



**בית איזי שפירא**  
לשינוי באיכות חייהם של אנשים עם מוגבלויות

**Beit Issie Shapiro**  
Changing the lives of people with disabilities

בקמפוס וילי וסיליה טראמפ  
On the Willie & Celia Trump Campus

# זקנה "מיוחדת"

אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית



מסמך זה הינו תקציר של סקירת הספרות שנכתבה ע"י ענת אלון פרדו, בשנת 2012 תשע"ב

**מאת: דליה נסים**

2016 תשע"ח

**מכון טראמפ**

פיתוח, מחקר והכשרה

**החטיבה הקהילתית**

שינוי חברתי וקידום מודעות

**מרכז איזי שפירא**

שירותים חינוכיים-טיפוליים

אות האפקטיביות  
לעמותה



## תוכן עניינים

3.....	מבוא
4.....	שלושה ממדים בתהליך ההזדקנות והאינטראקציה בניהם
7.....	נתונים דמוגרפיים של אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית
7.....	מודלים יישומיים לזקנה מוצלחת
9.....	מדיניות משרד הרווחה
10.....	הצעות יישומיות לתכניות מותאמות
10.....	סיכום
11.....	רשימת מקורות

## מבוא

אחד השינויים הגדולים ביותר שהתרחשו במאה העשרים הינו העלייה בתוחלת החיים. שינוי זה מביא עמו בשורות גם בתחום האוכלוסיות המיוחדות: יותר אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מגיעים לגיל זקנה ותוחלת החיים שלהם מתקרבת לזו של האוכלוסייה הכללית (נירי, 2010) זאת בזכות עלייה במודעות ושיפור שירותי הרווחה הכולל מעבר מדיוור מוסדי לקהילתי (עואטף, אשרף וחנאן, 2008), ברמת הטיפול, השירותים הרפואיים, החברתיים, תזונה וסגנון החיים של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

למרות מגמה זו, נאסף עד כה מידע ומחקר מועט על אוכלוסיית אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ואוכלוסייה זו אף כונתה "הזקנים הבלתי נראים" (עמינדב וניסים, 2010; כהן-לוינסון, 2004).

תהליך הזקנה מלווה בהשפעות אופייניות המשותפות לכלל האוכלוסייה וגם לאוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, אם כי קצב ההופעה והעוצמה שונה מאדם לאדם. הן כוללות בעיקר הפחתה וחוסר התחדשות הבאים לידי ביטוי בשלושה ממדים המשולבים זה בזה ובתהליך הזקנה: הממד הביולוגי (פיזי וקוגניטיבי), הממד הרגשי והממד החברתי. אדם מזדקן עם מוגבלות שכלית התפתחותית חווה, כאמור, את אותן השפעות על שלושת הממדים אך אליהם נוספים קשיים והפרעות הנגרמים כתוצאה ו/או נלווים למוגבלות שכלית התפתחותית עצמה.

השונות והמורכבות בקרב אוכלוסיית האנשים המזדקנים עם המוגבלות השכלית ההתפתחותית כוללת גם מאפיינים ייחודיים בזקנה של אנשים עם תסמונת דאון, אנשים ברמות שונות של מוגבלות שכלית וכן הבדלים על פי מגדר (Janicki, 1994).

אחת התסמונות השכיחות בזקנה בכלל היא הדמנציה כאשר מחלת האלצהיימר הינו גורם עיקרי לה. אוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית לוקה באלצהיימר בהיקף דומה לזה של כלל האוכלוסייה אם כי בגיל צעיר יותר ובחומרה קשה יותר (Janicki & keller, 2012), למעט אנשים מזדקנים עם תסמונת דאון להם יש סיכוי גבוה בהרבה לחלות באלצהיימר בשל המבנה הכרומוזומלי שלהם.

לאור תמונת ההזדקנות המורכבת בקרב אוכלוסייה זו הוזמנה סקירת הספרות מורחבת אשר נעשתה על ידי ענת פרדו עבור בית איזי שפירא, ובה היא מציגה התייחסות מורחבת לנושא:

בתחילה מוצגות שתי תיאוריות המאפשרות צמיחה של ההיבט ההתפתחותי המתמשך כחלק ממעגל החיים, גם בגיל הזקנה: התיאוריה הראשונה מציגה את השלב השמיני

במעגל החיים על פי Erikson (1982) והתיאוריה השנייה מציגה את הפסיכולוגיה של טווח החיים של Baltes (1971). בהמשך מתייחסת הסקירה להיכרות עם עולם הזקנה בכלל והתמקדות בזקנה מיוחדת בפרט, תוך ייצוג לשלושה מרכיבים מרכזיים: גוף, נפש וחברה.

