

老年與智能障礙者
延長壽命與促進健康
摘要報告

二〇〇〇年元月

本報告由『國際智能障礙科學研究學會』與
『國際促進智障者融入社會協會』共同製作，向聯合國世界衛生組織提出

謝詞

本報告的完成感謝美國國家老年研究所提供經費，促成一九九九年四月日內瓦國際智能障礙科學研究學會老化組圓桌會議、紐約羅惻斯特大學醫學院、美國聯邦政府教育部、伊利諾州立芝加哥大學智能障礙訓練與復健中心等提供資料與協助。同時感謝國際智能障礙科學研究學會會長與國際促進智能障礙者融入社會協會理事長等人的協助。

本摘要報告由詹馬修博士（Janicki, Matthew P., Ph.D）與薄南希女士（Breitenbach, Nancy）共同執筆。報告內容、資料、結論與想法等是由國際智能障礙科學研究學會老化研究小組與健康醫療研究小組所共同組成的四組工作團隊成員幕後貢獻參與製作，在此一併致謝。四個小組工作主要成員名單（Principals: Helen Beange, Brian Chicoine, Philip Davidson, Heleen Evenhuis, Tamar Heller, James Hogg, N. Lennox, Ronald Lucchino, C. Michael Henderson, Nicole Schupf, Lilian Thorpe, Henny Schroyenstein Lanman-de Valk, and Patricia Noonan Walsh）. 為節省篇幅上列參與人員不再一一翻譯中文譯名。

Note: 備註

譯者為求報告內容能以中文流暢的表達，文中的國際組織依其性質給於中文譯名，International Inclusion是一個非營利組織，最早是由智障者家長所組成的倡導團體，後更名為現在的組織名稱。它以促進全世界各地智障者人權為組織宗旨，目前有一百八十八個團體會員國，分布於全世界一百五十五個國家。為目前國際上倡議智障者融入社會的主要組織。因此，譯者將其組織名稱翻譯為「國際促進智障者融入社會協會」，以彰顯其組織目的與功能。

本文內採取智能障礙者作為通稱智障者，其目的是以表達智障者除智力受損外，也可能對其日常生活功能產生不同程度的影響，但是這些障礙是可以經由教育、訓練等予以控制與提昇。兩岸三地採取不同的名稱與中文，在此譯者以『智能障礙者』為其中文譯名。以同時兼具這個人口群的特殊特質與需要。

本文的翻譯，譯者盡可能的將原摘要報告內容逐句翻譯，但有些地方為求讀者能了解字詞的真正意義，因而必須予以解釋或說明。同時報告是以摘要方式撰寫，因此原文內多處以條列方式表達其重點，在盡可能的範圍內譯者也予以相同方式翻譯。

本文由中華民國台灣，國立中正大學社會福利學系副教授王國羽博士負責翻譯。文責語意由譯者負責。

重要摘要

世界衛生組織意識到逐漸增加的老年智障者人口，在國際智能障礙科學研究學會與國際促進智障者融入社會協會的共同協助下，世界衛生組織決定針對此現象就老年智障者的健康狀態變化、產生變化的因素加以探究。為促進老年智障者的健康與社會參與，以達成全面促進老年智障者的生活品質，在此背景下提出本報告。以促使全球各國採用本報告內容與提昇老年智障者健康與社會生活品質為目的。

全世界許多國家醫療與社會進步延長人口壽命，間接的促成智能障礙者壽命的延長。但是，世界衛生組織也注意到在上述發展中，智能障礙者因被不同社會視為不受重視的一群，他們在使用醫療與社會福利的可近性時仍處於不利的地位。在此現狀下，世界衛生組織認為醫療科技的進步亦可使終身障礙者受益，本報告內容擷錄在摘取目前科學界對老年智能障礙者的主要研究發現，在世界衛生組織的贊助與支持下，企圖經由全球健康促進活動提昇老年智障者的健康。這份摘要中的結論與發現是由國際智能障礙科學研究學會，在世界衛生組織贊助下，所組成的四個研究工作團隊（生理健康、婦女健康、心理行為、老化與社會政策四組）的報告節錄而來。

上述四組報告所共同提出的關鍵議題如下：

- 【1】 一般而言，各國無論公私部門在提供智障者服務時，仍欠缺有組織且系統的針對他們的特殊需求加以規劃。
- 【2】 一般大眾對智能障礙者的態度仍需改變；有兩個改變的途徑，一是經由促進社會大眾以正面態度了解成年智障者，另一是提昇公部門設計特殊方案的能力以滿足成年智障者的特殊需求。
- 【3】 智能障礙者需要支持性服務、醫療健康狀態追蹤、家庭救助等服務。
- 【4】 女性智能障礙者普遍而言處於更不利的地位，全球各國普遍缺乏對她們需求做有系統與有計劃的了解。
- 【5】 雖然智能障礙者有其生理、基因或環境等致病因素，但世界上仍有些國家視智能障礙者為精神病患者。
- 【6】 各國醫療與健康促進等政策通常忽略終身智能障礙者老年時的特殊醫療需求。

老年智障者是屬於高風險的群體，在許多國家老年的重度與極重度障礙者甚至被社會忽略，且以大型機構為他們的主要居住地點。在提供與滿足老年智障者的居住問題方面也欠缺適當的住宅政策。同時健康醫療服務也欠缺針對他們的特殊需要而加以考慮。輕度的老年智障者，通常被視為社會的邊緣人口，並未提供他們最低度的協助以促使他們成為社會中具生產力的一份子。也未提供輕度的老年智障者復健服務、就業機會與有品質的老年服務措施。在許多國家女性的老年智障者由於她們的性別，使她們社會經歷更不利，女性老年智障者的特別需求被忽略或不被注意。老年智障者兼具生理系統疾病或是兼具精神疾病障礙者更是被忽略的一群。

世界各地的健康服務體制通常並不適當，且未針對成年智障者邁向老年後身體健康的改變所帶來的特殊需求加以特別考慮，通常是以一般人口的服務措施提供給老年智障者。因而在欠缺針對老年智障者特殊健康需求的專門措施之下，老年智障者的醫療健康狀態受到影響。再者，老年智障者的個人生活技能與欠缺對生活方式的選擇，可能進一步的影響他們的健康與福祉。他們視覺與身體移動能力的障礙，不易控制的飲食習慣、非常不好的口腔衛生、欠缺教導適當的性行為等等個人生活習慣與他們容易失去對自己行為的控制等等皆增加他們在老年期的生活適應困難。

