



Inter-Generational
Gender & Sexuality
Education

Manualul AgeWise

*Consolidarea abilităților educatorilor și îngrijitorilor
tineri în domeniul genului, sexualității și diversității
la vârsta a treia*



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Data publicării: Aprilie 2026

Editat de: Societatea Română Alzheimer

Titlul proiectului: Never Gets Old – Intergenerational Gender and Sexuality Education

Numărul proiectului: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Website: www.nevergetsold.eu

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea.

Acest ghid este distribuit sub licența Creative Commons Atribuire–Necomercial–Distribuire în condiții identice (CC BY-NC-SA).

Partenerii Proiectului



Verein Niedersächsische
BILDUNGSINITIATIVEN e.
Geschäftsstelle Göttingen



SOCIETATEA ROMÂNĂ
ALZHEIMER



Proportional
Message



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Cuprins

Introducerea Manualului AgeWise	8
MODULUL 1	11
<i>Îmbătrânirea populației și abordările pozitive ale îmbătrânirii</i>	<i>11</i>
Prezentare generală	12
Concepte-cheie & Definiții	13
Repere teoretice	13
Ghid pentru educatori și profesioniști	26
Rezumat & Mesaje-cheie	27
Instrumente practice.....	27
Referințe.....	29
MODULUL 2	31
<i>Ageismul și concepțiile greșite despre persoanele vârstnice.....</i>	<i>31</i>
Prezentare generală	32
Concepte-cheie & Definiții	33
Repere teoretice	34
Ghid pentru educatori și profesioniști	43
Rezumat & Mesaje-cheie	45
Instrumente practice.....	46
Referințe.....	48
MODULUL 3	49
<i>Sexualitate, gen și diversitate</i>	<i>49</i>
Prezentare generală	50
Concepte-cheie & Definiții	51
Repere teoretice	52
Ghid pentru educatori și profesioniști	66



Rezumat & Mesaje-cheie	67
Instrumente practice & Materiale	67
Referințe.....	69
MODULUL 4	71
<i>Istoria normelor sociale privind genul și sexualitatea în Europa.....</i>	<i>71</i>
Prezentare generală.....	72
Repere teoretice	74
Ghid pentru educatori și profesioniști	81
Rezumat & Mesaje-cheie	84
Instrumente practice.....	84
Referințe.....	87
MODULUL 5	88
<i>Sexualitatea la vârsta a treia și indicatorii de sănătate.....</i>	<i>88</i>
Prezentare generală.....	89
Concepte-cheie & Definiții	90
Repere teoretice	91
Ghid pentru educatori și profesioniști	98
Rezumat & Mesaje-cheie	104
Instrumente practice.....	105
Referințe.....	106
MODULUL 6	108
<i>Alte-isme în lucrul cu persoanele vârstnice și foarte vârstnice.....</i>	<i>108</i>
Prezentare generală.....	109
Concepte-cheie & Definiții	110
Repere teoretice	112
Ghid pentru educatori și profesioniști	119
Rezumat & Mesaje-cheie	126

Instrumente practice.....	127
Referințe.....	131
MODULUL 7	134
<i>Metodologii incluzive pentru abordarea sexualității și diversității la vârsta a treia.....</i>	134
Prezentare generală.....	135
Concepte-cheie & Definiții	136
Repere teoretice	137
Ghid pentru educatori și profesioniști	150
Rezumat & Mesaje-cheie	151
Instrumente practice & Materiale	151
Referințe.....	153
MODULUL 8	154
<i>Demența și sexualitatea: aspecte importante.....</i>	154
Prezentare generală.....	155
Concepte-cheie & Definiții	155
Repere teoretice	157
Ghid pentru educatori și profesioniști	165
Ghid pentru membrii familiei și îngrijitori (Psihoeducație la domiciliu)....	168
Rezumat & Mesaje-cheie	170
Instrumente practice.....	171
Referințe.....	172
Instrumente practice.....	173
Modul 1	173
Planul lecției	174
Exercițiul 1	178
Exercițiul 2	180
Exercițiul 3	188



Modul 2	193
Planul lecției	194
Exercițiul 1	198
Exercițiul 2	203
Exercițiul 3	206
Modul 3	207
Planul lecției	208
Exercițiul 1	212
Exercițiul 2	220
Exercițiul 3	242
Modul 4	247
Planul lecției	248
Exercițiul 1	250
Exercițiul 2	251
Exercițiul 3	253
Modul 5	255
Planul lecției	256
Exercițiul 1	259
Exercițiul 2	262
Exercițiul 3	266
Modul 6	269
Planul lecției	270
Exercițiul 1	272
Exercițiul 2	275
Exercițiul 3	278
Modul 7	280
Planul lecției	281
Exercițiul 1	284
Exercițiul 2	287
Exercițiul 3	290



Modul 8	293
Planul lecției	294
Exercițiul 1	296
Exercițiul 2	299
Exercițiul 3	303





Introducerea Manualului AgeWise

Despre proiectul Never Gets Old

Never Gets Old – Inter-Generational Gender and Sexuality Education este un Parteneriat de cooperare Erasmus+ în domeniul educației adulților, cu o durată de doi ani, care reunește organizații din Germania, România, Franța, Portugalia și Cipru. Proiectul răspunde unei probleme importante, dar adesea trecute cu vederea, din educația adulților, asistența medicală și asistența socială: persistența ageismului, a stigmatizării și a excluziunii legate de sexualitate, gen și intimitate la vârste înaintate.

În întreaga Europă, persoanele vârstnice continuă să se confrunte cu stereotipuri care prezintă îmbătrânirea ca fiind incompatibilă cu sexualitatea, intimitatea, legătura emoțională sau diversitatea de gen. Aceste prejudecăți pot influența negativ practicile medicale, abordările educaționale, mediile instituționale și chiar felul în care persoanele vârstnice se percep pe ele însele. Mulți profesioniști care lucrează cu persoane vârstnice semnalează o pregătire limitată și nesiguranță atunci când abordează subiecte precum sexualitatea, intimitatea, relațiile sau problematica LGBTQ+ la vârste înaintate. În același timp, persoanele vârstnice pot interioriza stigmatizarea legată de vârstă, ceea ce duce la tăcere, rușine sau acces redus la sprijin și informații adecvate.

Proiectul Never Gets Old a fost conceput pentru a acoperi aceste lipsuri, promovând abordări incluzive, respectuoase și centrate pe persoană în ceea ce privește sexualitatea și diversitatea de gen la vârsta a treia. Prin activități de cercetare, dialog intergenerațional și dezvoltare educațională, parteneriatul urmărește să consolideze competențele profesionale, contribuind totodată la mai multă demnitate, vizibilitate și bunăstare pentru persoanele vârstnice din contexte sociale și culturale diverse.

Manualul AgeWise reprezintă unul dintre principalele rezultate educaționale ale proiectului.

Scopul manualului

Manualul AgeWise a fost elaborat ca o resursă practică și educațională, menită să sprijine profesioniștii și organizațiile care lucrează cu persoane vârstnice în abordarea sexualității, intimității, genului și relațiilor la vârste înaintate într-un mod respectuos, informat și incluziv.

Manualul îmbină cunoștințe teoretice, abordări reflexive și instrumente educaționale practice. Scopul său este de a sprijini profesioniștii în:

- înțelegerea naturii multidimensionale a sexualității la vârste înaintate;
- recunoașterea impactului ageismului, al stigmatizării și al normelor sociale;
- abordarea sexualității și a intimității ca parte a sănătății, a bunăstării și a demnității umane;
- dezvoltarea abilităților de comunicare centrată pe persoană;
- rearea unor medii educaționale, medicale și comunitare mai sigure și mai incluzive.

În loc să prezinte sexualitatea exclusiv dintr-o perspectivă medicală, manualul adoptă o înțelegere holistică a bunăstării sexuale, care include dimensiuni biologice, emoționale, relaționale, psihologice, sociale și culturale. O atenție deosebită este acordată și diversității experiențelor de îmbătrânire,



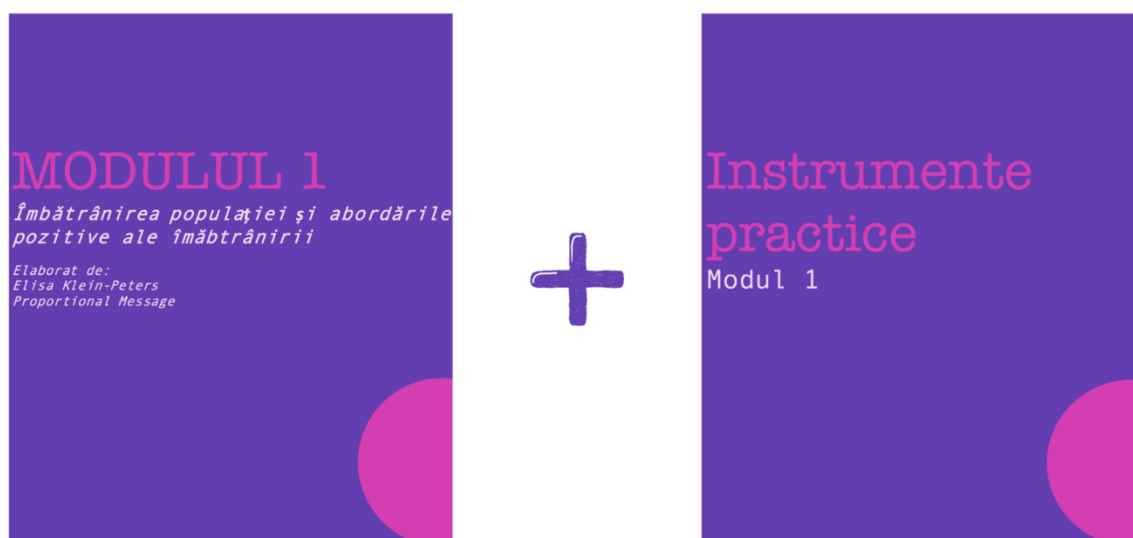
inclusiv perspectivelor LGBTQ+, diversității relațiilor, autonomiei, consimțământului și considerentelor etice la vârste înaintate.

Manualul urmărește nu doar să sporească nivelul de cunoștințe, ci și să sprijine reflecția, dialogul și încrederea profesională în abordarea unor subiecte adesea considerate sensibile sau insuficient tratate în contextele de educație a adulților și de îngrijire.

Structura manualului

Manualul AgeWise este organizat în două secțiuni complementare:

- **Secțiunea teoretică** - oferă fundamentul conceptual și informațional al celor opt module ale manualului, abordând teme-cheie legate de sexualitate, gen, intimitate și îmbătrânire.
- **Secțiunea de instrumente practică** - include planuri de lecție, studii de caz, activități de joc de rol, exerciții de reflecție și îndrumări pentru facilitare, asociate fiecărui modu



În plus, **prezentările PowerPoint** care însoțesc fiecare modu sunt disponibile pe [website](#)-ul proiectului și pot fi folosite ca suport pentru ateliere, sesiuni de formare a personalului și activități educaționale.

Cui se adresează

Manualul AgeWise a fost elaborat în primul rând pentru:

- educatori și formatori pentru adulți;
- profesioniști din domeniul sănătății;
- psihologi și consilieri;



- asistenți sociali și personal de îngrijire;
- organizații care lucrează cu persoane vârstnice;
- educatori și facilitatori comunitari;
- profesioniști implicați în inițiative privind incluziunea, diversitatea și bunăstarea.

Materialele pot fi folosite în contexte variate, printre care:

- programe de educație a adulților;
- dezvoltare profesională și formarea personalului;
- unități medicale și centre de îngrijire;
- ateliere comunitare;
- activități de învățare intergenerațională;
- inițiative de conștientizare și incluziune.

Manualul a fost conceput în mod intenționat pentru a putea fi adaptat la diferite profiluri profesionale, contexte naționale și niveluri de experiență anterioară cu temele abordate.

Cum au contribuit activitățile proiectului la elaborarea manualului

Conținutul Manualului AgeWise a fost dezvoltat prin activități de colaborare desfășurate în cadrul proiectului Never Gets Old în țările partenere. Manualul reflectă concluziile desprinse din:

- activități de consultare și schimb de experiență cu persoane vârstnice, educatori pentru adulți, profesioniști din domeniul sănătății și personal de îngrijire;
- activități de dialog intergenerațional;
- activități de pilotare și colectare de feedback.

În acest sens, Manualul AgeWise reprezintă o resursă educațională europeană realizată în colaborare, construită prin dialog, experiențe împărtășite și implicarea practică a profesioniștilor și a comunităților care lucrează cu persoane vârstnice.



MODULUL 1

Îmbătrânirea populației și abordările pozitive ale îmbătrânirii

*Elaborat de:
Elisa Klein-Peters
Proportional Message*



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Prezentare generală

Europa se confruntă în prezent cu o transformare demografică profundă, caracterizată printr-o creștere semnificativă a speranței de viață în ultimele decenii (Comisia Europeană, 2024). Această schimbare a condus la o creștere a proporției persoanelor vârstnice în cadrul populației, generând atât provocări, cât și oportunități de a regândi modul în care îmbătrânirea este înțeleasă, trăită și susținută (Rudnicka et al., 2020). Până în anul 2050, se estimează că în regiune vor exista 43 de persoane cu vârsta de 65 de ani și peste la fiecare 100 de persoane aflate la vârsta activă de muncă (De Gobbi et al., 2025).

Acest modul introduce principalele tendințe demografice din Europa și prezintă cadre conceptuale pozitive, precum *îmbătrânirea sănătoasă*, *îmbătrânirea activă* și *calitatea vieții*. Astfel, el contestă narațiunile bazate pe discriminarea de vârstă (ageism), care descriu etapa târzie a vieții ca pe o perioadă inevitabilă de declin, dependență sau lipsă a sexualității. În schimb, modulul evidențiază îmbătrânirea ca o etapă dinamică a vieții, modelată de identitate, relații, dorință și intimitate.

