關係會導致失智患者感到不安和焦慮，因為他們可能認不出鏡子中的自己。基於這個原因，所以晚上盡量把窗

簾拉上，可以避免失智症患者不必要的壓力，因為他們不會在玻璃中看到自己。

萬一患者真的失控時，照顧者可試著分散患者的注意力，將其導向有興趣的事物。同時為了避免患者重覆問話行為的發生，照顧者盡量避免太早告知患者今天或明天預計要進行的活動，以免患者產生預期的焦慮；此外，照顧者對患者也不要要有太高的期待和要求，更不要再有當面指責的事情發生，避免患者跟照顧者之間產生不必要的衝突，影響患者的心情。

受訪者8補充建議。此一觀點也跟國民健康署於2018年發布「營造友善失智居家環境，國民健康署建議從3面向做起」（衛生福利部國民健康署，2018）的建議相同。國民健康署建議，家庭照顧者營造友善居家環境，首先可從顏色、光線、聲音三大面向做起。國民健康署長王英偉署長進一步補充說明：

營造友善失智居家環境的方式之一，可利用不同顏色增加家中環境的辨識。……方式之二，可避免光線直接照射房間內、注意電視未使用時關閉電源，如此能減少光線、陰影與噪音刺激幻覺、幻聽或妄想產生。（羅真，2018）

伍、結論

作者大概四年前有一個機會跟國內非常著名的一位資深建築師座談，他提到

針對高齡友善居家環境的營造，在健康期時要強調「天（自然環境）、人（高齡長者）、物（醫療軟體／硬體支援）、我（設計整合）」的優先次序，但到了障礙期時，則優先次序則應為「天、物、人、我」，須把軟、硬體的支援優先於人，也就是說要善用軟、硬體設施來協助患者獨立自主之能力。臺灣目前大約有29萬名失智症患者，除了少數早發性失智症患者外，大部分都是老人失智症患者。失智症患者隨著病程的發展，會出現記憶力減退、認知功能（語言、空間感、計算、判斷、抽象思考）退化之現象，同時也會出現焦慮、譫妄、遊走、躁鬱、暴力攻擊等精神異常症狀，嚴重時不僅會影響其人際關係與工作，還會進而導致日常生活功能受阻無法正常運作。事實上，根據國內

統計資料顯示，照顧者照顧一位失智症患者平均可以長達10年，所以如何營造一個友善失智居住環境，對照顧者而言是一個很重要的課題。如何減少環境噪音，避免患者不必要的刺激，進而產生暴力攻擊行為？如何強化空間認知，讓患者不至於於無意識的遊走？如何著重色彩的搭配，讓患者不至於產生視幻覺？當然適當的光源規劃，讓患者不至於產生黃昏症候群等，這些都已經在上述的內文中加以說明，也希望作者這些不成熟的建議，能對目前正辛苦照顧失智症患者的照顧者，有所助益。

（本文作者為明新學校財團法人明新科技大學副教授）

關鍵詞：失智症、友善居住環境、家庭照顧者

📖 參考文獻

- NHK特別採訪小組（2016）。《失智失蹤：一萬個遊走失蹤家庭的衝擊》（吳佳璇，譯）。天下生活。（原著出版年：2015）
- 劉嘉逸（2020）。〈失智與譫妄〉。《雷根通訊》，2。 [https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr2/c3360/E_LCY\(Delirium\).htm](https://www1.cgmh.org.tw/intr/intr2/c3360/E_LCY(Delirium).htm)
- 吳佩蓉（2008）。《記憶減法&愛的加法》。天主教失智老人基金會。
- 張玉惠（2018）。《高齡失智者居住空間建築計畫》（碩士論文，國立成功大學）。臺灣碩博士論文知識加值系統。 <https://hdl.handle.net/11296/ghp2hb>
- 羅真（2018年3月31日）。〈失智友善／營造友善失智居家環境 國健署建議從3面向做起〉。聯合報。 <https://health.udn.com/health/story/121922/3062234>
- 蔡淑瑩、李美慧、何明錦、李曼萍、陳鼎岳（2016）。〈高齡失智者室內居家環境設計準則之研究〉。《建築學報》，9，87-98。 <http://doi.org/10.3966/101632122016090097006>

- 蕭雅娟 (2013年11月12日)。〈入夜就混亂，恐患日落症候群〉。元氣網。<https://health.udn.com/health/story/6631/367286>
- 衛生福利部國民健康署 (2018年3月31日)。〈打造失智友善居家環境，國健署提供小撇步〉。衛生福利部。<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-40438-1.html>
- 陳正生 (2006)。〈失智症患者常見的精神障礙〉。《高醫醫訊月刊》，25 (9)。http://www.kmuh.org.tw/www/kmcj/data/9502/10.htm
- 顏如佑 (2010)。〈淺談譫妄〉。《高醫醫訊月刊》，29 (9)。http://www.kmuh.org.tw/www/kmcj/data/9902/6.htm
- 高雄市立大同醫院 (2022年8月)。〈失智症老人遊走照顧小撇步〉。https://www.kmtth.org.tw/Web/wwwasp/hygr_Edu/hygr/%E5%85%AD%E5%A4%B1%E6%99%BA%E7%97%87%E8%80%81%E4%BA%BA%E9%81%8A%E8%B5%B0%E7%85%A7%E9%A1%A7%E5%B0%8F%E6%92%87%E6%AD%A5202208.pdf
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. <http://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Figueiredo, D., Barbosa, A., Cruz, J., Marques, A., & Sousa, L. (2013). Empowering staff in dementia long-term care: Towards a more supportive approach to interventions. *Educational Gerontology*, 39(6), 413-427. <https://doi.org/10.1080/03601277.2012.701105>
- Merton, R., & Kendal, P. (1946). The focused interview. In S. G. Naoum (Ed.), *Dissertation research and writing for construction students* (p. 57). Butterworth-Heinemann.
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, B., Orrell, M., & Interdem Network. (2011). Psychosocial interventions in dementia care research: The Interdem manifesto. *Aging & Mental Health*, 15(3), 283-290. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543665>
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, R., Verhey, F., Chattat, R., De Vugt, M., Mountain, G., O'Connell, M., Harrison, J., Vasse, E., Dröes, R.M., Orrell, M., & Interdem Group. (2008). A European consensus on outcome measures for psychosocial intervention research in dementia care. *Aging & Mental Health*, 12(1), 14-29. <https://doi.org/10.1080/13607860801919850>
- Naoum, S. G. (1998). *Dissertation research and writing for construction students*. Butterworth-Heinemann.
- Paul, L., Johnson, A. O., & Cranston, G. M. (2000). A successful videoconference satellite program: Providing nutritional information on dementia to rural caregivers. *Educational Gerontology*, 26(5), 415-425. <https://doi.org/10.1080/03601270050111841>
- Staples, W. H., & Killian, C. B. (2012). Education affects attitudes of physical therapy providers toward people with dementia. *Educational Gerontology*, 38(5), 350-361. <https://doi.org/10.1080/03601277.2010.544605>