雖然各國政府都有基本的健康照護制度與政策，同時也實施許多的健康促進措施，也經由正式部門提供家庭支持、社會福利服務、復健、訓練與個人支持等既存的服務措施，而老年智障者更需要在

上述服務措施與內容中更貼切的反應出他們的特殊需求。在實踐層次上，各國政府如何經由教育、訓練等管道提供臨床人員適當的診斷知識、有效的預防與服務措施等，這些才能滿足老年智障者與其家庭的特殊需求。

目的

世界衛生組織邀請國際智能障礙科學研究學會，針對智障者老化所導致的醫療健康與相關議題提出行動策略與報告。聯合國的努力目標在於提出影響智障者老年健康醫療與社會服務的主要政策議題，而報告內容著眼於全球適用為原則。國際智能障礙科學研究學會經由該會老化研究小組，先行組成四個工作小組提出草稿，於一九九九年四月在世界衛生組織總部與國際促進智能障礙者融入社會協會兩個組織和各國代表就草稿內容討論，修改後共同完成。修改後交由世界衛生組織向全球各會員國發表與推動提升智障者老化後的健康照顧議題。

完整報告分為四個小組報告，本篇摘要報告僅就四組重要結論內容彙整：四組內容分別為生理健康、女性健康議題、心理行為議題、老年與社會政策議題等四組。本摘要報告內容就四組重要政策建議整理與摘要，有興趣者可分別參考四組完整報告內容。

引言

世界衛生組織對健康採取廣義的角度，它認為所謂的健康是個人身體、心理與社會的完整舒服自在狀態，而不是單純的指沒有病痛或不舒適而已。在此前提下，該組織採取的觀點是：個人的健康是身體生理系統受外在醫療照護制度的影響，因而世界衛生組織採取同樣的健康觀點看待智能障礙者。因此，健康不只是身體系統沒有病痛而已，更受個人所處的外在社會條件的影響。

參與此四篇報告的工作小組人員意識到許多國家皆對智障者有不同的迷思、錯誤的概念或對終身障礙者老化的錯誤認知：例如智障者不會活到老年、家長因為做錯事所以家中才會有智障兒、對成年智障者最好的居住安排是送到大型機構、智障者不可能學習、受教育或工作。而事實並非如此；智障並不是精神疾病患者、家中有智障者並不是上天對父母做錯事的懲罰。在許多國家，智障者可存活到老年，可以工作也可以獨立的在社區內生活並且成為社會中具生產力的一份子。

雖然目前對智障者的定義仍欠缺全球一致的共識，但是目前可被接受的智能障礙概念如下：智能障礙是因在出生前、後或在兒童期至腦部發展成熟前，因為基因、神經系統、營養、社會或是受傷等影響智力發展。這些狀態使智障者與一般人口相比，他們在自我決定能力、獨立生活功能、職業、社會生活等面向低於一般人的正常水準。在某些個案中、這些狀態也會伴隨生理、感官知覺與精神方面不同程度的障礙，他們可經由早期干預、訓練與教育等豐富他們的經驗進而提昇他們在上述生活領域中的能力。

所有參與此次報告製作的小組成員也體認到「老化」是終身的過程，但是對『老年』會在幾歲時產生，一般而言是沒有一致的看法。但是在本報告中，我們採取的是人生的第六個十年作為年齡切點，也就是以五十歲開始作為我們討論老化有關的各種變化。即便如此，在這個切點下，我們仍會遇到提早老化與有些智障者因為生理系統的併發障礙而提早死亡的個案。尤其是對極重度且伴隨有多重障礙的智障者與唐氏症患者，他們的平均壽命會因為健康狀態較差與生活條件不佳而提早死亡。

不同社會在了解與提供智能障礙者服務的體系彼此之間差異很大。在許多社會，身心障礙者並不被社會視為社會中有積極貢獻的一群，因此身心障礙者與其他人口群相比，他們在住宅、工作機會、

營養、健康服務等方面欠缺使用服務資源的可近性。而上述四個領域是影響身心障礙者是否可擁有「健康的老年」的關鍵因素。因為不同社會對身心障礙者成因的誤解，形成他們使用服務資源的障礙，政府政策欠缺有組織且系統針對他們特殊需要設計相關措施，不適當的健康與社會服務方案加上缺乏受過特殊專業訓練的人員，提供適切的服務等，這些外在結構與服務體系的基本問題，皆直接與間接的讓身心障礙者在降低對服務資源的可近性。這些服務提供的問題可經由訓練專業人員與照顧者，以及有效的倡導與其他的措施加以克服。

問題背景

二十世紀醫療科技、公共衛生、教育與科學的進步，延長人類壽命。全球而言，隨著平均餘命的延長，人生後期免於障礙的機率是持續穩定。在已開發國家平均餘命的增加與提供各式服務給智能障礙者，延長他們的壽命。目前估計全球約有六千萬智能障礙者，這個數目在未來也會持續增加。視智能障礙者居住地區、性別與社會經濟地位而定，最窮、沒機會受教育與身體健康狀態差者，則平均餘命低。

在已開發的資本主義市場國家，大多數目前三十幾歲的成年智障者可以存活進入老年的機率較以往增加，且他們的老化經驗可能與正常人類似。許多智障者可活到更老的老年期，甚至成為百歲人瑞。除了身體系統功能的衰退外，他們可能也會擁有活躍的老年生活與品質。

老年智障者可能有明顯的生理健康需求，這樣的改變與老年智障者所處的外在社會、經濟條件有關。外在環境條件包括社會網絡、經濟安全、發展機會與其他可促進智障者健康的衛生醫療條件。而這些外在環境的影響是終身性的，智障者在幼年時期的健康條件與狀態也會在老年時期對他們人生後期的健康產生影響。在有些國家智能障礙者的相關議題，也許不是該國政策的最優先處理的政務，因各國本身的內部社會問題複雜度不一。一般而言，智能障礙者與一般其他人口群體相比，也許他們的社會參與機會、生活條件與網絡較少，缺乏這些其他的社會經驗，也會間接的影響他們人生後期的老化歷程。