Rezultatele grupurilor de discuție din cadrul proiectului *Never Gets Old* (WP2) au arătat că sexualitatea și identitatea la vârsta înaintată sunt adesea ignorate sau considerate irelevante atât de profesioniști, cât și de persoanele în vârstă. Participanții au evidențiat persistența stereotipurilor dăunătoare, tăcerea din jurul intimității și disconfortul semnificativ al profesioniștilor atunci când abordează aceste subiecte. Modulul 1 răspunde acestor constatări prin integrarea identității și sexualității ca elemente esențiale ale stării de bine pe tot parcursul vieții și ca parte a cadrelor pozitive privind îmbătrânirea.

Prin parcurgerea acestui modul, profesioniștii vor dobândi o înțelegere mai nuanțată a îmbătrânirii demografice, vor reflecta asupra propriilor presupuneri implicite, vor învăța despre cele trei cadre pozitive ale îmbătrânirii și își vor consolida capacitatea de a sprijini persoanele vârstnice într-o manieră mai holistică.

Competențe dobândite – Modul 1

Rezultatele dorite: Ce vor cunoaște sau vor putea face cursanții?	Dovezi: Cum vom ști că au atins obiectivele?
Conștientizare structurală: Explicarea impactului schimbărilor demografice din Europa.	Cursanții pot explica, într-un limbaj simplu, conceptul de presiune demografică (Demographic Drag) și implicațiile acestuia asupra volumului lor de muncă.
Integrarea cadrelor conceptuale: Diferențierea între modelele de îmbătrânire sănătoasă, îmbătrânire activă și calitatea vieții.	Cursanții pot încadra corect un set de scenarii de îngrijire în cadrul teoretic corespunzător.
Evaluare subiectivă: Utilizarea instrumentelor validate (CASP-19/WHOQOL) pentru măsurarea stării de bine dincolo de sănătatea clinică.	Demonstrarea practică a unui interviu privind calitatea vieții utilizând chestionarele puse la dispoziție.
Aplicare holistică: Aplicarea unei perspective de gen și cultură pentru identificarea barierelor cu care se confruntă persoanele vârstnice.	Analiza unui studiu de caz în care cursanții identifică modul în care genul și cultura influențează atitudinile și comportamentele persoanelor vârstnice sau ale profesioniștilor.



Etică profesională: Echilibrarea principiului demnității riscului (autonomie) cu siguranța instituțională (beneficență).

Analizarea recomandărilor privind „Ce este recomandat și ce trebuie evitat” și participarea la dezbateri de grup asupra unor dileme etice și profesionale specifice (de exemplu, intimitatea în contextul îngrijirii).



Concepte-cheie & Definiții

Ageism (discriminarea pe criterii de vârstă): Se referă la stereotipurile (modul în care gândim), prejudecățile (modul în care simțim) și discriminarea (modul în care acționăm) față de alte persoane sau față de noi înșine, bazate pe vârstă (OMS, 2025).

Rata de dependență a persoanelor vârstnice: Indicator demografic care măsoară raportul dintre persoanele aflate în întreținere, de regulă cele cu vârsta de 65 de ani și peste, și populația de vârstă activă, de obicei între 15 și 64 de ani (Eurostat, 2024).

Îmbătrânire sănătoasă: Procesul de dezvoltare și menținere a capacității funcționale care permite starea de bine la vârstă înaintată, oferind persoanelor posibilitatea de a fi și de a face ceea ce consideră valoros (OMS, 2020).

Îmbătrânire activă: Procesul de optimizare a oportunităților privind sănătatea, participarea și securitatea, cu scopul de a îmbunătăți calitatea vieții pe măsură ce oamenii înaintează în vârstă (OMS, 2002).

Calitatea vieții: Percepția unei persoane asupra propriei poziții în viață, în contextul culturii și al sistemelor de valori în care trăiește și în raport cu obiectivele, așteptările, standardele și preocupările sale (WHOQOL, 1998).

Perspectiva de gen: O abordare care ia în considerare modul în care statutul social, rolurile tradiționale și diferențele biologice influențează starea de bine și oportunitățile bărbaților, femeilor și persoanelor cu identități de gen diverse (OMS, 2002).

Cadrul holistic în gerontologie: O abordare care privește îmbătrânirea nu doar ca pe o succesiune de simptome medicale sau de declin biologic, ci recunoaște interconectarea diferitelor dimensiuni ale vieții unei persoane, inclusiv starea sa mentală și emoțională, relațiile sociale, contextul cultural și preferințele personale (Hello Leaders, 2024).



Repere teoretice

Îmbătrânirea: date demografice

Potrivit Raportului privind îmbătrânirea populației 2024 al Comisiei Europene, se estimează că populația Uniunii Europene va începe să scadă în următorii ani, în timp ce numărul persoanelor vârstnice va continua să crească, în special în raport cu populația aflată la vârstă activă de muncă. Aceasta înseamnă că grupele de vârstă înaintată vor deveni tot mai numeroase, în timp ce categoriile de vârstă mai tinere se vor reduce.



Această tranziție demografică către o societate mai îmbătrânită nu reprezintă doar o schimbare statistică, ci o transformare fundamentală a structurii sociale și economice a Europei. Pe măsură ce proporția persoanelor vârstnice crește, iar populația de vârstă activă scade, cererea pentru servicii de îngrijire de înaltă calitate, servicii de sprijin incluzive și intervenții medicale specializate este de așteptat să crească semnificativ. Această evoluție exercită o presiune tot mai mare asupra resurselor profesionale deja limitate, făcând esențială adaptarea sistemelor de sănătate și asistență socială la nevoile unei populații tot mai diverse și mai îmbătrânite.

Datele prezentate în continuare oferă dovezi empirice care susțin această tendință demografică, evidențiază amploarea provocării și subliniază necesitatea urgentă de a forma profesioniști capabili să ofere îngrijire holistică, respectuoasă și centrată pe persoană.

Rata de dependență a persoanelor vârstnice reprezintă raportul dintre populația vârstnică din Uniunea Europeană și populația aflată la vârstă activă de muncă. Acest indicator oferă o imagine asupra modificării raportului dintre potențialii pensionari și potențialii lucrători, evidențiind modul în care îmbătrânirea populației schimbă echilibrul dintre beneficiarii și contributorii sistemelor sociale și economice. La 1 ianuarie 2024, rata de dependență a persoanelor vârstnice în Uniunea Europeană era de 33,9% (a se vedea tabelul de mai jos), ceea ce înseamnă că existau puțin peste trei persoane de vârstă activă pentru fiecare persoană cu vârsta de 65 de ani și peste. La nivelul statelor membre ale UE, acest indicator a variat de la valori scăzute de 21,7% în Luxemburg și 23,6% în Irlanda, unde existau aproape cinci persoane de vârstă activă pentru fiecare persoană de 65 de ani și peste, până la valori ridicate de 38,4% în Italia, 38,2% în Bulgaria și 38,2% în Portugalia, unde existau mai puțin de trei persoane de vârstă activă pentru fiecare persoană cu vârsta de 65 de ani și peste (Eurostat, 2024).

Potrivit datelor disponibile, se estimează că rata de dependență a persoanelor vârstnice va continua să crească, ajungând la 59,0% până în anul 2070, cea mai mare parte a acestei creșteri fiind anticipată până în 2045. Aceasta înseamnă că Uniunea Europeană va trece de la aproximativ 30 de persoane cu vârste cuprinse între 20 și 64 de ani la fiecare 10 persoane cu vârsta de peste 65 de ani, în anul 2022, la mai puțin de 20 de persoane de vârstă activă pentru același număr de persoane vârstnice până în anul 2045 (Comisia Europeană, 2024).

Țara	Populația la 1 ianuarie 2024	Rata de dependență a persoanelor vârstnice* 2024	Vârsta mediană în ani 2024	Creșterea numărului de persoane cu vârsta 65+ între 2014 și 2024
Germania	83.4 milioane 19% din totalul UE	35.2	45.5	20.9% to 22.4%
Franța	68.4 milioane 15% din totalul UE	34.8	42.6	18.0% to 21.4%
România	19.07 milioane	31.2	43.8	13.9% to 17.7%
Cipru	934 000 0.2% din totalul UE	26.5	40.6	16.5% to 20.0%
Portugalia	10.64 milioane din totalul UE	38.2	47.1	20.0% – 24.1%



Europa	449.31 milioane	33.9	44.7	18.7% to 21.6%
---------------	-----------------	------	------	----------------

Sursa datelor: Eurostat (2024) *Rata de dependență demografică reprezintă raportul dintre numărul persoanelor tinere și al persoanelor vârstnice aflate la vârste la care, în general, ambele categorii sunt inative din punct de vedere economic (respectiv persoanele cu vârsta sub 15 ani și cele cu vârsta de 65 de ani și peste) și numărul persoanelor aflate la vârsta de muncă (15–64 de ani).

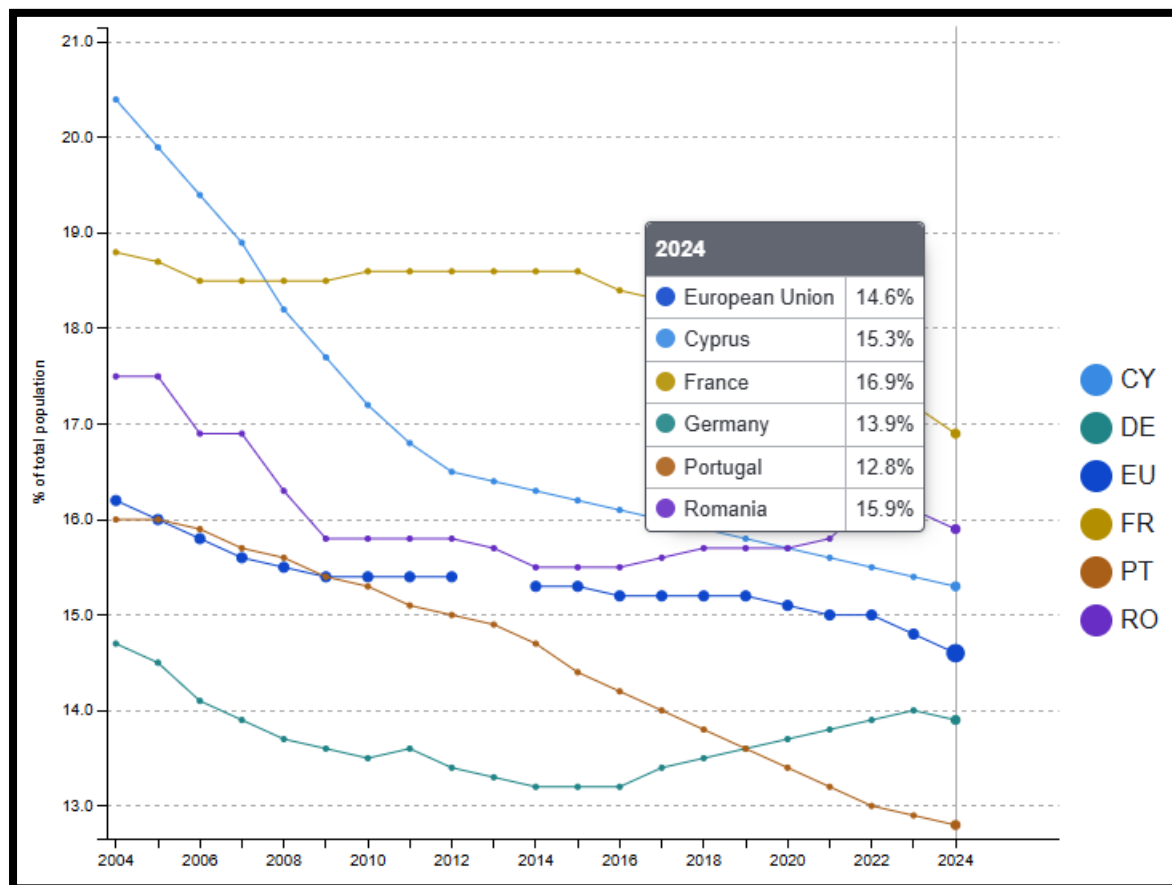


Figura 1 – Populația cu vârsta sub 15 ani ca procent din populația totală (Eurostat, 2024)

În cadrul consorțiului Never Gets Old, țările partenere reprezintă un spectru divers al schimbărilor demografice europene. Portugalia, alături de Italia și Grecia, înregistrează în prezent una dintre cele mai ridicate rate de dependență a persoanelor vârstnice din Uniunea Europeană (estimată la peste 38%), iar vârsta mediană a populației sale crește într-unul dintre cele mai rapide ritmuri din regiune (Eurostat, 2024). În contrast, Germania a înregistrat recent o ușoară stabilizare sau chiar o scădere a vârstei mediane, fenomen atribuit în principal afluxului unei forțe de muncă migrante mai tinere. Franța continuă să mențină una dintre cele mai mari și mai reziliente populații din Europa; cu toate acestea, nu este imună la tendința de „îmbătrânire” demografică prezentă în Europa de Vest, ceea ce a determinat orientarea politicilor naționale către sustenabilitatea pe termen lung a sistemelor de îngrijire socială.

Partenerii din Europa de Est și din regiunea mediteraneană se confruntă cu presiuni structurale diferite: România a cunoscut una dintre cele mai semnificative scăderi relative ale populației din Uniunea Europeană (aproximativ -11% din 2004), determinată în mare măsură de emigrarea populației aflate la vârsta activă, ceea ce a accelerat un proces de îmbătrânire „de sus în jos” (top-heavy ageing process). În schimb, Cipru a înregistrat cea mai mare creștere relativă a populației din

UE (29% din 2004), însă, în mod paradoxal, se confruntă cu o scădere a proporției copiilor, ceea ce indică faptul că viitoarea sa situație demografică rămâne fragilă.