בחלקה השני של הסקירה מופיעים מודלים שונים להזדקנות מוצלחת: ישנם מודלים רבים כדוגמת המודל של Raw & Kahn (1997) לפיו, מפגש בין בריאות, תפקוד ועניין ביומיום ייצור זקנה מוצלחת. מודל נוסף שם במרכזו חוסן נפשי ומודל אחר מדגיש את מרכיבי איכות חיים וסנגור עצמי.

לצד המודלים מוצגים דרכי עבודה וטיפול היכולים לעזור וליישם את הזקנה המוצלחת גם בקרב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית: סיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים, עבודה בסביבה רב חושית (סנוזלן), אמנות ויצירה, הומור, סיפור חיים, ווידאו תרפיה וקולנוע מסייע והשימוש בטכנולוגיות מסייעות המקלות על התפקוד תוך שימור יכולות.

כאמור, כל אלה תורמים בדרכם הייחודית ובהתאם לנטיית האדם לפיתוח זקנה מוצלחת לה מסוגלים וזכאים גם אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

מסמך זה הינו תקציר סקירת הספרות המקיפה והוא מביא את עיקרי ראשי הפרקים המופיעים בהרחבה במקור.

## **שלושה ממדים בתהליך ההזדקנות והאינטראקציה ביניהם**

על מנת לחזות את תחילת תהליך ההזדקנות, יש צורך בבחינת שלושה ממדים בחיי האדם המתרחשים יחד ומשפיעים זה על זה: ביולוגי, רגשי וחברתי/משפחתי.

האינטראקציה בין שלושת ממדים אלו אצל אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית היא הגורם המשמעותי ביותר לתוצאות תפקודיות נמוכות (Walsh, 2002) בתוך כהן לוינסון (2004)

### **ממד ביולוגי:**

למרות הדמיון בתהליכי ההזדקנות הביולוגיים אצל כלל האוכלוסייה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, ישנם גורמים העלולים להאיץ תהליכי הזדקנות ביולוגיים אצל

מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית כמו ריבוי מחלות כרוניות, מומי לב, פעילות לא תקינה של בלוטת התריס והתקפי אפילפסיה הגורמים עם הזמן לירידה קוגניטיבית, גורם נוסף, ריבוי נטילת תרופות, בעיקר לטווחים ארוכים, עלול לגרום לאי יציבות, הפרעות בתפקודי כליות וכבד. גורם חשוב נוסף להאצת תהליכי הזדקנות ביולוגיים הינו חוסר בפעילות גופנית הקשור לסגנון חיים פאסיבי יחסית המביא להתנוונות מהירה של מערכת השלד והשרירים, ירידה בתפקודי לב וכלי דם, בעיות במערכת עיכול ועוד ( Merrick, 2004).

### **ממד רגשי:**

ידע מקצועי ספציפי על תופעות נפשיות אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הינו חסר מאוד (עמינדב וניסים, 2010), אך ידוע כי אוכלוסייה זו נתונה למחלות נפשיות הנשארות איתם גם בגיל ההזדקנות והזקנה. בנוסף, הפרעות חרדה ופוביות נפוצות וכן סיכון גבוה לתגובות דיכאוניות חריפות (ברזון, מור וצוקר, 2000). בדומה למזדקנים בכלל האוכלוסייה, גם לאוכלוסיית האדם המזדקן עם מוגבלות שכלית התפתחותית יש חוויית פרידות ואבדנים ולרוב היעדר תמיכה חברתית, חסך באסטרטגיות התמודדות במצבי לחץ (נירי, 2010) וירידה בתפקודי היומיום ישפיעו על התנהגותו ומצבי רוחו עד כדי פיתוח דיכאון ומחלות נפש אליהם האחרונים רגישים יותר ( Webber & Fritsch, 1999 בתוך כהן-לוינסון 2004) בנוסף, ישנו קושי להבין את המצב החדש כאשר במקביל, חסרה הכנה לקראת הזקנה (ברזון, מור וצוקר, 2000).

