



מנאלית השיخوخה للأشخاص مع إعاقات عقلية تطورية

ד. דאליא ניסים، معهد ترامپ، בית איזי שאפירא
2022

حتى ثمانينيات القرن الماضي، شاعت فرضية مفادها أنّ الأفراد مع إعاقة عقلية لا يصلون إلى سنّ الشيخوخة، وعليه لم يجر تعريف الأفراد المسنين مع إعاقة عقلية كمجموعة سكانية متفرّدة، ومهمّة، ومن الضروريّ أن يجري التعامل معها على نحوٍ مفصّل وفرديّ، إلّا في العقدين الأخيرين. يقترن هذا التغيير في ما يقترن-بحقيقة مفادها أنّ مزيداً من الأفراد مع الإعاقة العقلية يصلون إلى سنّ الشيخوخة، ويقترن معدل العمر في صفوفهم إلى المعدل في صفوف عموم السكان، ويبدو أنّ هذا الارتفاع في معدل الأعمار في صفوف الأشخاص مع الإعاقة العقلية يشكّل نتاجاً مباشراً للتطوّرات العلميّة في مجالات الطبّ والمجتمع، وللارتفاع في مستوى المعيشة، وتطوّر خدمات خاصّة بهذه الشريحة السكانية (World Health Organization, 2000).

من مسح الخدمات الاجتماعيّة الذي أجرته وزارة العمل والرفاه والخدمات الاجتماعيّة في العام 2016، تبين أنّ نحو 29% من 34,683 من الأفراد المسجلين لدى مديريّة الإعاقات كأفراد مع إعاقة عقلية، تبلغ أعمارهم 45 عاماً فما فوق، ونحو 5% منهم من أبناء 65 عاماً فما فوق (شلوم واخרים، 2019). الارتفاع في معدل أعمار المسنين مع الإعاقة العقلية، وفي الوعي لاحتياجاتهم المختلفة، خلق واقعاً جديداً تمخّض -في ما تمخّض- عن ارتفاع في عدد الأبحاث حول هذا المجال، وعن تطوير برامج وخدمات مُعدّة لهذه الشريحة السكانية. على الرغم من ذلك، ما زالت ثمة تحديات مهنيّة جمّة في الطريق إلى تحقيق شيخوخة ناجحة: في مجال المحافظة على الصّحة وعلى الأداء المستقلّ، والمحافظة على أداء بدنيّ وإدراكيّ، والاهتمام بالحياة اليوميّة، والمحافظة على انتماء عائليّ واجتماعيّ، والأهمّ من ذلك تطبيق منهج "الخدمة المتوجّهة إلى الإنسان"، وهي الخدمة التي تصغي لصوت الفرد نفسه.

جرى تطوير برنامج مناليت الشيخوخة للأفراد مع الإعاقة العقلية، وللطاقم وأفراد العائلة في معهد ترامپ في بيت إيبي شاپيرا، بالتعاون مع شركاء من صندوق شاليم، ووزارة الرفاه والخدمات الاجتماعيّة، ومعاونات ("مساكن") چال، وإلّفين. يعرض البرنامج على المشاركين أدوات لفهم وتطبيق "الخدمة المتوجّهة إلى الإنسان"، كطريقة للنهوض بالشيخوخة الناجحة في صفوف الأشخاص مع الإعاقة العقلية.

المسنون مع إعاقة عقلية

يشكل المسنون مع إعاقة عقلية إحدى الشرائح السكانية الأكثر ضعفاً وعرضة للأذى من بين الأشخاص مع الإعاقات، ويعود ذلك إلى سببين رئيسيين: (1) الاعتماد على الآخرين يأخذ في التعاطم كلما تراجع الأداء؛ (2) غياب شبكة دعم اجتماعية



كافية (Bigby, 2002). هذان السببان وغيرهما تشكّل المحرّك الأساسي لتوفير التعامل الفرديّ، والبحث عن استجابات ملائمة لهذه الشريحة السكّانية. يبدأ المسار بتعريف سنّ الشيخوخة، وهو تعريف مرّكّب في الأصل، فكم بالحريّ عندما يدور الحديث عن أشخاص مع إعاقة عقليّة؛ وذلك لأنّ المسألة تشمل تغيّرات بيولوجيّة، وفيزيولوجيّة، وإدراكيّة، وسلوكيّة، بالإضافة إلى التراجع في الأداء، ولأنّ التغيّرات الشعوريّة والاجتماعيّة لا تظهر على نحوٍ موحدٍ، ولا تظهر في نفس الوقت ولا بالهيئة أو القوّة نفسها. لذا فإنّ هذا التعريف مرّكّب، وثمة حاجة إلى التعامل معه بطريقة متعدّدة الأبعاد.