Datele furnizate de Raportul privind îmbătrânirea populației din 2024 evidențiază tranziția de la o perioadă de bonus demografic (în care o țară are o populație numeroasă și tânără aflată la vârstă activă) către o perioadă de presiune demografică (demographic drag). Presiunea demografică apare atunci când reducerea forței de muncă și creșterea populației vârstnice încetinesc dezvoltarea economică a unei țări. Acest lucru se întâmplă deoarece există mai puțini lucrători care contribuie prin taxe și impozite la susținerea costurilor în creștere pentru pensii, servicii medicale și servicii sociale destinate persoanelor vârstnice. Cu alte cuvinte: nu ne mai putem baza pe existența unui număr foarte mare de lucrători tineri care să susțină economia; în schimb, trebuie să găsim noi modalități de a sprijini o societate mult mai îmbătrânită. Pentru proiectul Never Gets Old, aceste cifre confirmă faptul că sectoarele de îngrijire și asistență socială se vor confrunta cu o presiune dublă: reducerea numărului de profesioniști disponibili pentru îngrijire și creșterea cererii pentru sprijin centrat pe persoană.

Creșterea estimată a ratei de dependență până în 2045 sugerează că perioada disponibilă pentru implementarea cadrelor de îmbătrânire pozitivă devine tot mai limitată. În consecință, depășirea unei abordări centrate exclusiv pe îngrijirea clinică și abordarea stării de bine într-o manieră holistică, inclusiv prin includerea aspectelor adesea ignorate precum identitatea și intimitatea, nu mai reprezintă doar o alegere etică, ci o necesitate structurală pentru asigurarea sustenabilității și demnității societăților europene aflate în proces de îmbătrânire.

Mituri versus realități privind sexualitatea la vârsta înaintată

Percepțiile societății asupra îmbătrânirii sunt adesea influențate de ageismul sexual, o formă de prejudecată sistemică ce ignoră sau patologizează viața sexuală a persoanelor vârstnice și reflectă așteptările sociale conform cărora persoanele în vârstă nu au și nu ar trebui să aibă relații sexuale. Deși tendințele demografice evidențiază creșterea speranței de viață și a numărului de persoane vârstnice, discursul public și profesional rămâne adesea în urma acestei realități, continuând să reflecte presupuneri bazate pe discriminarea de vârstă cu privire la viața târzie și sexualitate (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2020).

Atunci când vorbim despre stereotipuri, un mit larg răspândit este acela că persoanele vârstnice sunt în mod inerent asexuale, că sunt „dincolo” de dorință sau că interesul sexual dispare în mod natural odată cu înaintarea în vârstă. În realitate, sexualitatea reprezintă o dimensiune dinamică a vieții care continuă pe tot parcursul existenței. Deși funcționarea fizică se poate modifica, cercetările arată că multe persoane vârstnice consideră sexualitatea o componentă importantă a calității vieții, schimbându-și adesea accentul de la actele strict fizice către o intimitate emoțională mai profundă și o conexiune „completă” cu partenerul (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2020).

Un alt mit frecvent întâlnit prezintă sexualitatea la vârsta înaintată ca fiind ridicolă sau nepotrivită. Cu toate acestea, studiile arată că nu vârsta în sine, ci mai degrabă interiorizarea acestor stereotipuri este cea care împiedică cel mai frecvent exprimarea sexuală (Gewirtz-Meydan et al., 2018).

Aceste concepții greșite au implicații profunde asupra serviciilor oferite și asupra stării de bine a persoanelor vârstnice. Atunci când profesioniștii acționează pe baza mitului asexualității, aceștia pot trece cu vederea nevoile legate de sănătatea sexuală, pot să nu asigure suficientă intimitate în mediile de îngrijire sau pot ignora preocupările specifice ale grupurilor vulnerabile, precum adulții LGBTQI+, care se confruntă cu o „dublă invizibilitate” (Gewirtz-Meydan et al., 2018).



Prin urmare, cadrele eficiente de îmbătrânire trebuie să depășească modelul strict biomedical bazat pe declin și să adopte o perspectivă holistică și mai incluzivă. Aceasta presupune recunoașterea faptului că sexualitatea este un drept fundamental al omului și un indicator al unei îmbătrâniri de succes. Prin eliminarea acestor mituri, profesioniștii pot crea un mediu de sprijin în care persoanele vârstnice se simt încurajate să își exprime identitatea și dorințele cu demnitate.

Pentru o aprofundare a originilor stereotipurilor ageiste și a prejudecăților sociale care afectează intimitatea la vârsta înaintată, vă recomandăm consultarea Modulului 2 din Manualul AgeWise: [Ageism-ul și concepțiile greșite despre persoanele vârstnice.](#)

Cadre conceptuale pozitive ale îmbătrânirii

Pe măsură ce populația europeană și cea globală trec printr-o schimbare demografică semnificativă, atenția gerontologiei și a politicilor sociale s-a deplasat de la un model bazat pe deficit, care privește îmbătrânirea în principal ca pe o perioadă de declin inevitabil sau de boală, către cadre pozitive ale îmbătrânirii, care consideră îmbătrânirea o etapă continuă de creștere, dezvoltare și potențial. Un cadru conceptual oferă o modalitate de înțelegere și poate reprezenta un instrument pentru organizarea programelor sau serviciilor destinate persoanelor vârstnice. De exemplu, dacă diferite organizații de educație pentru adulți utilizează același cadru pentru a reflecta asupra activității lor și pentru a comunica mai eficient modul în care lucrează, pot fi identificate lacunele existente în furnizarea serviciilor. Acest lucru poate facilita accesul persoanelor vârstnice la serviciile de care au nevoie, acolo și atunci când au nevoie de ele. Cadrele prezentate în continuare oferă diferite direcții teoretice pentru sprijinirea persoanelor vârstnice nu doar pentru a trăi mai mult, ci și pentru a avea o viață împlinită și de calitate.

Îmbătrânirea sănătoasă: o abordare funcțională

Îmbătrânirea sănătoasă înseamnă mai mult decât menținerea sănătății fizice de-a lungul timpului. Aceasta include, de asemenea, sănătatea mentală și emoțională, independența și calitatea vieții, precum și siguranța locuirii și stabilitatea financiară. Se referă la capacitatea noastră de a crea legături cu alte persoane, de a rămâne implicați în comunitățile noastre și de a ne simți participanți valoroși în societate. Îmbătrânirea sănătoasă presupune capacitatea de a fi rezilienți în fața fragilității crescute, a reducerii autonomiei și a schimbărilor de circumstanțe care reprezintă realități cu care multe persoane se confruntă pe măsură ce înaintează în vârstă.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) definește îmbătrânirea sănătoasă ca fiind procesul de dezvoltare și menținere a capacității funcționale care permite starea de bine la vârsta înaintată. Spre deosebire de modelele medicale tradiționale, care se concentrau exclusiv pe absența bolii, îmbătrânirea sănătoasă pune accent pe interacțiunea dintre capacitatea intrinsecă a unei persoane (fizică și mentală) și mediile în care aceasta trăiește (OMS, 2020). Aceasta schimbă obiectivul de la vindecare către menținerea funcționalității. Chiar și persoanele care trăiesc cu afecțiuni cronice pot avea o îmbătrânire sănătoasă dacă mediul lor (social, politic și fizic) le sprijină capacitatea de a realiza activitățile pe care le consideră importante și valoroase.

Capacitatea funcțională reprezintă ansamblul abilităților care le permit oamenilor să fie și să facă ceea ce consideră valoros (Beard et al., 2016). Aceasta se referă la capacitatea:

- de a-și satisface nevoile de bază,
- de a învăța, de a se dezvolta și de a lua decizii,
- de a se deplasa și de a-și menține mobilitatea,



- de a construi și menține relații, și
- de a contribui la societate.

O analiză sistematică realizată de Abud et al. (2022), care a avut ca obiectiv identificarea unui cadru clar pentru îmbătrânirea sănătoasă, a evidențiat diferiți factori determinanți ai îmbătrânirii sănătoase pe mai multe dimensiuni:

- **Starea de bine fizică:** activitate fizică, exerciții fizice, alimentație sănătoasă/nutriție adecvată, alegeri proactive privind stilul de viață, gestionarea medicației, terapii alternative pentru susținerea funcțiilor organismului;
- **Starea de bine mentală/cognitivă:** conștientizare de sine, perspectivă pozitivă/atitudine optimistă (orientare către viitor), sentimentul de scop și semnificație, învățare pe tot parcursul vieții, hobby-uri, credință/religie și spiritualitate;
- **Starea de bine socială:** sprijin social și relații cu familia, prietenii și chiar cu furnizorii de servicii medicale, securitate financiară, implicare în comunitate/voluntariat;
- **Independența** în toate cele trei dimensiuni.

Independența pare să fie firul comun care conectează dimensiunile fizică, mentală și socială. Aceasta se referă la capacitatea de a trăi fără sprijin permanent, de a rămâne autonom și de a menține independența financiară. Percepția independenței este foarte individuală; pentru persoanele care trăiesc cu afecțiuni cronice, aceasta poate fi asociată cu capacitatea fizică de a desfășura activități, în timp ce pentru altele este definită prin libertatea de a lua propriile decizii.

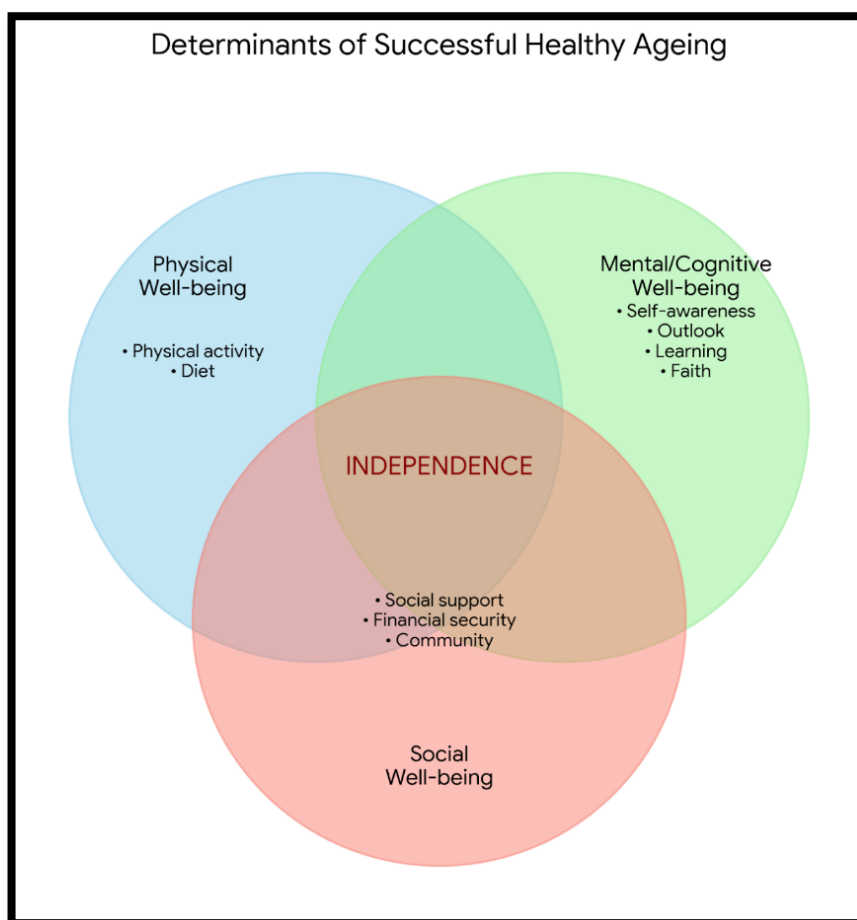


Figura 1 - Date bazate pe Abud et al., 2022.

Exemple de îmbătrânire sănătoasă



Infrastructură urbană adaptată persoanelor de toate vârstele

Securitate nutrițională și sănătate preventivă

Autogestionarea sănătății și promovarea intereselor în domeniul sănătății

* Imagini create/procurate prin Canva (2026)

- **Infrastructură urbană adaptată vârstei:** Într-un oraș care prioritizează acest cadru, o persoană cu mobilitate redusă poate continua să își facă singură cumpărăturile, deoarece municipalitatea a instalat indicatoare adecvate, a lărgit trotuarele și a extins durata semafoarelor pentru traversarea pietonilor. Prin eliminarea barierelor fizice, mediul compensează scăderea capacității fizice intrinseci a persoanei, permițându-i să își păstreze un nivel mai ridicat de independență.
- **Securitatea nutrițională și sănătatea preventivă:** Să luăm exemplul unei persoane vârstnice care participă la un program de agricultură comunitară ce oferă produse proaspete și locale. Prin menținerea unei alimentații bogate în nutrienți, proteine și vitamine, aceasta își susține sistemul imunitar și masa musculară (prevenind sarcopenia). Această abordare preventivă în ceea ce privește nutriția reduce riscul de căderi și spitalizări, contribuind direct la menținerea stabilității funcționale pe termen lung.
- **Autogestionarea și promovarea sănătății:** O persoană care colaborează cu medicul de familie pentru gestionarea unei afecțiuni precum hipertensiunea arterială. Prin monitorizarea propriei tensiuni arteriale și prin înțelegerea tratamentului prescris, aceasta demonstrează un nivel ridicat de „conștientizare de sine” și autonomie, trecând de la rolul de pacient pasiv la cel de participant activ în gestionarea propriei sănătăți.

Îmbătrânirea activă: optimizarea oportunităților

Cadrul *îmbătrânirii active* a fost adoptat de OMS la începutul anilor 2000 pentru a transmite un mesaj mai incluziv decât cel al îmbătrânirii sănătoase. În cadrul Summitului Mondial privind Populația, desfășurat la Madrid în aprilie 2002, OMS a aprobat îmbătrânirea activă ca obiectiv principal al politicilor de sănătate și sociale destinate persoanelor vârstnice (Paúl et al., 2012). Termenul *activ* se referă la participarea continuă la viața socială, economică, culturală, spirituală și civică, nu doar la

capacitatea de a desfășura activități fizice sau de a participa pe piața muncii. Acest cadru se bazează pe trei piloni principali: Sănătate, Participare și Securitate (OMS, 2002).