### **ממד חברתי:**

זקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית נתונים לאפליה כפולה מצד החברה: הם מופלים על עצם היותם זקנים וכן על היותם עם מוגבלות שכלית התפתחותית. לרוב אין בני זוג, ילדים או קרובים ביחסים אינטנסיביים. רובם תלויים באנשי מקצוע או אחרים לביצוע תפקודי היומיום. עם העלייה בגיל, ישנה ירידה במעורבות וקשר המשפחה עם האדם המזדקן. ישנה התמודדות עם אובדן הורים וקשרים משפחתיים וחברתיים. כך, מצטמצמת הרשת החברתית של מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית. הצטמצמות קשרים חברתיים ומוטיבציה נמוכה ליצירת קשרים חדשים מחד, ומאידך צורך עולה בתמיכה רגשית, גילוי חיבה ורגש וביסוס תחושת השייכות. עקב קושי או פטירת הורים, אלו החיים בבית עוברים למוסד ומוצאים ממעגל קהילתי מוכר ולעתים הקשר מתרופף ואף מתקיים ניתוק בין האדם עם המוגבלות שכלית התפתחותית למשפחתו.

שינוי חברתי נוסף המתרחש בזקנה בכלל הינו שינוי תעסוקתי. רוב אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מועסקים בשוק הפתוח בעבודות פיזיות (גינון, ניקיון ועוד) וירידה בתפקוד פיזי בגיל מוקדם מוביל לשינוי תעסוקתי. לעתים נאלצים להחליף גם עבודות מוגנות, לרוב באזור גיל 45. לכן, ישנו מעבר מחיי עבודה לחיי פרישה. שינוי זה מוביל לירידת הערך והביטחון העצמי כפי שבא לידי ביטוי גם באוכלוסייה הכללית.

## **נתונים דמוגרפיים על אוכלוסיית הקשישים בישראל:**

( נתוני השנתון הסטטיסטי, 2011):

- תוחלת החיים: גברים 79.7 שנים, נשים 83.4 שנים.
- בסוף שנת 2010, היוותה אוכלוסיית הקשישים (+65) בעולם 7.9% מכלל האוכלוסייה.
- בסוף שנת 2010, מנתה אוכלוסיית הקשישים בישראל כ-763 אלף איש (9.9% מכלל האוכלוסייה).
- מאז שנת 1955, גדלה אוכלוסיית הקשישים פי 8.9. קצב הגידול של הקשישים בישראל הוא פי שניים מזה של האוכלוסייה הכללית. יתרה מכך, קצב הגידול המהיר ביותר בשנים האחרונות הינו של אוכלוסיית בני ה-80+. מבין המדינות המפותחות, עומדת ישראל בקצב גידול הקשישים מהמהירים ביותר בעולם.
- רוב הקשישים היהודים הם ילידי חו"ל (83%).
- רבע מבני +65 הגרים בקהילה גרים לבד במשק הבית.
- לפי התחזיות, עשוי אחוז בני ה-65 באוכלוסייה לעלות ל-12% עד שנת 2020.
- 47% מבני +65 עוסקים בפעילות גופנית.
- 34.4% מבני +65 למדו +13 שנים. (רמת ההשכלה היא אינדיקציה כללית למצב חברתי-כלכלי בגלל הקשרה לדפוסי בילוי, שימוש בשירותי בריאות, תעסוקה, הרגלי בריאות ועוד).
- 14.9% מבני +65 מתנדבים וכ-12% מועסקים בענפים אזרחיים. (תעסוקה הינה חשובה הן כמקור הכנסה והן כמשפיעה על מעורבות חברתית ורווחת האדם).

## נתונים דמוגרפיים של אנשים מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית

מניתוחי שיעורי התמותה של אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בארץ, משתקפת תמונה מקבילה לזו בעולם כאשר קיים צמצום פער בתוחלת החיים אצל אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ללא מוגבלויות או מחלות נוספות לזו של כלל האוכלוסייה, למעט אלו עם תסמונת דאון.

- בגיל +65 הפער בין כלל האוכלוסייה לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הולך ומצטמצם.
- תוחלת החיים במעונות נמוכה מזו בקהילה. הסבר להבדל: במעונות חיים אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ברמת מוגבלות שכלית קשה ועמוקה המלווים פעמים רבות בפגיעות ומחלות נוספות.
- בשנת 2009, אוכלוסיית המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית מעל גיל 45 מנתה 10,000 אנשים ו-1,400 אנשים מעל גיל 65. לשם השוואה: בשנת 2004 - 3,700 אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית בגילאי +40 (נתוני משרד הרווחה).