在考量每個國家社會的起始條件個不相同的事實之下，很清楚的本報告未來在各國的被採用的情形並不相同，未來也需考慮本報告內容在不同地區與國家的適用程度。同時在各個不同文化與社會背景下，本報告的建議內容可被採行的程度也是小組考慮的焦點。聯合國一九九年的國際老人年行動計劃綱領中提及：各會員國面對人口轉型時，採取因地制宜的策略，適當的對人口老化問題提出對策，同樣的『因地制宜』原則也適用於老年智障者。本報告焦點放在老化與智能障礙者：意謂著所有政策可應用到老年智障者，上述所提考慮各國文化、社會結構與制度的特色將是未來本報告在各國應用的重心。接著的報告內容將以四個工作小組的主要建議內容、焦點議題與結論等為主，內容也許會有重複，因各組的觀點與角度雖不相同，可是關懷的心是相同的，所以重複之處在所難免。

生理健康

全球觀點而言，大多數人口（包括智能障礙者）居住在未開發地區，因為目前非常欠缺有關居住在未開發地區智障者的相關資訊與基本資料，所以很難就他們的健康狀態與需要做推論，但是基本上而言，居住在未開發地區人們普遍且根本的生活需求包括：基礎健康照顧制度、適度的營養、居住環境改善、教育、人權與社會經濟穩定等，這些需求也同樣的適用於智能障礙者。就國際觀點而言，因目前文獻對居住在未開發地區智能障礙者的資料太少，因此許多以已開發國家的研究結論未必適用於未開發地區。

已開發國家確實經歷智障者的老化，老年智障者的數目也在逐漸增加中。當愈來愈多的智障者進

入老年期，我們需認識到隨著年齡的增加，身體功能的衰退、行動能力甚至死亡都會因年老而產生。老化隨著生命的延長，在逐漸老去的過程中上述的身體功能的衰退與老化歷程互動的結果，導致個體在老年的老化歷程差異很大，智障者年輕時因各種治療的實施，在他們年老時會反映在他們特殊的身體功能上，例如早期針對他們身體僵硬而所給的鬆弛肌肉神經的藥物，在老年時會產生對身體行動的影響。例如，長期服用防止智障者頭部擺動的藥物，老年時會影響骨髓的健康等。另一方面，許多老年智障者也許身體健康狀態並不差，這與智障者本人的生活習慣有關，或不同年輪的智障者死亡率不同。在公共衛生與醫療保健最重要的問題是：能確保老年智障者對醫療與相關服務措施的可近程度，以協助他們能順利進入老年期。

健康風險

智能障礙者中，不同的次群體具有特殊的健康風險因子。健康風險的產生與智障者的致病原因有關，例如與某些症候群的智障者【唐氏症患者】，或如中樞神經系統病變所導致的智障者如自閉症患者、腦性麻痺患者、腦部受傷、癲癇患者、或感官知覺系統受損的智障者等，他們會因長期的服藥或早期的各種治療而在人生後期產生不同的健康風險。有些智障者因居住地點不同而有不同的健康風險，例如居住在家中、居住在小型群居之家或特殊機構、醫院或大型機構等。生活方式與環境對智障者產生的影響與智障者本身的醫療與健康狀態，這些內在與外在因素互動的結果，在智障者年老時皆會對身體健康產生不同的影響。

成年智障者中，因基因缺陷、受傷、毒物感染等原因導致智障的症候群體，往往在人生的不同階段中呈現出不同的生理健康問題。以下就兩個特殊徵候群體加以討論，一個是x軸染色體斷裂症候群體，另一個是唐氏患者。X軸染色體異常的智障者因身體器官瓣膜異位年老時，特別容易有骨骼肌肉系統病變，女性則會提早產生更年期，與視覺障礙與癲癇等症狀出現。

唐氏症患者是典型的染色體異常所導致的智障者，因此身體器官終身處於特別的健康風險狀態，例如內分泌系統障礙（甲狀腺亢進）、感染、口腔、心臟、骨骼肌肉系統、皮膚與其他器官功能的障礙等。除此之外，唐氏症患者因老化導致聽覺、視覺異常，癲癇與歐滋海默症等疾病。他們與一般智障者相比，平均壽命要低十歲左右。其他的智障群體患者雖然沒有上述這兩類群這麼明顯，但是，相同的健康風險也是類似的。

生活型態

輕度的智障者通常他們對生活方式的選擇機會較多，而這些選擇往往會對他們的健康產生影響。例如居住在社區的成年智障者與其他人口相同的會染上吸煙、酗酒、行為暴力或因不當的性行為等而感染愛滋病。居住在集合式機構的智障者，除上述不良生活習慣外，也會有較高的機率感染到傳染性疾病、倦怠或被忽略等。

而被動的生活型態也會產生身體健康的風險，例如為防止智障者過動所實施的固定身體的治療法，長期會產生對身體系統的制約現象。例如身體過胖所併發的高血壓、動脈血管疾病等對獨居的智障者而言，這些因為不良的飲食習慣所導致的疾病，成為維護他們身體健康的生活教育目標。對自己獨自居住的成年智障者，如何教育他們正確的生活態度與飲食習慣，促進他們老年時身體健康將是重要的關鍵。

目前在已開發國家累積的研究經驗顯示，老年智障者與一般老年人口群相比，在老年時的各種生

理健康狀態改變的速率與一般老年人口類似，但是在某些健康改變的面向他們的風險較高。對許多老年智障者而言，他們的身體健康狀態改變受到他們原有的生理、心理、社會環境因素的交互作用影響，在他們老年時都是重要的考慮因素。我們需要將他們長期受到慢性疾病威脅的風險列入考慮，這與一般老年人口的健康風險受到個體自身的原有生理條件與外在社會環境因素兩者交互作用是相同的。換句話說，老年智障者除具有影響一般老年人口的健康風險因素之外，他們老年時健康的改變深受原有身體長期健康狀態與他們的特殊生長環境的影響。

健康評估

在我們評估老年時的生理與心理功能的變化時，需要非常小心。例如我們不能很輕率的將心智功能的改變視為是老年癡呆的一種，或因為他們的病理背景而任意歸類為是因為他們的原有智能障礙導致老年時的癡呆。完整且全面的評估老年智障者心理與行為的改變是不容易的進行，通常他們的生理健康狀態是可以治療的情況下，我們在臨床的評估時就很難區分究竟這些改變是不是可以控制或是真正的是他們心理功能開始退化而癡呆的過程。例如他們知覺系統障礙、失調或情緒失控或原先並未診斷出來的疾病，在他們原有的溝通困難與行動困難的現實條件之下，更成為診斷時的障礙，這也影響評估工作的正確性。