Profilul îmbătrânirii active este de așteptat să varieze în funcție de contexte și culturi și poate fi utilizat pentru orientarea intervențiilor specifice la nivel comunitar și individual, adaptate mediilor locale. Cercetările arată că există variabile subiective care contribuie la procesul de îmbătrânire activă (Paúl et al., 2012). Potrivit OMS, cadrul îmbătrânirii active include șase grupuri de factori determinanți, fiecare dintre acestea contribuind la crearea unor condiții sociale și de mediu favorabile îmbătrânirii active:

1. **Servicii de sănătate și servicii sociale:** Promovarea sănătății, prevenirea bolilor, îngrijirea pe termen lung și serviciile de sănătate mintală.
2. **Factori determinanți comportamentali:** Renunțarea la fumat, activitatea fizică, alimentația sănătoasă, sănătatea orală, consumul de alcool și respectarea tratamentelor medicamentoase.
3. **Factori determinanți personali:** Biologia, factorii genetici și factorii psihologici.
4. **Mediul fizic:** Asigurarea unor medii adaptate vârstei, locuințe sigure, prevenirea căderilor și absența poluării (apă curată, aer curat și alimente sigure).
5. **Factori determinanți sociali:** Sprijin social, prevenirea violenței și a abuzului, precum și promovarea educației și alfabetizării.
6. **Factori determinanți economici:** Monitorizarea veniturilor, protecția socială și securitatea financiară.

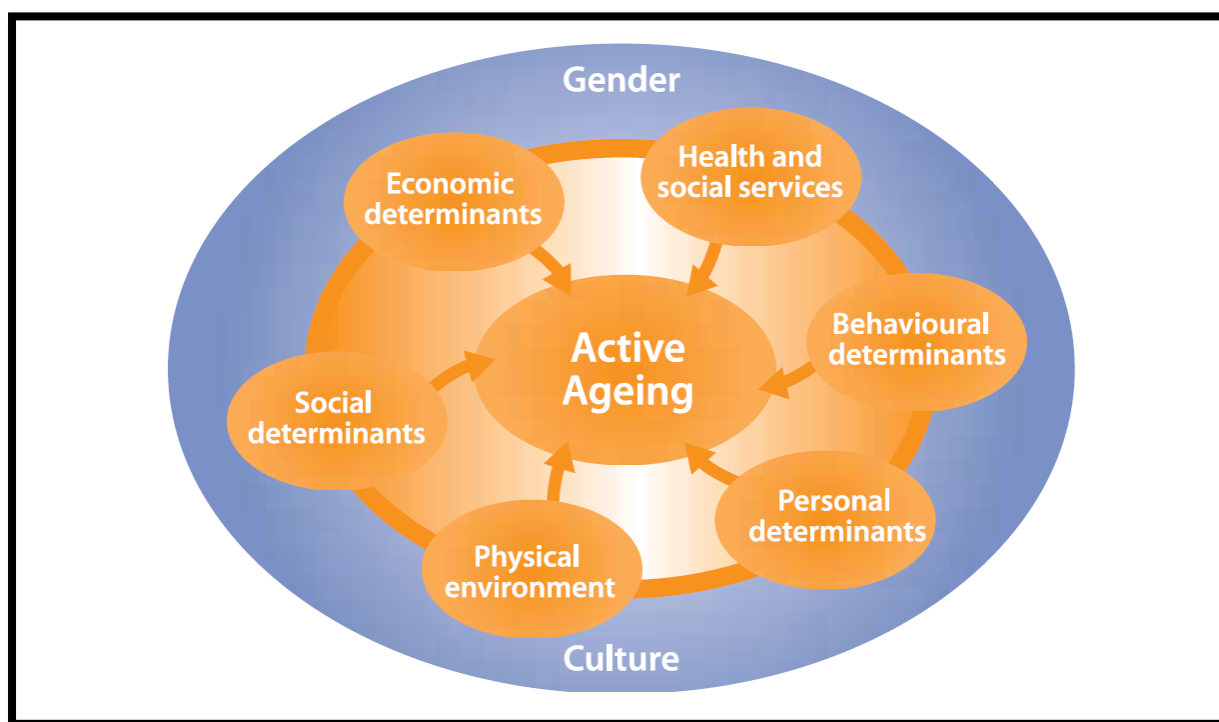


Figura 2 – factorii determinanți ai îmbătrânirii active (WHO, 2002)

Cultura și genul sunt clasificate drept factori determinanți transversali deoarece nu există în mod izolat; dimpotrivă, acestea acționează ca factori fundamentali care modelează și influențează toți ceilalți factori ai cadrului îmbătrânirii active.

Cultura reprezintă mediul general în care trăiesc indivizii, influențând modul în care societatea percepe procesul de îmbătrânire, comportamentele legate de accesarea serviciilor de sănătate și aranjamentele de locuire, cum ar fi preferința pentru gospodării multigeneraționale.

Genul, pe de altă parte, funcționează ca o perspectivă esențială pentru evaluarea adecvării politicilor, evidențiind modul în care diferențele de statut social și rolurile tradiționale conduc la riscuri specifice: femeile se confruntă adesea cu un risc crescut de sărăcie ca urmare a responsabilităților de îngrijire neremunerate asumate pe parcursul vieții, în timp ce bărbații sunt, din punct de vedere statistic, mai expuși riscurilor profesionale și comportamentelor de asumare a riscurilor. Împreună, acești factori determinanți asigură o înțelegere a îmbătrânirii nu doar ca proces biologic, ci ca o experiență socială și personală complexă (OMS, 2002).

Unele aspecte-cheie ale îmbătrânirii active sunt:

- **Autonomie:** capacitatea percepută de a controla, de a face față și de a lua decizii personale privind modul în care cineva își trăiește viața de zi cu zi;
- **Independență:** capacitatea de a îndeplini funcțiile legate de viața de zi cu zi – capacitatea de a trăi independent în comunitate, fără ajutor sau cu puțin ajutor din partea celorlalți;
- **Calitatea vieții:** „percepția unei persoane asupra poziției sale în viață, în contextul culturii și al sistemului de valori în care trăiește și în raport cu obiectivele, așteptările, standardele și preocupările sale” (THE WHOQOL GROUP, 1998).
- **Speranța de viață sănătoasă:** este folosită de obicei ca sinonim pentru „speranța de viață fără dizabilități”.

Exemple de îmbătrânire activă

		
Mentorat inter-generațional	Implicare și susținere politică pe tot parcursul vieții	Universitate pentru seniori

*Imagini create/procurate prin Canva (2026)

- **Mentorat intergenerațional:** Un profesionist în vârstă, deși retras din activitatea profesională cu normă întreagă, participă la un program de „transfer de cunoștințe” într-o companie locală. Prin mentorarea angajaților mai tineri, acesta rămâne „activ” din punct de vedere civic și

economic, asigurându-se că experiența și competențele sale continuă să fie apreciate de societate.

- **Implicare și susținere civică/politică pe tot parcursul vieții:** Participarea la întâlniri ale consiliului local pentru promovarea drepturilor persoanelor vârstnice. Aceasta contribuie la îndeplinirea pilonului „securitate”, permițând persoanelor vârstnice să aibă o voce în politicile care le influențează viața și mediul în care trăiesc.
- **Universitatea pentru seniori:** Înscrierea într-o „Universitate a vârstei a treia” pentru a învăța o limbă nouă sau pentru a studia istoria. Aceasta reflectă angajamentul față de „învățarea pe tot parcursul vieții”, menținând mintea activă și contribuind la extinderea cercului social.

Calitatea vieții: perspectiva experienței subiective

În timp ce cadrele îmbătrânirii sănătoase și ale îmbătrânirii active se concentrează adesea pe capacitatea funcțională și participarea socială, cadrul calității vieții pune accentul pe experiența subiectivă a individului asupra propriei existențe. Organizația Mondială a Sănătății definește calitatea vieții ca percepția unei persoane asupra propriei poziții în viață, în contextul culturii și al sistemelor de valori în care trăiește, precum și în raport cu obiectivele, așteptările și preocupările sale (The WHOQOL Group, 1998). Acest cadru are un caracter multidimensional, depășind indicatorii medicali tradiționali pentru a include sănătatea psihologică, relațiile sociale și convingerile personale.

În contextul unei populații aflate în proces de îmbătrânire, calitatea vieții reprezintă un indicator esențial al stării de bine, care poate fi menținut chiar și atunci când sănătatea fizică se deteriorează. Cercetările sugerează că, pentru persoanele vârstnice, calitatea vieții este strâns legată de conceptele de autonomie (capacitatea de a face propriile alegeri) și control asupra rutinelor zilnice (Wiggins et al., 2004). Spre deosebire de anumiți indicatori ai nivelului de trai, care se concentrează pe venituri și bunuri materiale, calitatea vieții măsoară gradul în care o persoană este mulțumită de relațiile sale sociale, de sentimentul de demnitate și de capacitatea sa de a urmări împlinirea personală la vârsta înaintată. Prin urmare, pentru multe persoane vârstnice, calitatea vieții este mai strâns legată de autonomie (capacitatea de a lua decizii) și relaționare (conexiunea cu ceilalți) decât de absența durerii fizice.

Pentru profesioniști, cadrul calității vieții presupune o schimbare de perspectivă: de la întrebarea „Care este diagnosticul?” la întrebarea „Ce face viața acestei persoane să merite trăită?”. Prin prioritizarea valorilor personale ale individului, inclusiv nevoia sa de intimitate, viață privată și identitate, furnizorii de îngrijire pot sprijini o etapă a vieții trăită cu demnitate, definită de persoana în cauză, și nu limitată de condițiile sale clinice.

Exemple de calitate a vieții





**Menținerea
stilului
personal și
a identității**

**Intimitate și
viață
privată**

**Autonomie
în luarea
deciziilor de
zi cu zi**

*Imagini create/procurate prin Canva (2026)

- **Menținerea stilului personal și a identității:** O persoană vârstnică dintr-un centru rezidențial continuă să se îmbrace în stilul preferat și să folosească parfumul sau apa de colonie preferată. Acest sentiment subiectiv de „exprimare a propriei persoane” reprezintă o componentă importantă a calității vieții din punct de vedere psihologic.
- **Viață privată și intimitate:** Posibilitatea de a petrece timp în mod privat cu un partener sau cu un prieten apropiat, fără întreruperi. Pentru multe persoane, calitatea vieții este definită prin libertatea de a menține relații intime.
- **Autonomie în deciziile de zi cu zi:** Capacitatea de a-și alege propriile ore de masă, programul de vizionare la televizor sau momentul în care dorește să iasă la plimbare. În gerontologie, percepția asupra „controlului” asupra vieții de zi cu zi reprezintă unul dintre cei mai importanți predictorii ai unei calități ridicate a vieții.

Evaluarea calității vieții

Pentru măsurarea experienței subiective a îmbătrânirii, cercetătorii și practicienii se bazează de obicei pe instrumente validate, bazate pe dovezi, care surprind natura multidimensională a stării de bine. Două dintre cele mai recunoscute cadre la nivel global pentru evaluarea calității vieții sunt **WHOQOL-BREF** și **CASP-19** (a se vedea, de asemenea, activitățile din setul de instrumente prezentate în anexă).

WHOQOL-BREF, elaborat de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), este un chestionar format din 26 de itemi și este disponibil pentru descărcare în peste 40 de limbi aici: <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>

CASP-19 este conceput pentru populațiile vârstnice, depășind indicatorii specifici sănătății pentru a se concentra asupra dezvoltării personale și a unei vieți împlinite la vârsta înaintată. Acesta este disponibil în numeroase limbi pentru a sprijini cercetarea și practica internațională: <https://casp19.com/casp-translations/>

Pentru informații practice suplimentare și pentru a învăța cum pot fi utilizate aceste instrumente, consultați [planul lecției](#) structurat pentru Modulul 1 și [exercițiul 2](#).



Utilizarea acestor instrumente permite profesioniștilor să depășească observațiile clinice și să obțină o înțelegere directă, centrată pe persoană, a stării de bine a individului pe parcursul întregii vieți.

Poziționarea sexualității și identității în cadrul unei abordări holistice a stării de bine

O abordare cu adevărat holistică a acestor cadre trebuie să recunoască faptul că sexualitatea și identitatea sunt componente integrale ale stării de bine și nu dispar la atingerea unei anumite vârste cronologice. În cadrul modelelor de îmbătrânire activă și de calitate a vieții, sexualitatea nu reprezintă doar o funcție biologică, ci o expresie fundamentală a identității, relațiilor și autonomiei personale. Realitățile vieții la vârsta înaintată includ continuitatea dorinței, nevoia de atingere și menținerea unei imagini de sine sexuale, toate acestea contribuind semnificativ la reziliența psihologică.

Atunci când profesioniștii ignoră sexualitatea sau o tratează ca fiind irelevantă, aceștia afectează pilonii autonomiei și autorealizării care stau la baza calității vieții. Sprijinul holistic necesită o schimbare de perspectivă: recunoașterea faptului că, pentru multe persoane, o viață trăită cu demnitate presupune libertatea de a-și exprima identitatea de gen și orientarea sexuală, precum și de a căuta intimitate și conexiune pe tot parcursul vieții. Integrarea sexualității în cadrele pozitive ale îmbătrânirii asigură faptul că sprijinim persoana în ansamblul său, și nu doar o versiune clinică a „vârstei înaintate”.