الفرضيّة الأساسيّة بالنسبة للأفراد مع الإعاقة العقليّة هي أنّهم يبلغون مرحلة الشيخوخة قبل سائر الشرائح السكّانية. إلى ما قبل أربعين عامًا، جرى التعامل مع سنّ الأربعين كبداية للشيخوخة، وحدّدت أبحاث أجريت لاحقًا أنّ سنّ الـ 55 فما فوق هي بداية الشيخوخة (Campbell & Herge, 2000). في إسرائيل، اجتمعت لجنة تابعة لقسم رعاية الفرد مع الإعاقة العقليّة في وزارة العمل والرفاه والخدمات الاجتماعيّة للتداول في الموضوع، وحدّدت أنّ سنّ الخمسين هي مرحلة الانتقال إلى الشيخوخة في صفوف الأفراد مع الإعاقة العقليّة، وأنّ سنّ الخامسة والأربعين هي مرحلة انتقال الأفراد مع متلازمة "داون" إلى الشيخوخة (بن نون وآخريّ، 2008).

تُظهر الأبحاث بشأن التغيّرات البدنيّة في سنّ الشيخوخة في صفوف الأفراد مع الإعاقة العقليّة أنّ ثمة تشابهًا بين سيرورات الانتقال البدنيّ إلى الشيخوخة في صفوف السكّان "العاديّين"، وتلك السيرورات التي لدى الأفراد مع الإعاقة العقليّة، لكن في سنّ مبكّرة أكثر وبوتيرة أسرع، أو بقوة أخطر مقارنةً بسائر السكّان (كرملي وآخريّ، 2001; Heller, et al., 1996; Walsh, 2002).

من دراسة فحصت أسباب المشاكل البدنيّة التي تتولّد في سنّ الشيخوخة، تبيّن أنّ أسلوب الحياة الخامل لدى الأفراد مع الإعاقة العقليّة، والذي ينبع من غياب الوعي لأهميّة الحركة، والاستخدام المكثّف للأدوية، يشكّلان جزءًا من هذه الأسباب (كرملي وآخريّ، 2001). ثمة أسباب أخرى للتباين بين الفئات السكّانية، من بينها التشخيص الخاطيّ بسبب صعوبات التواصل وغياب الوعي؛ إذ غالبًا لا يعرض الأشخاص مع الإعاقة العقليّة شكاوى دقيقة، وفي بعض الحالات لا يجري تنفيذ فحوص تتطلّب تعاونًا فعليًا من قبل هؤلاء بسبب غياب المعرفة والأدوات الملائمة لدى الطواقم الطبيّة. علاوة على ذلك، يعايش الأفراد مع الإعاقة العقليّة ضغوطًا وصعوبات نفسيّة كثيرة، كحالات الافتراق والفقْدان نتيجة وفاة والدّة، وأقرباء، وأصدقاء وأفراد من صفوف الطاقم في الأطر العلاجيّة. فضلًا عن هذا، يعيش هؤلاء في بعض الأحيان-حالة من العزلة وانعدام الشبكات الاجتماعيّة، وتراجعًا في الدافعيّة والرغبة في قضاء الوقت، والمشاركة والاستمتاع، وكذلك تغيّرات في القدرات والأداء، ولا يفهمون في بعض الحالات سبب ذلك. هذه التغيّرات وسواها قد تؤثر تأثيرًا مباشرًا على السلوك، وعلى ظهور حالات اكتئاب، وشيوع الأمراض النفسيّة في صفوف هذه الشريحة السكّانية. وكما ذكرنا سابقًا، لا يملك المهنيّون على الدوام معلومات وأدوات كافية من أجل التشخيص والمعالجة (Davidson, et al., 2003; World Health Organization, 2000).