智障者的病史通常是可經由長年主要照顧者的觀察得到蛛絲馬跡的改變訊息，他們往往可以注意到智障者的身體健康狀態的改變，尤其是重度智障者的改變。通常提供醫療服務的專業人員需依賴這些主要照顧者提供觀察或是記錄以協助診斷。各國可經由提供非醫療專業的主要照顧者基本的健康評估知識與技巧而使成年智障者受益。相同的，對有溝通困難的成年智障者提供訓練，讓他們學習如何有效的表達自己身體的病痛與不舒服，這也是在臨床上提供健康狀態評估的重要依據。就算是生病的智障者身邊有主要照顧者陪同就醫，且照顧者瞭解智障者的變化，這樣的情形下進行醫療診斷仍須相當長的時間，因此如果沒有這些外在條件配合下，則正確診斷將更困難。

就診時行為不易控制也是另一個成年智障者就醫的困難，他們不易配合檢查的進行或檢查的程序。醫療服務提供者需接受必要的訓練以瞭解智障者在就醫時會產生迷惑、不清楚、挫折或害怕的情緒與行為反應。因此允許他們在檢查時使用比較多的時間以獲得必須的醫療訊息。另外則是如何提供他們就醫時安全與舒適的環境。在智障者生病後或受傷後，如何在復健過程中提供協助他們生活也是很重要的環，例如如何訓練他們使用各種協助行走的輔具，例如拐杖、助行器、助聽器、輪椅、支架等等。這些訓練本身就需要特別的知識與技巧。智障者就醫時不只是提供醫療服務而已，如何促進第一線的醫療提供者瞭解智障者的特殊需要與知識是提昇醫療評估的重要手段。

如何獲得健康照護服務

對許多居住在醫療健康服務措施已經很完善的社區的成年智障者而言，他們得到醫療健康服務的關鍵是：提供照護者是否瞭解他們複雜的醫療健康變化。即使成年智障者在使用醫療健康服務方面沒有問題，但是他們所需要的各種不同專科醫師的組合，這個則需要好的醫療管理人員協助他們與協調這些專科醫師提供服務。這些不同專科醫師包括牙科、精神科、眼科等等。在許多情況下，獲得這些服務是非常昂貴的，也需要特別的考慮。但是下列事實往往成為智障者獲得良好健康照護服務的障礙：

- 【一】第一線的醫療服務提供者欠缺有關智能障礙著相關知識訓練
- 【二】缺乏有關智障者年老後的醫療需要與相關醫療健康變化的知識
- 【三】缺乏對智障者本身以前醫療病史的了解
- 【四】因為智障者的溝通技巧不佳與困難，進行檢查時增加醫療資訊收集的困難

【五】欠缺對他們醫療健康問題能提供協助的充足醫療專業人員

【六】醫療專業人員彼此之間欠缺獲取他們醫療資訊的共識

除此之外，阻礙智障者使用醫療健康照護體系的原因；可能包括醫療服務提供者因他們所需要的服務太昂貴而不願意提供，或認為這些服務不具成本效益，或不易在當地找到適合的醫療服務必須到遠處獲得，往來交通的考慮與費用都是增加智障者使用醫療健康照護服務的障礙。更甚者，智障者的家中也可能因為經濟因素本身就無法獲得良好的醫療健康服務，那麼智障者本人的醫療需求更可能不易滿足。

醫療資訊

在臨床上提供智障者醫療健康服務的另一個議題是醫療資訊，視智障者與一般人相同也有權利被告知他的醫療治療內容與程序。成年智障者在接受治療時，醫療服務提供者有義務告知他們這些治療的內容與可能的結果，尤其是智障者有特殊的溝通困難時，第一線醫療照護者更是要特別的針對他們「知」的權利加以保障。如果上述就醫權利的保障無法獲得，那麼經由立法的規範與法律的授權以保障智障者就醫時知的權利，就成為必要的政策。

上述各種維護智障者醫療健康的措施，它們真正實踐的關鍵是如何經由提供第一線醫療、社會與教育人員相關的訓練，促進他們對智障者有更多的瞭解並且增加他們提供專業服務的知識，這成為促進智障者健康維護的根本要件，為達成上述目的，各國政府經由立法、行政規範、預算等程序針對智障者的健康維護政策，提供制度上必要的支持協助成為維護智障者老年健康的重要關鍵。

婦女健康議題

就如同全世界婦女健康議題需要關注一樣，女性智障者的健康議題更需要注意。瞭解不同文化背景、家庭經驗等對女性智障者人生經驗與角色的影響更具意義。例如，在許多已開發國家，年輕的女性智障者完成學業、就業訓練、進入職場找到工作成為社會中的公民，建立自己的社會關係或人際方面的親密關係等等。她們的人生經驗也與其他女性類似，進入職場中就業的女性，在工作中獲得個人與社會層面等的各種關係，但是不可諱言的，大多數女性智障者也許並不被社會鼓勵結婚，建立自己獨立的生活或成為母親等等角色。

在開發中國家，女性智障者的人生機會與選擇也許並不如居住在已開發中國家的智障女性那樣多，同時她們也許住在機構中、或當地社會提供給她們的選擇並不多，因此這樣不同的生活型態促成她們在健康照護的使用與結果不同於已開發國家中的女性智障者。對不同社會女性智障者的健康照顧的瞭解，與瞭解女性在不同人生階段角色的轉換是相同的重要，例如她們由女孩轉為女性、妻子或母親等不同階段的角色與健康照顧需求。