Corelări cu rezultatele grupurilor de discuție Never Gets Old

Cadrele teoretice explorate în Modulul 1 oferă perspective pentru interpretarea experiențelor trăite împărtășite de participanții la grupurile noastre naționale de discuție. Pe parcursul discuțiilor, cadrele prezentate s-au reflectat în experiențele participanților, iar aceștia și-au definit nevoile de zi cu zi; adesea, aceștia au depășit preocupările legate strict de sănătatea clinică, subliniind importanța autonomiei și a sentimentelor subiective legate de procesul de îmbătrânire.

„Nimeni nu vrea să îmbătrânească. Eu nu vreau. [...] Nu cred că îi place cuiva. Acesta este un proces foarte interior și trebuie să știi cum să îmbătrânești. Iar să știi cum să îmbătrânești nu este ușor pentru toată lumea [...]” – Participant din Portugalia

Natura genului și a culturii s-a reflectat, de asemenea, în dinamica grupurilor, deoarece așteptările culturale privind îngrijirea în familie sau normele de gen influențează modul în care indivizii își discută identitatea.

„Cred că oamenii încă se abțin foarte mult. De exemplu, bunica mea a rămas văduvă la o vârstă fragedă. Cu toate acestea, era de neconceput să își găsească o altă viață. Niciodată în viața ei. În mintea ei, acest lucru pur și simplu nu avea sens [...]” – Participant din Portugalia
„Ca pensionară lesbiană, sunt «în afara» societății de două ori.” – Participant din Germania

În plus, factorii determinanți ai îmbătrânirii active, în special sprijinul social, au apărut ca bariere practice sau factori facilitatori în viața participanților.

„După ce a murit cel de-al doilea soț al ei, a organizat un fel de club la ea acasă... și socializează în fiecare zi.” – Participanți din România

„Cred că această idee de lucru transgenerațional este extraordinară, pentru că simt că am multe de învățat. Nu este vorba că nu am fost tânăr înainte, dar am fost tânăr într-o perioadă diferită [...]” – Participant din Portugalia

Prin poziționarea acestor perspective rezultate din grupurile de discuție în cadrul acestor cadre teoretice consacrate, putem observa că schimbarea demografică nu reprezintă doar o provocare statistică, ci și o experiență personală, în care menținerea autonomiei și a sexualității pe parcursul întregii vieți rămâne un element central al unui model de îngrijire centrat pe persoană.

Provocările profesioniștilor

Transpunerea cadrelor pozitive ale îmbătrânirii în practica de zi cu zi poate reprezenta o provocare pentru profesioniștii din domeniul sănătății și al serviciilor sociale. Adesea, practicienii se află între modelul biomedical, care prioritizează siguranța și gestionarea riscurilor, și cadrul calității vieții, care pune accent pe autonomie și pe dreptul persoanei de a-și asuma riscuri într-un mod demn.

De exemplu, sprijinirea identității sexuale a unei persoane vârstnice sau a nevoii sale de intimitate într-un cadru rezidențial poate intra în conflict cu protocoalele instituționale rigide sau cu limite profesionale depășite. În plus, reprezintă o provocare pentru profesioniști să ofere în mod constant îngrijire centrată pe persoană în cadrul unor sisteme care sunt tot mai afectate de deficitul de personal și de resurse limitate. Reducerea acestui decalaj necesită o schimbare a mentalității profesionale: de la rolul de protectori ai persoanelor vârstnice către rolul de facilitatori ai autonomiei continue și ai exprimării de sine a acestora.

Pentru recomandări despre cum să sprijiniți mai bine persoanele vârstnice și cum să oferiți o abordare mai centrată pe persoană, consultați secțiunea următoare: [Ghid pentru educatori și profesioniști](#) sau consultați [planul lecției](#) pentru Modulul 1 și [exercițiul 3](#).

Grupuri vulnerabile și intersecționalitate

În timp ce cadre precum Îmbătrânirea Activă oferă un ideal universal, acestea nu sunt trăite în mod egal de către toți oamenii. O abordare intersecțională este necesară pentru a înțelege modul în care diferite identități, precum etnia, dizabilitatea, statutul socio-economic, orientarea sexuală și identitatea de gen, se suprapun și creează bariere unice în calea bunăstării.

De exemplu, persoanele vârstnice LGBTQI+ se pot confrunta cu o dublă invizibilitate, temându-se că identitatea lor sexuală nu va fi respectată în mediile tradiționale de îngrijire, ceea ce le determină să ascundă aspecte importante ale vieții lor. În mod similar, persoanele vârstnice migrante pot traversa o ruptură culturală, în care serviciile generale de sănătate nu țin cont de tradițiile lor specifice privind familia și îngrijirea.

Recunoașterea acestor vulnerabilități suprapuse garantează că îmbătrânirea pozitivă nu este un concept de tipul „o singură soluție pentru toți”, ci un sistem flexibil de sprijin care protejează drepturile și demnitatea fiecărei persoane, indiferent de mediul său de proveniență.



Ghid pentru educatori și profesioniști

Trecerea de la teorie la practică necesită o schimbare a modului în care interacționăm cu persoanele vârstnice. Următoarele recomandări sunt concepute pentru a-i ajuta pe profesioniști să implementeze cadrele privind îmbătrânirea pozitivă, menținând în același timp standarde etice și o abordare bazată pe sensibilitate și respect.

Recomandări privind comunicarea

Validați, nu infantilizați: Evitați „vorbierea infantilizantă” (*elderspeak*), precum folosirea unui ton exagerat de înalt sau a unui limbaj excesiv de simplificat. Tratați persoanele vârstnice ca pe adulți autonomi, demni de același respect ca orice altă persoană.

Ascultare activă orientată spre identitate: Fiți atenți la indiciile referitoare la identitatea persoanei, la rolurile pe care le-a avut în trecut și la dorințele sale actuale. Aspectele legate de sexualitate și intimitate sunt adesea exprimate în mod indirect, prin nuanțe și sugestii subtile, care necesită un răspuns sensibil, lipsit de prejudecăți și fără judecată.

Ce este recomandat și ce trebuie evitat

Recomandat	De evitat
Folosiți un limbaj centrat pe persoană și adresați-vă fiecărui individ ca unui egal, indiferent de starea sa fizică sau cognitivă.	Nu utilizați vorbierea infantilizantă (limbaj de tip „baby talk” utilizat copiilor, un ton exagerat de înalt sau formulări colective precum „noi”) care diminuează demnitatea persoanei.
Încurajați luarea deciziilor în comun, oferindu-i persoanei posibilitatea de a conduce discuția despre propria îngrijire și rutina zilnică.	Nu faceți presupuneri cu privire la ceea ce o persoană poate sau nu poate face doar pe baza vârstei sau a diagnosticului medical.
Asigurați spații private pentru exprimarea intimității și a identității de gen (de exemplu, bateți la ușă și așteptați un răspuns înainte de a intra în cameră).	Nu patologizați și nu ignorați sănătatea sexuală sau identitatea unei persoane vârstnice și nu le tratați ca fiind nepotrivite sau ca simptome ale unei afecțiuni.
Priviți persoana în ansamblul său, luând în considerare contextul cultural, nevoile spirituale și istoricul de viață, alături de starea sa clinică.	Nu tratați persoana ca pe un „caz” sau ca pe o listă de simptome medicale; evitați să vă concentrați exclusiv asupra declinului biologic.
Sușțineți „demnitatea de a-și asuma riscuri”, permițând persoanelor să facă alegeri care le sporesc bucuria și calitatea vieții, chiar dacă acestea implică riscuri minore.	Nu acordați o prioritate atât de mare siguranței instituționale încât aceasta să conducă la „moarte socială” sau la restricționarea totală a libertății persoanei.



Adresați întrebări deschise, precum: „Cum arată pentru dumneavoastră «independența» astăzi?”

Nu presupuneți că persoanele vârstnice sunt asexuale: nu respingeți niciodată solicitarea unui rezident privind intimitatea sau exprimarea identității sale de gen ca fiind nepotrivită.

Considerații etice

Principala tensiune etică în îngrijirea persoanelor vârstnice constă în găsirea echilibrului dintre *beneficență* (acțiunea în interesul superior al persoanei) și *autonomie* (respectarea dreptului acesteia de a lua propriile decizii). Ori de câte ori este posibil, profesioniștii ar trebui să adopte principiul *demnității de a-și asuma riscuri* (Dignity of Risk), recunoscând că o viață lipsită de orice risc este și o viață lipsită de libertate. Asigurarea posibilității persoanelor vârstnice de a-și exprima sexualitatea și identitatea reprezintă o problemă fundamentală de respectare a drepturilor omului, nu un privilegiu sau un aspect secundar al îngrijirii clinice.



Rezumat & Mesaje-cheie

Modulul 1 evidențiază faptul că îmbătrânirea este un proces dinamic și multidimensional, și nu o evoluție inevitabilă către declin. Ideea centrală este că *îmbătrânirea pozitivă* se realizează prin sinergia dintre *îmbătrânirea sănătoasă* (menținerea capacității funcționale), *îmbătrânirea activă* (participare și securitate) și *calitatea vieții* (satisfacția subiectivă). Am observat că, deși schimbările demografice din Europa generează provocări economice și sociale, prioritatea principală a profesioniștilor trebuie să rămână păstrarea independenței și autonomiei fiecărei persoane.

Printre mesajele-cheie se numără recunoașterea *culturii* și a *genului* ca dimensiuni transversale care influențează modul în care oamenii experimentează îmbătrânirea și accesează serviciile de îngrijire. De asemenea, trebuie să recunoaștem că identitatea și sexualitatea însoțesc persoana pe tot parcursul vieții; acestea reprezintă componente esențiale ale stării de bine și necesită recunoaștere și sprijin din partea profesioniștilor. Prin adoptarea unei abordări holistice, centrate pe persoană, putem asigura reflectarea filozofiei „Never Gets Old” în fiecare interacțiune, respectând demnitatea fiecărei persoane vârstnice, indiferent de mediul său de proveniență sau de starea sa fizică.



Instrumente practice

Planul lecției – Modulul 1

Planul lecției reprezintă un ghid structurat care oferă instructorilor și profesioniștilor instrucțiuni privind implementarea Modulului 1 într-un cadru de grup. Acesta propune o structură pentru o sesiune de formare cu durata de 2,5 ore, însoțită de o prezentare PowerPoint corespunzătoare, include rezultatele învățării și o listă de verificare pentru pregătire și descrie trei exerciții practice (prezentate mai jos).

- **Planul lecției Modul 1** - Schimbările demografice și cadrele privind îmbătrânirea pozitivă, inclusiv instrucțiunile pentru desfășurarea exercițiului.



- **Prezentare Powerpoint Module 1** - Îmbătrânirea populației și abordările pozitive ale îmbătrânirii.

Exercițiul 1 – World Café

Obiectiv: Conectarea datelor la nivelul Uniunii Europene cu realitatea regională și profesională specifică participanților, utilizând metodologia *World Café* (a se vedea instrucțiunile din planul lecției).

- [World Café](#)

Exercițiul 2 – Măsurarea calității vieții

Obiectiv: Exersarea utilizării instrumentelor WHOQOL-BREF și CASP-19 prin intermediul unor scenarii de joc de rol (a se vedea instrucțiunile din planul de lecție).

- [Carduri Rol de joc](#) – pentru practicieni și persoane vârstnice.
- [Chestionar WHOQOL-BREF](#).

Exercițiul 3 – Analiza studiilor de caz și elaborarea unui plan de acțiune în 3 pași

Obiectiv: Aplicarea perspectivei de gen și a perspectivei culturale în analiza și soluționarea dilemelor etice prin intermediul studiilor de caz și al elaborării unor planuri de acțiune în 3 pași (a se vedea instrucțiunile din planul de lecție).

- [Carduri cu Studii de caz](#).
- [Fișă de lucru Plan de acțiune în 3 pași](#).



Referințe

- Abud, T., Kounidas, G., Martin, K. R., Werth, M., Cooper, K., & Myint, P. K. (2022). Determinants of healthy ageing: a systematic review of contemporary literature. *Aging clinical and experimental research*, 34(6), 1215-1223.
- Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The lancet*, 387(10033), 2145-2154.
- De Gobbi, M. S., Kühn, S., Heins, G., & Malikova, Z. (2025). Demographic change in Europe and Central Asia: Addressing the issue of a shrinking and ageing labour force (No. 139). ILO Working Paper. <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/324229/1/1929162480.pdf>
- European Commission. (2024). The 2024 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022–2070) (Institutional Paper 279). Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2765/049223>
- European Commission. (2021). Green paper on ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations. https://commission.europa.eu/system/files/2021-06/green_paper_ageing_2021_en.pdf
- Eurostat. (2024, September). Population structure and ageing. European Commission. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Eurostat. (2025). Demography of Europe – 2025 edition. Interactive publication. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/demography-2025>
- Gewirtz-Meydan, A., & Ayalon, L. (2020). "Shades of grey": Exploring public opinion about later-life sexuality. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 39(4), 647-661. <https://doi.org/10.1017/s071498081900062x>
- Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J. and Ayalon, L. (2018) 'Ageism and Sexuality', in Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (eds.) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer International Publishing, pp. 149-162. doi:10.1007/978-3-319-73820-8_10. <https://cora.ucc.ie/bitstreams/7f056dc8-2801-4587-9aec-87a10ad79796/download>
- Hello Leaders. (2024, March 13). Holistic care: A comprehensive approach to well-being in the aged care sector. <https://helloleaders.com.au/article/holistic-care-a-comprehensive-approach-to-well-being-in-the-aged-care-sector>
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: An empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2012, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2012/382972>
- Ribeiro, M. G. (2025, June 26). Active ageing: European frameworks and progress. European Association for the Education of Adults. <https://eaea.org/2025/06/26/active-ageing-european-frameworks-and-progress/>
- Rudnicka, E., Napierała, P., Podfigurna, A., Męczekalski, B., Smolarczyk, R., & Grymowicz, M. (2020). The World Health Organization (WHO) approach to healthy ageing. *Maturitas*, 139, 6-11. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2020.05.018>



THE WHOQOL GROUP. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. doi:10.1017/S0033291798006667

Wiggins, R. D., Netuveli, G., Hyde, M., Higgs, P., & Blane, D. (2004). The Casp-19 scale of quality of life in old age: its measurement properties, reliability and validity. *Ageing & Society*, 24(5), 693–706.