الأفراد مع الإعاقة العقليّة تكون حلقتهم الاجتماعيّة ضيّقة في المعتاد، ولا تضمّ في الغالب زوجًا أو زوجة، أو أولادًا، وليس ثمة علاقة مكثّفة مع أقرباء العائلة. يعتمد غالبية هؤلاء على المهنيّين أو أفراد العائلة من أجل الحصول على مساعدة في المهامّ اليوميّة، وتسكن غالبيّتهم في المساكن المحميّة، وسيُضطرّ من ما زالوا يسكنون مع أبناء العائلة إلى الانتقال إلى مكان سكن داعم بعد وفاة الوالدين أو على ضوء تدهور يتعلّق بشيخوخة والديه أو شيخوختهم هم (Bigby, 2002). يقلّص هذا الانتقال أكثر فأكثر عالمهم الاجتماعيّ، وينقلهم من مكان مألوف إلى مكان غير مألوف وإلى لقاء مع أشخاص غير



מאליפן. قد يجد هؤلاء صعوبة في التعرف على الناس الجدد وعلى بيئتهم، ويقفون من استخدام الخدمات المجتمعية، فيقلصون قدراتهم الاجتماعية أكثر فأكثر.

تحصل في سن الشيخوخة تغيرات ذات إسقاطات كثيرة على مسألة قضاء ساعات الفراغ. يُبقي التقاعد من العمل، وفقدان الوالدين، وتقلص الشبكة الاجتماعية القريبة، الكثير من وقت الفراغ للنشاط. على الرغم من ذلك، يحصل تراجع كبير في الأداء البدني وفي درجة الاهتمام والرغبة في قضاء الوقت، فيتمخض كل ذلك عن تراجع في أنشطة قضاء الوقت وساعات الفراغ في مرحلة يتوافر فيها للفرد مزيد من الوقت لهذا الغرض. في هذه السن، لا يُعزى عدم الرغبة في ممارسة النشاط على الدوام للتراجع في الأداء، إذ قد يكون السبب في بعض الأحيان عدم توافر الأنشطة التي جرت ملاءمتها لاحتياجات الأشخاص مع الإعاقة العقلية في هذه السن، الأمر الذي يُفضي إلى تراجع في الأداء الاجتماعي (بن نون ואחרים, 2008).

في مجال التشغيل أيضاً تطرأ تغيرات مهمة، فالأفراد مع الإعاقة العقلية الذين يعملون في سوق العمل المفتوح يمارسون في المعتاد أعمالاً بدنية، كالبنسنة والتنظيف والصيانة والعناية على سبيل المثال. التراجع في الأداء البدني في سن متقدمة يستوجب تغييراً في نوع العمل، وملاءمته لوتيرة أبطأ. ينسحب هذا الأمر كذلك على الأفراد الذين يعملون في الأطر المحمية. من هنا يُضطر من هم في الخمسين فما فوق مع الإعاقة العقلية إلى تغيير نوع عملهم دون أن يجري تحضيرهم لذلك، ودون أن يفهموا الدافع لهذا الأمر. في بعض الأحيان، يلحق هذا التغيير ضرراً في التصور الذاتي وفي القيمة الذاتية، وينشأ لديهم شعور بفقدان القيمة، ويلحق الضرر بإحساسهم بأنهم متساوون مع عموم الأفراد في المجتمع.

ثمة أحاسيس مشابهة تعترى الأشخاص مع الإعاقة العقلية الذين يُضطرون إلى التقاعد من عملهم. تترافق سيرورات التقاعد في صفوفهم مع أحاسيس تشبه مسارات التقاعد العادية، لكن الافتراق عن العمل السابق، والانتقال إلى العمل في إطار محمي أو الانتماء إلى مجموعة نادر للمسنين في الإطار، قد يلحقان الضرر بتصورهم الذاتي، وقد يُفضيان إلى إحساسهم بفقدان القيمة، ويؤديان إلى تراجع في الاكتفاء المهني، والإحساس بأنهم متساوون مع الآخرين. هذا الموضوع أكثر تركيزاً في صفوف هذه الشريحة السكانية بسبب الصعوبة القائمة في مفهوم العُمر لديهم، إذ على الرغم من التغيرات البدنية والنفسية التي يعيشها هؤلاء، يتجاهل بعضهم حقيقة أنهم يتقدمون في السن، أو قد يكونون غير مدركين لسنهم.