## מודלים יישומיים לזקנה מוצלחת

Janicki (1994), מגדיר זקנה מוצלחת כ"שמירה אינדיבידואלית של תפקידים ותפקוד עצמאי עד כמה שניתן; שמירה על האוטונומיה והשליטה בכל הפעילויות של חיי היום יום; המשך עיסוק בפעילות פורה ויצרנית מתוך בחירה אישית". (מתוך: עמינדב ונסים, 2010).

**Rowe & Kahn** (1997), הציעו מודל המתאר את הזקנה המוצלחת כמתקיימת במפגש בין שלושה גורמים: שמירה על בריאות, תפקוד פיזי וקוגניטיבי ועניין מלא בחיי היומיום הכולל פעילות יצרנית והשתייכות חברתית.

**Baltes** (1991) הציע מודל לזקנה מיוחדת הנשען על תיאוריית ההתפתחות של טווח החיים, Baltes ניסח שבעה עקרונות המדגישים את השונות הביולוגית והפסיכולוגית בין אנשים, וכן מציב במרכז תיאוריית ההזדקנות המוצלחת אסטרטגיה הנקראת "אופטימיזציה סלקטיבית עם פיצוי" שמטרתה להסתגל למצב חדש בעזרת ניצול הרזרבות של אנרגיה ומשאבים: רוב האנשים הזקנים מצליחים לשמור בדרך זו על תחושות המשכיות וערך עצמי ובריאות ושלמות נפשית (שמוטקין, 2003).

**Tamar Heller** - מציעה מודל נוסף לזקנה מוצלחת, ההנחה היא שההזדקנות היא תהליך לאורך החיים ומידת ההזדקנות המוצלחת תלויה בחוויות בגילאים צעירים יותר. זהו תהליך דינאמי המערב את הפרט בהקשר התרבותי ההיסטורי. אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית פגיעים יותר למצבי תלות וחוסר יציבות מהעבר שיעיבו על ההזדקנות המוצלחת. מודל ההזדקנות הזה, מציג גישה האורכת תקופת חיים תוך תמיכה בריאותית ותפקודית באדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית ובמשפחתו תוך הדגשת תרומת התמיכה לזקנה מוצלחת; Heller (2000), מצביעה על מרכיבי תמיכה לא פורמלית כמו גם פורמלית וכן עזרים טכנולוגיים.

תוצאות מודל ההזדקנות המוצלחת של Heller הם שימור בריאות ותפקוד פיזי ומנטלי ועצמאות. כמו כן, מעורבות אקטיבית עם החיים הכולל רשת חברתית, תרומה לקהילה ועוד.

**חוסן נפשי:** חוסן נפשי (resilience) מוגדר כיכולת האדם להתמודד עם מצוקה המשלב מאפיינים פנימיים וחיצוניים. חוסן נפשי נוצר כאשר האדם מצליח להתמודד ולהתגבר על קשיים (נירי, 2010). אדם זקן בעל חוסן נפשי גבוה יותר, יהיה חשוף פחות לדיכאון ויחווה את בריאותו כחיובית יותר (Hardy, Concato & Gill, 2004).

במחקר שערכו Dew et al. (2006), נמצא כי נשים מזדקנות עם מוגבלות שכלית התפתחותית מקשרות בין תחושת הזדקנות מוצלחת לבין תחושת השגת חוסן נפשי המושפע מבריאות טובה והשקפה עצמית חיובית.

**איכות חיים וסנגור עצמי:** על פי Schalock (2004), המונח איכות חיים משקף את רצון האדם לתנאי חיים על פי שמונה ממדים מרכזיים של חיו: רווחה נפשית, יחסים בינאישיים, רווחה חומרית, פיתוח אישי, רווחה פיסית, נחישות עצמית, שילוב חברתי וזכויות.

הזדקנות מוצלחת בכלל ושל האדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית בפרט תלויה ביכולת שלו לקבל יותר החלטות ושליטה בחייו והתאמות אישיות לו וראויות בעיניו בתהליך ההזדקנות. על מנת להשיג איכות חיים, נעזר האדם בסנגור עצמי. כלומר, ייצוג האינטרסים האישיים שלו תוך הגנה על זכויותיו.