World Health Organization. (2025, April 28). Ageing: Ageism. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: Baseline report. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework (No. WHO/NMH/NPH/02.8). World Health Organization.



MODULUL 2

Ageismul și concepțiile greșite despre persoanele vârstnice

*Elaborat de:
Elisa Klein-Peters
Proportional Message*



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Prezentare generală

Acest modul analizează modul în care stereotipurile, prejudecățile și discriminarea bazate pe vârstă creează bariere sistemice pentru persoanele vârstnice. Depășim perspectiva generală asupra ageismului și ne concentrăm în mod specific asupra *ageismului sexual*, adică presupunerea că persoanele vârstnice sunt asexuale și, în consecință, ignorarea nevoilor lor legate de relații, sexualitate și identitate.

În contextul sexualității și al diversității, ageismul acționează ca un *factor invizibil*. Atunci când profesioniștii manifestă prejudecăți legate de vârstă, tind să treacă cu vederea sănătatea sexuală, identitatea de gen și nevoile de intimitate ale persoanelor vârstnice. Acest lucru poate conduce la scăderea calității vieții, la accentuarea izolării sociale și la erori medicale, în care problemele de sănătate sexuală sunt interpretate în mod eronat ca fiind o consecință firească a îmbătrânirii.

Rezultatele grupurilor de discuție din cadrul proiectului *Never Gets Old* (WP2) au evidențiat existența unui deficit semnificativ de cunoștințe și a unui nivel redus de confort în abordarea acestor teme. Deși profesioniștii apreciază importanța unei îngrijiri holistice, mulți au declarat că discutarea sexualității cu persoanele vârstnice este percepută ca fiind nepotrivită și, foarte adesea, nu reprezintă o prioritate. Datele WP2 arată că practicile instituționale acordă frecvent prioritate siguranței și igienei în detrimentul intimității, contribuind astfel la „desexualizarea” persoanelor vârstnice pentru a răspunde normelor și nivelului de confort ale instituției.

La finalul acestui modul, profesioniștii vor dobândi *competențe de identificare și conștientizare a prejudecăților (bias literacy)*, adică abilitatea de a recunoaște manifestările ageismului atât în propriile atitudini, cât și în cadrul instituțiilor în care își desfășoară activitatea. De asemenea, ei vor dobândi vocabularul necesar pentru a susține drepturile sexuale ale persoanelor vârstnice și instrumentele necesare pentru a combate miturile care împiedică furnizarea unor servicii de îngrijire incluzive.

Competențe dobândite - Modul 2

Rezultatele așteptate: Ce vor ști sau vor putea să facă participanții la finalul învățării?	Dovezi: Cum vom ști că obiectivele de învățare au fost atinse?
Identificarea și definirea celor trei niveluri ale ageismului (instituțional, interpersonal și internalizat), precum și a impactului lor sistemic.	Cursanții asociază cu succes scenarii din viața reală cu miturile corespunzătoare și identifică în mod corect nivelul specific de ageism implicat în fiecare dintre acestea (Exercițiul 1).
Recunoașterea discrepanței dintre susținerea explicită, la nivel profesional, a drepturilor sexuale și prejudecățile implicite sau sentimentul de disconfort la nivel personal.	Cursanții pot identifica cele cinci teme majore evidențiate de Gewirtz-Meydan și Ayalon (2020) în reacțiile personalului și pot propune răspunsuri alternative, incluzive (Exercițiul 2).
Înțelegerea modului în care genul, cultura și statutul cognitiv se intersectează, generând bariere specifice în calea exprimării intimității.	În urma discuțiilor bazate pe studiul „Shades of Grey”, cursanții pot explica de ce un plan de îngrijire standardizat („o singură soluție pentru toți”) nu răspunde adecvat nevoilor persoanelor vârstnice LGBTQI+ sau ale femeilor care se confruntă cu standarde de frumusețe influențate de gen.



Combaterea *stereotipului asexualității* și a tendinței de a prioritiza siguranța în detrimentul dreptului adulților la viață privată și intimitate.

Elaborarea cu succes a unei campanii împotriva ageismului, care utilizează un limbaj respectuos și include un apel la acțiune (*Call to Action*) clar și concret (Exercițiul 3).



Concepte-cheie & Definiții

Ageism (discriminare pe criterii de vârstă): Se referă la **stereotipurile** (modul în care gândim), **prejudecățile** (modul în care simțim) și **discriminarea** (modul în care acționăm) îndreptate împotriva altor persoane sau împotriva propriei persoane pe baza vârstei (OMS, 2025).

Stereotipuri: Structuri cognitive care stochează gândurile, convingerile și așteptările noastre cu privire la caracteristicile membrilor unor grupuri sociale. În cazul ageismului, stereotipurile legate de vârstă sunt utilizate pentru a formula presupuneri despre persoanele aparținând unei anumite grupe de vârstă și pentru a ghida comportamentul față de acestea (OMS, 2021).

Prejudecată: Reacție afectivă sau sentiment îndreptat către o persoană care aparține unui anumit grup social. În cazul ageismului, prejudecata este îndreptată împotriva persoanelor percepute ca aparținând unei anumite grupe de vârstă, indiferent dacă acestea fac sau nu parte din grupul respectiv (OMS, 2021).

Discriminare: Orice acțiuni, practici, legi sau politici aplicate persoanelor pe baza apartenenței lor reale sau percepute la un grup social relevant, care le impun un dezavantaj direct sau indirect (discriminare negativă) ori le conferă un avantaj (discriminare pozitivă). În cazul discriminării pe criterii de vârstă, aceste acțiuni, practici și politici sunt îndreptate împotriva persoanelor percepute ca aparținând unei anumite grupe de vârstă (OMS, 2010).

Ageism instituțional: Legi, reguli, norme, politici și practici instituționale – precum și ideologiile care le susțin și le justifică – care limitează în mod inechitabil oportunitățile și dezavantajează sistematic persoanele pe baza vârstei lor (OMS, 2021).

Ageism interpersonal: Formă de ageism care apare în interacțiunile dintre două sau mai multe persoane. În cazul ageismului interpersonal, persoana care manifestă comportamentul discriminatoriu este distinctă de persoana care îl suportă (OMS, 2021).

Ageism internalizat (sau autoorientat): Formă de ageism îndreptată împotriva propriei persoane. Oamenii internalizează prejudecățile legate de vârstă din cultura în care trăiesc, ca urmare a expunerii repetate la acestea, iar ulterior le aplică propriei persoane (OMS, 2021).

Ageism explicit: Formă de ageism manifestată în mod conștient și intenționat. Este adesea pusă în opoziție cu ageismul implicit, care operează în mare măsură în afara conștientizării (OMS, 2021).

Ageism implicit: Formă de ageism manifestată fără conștientizare și fără intenție deliberată din partea persoanei (OMS, 2021).

Ageism sexual: Convingerea potrivit căreia persoanele vârstnice sunt sau ar trebui să fie asexuale, că interesul pentru sexualitate la vârsta înaintată este anormal și că acestea nu sunt capabile să aibă relații sexuale sau să se bucure de o viață sexuală așa cum o făceau în tinerețe (Surles, 2023).

Vorbire infantilizantă (Elderpeak): Adaptarea modului de vorbire pe care unele persoane mai tinere o folosesc atunci când comunică cu persoane vârstnice, de exemplu vorbind mai rar sau mai tare, utilizând propoziții mai scurte ori un vocabular limitat sau mai puțin complex. Aceste tipare simplificate de comunicare se bazează implicit pe presupunerea că persoanele vârstnice au deficiențe cognitive sau nu sunt capabile să înțeleagă un limbaj obișnuit (OMS, 2021).

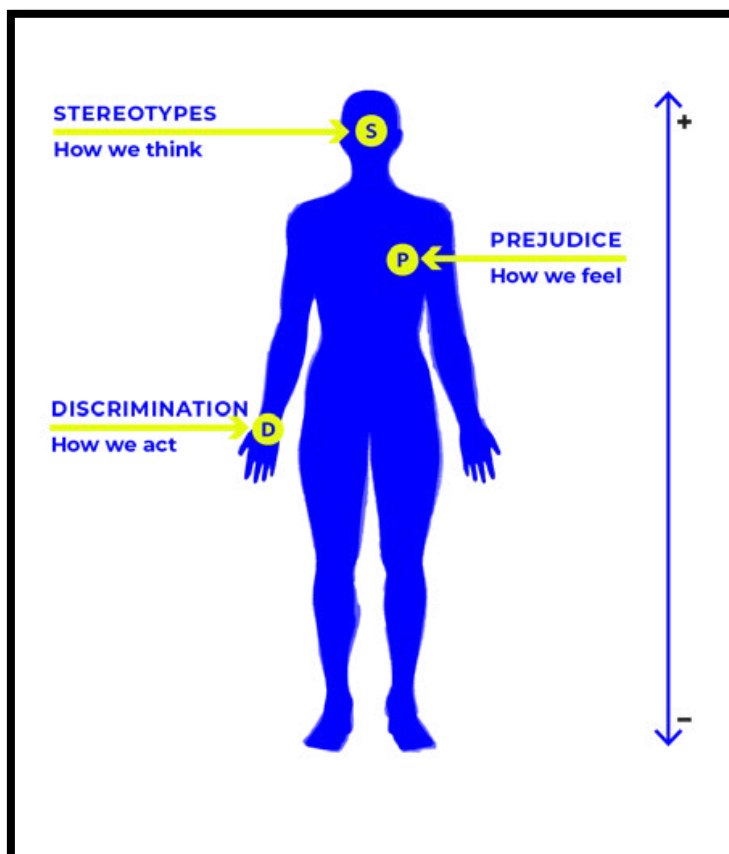


Figura 3 - Cele trei dimensiuni ale ageismului: stereotipurile, prejudecățile și discriminarea (ONU, 2021).



Repere teoretice

Efectele Ageismului

De la presiunea de a acoperi fiecare fir de păr cărunt până la promovarea produselor anti-aging, mesajul este clar: tinerețea pare să fie standardul de valoare, iar îmbătrânirea este prezentată ca ceva ce trebuie evitat. Se ignoră însă faptul că aceste stereotipuri contribuie la crearea unei societăți care va fi mai puțin primitoare pentru fiecare dintre noi atunci când vom ajunge la vârsta înaintată.

Sănătatea sexuală, identitatea și intimitatea reprezintă componente esențiale ale calității vieții persoanelor vârstnice, însă în societate persistă numeroase convingeri și concepții greșite cu privire la sexualitatea la vârsta înaintată. Ageismul este adesea descris ca fiind *ultima formă de prejudecată acceptată din punct de vedere social* (Abrams, 2023). Cu alte cuvinte, deși societatea a depus eforturi considerabile pentru combaterea discriminării bazate pe criterii precum rasa sau genul, prejudecățile față de persoanele vârstnice sunt încă frecvent trecute cu vederea sau chiar considerate „normale”.



Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS, 2025), *ageismul* se referă la stereotipurile (modul în care gândim), prejudecățile (modul în care simțim) și discriminarea (modul în care acționăm) îndreptate împotriva altor persoane sau împotriva propriei persoane pe baza vârstei. În timp ce *ageismul explicit* este conștient și intenționat, *ageismul implicit* operează în mare măsură în afara conștientizării și intenției conștiente.

Este important să recunoaștem că prejudecățile bazate pe vârstă reprezintă un fenomen universal, care poate afecta persoanele în orice etapă a vieții. *Ageismul* apare ori de câte ori stereotipurile, prejudecățile sau discriminarea sunt îndreptate împotriva unei persoane pe baza vârstei sale. O notă privind obiectivul acestui modul: Deși *ageismul* afectează toate generațiile, Modulul 2 se concentrează în mod specific asupra *ageismului* îndreptat împotriva persoanelor vârstnice. Această abordare este în concordanță cu misiunea proiectului *Never Gets Old*, care urmărește să răspundă barierelor sistemice și tabuurilor specifice ce împiedică respectarea drepturilor sexuale și promovarea bunăstării holistice a persoanelor vârstnice.

Se cunoaște faptul că *ageismul* afectează sănătatea și starea de bine a persoanelor vârstnice. Acesta este asociat cu o stare de sănătate fizică și mintală mai precară (Lyons et al., 2018; Robb et al., 2002), conduce la o calitate mai scăzută a vieții (Bodner & Cohen-Fridel, 2019) și este corelat cu niveluri mai ridicate de singurătate și izolare socială (Donizzetti & Lagacé, 2022). Prin urmare, *ageismul* reprezintă un obstacol major în calea îmbătrânirii sănătoase. În general, cercetările au arătat că experiențele legate de *ageism* sunt mai frecvente în rândul persoanelor fără partener, al celor fără un loc de muncă, al persoanelor cu venituri reduse și al celor care își evaluează propria stare de sănătate ca fiind precară (Heywood et al., 2019).

În continuare, vom explora diferitele perspective asupra *ageismului*.

Trei nivele de Ageism

Pentru a înțelege cu adevărat *ageismul*, trebuie să privim dincolo de comentariile sau comportamentele individuale. *Ageismul* este un fenomen complex, cu mai multe niveluri, care se manifestă în moduri diferite: există în legislația și politicile statelor, în interacțiunile cotidiene dintre oameni și chiar în gândurile și convingerile pe care le avem despre noi înșine. *Ageismul* nu este doar o atitudine individuală, ci este încorporat în structurile și sistemele societății și poate fi clasificat în trei niveluri distincte: instituțional, interpersonal și internalizat.

1. *Ageismul instituțional (nivelul sistemic)*

Ageismul instituțional se referă la legile, regulile, normele sociale și practicile organizaționale care limitează oportunitățile sau dezavantajează persoanele pe criteriul vârstei (OMS, 2021). Aceasta este adesea cea mai puțin vizibilă formă de vârstism, deoarece este încorporată în modul de funcționare al societății.