女性主要健康照顧議題

以下所列是女性智障者健康照顧方面的主要關注議題：

- 【一】女性智障者與一般女性的生理變化是相似的過程，同時她們也與一般女性一樣有規則的月事。
- 【二】對女性智障者的更年期轉變，目前所知並不多。目前只有少數研究報導已開發國家女性智障者的更年期變化，但是並未任何研究對她們賀爾蒙與子宮功能的長期變化做過深入且有系統的瞭解。
- 【三】目前有限的研究並未提出女性智障者生育行為的瞭解，但是合理的推測是成熟的女性智障者她們的生育能力與一般婦女類似。除非她們的腦部受傷的部位影響子宮或賀爾蒙的分泌，否則她們的生育與一般婦女類似。
- 【四】更年期後的骨質疏鬆症或長期服藥產生的骨質疏鬆症對女性智障者健康的威脅與一般婦女相同。
- 【五】用於治療女性智障者在經期不舒適的藥物，因女性智障者在經期時會產生自戕行為，或情緒不易控制等。這些藥物的副作用與藥物控制生理期的不適形成一個循環。
- 【六】由於她們不易自我保護的特質，與她們對自己身體權益意志的保障不容易建立，因此她們往往成為性侵害的受害者。對她們施以侵害的也許是她們認識的人，也許包括照顧者、家中成員或在機構中同住者等等。在有些國家，女性智障者也許會是性產業的主要提供者。
- 【七】女性智障者服用控制精神情緒的藥物或是服用抗癲癇的藥物都會對她們的賀爾蒙產生影響，這些藥物會對她們的身體健康產生長期的影響。
- 【八】女性智障者因為一些不可逆轉的醫療過程而產生對她們身體基本權利的危害，例如子宮摘除或節育措施等。
- 【九】與一般女性類似，隨著年齡的增加女性智障者受乳癌的威脅是相同的，但是這個風險會不會與她們本身的智障有關，目前仍是研究社群辯論的焦點之一。
- 【十】與一般婦女相比，由於女性智障者在表達與接受訊息的能力都比一般女性差的情況之下，在進行婦科檢查時可能因為害怕而不容易與醫師合作，因此增加她們在某些疾病篩選過程中的困難，致使她們身體健康受到威脅。

無論男性與女性，適當的營養、運動與使用預防性醫療照顧等皆是促進健康與延長壽命的重要因素，女性智障者與一般女性相比，她們較少接受預防性的醫療服務措施，就如同一般男性與女性相比，男性使用健康醫療服務措施的頻率要高於女性是相同的趨勢。在已開發國家中的女性智障者，她們的體重過重與膽固醇水準皆高於一般人口，而女性受體重過重的影響大於男性。這個與他們的居住與

生活習慣有關。在開發中國家，女性智障者可能受營養不良的影響大於其他的健康風險。

特別值得關注的健康議題

醫療資源的可近性每個國家皆不相同，目前為止，已開發國家的資料顯示出，女性智障者在使用特殊的健康篩選服務上，例如乳房定期檢查、乳房顯影術、心電圖的使用率等皆低於一般婦女的使用率。為何他們在使用這些預防性醫療照護措施的頻率低於一般婦女的原因可能是與下列因素有關：例如不恰當的保險給付項目、欠缺足夠的醫療教育、害怕檢查、與醫師溝通困難、或檢查環境不適宜，例如檢查台過高、或器具不適當等因素。

某些醫療程序或治療特別容易引起有關醫學倫理的辯論，例如婦科中的對乳房觸診，這樣的程序對女性智障者在接受診療與檢查時很容易因為溝通不良引起抗拒。有些醫療議題同時兼具倫理與法律的考慮，例如對女性智障者施行絕育的子宮摘除手術，無論是否合法，本身都是可以辯論的健康照顧方面倫理議題。女性智障者因不當性行為引起的精神方面疾病，甚少受到關注或瞭解。當婦女出現嚴重的憂鬱現象時，無論她與誰居住往往被視為行為異常而沒有給於正確的診斷或是處置，以至於女性智障者的精神耗弱往往不易被察覺。

衛生教育

應提供女性智障者有關身體器官的認識，例如對男性身體與女性身體的了解，教育女性智障者有關月經的生理知識，例如它形成的原因與女性懷孕與更年期等相關的知識，以協助她們獲得必要的衛生知識，通常成年的女性智障者並不了解為何她們會有月經，她們也缺乏適當的管道學習如何告訴工作人員在生理期時的不舒適。通常有些老年女性智障者可經由服用治療荷爾蒙的藥物調解身體的不適，但是她們卻不了解藥物的作用等等，這些都是健康教育的環節。

對女性提供支持與協助她們討論上述這些敏感卻私密的議題有助於減輕女性的不安與焦慮，同樣的協助與支持性團體更應提供給女性智障者以協助她們對自己身體有更清楚的了解，同時破除對女性身體不必要的禁忌。協助婦女發展對自我正向的態度，相同的協助女性智障者發展正向的自我認知更重要，如何經由衛生教育提昇老年智障者對自己身為女性與障礙者角色的認識更是重要的醫療健康議題。

行為與心理衛生議題

心理健康狀態異常的診斷與分類，目前各國採用聯合國世界衛生組織所出版的第十版疾病分類典建立診斷體系。生理、心理與行為的失調也都可能是行為異常的原因之一。相同的道理，行為異常也是不良行為的型態之一，它們通常與生活功能失調有關。行為異常也許源於個體的精神異常、生理器官系統本身的脆弱、或長期學習不良的習慣、或與外在環境的期待與適應不佳等因素皆可能致使個體行為產生異常。就智障群體而言，約百分之十的成年智障者合併有精神疾病。雖然這個比例與智障者合併有行為異常的比例要低，但是成年智障者群體罹患的精神疾病與心理衛生方面的問題仍不可忽視。例如老年智障者與一般老年人口都有類似的老年癡呆症發生率。但是智障群體內，唐氏症患者老年時罹患老年癡呆症的比例要高於一般老年的智障者。

日常生活壓力影響

老年智障者因文化、外在環境、社會與發展等因素導致明顯的精神與行為異常。這些壓力來源也許是多面向的，如老年智障者經歷與親人的分離、悲傷、或父母一方的死亡、或親戚朋友的死亡等，或突然轉換居住環境、與寂寞等都會帶給老年智障者各方面壓力。雖然目前對老年智障者，是否因為年老

而對這些外在壓力忍受力降低，導致他們產生精神狀態的變化。或智障者本身老化的過程就會使他們產生精神狀態的變化，至今仍有辯論。目前的共識是需要將上述背景因素放在比較廣的觀點下評估與分析，而不是只歸因於單一因素。這些外在環境的壓力來源需要多方面的探討它們對老年智障者的心理健康影響。

生理因素

老年智障者的心理失調現象會對他們的認知、一般生活功能與生活品質產生影響。例如知覺系統改變、心智功能退化、營養不良、長期服用止痛藥物的副作用等這些生理系統的不舒服等皆會對他們的心理狀態產生影響。對許多年老的極重度智能障礙者而言，在臨床上因為他們本身的行動、溝通與表達能力有限，因此如何正確的診斷他們的心理功能異常如精神分裂症狀等，皆是容易妨礙他們接受治療的困難。例如，當他們出現抽搐時，在臨床診斷時，阻礙正確心理功能的評估，因為通常在晚年發生抽搐現象時，也許是歐滋海默症的前徵。可是心智障礙者合併心理功能失調現象也很普遍，因此如何小心地區分與做出正確的心智診斷成為維持他們晚年心理健康的重要關鍵。