شكلت هذه الخصائص والتحوّلات في حياة الأفراد المسنين مع الإعاقة العقلية الدافع لتطوير برنامج ملاءم لمناخ الشيخوخة ولتخطيط مستقبلي هو الأمل لحياتهم (ألون- 1666, 2012, 2012, 2016, 2018).

تخطيط مستقبل وخدمة متوجهة للإنسان لصالح التقدم الناجح في السن

تركز "الخدمة المتوجهة للإنسان" على ضرورة التأكد من أنّ الفرد مع الإعاقة يقع في صلب جميع القرارات والأنشطة المتعلقة بحياته، وعلى ضرورة منحه الدعم المطلوب لهذا الغرض. يعمل هذا النهج بالارتكاز على الاعتقاد أنّ لمستهلكي الخدمة الحق في حياة حقيقية، بما في ذلك الحق في أن يكونوا جزءاً من مجتمعاتهم المحلية وأن يخرطوا في العمل، وأن تتوافر لديهم عائلة وأصدقاء، وأن يختاروا مكان السكن ومن يسكنون معه، وأن يقرروا من يدعمهم وماذا يفعلون في حياتهم (Salmon, 2014). هذه الأمور تتماشى مع روح معاهدة الأمم المتحدة بشأن حقوق الأشخاص مع الإعاقة الساعية إلى

تحسين الفرص والتوجه للمشاركة في جميع مناحي الحياة، بما يشمل التربية والتعليم، والتشغيل، والسكن، وغير ذلك. يعرض هذا النهج أدوات للتأمل والإصغاء والتعرف على الفرد الذي يتلقى الخدمة، وهو موجّه إلى الفرد، ويؤمن بقدراته على توجيه مسار حياته، واتخاذ القرارات المتعلقة بنفسه، وعلى تخليص حقوقه (Broady, 2014).



נפטר חן יכרי תכזיר الفرد مع الإعاقة لمسارات حياته المتوقعه ومرآحل تطوره بدءًا من نعومة أظفاره، وفي حياته البالغة، وذلك بطريقة يجري فيها التعامل مع الشيخوخة كمرحلة اعتيادية تفتح فصلاً جديداً في دائرة الحياة. تُمكن المعرفة الفرد من التهيؤ بطريقة لائقة من الناحية التشغيلية والاجتماعية والعائلية، وأن يخطط مستقبله ويُسمع صوته. يشمل البرنامج المقترح تعرّفًا عميقًا للفرد على نفسه في خضمّ مسار تقرير المصير بدءًا من نعومة أظفاره، ويتغيّر هذا المسار وفق التطوّرات في حياته واحتياجاته المتغيرة، ورغباته وقدراته. في مقابل تأمله لحياته، يستطيع الشخص أن يبني خطة حياة فردية بالتعاون مع الشبكة الداعمة.

تطوير برنامج لمنالية الشيخوخة

اشتمت المبادئ والخطوط التوجيهية لبناء البرنامج من مبادئ نهج "الخدمة المتوجهة للإنسان"، ومن داخل مركبات الشيخوخة الناجحة:

- **تقرير المصير:** تعزيز معرفة الفرد لمسارات حياته، حتّى الآن وفي المستقبل، وتشخيص الوظائف والقدرات لمواصلة الاستقلالية وفقاً لإرادته، وإسماع صوته المتفرد.
- **الانتماء الاجتماعي:** استخدام مهارات اجتماعية وتواصلية في سبيل بناء صداقات وعلاقات متنوعة، بما في ذلك المحافظة على العلاقات مع أفراد العائلة وتوسيعها.
- **الإدارة الذاتية:** الحصول على صلاحية تنفيذ وظائف مختلفة، والمحافظة على الصحة وعلى الأداء المستقل قدر المستطاع، وعلى أداء بدني وإدراكي، وعلى اهتمام كامل بالحياة اليومية.
- **الدمج والمشاركة:** وذلك في الأطر الحياتية المختلفة، كالمسكن والعمل والدراسة وقضاء وقت الفراغ -على سبيل المثال.
- **تجنيد القدرات الشخصية:** من أجل خلق تغييرات إيجابية، ومن أجل العطاء، وممارسة حياة ذات مغزى.
- **اختيار وتحكم بالحياة الشخصية:** في الأمور البسيطة والكبيرة، والمحافظة على الإرث الشخصي والعائلي، وحفظ أبعاد ثقافية وإشراك مجموعة الأصدقاء.