Un exemplu relevant îl constituie limitarea în funcție de vârstă a accesului la anumite programe de screening din sistemul de sănătate. În numeroase regiuni, screeningul de rutină pentru sănătatea sexuală sau evaluările privind sănătatea reproductivă sunt întrerupte automat după împlinirea vârstei de 65 de ani, pe baza presupunerii vârstiste că persoanele respective nu mai sunt active din punct de vedere sexual sau nu mai prezintă risc de infectare cu infecții cu transmitere sexuală (ITS). Această practică generează o lacună sistemică în acordarea îngrijirilor preventive, astfel încât persoanele vârstnice beneficiază de servicii preventive de o calitate inferioară comparativ cu persoanele mai tinere, exclusiv din cauza unui criteriu cronologic.



În domeniul ocupării forței de muncă, un alt exemplu îl reprezintă manifestarea vârstismului prin bariere sistemice, precum practicile discriminatorii de recrutare care favorizează candidații mai tineri sau stabilirea unor limite obligatorii de pensionare, care determină retragerea din activitate a profesioniștilor cu experiență, indiferent de nivelul lor real de competență.

2. Ageismul interpersonal (nivelul social)

Acest nivel se manifestă în interacțiunile cotidiene dintre persoane. El include stereotipurile și prejudecățile care apar atunci când o persoană interacționează cu alta (OMS, 2021).

În domeniul îngrijirii profesionale, de exemplu, acest fenomen se manifestă adesea prin microagresiuni sau comportamente de desconsiderare. De exemplu, atunci când membrii personalului fac glume pe seama a doi rezidenți care încep o nouă relație romantică, ei manifestă ageism interpersonal. Chiar dacă astfel de comentarii sunt făcute cu intenția de a fi amuzante și fără reavoință, ele transmit persoanelor vârstnice mesajul că dorința lor de intimitate constituie un motiv de amuzament, și nu o nevoie umană legitimă. Acest tip de comportament contribuie la crearea unei culturi a rușinii și descurajează rezidenții să caute conexiunile sociale de care au nevoie pentru bunăstarea lor.

Un alt exemplu este utilizarea unui ton excesiv de protectiv sau a unui vocabular simplificat în comunicarea cu persoanele vârstnice, practică cunoscută sub denumirea de „*elderspeak*” (*vorbire infantilizantă*). Aceasta infantilizează persoanele vârstnice și consolidează percepția socială potrivit căreia acestea sunt lipsite de competență, ceea ce conduce adesea la un tratament lipsit de respect sau de natură să le minimizeze opiniile și capacitățile.

3. Ageismul internalizat (nivelul personal)

Ageismul internalizat (cunoscut și sub denumirea de *ageism autodirecționat*) apare atunci când persoanele vârstnice interiorizează stereotipurile negative pe care le-au auzit de-a lungul vieții și le aplică propriei persoane. Astfel, *auto-ageismul sexual* este îndreptat către sine și se manifestă prin internalizarea stereotipurilor și prejudecăților provenite din exterior (Kerssies et al., 2025). Persoanele vârstnice ajung să creadă că miturile despre îmbătrânire li se aplică în mod real.

De exemplu, să ne imaginăm cazul unei femei în vârstă care se confruntă cu un disconfort fizic, precum uscăciunea vaginală, sau care simte dorința de a avea un nou partener. Dacă aceasta a internalizat mesajul potrivit căruia este „prea în vârstă” pentru a mai fi atractivă, este posibil să nu solicite niciodată asistență medicală și să nu inițieze o nouă relație. Acesta este, probabil, nivelul cu impactul cel mai profund, deoarece conduce la *autoexcludere*. Persoana ajunge să se priveze singură de oportunități de bunăstare, împlinire sau de îngrijiri medicale, considerând că, din cauza vârstei, nu mai este îndreptățită să beneficieze de acestea.

Ageismul autodirecționat nu afectează exclusiv persoanele vârstnice, ci și persoanele tinere. De exemplu, o persoană aflată în jurul vârstei de 20 de ani poate interioriza convingerea că nu deține suficientă experiență de viață pentru a ocupa un anumit rol sau o anumită funcție, ceea ce o poate determina să se autoexcludă prematur din oportunități de dezvoltare profesională.

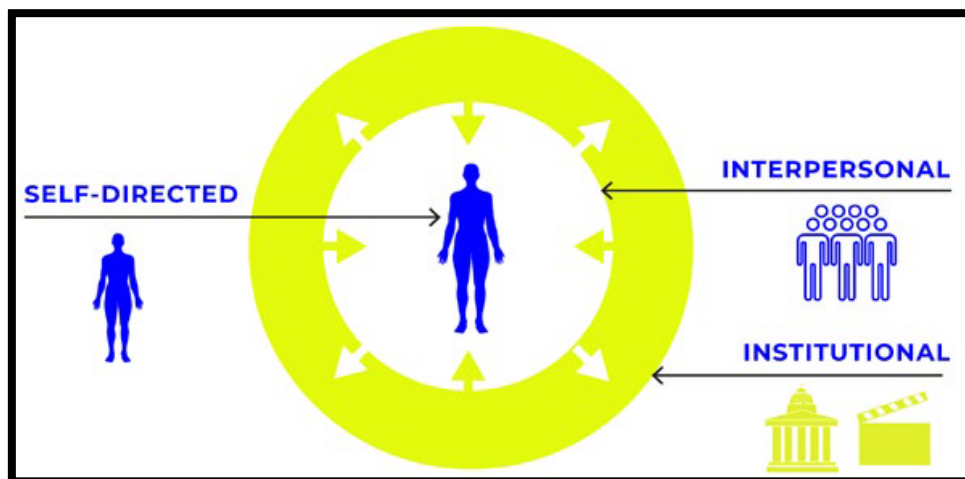


Figura 4 – Cele trei nivele ale Agesimului (WHO, 2021).

Aceste trei niveluri nu există în mod izolat; ele se influențează și se consolidează reciproc. Lipsa unei abordări **instituționale** a sănătății sexuale întărește percepția **interpersonală** conform căreia persoanele vârstnice nu sunt ființe sexuale, ceea ce conduce, în cele din urmă, la **internalizarea** convingerii că nici măcar nu ar trebui să solicite ajutor. Întreruperea acestui cerc vicios presupune intervenția profesioniștilor la toate cele trei niveluri, în mod simultan.

Pentru a afla mai multe despre identificarea nivelurilor de manifestare a ageismului prin intermediul a 12 mini studii de caz și a miturilor asociate îmbătrânirii, vă rugăm să consultați [Exercise 1](#), elaborat pe baza materialului *Demystifying the Myths of Ageing* (OMS, 2013).

Convingeri sociale negative și tabuuri privind sexualitatea la vârste înaintate

În multe culturi, intersecția dintre îmbătrânire și sexualitate generează un disconfort social profund. Acest disconfort își are rădăcinile în mai multe convingeri sociale pe care profesioniștii trebuie să învețe să le identifice și să le conteste. *Ageismul sexual* reprezintă convingerea că persoanele în vârstă sunt sau ar trebui să fie asexuale și că interesul sexual la vârsta înaintată este anormal. Acesta apare atunci când persoanele în vârstă sunt stereotipizate ca fiind lipsite de sexualitate, incapabile să aibă relații sexuale sau să se bucure de o viață sexuală similară celei pe care au avut-o în tinerețe (Surles, 2023).

Presupunerea că persoanele în vârstă sunt asexuale

Cea mai răspândită convingere este că dorința sexuală dispare în mod natural după o anumită vârstă. Acest tabu sugerează că, odată ce o persoană depășește vârsta reproductivă sau se confruntă cu un declin al sănătății fizice, devine asexuală. Atunci când persoanele în vârstă își exprimă interesul sexual, societatea reacționează adesea cu surprindere, disconfort sau ridiculizare, apelând la stereotipuri precum „moșul libidinos” sau „bătrâna prădătoare”, patologizând astfel o dorință umană firească. Acest tabu îi împiedică pe mulți adulți în vârstă să discute despre sănătatea lor sexuală cu medicii, de teama că vor fi judecați sau considerați nepotriviti.

Mitul sacralizării corpului fragil

Există o tendință socială de a privi corpul îmbătrânit printr-o lentilă a fragilității, considerându-l incompatibil cu sexualitatea. Adesea, persoanele în vârstă sunt văzute exclusiv prin rolurile de bunici sau de pacienți. Aceste roluri sunt, din punct de vedere cultural, *desexualizate*. În mediile

instituționalizate, acest tabu se manifestă printr-o anumită atitudine: personalul poate considera că protejează demnitatea unui rezident ignorând identitatea sa sexuală, când, în realitate, îi limitează autonomia și îi privează de capacitatea de a-și exprima propriile nevoi și alegeri.

Standardul dublu privind îmbătrânirea și genul

Tabuurile sociale asociate sexualității sunt profund influențate de gen. În spațiul public, bărbaților li se acordă adesea o perioadă mai îndelungată de validare a sexualității, în timp ce femeile se confruntă cu un dublu standard, prin care îmbătrânirea este echivalată cu pierderea valorii sexuale. Această perspectivă este consolidată de o industrie anti-îmbătrânire de ordinul miliardelor de euro, care prezintă semnele firești ale unei vieți trăite — ridurile, părul cărunt și modificările formei corporale — drept probleme care trebuie corectate, consolidând astfel convingerea că doar corpurile tinere sunt valide din punct de vedere sexual.

Tăcerea „din dulap” în rândul persoanelor vârstnice LGBTQ+

Pentru persoanele vârstnice LGBTQI+, aceste tabuuri sunt amplificate. Multe dintre acestea au trăit în perioade în care identitățile lor erau incriminate sau considerate patologice. Tabuurile sociale astfel create determină numeroase persoane vârstnice LGBTQIA+ să își ascundă din nou identitatea atunci când intră în servicii de îngrijire destinate persoanelor vârstnice. Această tăcere nu reprezintă absența identității, ci mai degrabă un mecanism de supraviețuire într-o societate care refuză să recunoască diversitatea la vârste înaintate.

Multe persoane vârstnice LGBTQIA+ care trăiesc cu HIV simt nevoia să „revină în dulap” (*return to the closet*) odată cu internarea într-un centru rezidențial de îngrijire. Această autodezvăluire limitată sau ascundere deliberată a identității este adesea determinată de lipsa cunoștințelor specializate în rândul personalului medical și al celorlalți rezidenți cu privire la tratamentele moderne pentru HIV și la modalitățile de transmitere a virusului. Stigmatizarea socială și teama asociate acestei afecțiuni, rămășițe ale perioadei timpurii a epidemiei, accentuează această izolare. După o viață în care au fost nevoite să facă față violenței sistemice și discriminării, multe persoane aleg să își ascundă din nou identitatea pentru a evita noi forme de prejudecată într-un mediu nefamiliar și adesea heteronormativ, precum cel al unui cămin rezidențial.

Aceste tabuuri creează un cerc al tăcerii:

- Persoana vârstnică păstrează tăcerea pentru a evita să fie percepută ca fiind respingătoare, nepotrivită sau dificil de gestionat.
- Profesionistul păstrează tăcerea pentru a evita situațiile stânjenitoare sau riscul de a manifesta lipsă de respect.
- Familia păstrează tăcerea pentru a menține o anumită imagine asupra propriului părinte.

Pentru a depăși aceste tabuuri, profesioniștii trebuie să treacă de la un model centrat pe siguranță la un model bazat pe drepturi. Recunoașterea faptului că sexualitatea nu reprezintă o etapă specifică tinereții, ci un drept care se menține pe tot parcursul vieții, constituie primul pas în eliminarea convingerilor sociale negative care contribuie la izolarea persoanelor vârstnice.

Câteva mituri și realități

Mit	Realitate
„Persoanele vârstnice nu au viață sexuală.”	Sondajele naționale arată că un procent semnificativ al adulților cu vârsta de 70 de ani și peste rămâne activ din punct de vedere sexual și apreciază intimitatea. În același timp, satisfacția sexuală crește adesea sau se menține stabilă odată cu înaintarea în vârstă. Deși aspectele fizice ale activității sexuale se pot modifica, intimitatea emoțională și încrederea reciprocă se aprofundează frecvent.
„Corpurile persoanelor vârstnice nu sunt atractive și nu mai sunt sexuale.”	Frumusețea este un construct social. Atractivitatea la vârste înaintate este asociată mai degrabă cu vitalitatea și conexiunea interpersonală decât cu o piele „fără imperfecțiuni”.
„Dacă nu mai pot avea raporturi sexuale cu penetrare, viața lor sexuală s-a încheiat.”	Aceasta este <i>hegemonia penetrării</i> . Sexualitatea include atingerea, sărutul, masturbarea și apropierea emoțională. Aceste forme de exprimare a sexualității rămân esențiale chiar și atunci când apar dizabilități fizice.
„Sexul este periculos pentru inimă.”	Activitatea sexuală nu implică, în general, un efort fizic mai mare decât urcarea a două etaje pe scări; pentru majoritatea persoanelor, aceasta reprezintă o activitate sigură și benefică pentru sănătate.
„Demența te face asexual.”	Nevoia de atingere și conexiune este una dintre ultimele dimensiuni ale vieții umane care se estompează. Sexualitatea rămâne o componentă fundamentală a identității personale, chiar și în prezența declinului cognitiv.
„Infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) nu reprezintă un risc pentru persoanele cu vârsta de peste 65 de ani.”	Din cauza <i>mitului asexualității</i> , persoanele vârstnice sunt mai puțin susceptibile să utilizeze metode de protecție sau să efectueze testări pentru infecțiile cu transmitere sexuală. Incidența infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS) în rândul populației vârstnice a crescut semnificativ, inclusiv deoarece profesioniștii din domeniul sănătății omit adesea să discute cu aceștia despre practicile de sex protejat.
„Persoanele vârstnice LGBTQI+ se întorc în «dulap».”	Deși multe persoane aleg să își ascundă sexualitatea din teamă, acest comportament reflectă un eșec al culturii instituționale, și nu o alegere liberă a individului.