藥物治療對許多重度智障者是很重要的方法，但是長期復用藥物對他們也有潛在性的危險。藥物的化學反應與影響例如服藥劑量多寡、蛋白質變化、藥物對肝臟的影響或對腎臟的負擔等都是考慮給於老年智障者藥物治療的主要參考因素。隨著智障者年老，他們對藥物的反應時間也會緩慢下來，而他們會因環境的不熟悉或搬遷而影響對藥物的作用效果。另一方面，因智障者可能長期服藥而產生藥物交互作用。目前為止，有限的研究經驗與知識只限於個案的報告，為促進老年智障者用藥的安全，醫師處方時應將上述因素考慮進去。有些藥物的副作用會增加智障者的迷惑、大小便失禁、便秘、跌倒、體重增加、動作不穩定等等狀況在給於處方時應盡量將其減至最低。

預防策略

第一線臨床工作人員或是醫生在處理老年智障者的行為與心理問題時，可考慮在不同的階段採取不同的措施。第一級預防是以能事先預見可能的行為與心理問題，而採取必要的處置。第二級的預防策略是當早期的行為異常現象或心理徵兆出現時，立刻採取必要的資源。第三級的預防工作是當行為異常產生時，盡可能的將其在日常生活功能的影響控制到最低。

一級預防工作方面，雖然目前對這些預防措施的分析並不是本報告的重點，但是上述行為與心理失調現象與他們生活方式或老年智障者可獲得的服務支持是最有效的預防策略。例如減少大型機構的收容方式對降低他們不良行為習慣與各種生理系統的感染病是有幫助的。在已開發國家，各種不同藥物的使用，藥物彼此的交互作用已被證明也許與上述的行為與心理等失調有關。增加對工作人員有關藥理作用的訓練知識，提供他們有效的溝通技巧與早期可以觀察到智障者知覺系統的變化，這些都是一級預防策略的有效方式。

二級預防工作方面，如何提供工作人員訓練與教育，可以讓他們能在早期評估與觀察智障者的行為與生理失調變化是整個工作的重點。這同時包括整合心理、生化與社會服務等不同專業人員在早期介入與提供治療。如果可能，所有與成年智障者有關的工作人員、家人等皆須參與，同時上述訓練與教育更應以協助非專業人員觀察智障者的日常行為與情緒變化為主。工作與居家環境的調整改變也是提供智障者協助的方法之一。智障者透過行為所傳達出來的需要必須慎重的評估與採用不同的方法予以滿足。例如可以使用支持系治療或團體行為治療、家族治療、或個別的行為治療法與社會技巧訓練

等或是依不同文化採取另類療法等等。

教育與訓練

通常要對智障者的心理狀態做合宜的評估並不容易，尤其是當醫療提供者並沒有有關智能障礙的訓練與知識背景時，更在臨床心理功能評估與診斷產生困難。通常老年智障者的主要照顧者最能報告有關智障者的各種行為與情緒資訊，但是他們也欠缺對這些行為變化的相關知識與訓練。因而，在診斷的過程中，專業人員所憑藉的紀錄或報告也許不正確或不易取得。可是，即使在已開發國家受過對老年智障者心理與行為變化的心理醫師也是少之又少，這更增加臨床上診斷的難度。

各個不同文化對所謂正常行為的認知也不盡相同，這也增加社會一般大眾對智障者誤解的因素。理想上，各國應儲備足夠數量的專業人員，尤其是受過有關智能障礙專業訓練的心理學、神經醫學、精神醫學等臨床專業人員。這些專業人員的訓練需包括能區辨精神與智能障礙兩者的不同，且能辨別病理性精神疾病的行為失調與智障者的行為問題。更佳的條件是社會能提供專業人員、家長、社會工作人員、與其他的照顧者必要資訊的特殊資源中心，以協助他們更了解老年智障者的行為與心理變化。

社會政策

居住在已開發國家的智能障礙者一般而言可以獲得所需要的社會福利服務，但是不可否認的，每個國家社會提供服務的方式也不盡相同。值得注意的是，智障者在使用一般的社會福利與健康照護措施時，現存的服務措施並不能完全滿足他們的特殊需要，因而增加他們使用服務時的困難。因此，社會福利與醫療照護體制的政策制訂者須了解這群人口的特殊需求，而現有的社會服務與醫療健康照護制度必須做適當的調整以滿足他們的需求。各國目前提供給智障者的特殊服務與照護已經不是非常充裕，遑論提供給老年智障者的各式社會福利與健康照護服務。更甚者，世界上有些地區連提供給一般人口的基本維生設備都不夠的現況下，能提供給智障者的服務措施就更有限。在這樣的現實條件下，解決智障者面臨的社會服務與健康照護問題，勢必遷就當地社會的現有條件與能力。

在發展與計劃任何特殊服務之時，首要的目標在於能將下列滿足智障者需要的基本原則包括在內，這些原則如尊重家庭的抉擇、智障者的需要與願望、他們所需的支持服務內容、文化的敏感度且以促進智障者本人能力發展與自足等為根本的計劃考慮。下列幾點是計劃時，可列入評量計劃結果的判準：

- 【1】 實用、兼顧休閒與促進智障者生活技能
- 【2】 促進與維持良好飲食習慣以減少或預防不良健康狀態的發生
- 【3】 計劃內容能提供智障者生活變化與節奏而非一陳不變
- 【4】 計劃能兼顧智障者老年時仍能具有挑戰、生產等正面價值的態度
- 【5】 能繼續且擴張既有的社會網絡
- 【6】 能促進智障者參與當地社區一般民眾的活動與生活且能與他熟悉的朋友與舊識交往

為能達成上述目標，有些基本的問題仍需考慮。首先是目前各國健康照護制度通常並不區分精神疾病患者與智能障礙者。其次，目前文獻中對老年智障者的長壽仍以已開發國家的資料與研究結果為主，這些發現與結論是否可適用於其他地區或未開發地區，仍需保留。因而，這些在已開發國家視為理所當然的智障者老化的結論是否可以推論至其他地區仍有困難。再者是財務能力的問題，由政策觀點而言，開發中國家也許面臨資源有限的現實條件而需做政策優先順序的選擇：例如配置有限的資源