(منور واحريم، 2017) (<https://www.aruma.com.au/>) House with No Steps.

حُدّدت أهداف البرنامج وفقاً للشرائح السكانية الثلاث التي شاركت في البرنامج.

الأهداف بالنسبة لأفراد الطاقم، وأبناء العائلة والأشخاص مع الإعاقة العقلية

- تطوير الوعي للخصائص المتفردة لمسارات التقدم في السنّ في صفوف الأشخاص مع الإعاقة العقلية.
- اكتساب أدوات لتخطيط المستقبل والتعامل مع التغييرات والفقْدان في سنّ الشيخوخة.
- توفير الإمكانية للفرد مع الإعاقة العقلية لتطوير تصوّر ذاتي إيجابي، وزيادة مهارات تطوير علاقات اجتماعية، والقدرة على إسماع صوته، والقدرة على اتّخاذ قرارات ذاتية.



2- המעוּמאט والأدوات التي توافرت لدى الطاقم قبل اللقاءات: أجاب 22 من أفراد الطاقم: لا تتوافر لديّ معرفة إطلاقاً، وقال 10 منهم إنّ بحوزتهم القليل من المعرفة، وقال خمسة إنّ لديهم معلوماً بدرجة متوسطة، وقال اثنان إنّ بحوزتهم معلوماً وفيرة.

المعلوماً والأدوات بعد اللقاءات: أجاب تسعة من أفراد الطاقم: قال فرد واحد إنّهُ لم يكتسب أيّة معلوماً، وقال اثنان إنّهُما قد اكتسبا معلوماً ومعارف بدرجة قليلة، وقال ثلاثة من أفراد الطاقم إنّهُم اكتسبوا معلوماً ومعارف بدرجة متوسطة، وقال ثلاثة عشر من بينهم إنّهُم اكتسبوا معارف ومعلوماً بدرجة كبيرة.

3- فُحص -في ما فُحص- وجهه نظر الطاقم بشأن السؤال التالي: "ما الذي يشغل فرداً مع إعاقة عقلية تطورية في موضوع الشيخوخة" -في استمارة الأسئلة قبل الورشات شدّد المستطلعون على أربعة مجالات يرون أنّها تشغل بال الأفراد مع الإعاقة العقلية الذين يخوضون غمار الشيخوخة:

من سيهتم بهم في مرحلة الشيخوخة (3 مشاركين)؛ العمل وقضاء وقت الفراغ (5 مشاركين)؛ موضوع الصحة (11 مشاركين)؛ أبعاد شعورية للمستئين مع الإعاقة العقلية التطورية (8 مشاركين).

في استبيان مماثل بعد الورشات، تطرّق الطاقم إلى عدد مضاعف (8) من مجالات الحياة: شخص مساعد وداعم (3 مشاركين)؛ التشغيل وقضاء وقت الفراغ (6 مشاركين)؛ موضوع الصحة (7 أشخاص)؛ أبعاد شعورية لدى الأشخاص مع الإعاقة العقلية الذين يخوضون غمار مرحلة الشيخوخة (4 مشاركين)؛ العلاقات الزوجية (مشاركين)؛ أبعاد عائلية (5 مشاركين)؛ الاستقلالية (4 مشاركين)؛ أبعاد اجتماعية (4 مشاركين).

4- تغير في مواقف أفراد الطاقم: أجاب 19 من أفراد الطاقم على الاستبيان: أشار أربعة من المستطلعين بعدم حصول تغيير على ضوء الورشة، وقال خمسة من بينهم إنّهُ حصل تغيير طفيف، وأفاد 10 مستطلعين بحصول تغيير بالغ في تعاملهم مع من يتلقون الخدمة.