אחת הדרכים להשיג איכות חיים דרך בחירה ושילוב האדם עם המוגבלות שכלית התפתחותית בקבלת החלטות על פי יכולותיו תוך התחשבות בהעדפותיו ואמונותיו בתחומי חיים מרכזיים: דיור, חינוך, עבודה ופנאי. כיום, בארץ, בנייה ותפעול תכנית קידום אישית היא חובה עבור כל אדם עם מוגבלות שכלית התפתחותית בארץ בכל גיל (נסים),



2006). העשרת שעות הפנאי היא אחד הגורמים העיקריים לאיכות חיים. ניתן למלא אותן, בין היתר בעבודה עם בעלי חיים, אמנות ותנועה.

**תיאוריית ההמשכיות:** תיאוריית ההמשכיות (Continuity Theory) גורסת כי אנשים יחוו זקנה מוצלחת אם יצליחו לשמור על תפקודים מועדפים מתוך מאפייני אישיות מרכזיים הנשמרים לאורך חייו של אדם. כלומר, לשמור על האדם אשר היית והנך.

תיאוריית ההמשכיות מדברת על המשכיות פנימית - המבנה הפנימי של האדם בעבר נקשר למי שהוא בהווה והמשכיות חיצונית - הפעילויות הפיזיות והחברתיות שאדם יעשה בזקנתו ישתנו, אך יישארו באותו תחום בו הוא מתעניין (Atchely, 1999). בארץ, מדיניות משרד הרווחה היא כי הדיור הקהילתי לאנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית הינו בית לחיים (מדיניות, סטנדרטים, נהלים והנחיות בתחום הדיור בקהילה לאנשים עם פיגור שכלי, 2003). לכן, לרוב, ההמשכיות החיצונית נשמרת בדיור, בחברה וגם בפעילויות הפנאי אשר מתגברות בדרך כלל עם ירידת שעות עבודה בזקנה על אף השינויים המתרחשים בסביבה החברתית (הזדקנות הסביבה ואף מות המטפל העיקרי).

## **מדיניות משרד הרווחה**

בשנים האחרונות, לאור הגידול במספר המזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, החל האגף לפתח מענים מותאמים וייחודיים לאוכלוסייה זו (עמינדב וניסים, 2010). על מנת לשפר את איכות חייהם של מזדקנים עם מוגבלות שכלית התפתחותית, פועלת תכנית בהיקפים שונים המקיפה 5 רמות:

1. הפרט - היכרות והתייחסות לצרכיו הייחודיים והכנתו לקראת זקנה, שימור יכולות ופיתוח רשתות תמיכה תוך שמירה על שלושה עקרונות:

- שיתוף המטופל
- שמירה על כבוד המטופל
- תכנית חיים אישית

2. המשפחה

3. הסביבה החברתית

4. המאפיינים הסביבתיים

5. הצוות המטפל

## **הצעות יישומיות לתכניות מותאמות**

1. סיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים בגיל השלישי
2. התאמת הסביבה - סנוזלן בגיל השלישי
3. אמנות ויצירה בגיל השלישי
4. הומור בגיל השלישי
5. סיפור חיים-הנרטיב האישי בגיל השלישי
6. וידאו-תרפיה וקולנוע מסייע בגיל השלישי
7. טכנולוגיות מסייעות - גרונטכנולוגיה

## **סיכום**

סקירת הספרות המורחבת הקיפה את תחומי הזקנה בכלל והזקנה המיוחדת בפרט דרך התייחסות לשלושת הממדים המשתלבים בתהליך הזקנה: הממד הביולוגי (פיזי וקוגניטיבי), הממד הרגשי והמדמד החברתי. בסקירה מוצגות שתי תיאוריות המאירות את הזקנה כתהליך התפתחותי ומשמשות פלטפורמה לבדיקה ואפשר זקנה מוצלחת דרך הצגת מספר מודלים יישומיים ודרך מספר דרכי טיפול ועבודה התומכים בה ומאפשרים אותה.

הסקירה מדגישה את הצורך להיערך עוד משלבי התפתחות מוקדמים של אוכלוסיית האנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית ולמשך כל טווח החיים. בנוסף, רצוי להכשיר אנשי מקצוע להתמחות בתחום זה וזאת בשל המורכבות, השונות והצרכים הייחודיים לאוכלוסייה. יש להיערך ולהנגיש סביבה ותכניות פנאי על מנת להעלות איכות חיים ולתמוך בזקנה מוצלחת לה זכאים גם אנשים עם מוגבלות שכלית התפתחותית.