用於實施或診斷智障者的心理、精神與行為異常，或將資源使用於促進全民健康，因而可以改善國民營養，或將資源用於預防智能障礙者之出現等。

無論各國的政策優先順序與選擇是怎樣，每個國家皆有它們獨特的社會價值觀與達成促進國民健康與改善生活政策的方法，既使在已開發國家也是類似的經驗。在【聯合國促進智能障礙者機會均等標準規範】的這份文件中，聯合國認為其會員國應認同智能障礙者的價值與一般國民相同，因此各國促進其國民健康的醫療照護政策內應將智障者包括在內，也應提供資源用以提昇其健康地位，因而智障者老化也與一般人口相同享有健康的老年，這樣的健康機會均等應視為普遍適用的規範。各國應對提供智障者治療的各式專業人員如心理師、精神醫療人員與行為治療人員等提供的資源與協助，以減少智障者正常老化的負面因素。這項政策實施的前提是各國需改變它對智障者的價值觀，智障者不只是社會的依賴者，他也是社會中具有貢獻與生產力的一分子。

在已開發國家，促進老年健康的政策與服務措施，應集中焦點在提昇所有人口的老年生活創造力與生產力。在開發中國家，促進老年健康的政策應注重基礎的健康醫療照護制度的建立；例如倡導健康的老年與延長壽命。當前述的目標達成後，下一階段則是以達成具有創造力與生產力的老年生活，在此前提下，則已開發國家的提倡積極與生產力的老年健康政策目標，才有全球實施的可能。

在發展與計劃上述政策目標時，智障者老化的健康醫療政策與一般老年人口的醫療健康政策不應分離且各自設定目標，這兩者的健康照護基本制度應加以整合，以促進老年智障者使用一般人口的老年健康照護服務，這才是有效的方式。如此一來，才能真正的促進社會自然的達成將智障者融入社區的目標，進而有效的將一般老年人口與老年智障者共同需要的專業人員加以整合，且獲得擴增老年人口的社會支持基礎。更進一步，家庭成員、臨床人員與照顧者可以經由訓練、教育與轉介服務等將有限的特殊資源有效的利用。

在每個國家，長期以來智障者都面臨健康照護體制可近性的問題，例如在促進身體的生理機能健康、復健服務、知覺系統與牙科等使用方面都有困難。上述這些困難在開發中國家更形惡化，因為當地的社會服務資源也許本身就是有限的，在欠缺充分的社會服務資源下，很容易的阻礙智障者的社會參與而近一步惡化他們的健康狀態。當智障者年老時，他們需要更多的醫療健康服務時，這些既有的障礙也會更不利他們使用服務措施。有些國家採取機構的安養方式，有些國家則依賴智障者的家庭提供照顧，當智障者的壽命延長時，這些家庭的也面臨新的照顧壓力。因此，提供這些家庭基本的社會安全網是必要的，以防止老年智障者因為不適當的社會安全與醫療制度，在他們老年時面臨生活無繼與無人可以協助他們的困境。

當家庭面臨抉擇時例如：老年智障者在家照顧至何時，而何時需將他們轉移到家庭以外的照護單位。這些問題的出現與答案往往與這些家庭可以選擇的服務種類、項目、智障者的健康狀態改變情形與需要等等有關。對這些終身提供智障者照顧的家庭而言，外在的社會支持是必要的。有些家庭既使家中可提供照顧的人力逐漸減少，但是老年智障者仍留在家中接受照顧。通常在許多國家與地區，家庭仍然是提供智障者照顧的主要機制。因此，對這些家庭提供協助與支持就取決於當地社會原有的社會福利制度與文化上對家庭責任的態度。當家庭持續他們主要照顧角色時，則社會福利與健康照顧體系必須把主要照顧者的健康與社會服務需求列入政策優先考慮。在大多數國家，家庭仍是提供智障者支持的來源，在社會缺乏對這些家庭提供有效的支持或協助時，欠缺社會安全網可能致使老年智障者無適當的飲食、身體功能更衰退等。當國家沒有提供智障者家庭社會支持與協助時，老年智障者處境會更堪慮。

智障者本身而言，家庭是他們主要的社會網絡，可是這個人際網絡限於自己的家庭成員、提供服

務的工作人員或同儕。這些關係網絡的價值不應被忽視或被誤解，對成年智障者而言，如何擴張與延伸這個網絡資源對他們成年的生活是有助益的，因為這樣可以擴張他們生活的範圍與視野，同時促進他們與社區其他成員的交往與參與社區活動的機會。倡導智障者融合社會的主要政策，就是依智障者所處的社會文化、風俗習慣等而異，智障者對他居住地點的選擇權利與社會中其他成員相同，他們有權可以選擇合宜的居住地點。

就以聯合國一九九九年國際老人年行動計劃綱領為例，它認為居住地點對老年人而言，不只是居住而已，它也包括心理、生理層面能滿足老年人生活所需。因此，在已開發國家，老年人的住宅政策包括能促進老年人生活自理，但是又可以滿足他們身體健康變化的照護需求。在開發中國家，鄉村地區可能是大多數老年人的居住地點，而居住地點居家生活品質的好壞，視每個人的社經地位不同而不同。無論老年智障者在已開發或開發中國家，避免居住在與社會隔離的大型機構是主要的政策。如何將目前居住在機構中的智障者，無論老少，盡可能的轉移到社區型式的居住地點是整個老年智障者居住政策的主要目標。對那些目前社會服務與健康醫療照護措施都不足的國家而言，政府政策應強制要求社區型的服務型態，且讓居住在大型且與社會隔離的智障者有權選擇他們的生活方式。

對居住在家中智障者的支持性服務，應視其生活自理能力的程度而定。支持性的服務應依不同智障者不同年齡的需要，適時調整服務內容，且可反應他們在不同年齡的生活需求。尊重智障者對生活方式的選擇是該類型服務的重點，同時隨著他們年老，改善居家環境以協助克服在老年時身體健康與功能的衰退。