تلخيصاً لما أوردناه، نقول إنّهُ لا شك أنّ ثمة أهمية لدراسة الموضوع لصالح الأشخاص أنفسهم، ولصالح الدائرتين الأخرين في حياتهم: الطاقم، وأفراد العائلة. وقع الاختيار على نهج الخدمة المتوجهة إلى الإنسان، ومكنت من الاستماع إلى صوت الشخص مع الإعاقة العقلية على نحوٍ يمكنه من تخطيط حياته (حتى في هذه المرحلة)، بالاستناد إلى معرفة نفسه ومعرفة دوائر الحياة والإمكانات المتوافرة أمامه.

مصادر

ألون-פרדו, ע' (2012). זיקנה מיוחדת - אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. סקירת

ספרות. מאגר הידע בית איזי שפירא. <https://did.li/GsVw5>



בן נון, ש', נאון, ד', ברודסקי, ג' ומנדלר, ד' (2008). הזדקנות של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית המקבלים שירותי דיור ו/או תעסוקה ממשרד הרווחה: תמונת מצב וצרכים. מאיירס-ג'וינט-ברוקדייל.

דוד, נ' (2010). חוויית הזיקנה בעיניהן של נשים מזדקנות עם פיגור שכלי. [עבודת גמר לקבלת תואר מוסמך למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה]. קרן שלם. <https://did.li/lyEIC>
כרמלי, א', ברחד, ש', זייגר, צ"ו, וכרמלי, ו' (2001). מאפיינים פיזיים ותפקודיים של אוכלוסיית המבוגרים הלוקים במוגבלות שכלית התפתחותית. גרונטולוגיה, 48, 45-55.

מגור, ז', סנדלר-לפ, א', שטרן, א', וטולוב, י' (2017). שירות מכוון אדם לאנשים עם מוגבלות. סיכום שנת למידה וכנסים בינלאומיים, סדרת פרסומים 1. ג'וינט-מסד נכויות.

נסים, ד' (2012). שינויים בזיקנה באוכלוסייה עם מוגבלות קוגניטיבית ודרכי התערבות מותאמים. תוצאות מחקרים והמלצות. קרן שלם. <https://did.li/UsVw5>

נסים, ד' (2016). זיקנה "מיוחדת": אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית. מאגר הידע בית איזי שפירא.

<https://did.li/hnclw>

נסים, ד' (2018). אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בעידן שירות מכוון אדם.

שיקום, 29, 76-83.

נסים, ד' ואלג'ם, ט' (2020). הזדקנות ומוגבלות שכלית התפתחותית: פיתוח והערכת תוכנית להנגשת הזיקנה וההזדקנות עבור מקבלי השירות, המשפחות וצוות המסגרת. מאגר הידע בית איזי שפירא.

<https://did.li/jnclw>

שלום, ג', בן שמחון, מ', וגורן, ה' (2017). אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. בתוך י' צבע (עורך), סקירת השירותים החברתיים 2016 (עמ' 377-404). משרד הרווחה והשירותים חברתיים.

Broady, T. (2014). What is a person-centered approach? Familiarity and understanding of individualised funding amongst carers in New South Wales. *Australian Journal of Social Issues*, 49(3), 285-307

Bigby, C. (2002). Ageing people with a lifelong disability: Challenges for the aged care and disability sectors. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 27(4), 231-241.



- Campbell, J. E. & Herge, A. E. (2000). Challenges to aging in place: The elder adults with MR/DD. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 18(1), 75-90.
- Davidson, P. W., Prasher, V.P., & Janicki, M. P. (2003). *Mental health, intellectual disabilities and the aging process*. Malden MA: Blackwell Publishing.
- Heller, T., Miller, A. B., Hsieh, K., & Sterns H. (2000). Later-life planning: Promoting knowledge of options and choice-making. *Mental Retardation*, 38(5), 395-406.
- Heller, T., Factor, A., Sterns, H., & Sutton, E. (1996). Impact of person-centered planning training program for older adults with mental retardation. *Journal of Rehabilitation*, 62, 77–83.
- Salmon, R. (2014). Reflections on change; supporting people with learning disabilities in residential services. *British Journal of Learning Disabilities*, 42(2), 141-152.
- Walsh, P. N. (2002). Ageing and mental retardation. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 509-514.
- World Health Organization (2000) *Ageing and intellectual disabilities—Improving longevity and promoting healthy ageing: Summative report*. World Health Organization.