## רשימת מקורות

- מדיניות, סטנדרטים, נהלים והנחיות בתחום הדיור בקהילה לאנשים עם פיגור שכלי (2003). מתוך: אתר משרד הרווחה:  
[www.molsa.gov.il/MisradHarevacha/Disabilities/MentalRetadation/communityServices/](http://www.molsa.gov.il/MisradHarevacha/Disabilities/MentalRetadation/communityServices/)
- השנתון הסטטיסטי לישראל 2011, מתוך:  
[http://cbs.gov.il/reader/shnaton/shnatonh\\_new.htm?CYear=2011&Vol=62&CSubject=12](http://cbs.gov.il/reader/shnaton/shnatonh_new.htm?CYear=2011&Vol=62&CSubject=12)
- כהן-לוניסון, ד. (2004). *השפעת מערכת התמיכה הבלתי פורמלית על הזדקנות מוצלחת של אנשים עם פיגור שכלי*. עבודת גמר לתואר "מוסמך האוניברסיטה". אוניברסיטת חיפה: הפקולטה ללימודי בריאות ורווחה החוג ללימודי זקנה.
- נסים, ד. (2006). *תכניות אישיות ויכולת החלטה עצמית של אנשים עם פיגור שכלי*. בתוך: חובב, מ., וגיטלמן, פ. (עורכים), *מבידול לשילוב, התמודדות עם מוגבלויות בקהילה*, (עמ' 103-126), ירושלים: כרמל.
- נירי, ד. (2010). *חווית הזקנה בעיניהן של נשים מזדקנות עם פיגור שכלי*. עבודת גמר BA: הפקולטה למדעי החברה והבריאות, החוג לגרונטולוגיה, אוניברסיטת חיפה.
- עואטף, ח., אשרף, ח., וחנאן ח. (2008). *תוכנית להפעלת מרכז יום למזדקן עם פיגור שכלי בתמרה וסח'נין*. עבודת גמר בקורס "טיפול באדם המזדקן עם פיגור שכלי", קרן של"ם.
- עמינדב, ח., נסים, ד. (2010). *מדיניות הטיפול במזדקנים עם פיגור שכלי*. בתוך: צבע, י. (עורך), *סקירת השירותים החברתיים 2010*. ירושלים: משרד הרווחה והשירותים החברתיים, עמ' 475-496.
- שמוטקין, ד. (2003). *תיאוריות פסיכולוגיות של ההזדקנות*. בתוך: רוזין, א. (עורך), *הזדקנות וזקנה בישראל*. ירושלים: אשל, עמ' 345-384.
- Atchley, R.C. (1999). Continuity theory, self, and social structure. In: Ryff, C.D., & Marshall, V.W. (eds.), *The Self and Society an Aging Processes* (pp. 94-121). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Baltes, P. B. (1991). The many faces of human ageing. Toward a psychological culture of old age. *Psychological Medicine*, 21, 837-854.

Dew, A., Llewellyn, G., & Gorman, J. (2006). "Having the time of my life": An exploratory study of women with intellectual disability growing older. *Health Care for Women International, 27*, 908-929

Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York: Norton.

Gill, C. J., & Brown, A. A. (2000). Overview of health issues of older women with intellectual disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics, 18(1)*, 23-36.

Hardy, S.E., Concato, J., & Gill, T.M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of American Geriatrics Society, 52*, 257-262.

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.

Janicki, M.P. (1988). Aging and persons with mental handicap and developmental disabilities. *Journal of Practical Approaches to Developmental Handicap, 12(2)*.

Janicki, M.P. (1994). Policies and supports for older persons with mental retardation. In: Seltzer, M., Krauss, M., & Janicki, M. (eds.), *Life course perspectives on adulthood and old age*. Washington DC: American Association on mental retardation, 146-164.

Janicki, M.P., & Keller, S.M. (2012). 'My thinker's not working': A National strategy for enabling adults with intellectual disabilities affected by dementia to remain in their community and receive quality supports. *Report of the national task group on intellectual disabilities and dementia practices:*

[www.aadmd.org/ntg/thinker](http://www.aadmd.org/ntg/thinker)

Merrick, J. & all (2004) Older adults with intellectual disability in residential care centers in Israel: health status and service utilization. *American Journal on Mental Retardation. 109/5. 413-420*

Rowe, J. W., & Kahn, R. I. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science, 237*, 143-149.

Rowe, J. W., & Kahn, R. I. (1997). Successful aging. *The Gerontologist, 37*, 433-440.

Schalock, R.L. (2004). The concept of quality of life: What we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research, 48*, 203-261.

Schultz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist, 51*, 702-714.