聯合國老人年行動計劃中，鼓勵各國促進社會大眾對老年與老化過程的了解，並且經由教育、訓練等促進一般大眾與政策制訂者對智障者的了解。同時各國政府所做的老年人口的健康促進政策，也應包括老年智障者。工作人員也需接受類似的訓練，訓練的內容除老化的知識外，也應包括智障人口群，如此可促進老人服務網絡的工作人員與特殊人口群的服務人員，這兩者之間在未來資源與服務方式的整合。各國在提供服務時應避免將不同年齡的特殊人口與一般人口的服務措施區隔，服務措施的提供除非是特別爲了提供老年智障者所需要的特殊服務且服務照顧能對其有幫助，否則任何一種型式的服務區隔都是不被鼓勵的。

政策建議

成年智障者在他們人生的成長過程應與一般人口一樣，使用預防性的健康照護措施。爲達成該項目標：

各國政府健康政策的制定應以全人生發展的觀點，關懷不同年齡層的智能障礙者，同時各國政府應體認智障是特殊疾病的歷程，它需要治療與處遇，且會隨著他們逐漸老化而產生身體健康的變化

成年智障者日常生活功能的退化與改變需要特別的醫療診斷。因爲智障者溝通與語言能力的欠缺使他們在心理與醫療的改變不容易被診斷出來，定期的知覺系統與身體健康檢查是維護他們健康的必要措施，尤其是當他們成年後這樣的定期健康篩選是更重要。爲促進他們的整體健康：

各國政府應提供成年智障者與主要照顧者持續的訓練與教育；訓練內容包括營養、運動、口腔衛生、自我保護等且應避免智障者染上不良的習慣例如抽煙、酗酒等。

健康照護提供者應了解成年智障者進入老年後，可能產生與老化有關的身體健康變化，這些變化需要臨床的正確診斷。因此：

各國政府健康照護部門，應儲備數量足夠的臨床專業醫療人員，同時對他們提供有關智障者老年的各種健康狀況變化等訓練課程與教育，且提供適當的健康照護與社會福利措施。

提昇女性健康地位應被視為是整體健康照護政策的一環，而女性智障者的健康議題尤其應慎重處理。尤其是學術研究社群應對女性智障者老化與身體健康狀態的變化加以了解與重視。因為站在世界衛生組織的立場，為促進婦女健康，提供必要資訊與評估健康預防與相關的公共衛生政策是其重點項目。而女性智障者或她的代表組織應參與相關健康醫療政策的制定。

各國政府在提供與規劃相關社會與醫療政策時，對女性智障者的醫療照顧需求應能敏感的意識到她們的特殊性，並且顧及她們在社會中的社經地位以促進她們使用與接受適當服務。

為提昇與促進老年智障者的心理健康，實務上必須能對他們心理健康狀態的變化做完整且全面的評估。尤其當智障者年老時，可能遇到的生活變化與這些變化對他們產生的情緒壓力與行為改變更要小心地評量。例如他們產生憂鬱、沮喪、焦慮或是痴呆等現象。為達成這個目標，世界衛生組織與其會員國，將共同合作通力促進與提昇臨床專業人員、照顧者、與智障者家庭成員對智障者老化所產生的心理情緒變化的了解。因而：

各國政府的醫療預防政策應將如何提昇老年智障者的心理健康，降低他們心理健康狀態因老化而帶來的負面影響。同時以促進他們生活品質為健康照護政策的目標。

當各國政府企圖整合老年服務網絡與智障服務網絡之際，必須對這兩個專業人員提供訓練與教育，以協助他們未來工作的整合與了解老年智障者的特殊健康與照顧需求，因此：

各國政府在公共政策的預設前提，應了解智障者對社會也會有貢獻，當社會對智障者提供適當且特殊的服務時，這些服務措施也應確保他們可以讓一般老年人口共同使用。

已開發國家與開發中國家的研究工作，都需要在各國的經濟與文化背景下，鼓勵各國政府促進有關老年智障者的研究。開發中國家進行該項研究所需要的資訊、相關技能與財力支援等需有因地制宜的考慮。為達成培養研究人才的目標，各國政府與學術社群需要採取不同的策略，以協助與培植學術社群對智障者老化過程，或老年學與老年等相關知識的了解。下列是所建議的各國可努力的方向：

增進對開發中國家地區醫療健康體制的認識，以促進老年智障者在進入老年時期的健康與

長壽。另一方面，如何在實務上提昇與促進已開發與開發中國家老年智障者能享有健康的老年。並且對照顧者提供訓練與教育以提昇他們臨床照顧的專業能力。

增進對開發中國家智障者死亡、與健康狀態變化的研究，以了解智障者在這些國家他們的醫療、社會服務需求是如何被滿足的。而老年智障者在這些國家現有的服務體系內，他們特殊需求是怎樣的被提出且在怎樣的條件下，他們需要的特殊服務是甚麼？

對各國相關方案與政策的評估，應將目標設定在如何維持老年智障者的生活功能、是否能增加他們在人生後期的生活能力、與一般政策如何促進智障者融入社會且維持他們的生活品質。這些政策與方案的目的，以促進老年智障者與同儕老人的和諧與促進代間團結為目標。

跨文化的比較研究可以增加我們對不同社會所展現在方案上共同的特質，又可以對不同社會提供智障者服務與照顧的特殊之處加以了解，這些都是促進老年智障者在全球各地活得長壽又健康的方法。

致謝

國際智能障礙科學研究學會在此感謝所有參與製作本報告的四組工作小組成員與各國際組織。謝謝小組成員在本計劃中投入的時間與知識。尤其感謝詹馬修博士，在他領導下，智障者老化研究小組成員與四個工作小組召集人通力合作完成本報告。任何人如對完整報告有興趣，可參考下列四個完整報告內容。

- 1 Evenhuis, H., Henderson, C.M., Beange, H., Lennox, N., Chicoine, B., & Working Group. (2000). *Healthy Aging - Adults with Intellectual Disabilities: Physical Health Issues*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- 2 Walsh, P.N., Heller, T., Schupf, N., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H., & Working Group. (2000). *Healthy Aging - Adults with Intellectual Disabilities: Women's Health Issues*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- 3 Thorpe, L., Davidson, P., Janicki, M.P., & Working Group. (2000). *Healthy Aging - Adults with Intellectual Disabilities: Biobehavioral Issues*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- 4 Hogg, J., Lucchino, R., Wang, K., Janicki, M.P., & Working Group (2000). *Healthy Aging - Adults with Intellectual Disabilities: Aging & Social Policy*. Geneva: Switzerland: World Health Organization.