Studiul realizat de Gewirtz-Meydan și Ayalon (2020) reprezintă o contribuție de referință în domeniul cercetării calitative, depășind abordările simplificate bazate pe întrebări de tip „da/nu” privind ageismul. Acesta analizează în mod specific nuanțele fenomenului — modalitățile complexe și adesea contradictorii prin care societatea percepe sexualitatea la vârste înaintate.



Majoritatea studiilor privind ageismul utilizează scale cantitative (de exemplu, evaluarea nivelului de acord pe o scară de la 1 la 5), care sunt adesea afectate de biasul dezirabilității sociale, ceea ce înseamnă că participanții tind să ofere răspunsuri pe care le consideră acceptabile din punct de vedere social sau „corecte” din perspectivă morală. În schimb, Gewirtz-Meydan și Ayalon au utilizat o abordare calitativă bazată pe întrebări deschise. Cercetătorii au solicitat celor 135 de participanți să descrie liber modul în care consideră că *sexualitatea se modifică odată cu înaintarea în vârstă*, permițând astfel exprimarea unor opinii mai autentice, mai complexe și, uneori, mai directe.

Studiul a identificat cinci teme majore care ilustrează spectrul opiniilor sociale, de la perspective negative până la viziuni caracterizate prin speranță și transformare. Cercetătorii au constatat că, deși formele explicite de ageism sunt în declin, *ageismul sexual* rămâne profund înrădăcinat în reprezentările și imaginarul colectiv.

1. **Discursul declinului – „Lumea aparține celor tineri”:** O proporție semnificativă a respondenților a perceput sexualitatea la vârste înaintate exclusiv prin prisma pierderii și a declinului. Aceștia au presupus că dorința sexuală dispare în mod natural odată cu înaintarea în vârstă și că trupurile persoanelor vârstnice sunt mai puțin atractive sau mai puțin capabile.
2. **Stereotipul asexualității:** Unii participanți au întâmpinat dificultăți chiar și în a concepe persoanele vârstnice ca ființe sexuale. Aceștia au descris sexualitatea la vârste înaintate ca fiind rară, inexistentă sau lipsită de interes, asociind-o adesea exclusiv cu funcțiile biologice (precum hormonii), și nu cu conexiunea emoțională.
3. **De la cantitate la calitate:** Într-o notă mai optimistă, mulți respondenți au considerat că, deși frecvența activității sexuale poate scădea odată cu înaintarea în vârstă, profunzimea conexiunii emoționale crește. Aceștia au perceput sexualitatea la vârste înaintate ca fiind mai împlinită, mai matură și mai plină de semnificație decât sexualitatea din tinerețe, centrată într-o mai mare măsură pe dimensiunea fizică.
4. **Hegemonia penetrării:** Studiul a evidențiat faptul că publicul continuă să definească sexualitatea într-o manieră restrictivă, reducând-o la raportul sexual cu penetrare. Întrucât înaintarea în vârstă poate fi însoțită de modificări fizice (precum disfuncția erectilă sau uscăciunea vaginală) care pot îngreuna penetrarea, se presupune adesea că, odată cu încetarea acesteia, viața sexuală ia sfârșit.
5. **Ambivalența și contradicția:** Titlul *Shades of Grey* („Nuanțe de gri”) face trimitere la faptul că multe persoane manifestă atitudini contradictorii. Acestea pot afirma, în mod explicit, că susțin dreptul persoanelor vârstnice la o viață sexuală activă, însă, atunci când se confruntă cu această realitate, o pot percepe implicit ca fiind nepotrivită, stânjenitoare sau „ciudată”.

Pentru o aprofundare a celor cinci teme majore, consultați [Exercițiul 2](#). Acest exercițiu îi va ajuta pe profesioniști să identifice discrepanțele dintre convingerile lor explicite (conștiente și exprimate în mod deliberat) și reacțiile lor implicite (inconștiente și instinctive).

Impactul prejudecăților în domeniul sănătății, educației și în mediile instituționale

Prejudecățile față de persoanele vârstnice nu reprezintă doar o atitudine individuală; acestea constituie o forță sistemică ce influențează calitatea îngrijirilor și a educației. În domeniul sănătății, prejudecățile ageiste conduc adesea la nihilism terapeutic, respectiv convingerea că tratarea unei afecțiuni la o persoană vârstnică reprezintă o risipă de resurse, deoarece „oricum va muri în curând”. Această perspectivă conduce la subdiagnosticarea unor afecțiuni tratabile, precum depresia sau disfuncțiile sexuale, care sunt adesea respinse ca fiind „o parte normală a îmbătrânirii”.



În mediile educaționale și instituționale, persoanele vârstnice sunt frecvent excluse de la programele educaționale moderne sau de la formarea în domeniul tehnologiei din cauza *mitului ageismului digital*, bazat pe presupunerea că acestea nu pot sau nu doresc să dobândească noi competențe. Această situație generează un ciclu al excluziunii: instituțiile nu oferă instrumentele necesare pentru participare, iar lipsa ulterioară a implicării este utilizată drept dovadă că persoanele vârstnice sunt incompetente. Atunci când instituțiile prioritizează siguranța și gestionarea situațiilor în detrimentul autonomiei și identității personale, acestea privează, în mod efectiv, persoanele vârstnice de statutul lor de adulți, tratându-le ca beneficiari pasivi ai îngrijirii, și nu ca participanți activi la propria viață.

Corelații cu grupurile de discuție Never Gets Old

Rezultatele grupurilor de discuție Never Gets Old din cadrul WP2 constituie o punte între teorie și realitatea trăită a persoanelor vârstnice. Vocile participanților din țările partenere reflectă temele centrale ale Modulului 2, în special prezența ageismului sexual, a standardului dublu de gen asociat îmbătrânirii și nevoia acută de respectare a intimității în mediile instituționale.

**„Cred că societatea și cultura noastră trebuie să investească mai mult în acest subiect; să le arate oamenilor că acest lucru nu este ceva rău. Nu este un păcat. Este un lucru firesc.”
— Participant din Portugalia**

O temă recurentă identificată în cadrul grupurilor de discuție a fost percepția sexualității ca fiind păcătoasă atunci când este asociată cu vârsta înaintată. Acest citat susține analiza noastră privind convingerile sociale negative și evidențiază faptul că ageismul nu reprezintă doar o lipsă de informare, ci și o judecată morală care transformă nevoile umane firești în subiecte tabu.

Grupurile de discuție au abordat, de asemenea, *standardul dublu privind îmbătrânirea*. Participanții au remarcat faptul că, în cazul femeilor, tranziția biologică asociată menopauzei este adesea tratată ca o limită socială a sexualității lor, ca și cum aceasta ar marca sfârșitul vieții sexuale.

„Mai ales după menopauză, oamenii consideră că viața s-a încheiat, [...] chiar pare ceva urât despre care să vorbești.” — Participant din Portugalia

Acest aspect consolidează secțiunea modulului dedicată *perspectivelor intersecționale*, evidențiind faptul că femeile trebuie să confrunte simultan atât ageismul, cât și sexismul pentru a-și menține dreptul de a fi recunoscute ca ființe sexuale.

Participanții din Germania au evidențiat modul în care *ageismul internalizat* împinge sexualitatea în zona invizibilului. Atunci când cultura din jur percepe sexualitatea persoanelor vârstnice ca fiind ceva nepotrivit sau „urât”, individul ajunge să își ascundă propria identitate. Atunci când oamenii se simt judecați, aceștia tind să se retragă, ceea ce poate conduce la izolarea socială și singurătatea discutate anterior în cadrul modulului

**„[...] reflectat adesea în imaginea noastră de sine și în relația cu sexualitatea, care tinde să fie trăită într-un mod mai puțin transparent [...] este mult mai ascunsă, adică păstrată în secret.”
— Participant din Germania**

Mirroring the findings of the *Shades of Grey* study (Gewirtz-Meydan & Ayalon, 2020), participants described a reality that contradicts the *Decline Narrative*. This confirms the reality that ageing can

improve the emotional quality of sex, moving away from performance and toward trust and “getting in tune with each other”.

„[...] din propria mea experiență cu sexualitatea, e pur și simplu mult mai relaxat, mult mai liniștit, de fapt și mai multă încredere.” – Participant din Germania

În cele din urmă, grupurile de discuție au furnizat dovezi concrete care susțin secțiunea *Ghid pentru profesioniști*, referitoare la limitele instituționale și la *demnitatea asumării riscului* (*Dignity of Risk*).

„Să bați la ușă înainte de a intra într-un centru de îngrijire [...] Iar dacă o persoană se află în procesul de a-și oferi plăcere sexuală... poate ar fi mai bine să părăsești încăperea discret și fără a atrage atenția.” — Participant din Germania

Acest citat reprezintă un argument împotriva *ageismului instituțional*. Acesta evidențiază faptul că cel mai important lucru pe care îl poate face un profesionist este, în esență, simplu: să respecte rezidentul ca pe un adult care are dreptul la o exprimare sexuală privată și pe deplin firească.

Provocări profesionale: abordarea paradoxului protectorului

Profesioniștii din domeniul îngrijirii persoanelor vârstnice și al serviciilor sociale se confruntă adesea cu un set unic de provocări etice și practice atunci când abordează *ageismul sexual*. Cea mai semnificativă dintre acestea este *paradoxul protectorului*: un profesionist poate considera că, prin ignorarea sau descurajarea exprimării sexuale a unui rezident, îl protejează de riscuri precum căderile, infecțiile cu transmitere sexuală sau dezaprobarea familiei. În realitate, această formă de protecție încalcă adesea dreptul persoanei la autodeterminare.

Alte provocări frecvente includ:

- **Conflictul cu familia:** Gestionarea situațiilor în care copiii adulți se simt inconfortabil față de noua relație romantică a părintelui lor sau față de tranziția de gen a acestuia.
- **Lipsa de încredere în propriile competențe:** Sentimentul de a nu fi suficient pregătit pentru a aborda subiecte precum sănătatea sexuală sau identitățile LGBTQI+, deoarece acestea nu au fost incluse în formarea profesională.
- **Constrângerile instituționale:** Programele rigide de alimentație, igienă și administrare a medicației, care nu lasă loc pentru timp privat sau pentru realitatea, adesea complexă, a relațiilor umane.

Grupuri vulnerabile și intersecționalitatea

Pentru a înțelege impactul *ageismului*, trebuie să recunoaștem că **persoanele vârstnice nu constituie un grup omogen**. **Intersecționalitatea** este cadrul conceptual care ne ajută să înțelegem modul în care diferite forme de discriminare (precum rasismul, homofobia și *ageismul*) se suprapun, generând experiențe unice de marginalizare.

Persoanele vârstnice LGBTQI+: Multe dintre acestea și-au petrecut decenii întregi încercând să supraviețuiască într-o societate care le patologiza identitatea. Odată ajunse în servicii de îngrijire pentru persoane vârstnice, ele se confruntă adesea cu o **dublă invizibilitate**. Sunt invizibile ca ființe sexuale deoarece sunt vârstnice și invizibile ca persoane LGBTQI+, deoarece se află într-un mediu care presupune, în mod implicit, că toți beneficiarii sunt heterosexuali.



Persoanele care trăiesc cu demență: Acest grup este deosebit de vulnerabil la **infantilizarea sexuală**. Personalul poate interpreta orice manifestare a intimității ca pe un simptom comportamental ce trebuie suprimat, și nu ca pe o nevoie umană firească de apropiere și conexiune. O îngrijire etică presupune, în acest context, găsirea unui echilibru delicat între evaluarea capacității de consimțământ și evitarea interzicerii automate a oricărei forme de contact fizic afectiv.

O perspectivă cu adevărat **intersecțională** evidențiază, de asemenea, faptul că experiența îmbătrânirii este profund influențată de poziția socială a fiecărei persoane:

Standardele de frumusețe asociate feminității: Femeile vârstnice se confruntă adesea cu un context social în care feminitatea este asociată cu tinerețea. Acestea sunt supuse unor standarde estetice mai severe în ceea ce privește îmbătrânirea și pot ajunge să internalizeze convingerea că nu mai sunt dezirabile din punct de vedere sexual odată ce nu mai corespund idealurilor de frumusețe specifice tinereții. Acest lucru poate conduce la autocenzură și la ezitarea de a solicita sprijin sau tratament pentru dificultățile legate de intimitatea fizică.

Masculinitatea și boala: Pentru mulți bărbați vârstnici, identitatea personală este asociată în mod tradițional cu forța, autonomia și performanța sexuală. Afecțiunile cronice sau modificările fizice (precum disfuncția erectilă ori afecțiunile prostatei) pot fi resimțite nu doar ca probleme de sănătate, ci și ca o profundă pierdere a masculinității. Acest lucru poate conduce la retragere socială, depresie sau la refuzul de a discuta despre sănătatea sexuală din cauza sentimentului de rușine.

Clasa socială și situația economică: Persoanele cu resurse financiare limitate (adesea femeile, ca urmare a decalajului de remunerare între femei și bărbați) au un acces mai redus la spații private și la servicii de sănătate sexuală de calitate. În consecință, viața lor intimă este mai expusă supravegherii și controlului instituțional.

Cultura: În unele culturi, discutarea sexualității reprezintă un subiect profund tabu, considerat strict o chestiune privată sau una care aparține exclusiv sferei familiale, și nu un aspect al sănătății individuale. Pentru profesioniști, acest lucru face ca intervenția să fie deosebit de delicată. O abordare excesiv de directă poate fi percepută ca intruzivă sau lipsită de respect, determinând persoana vârstnică să evite dialogul. Practicienii trebuie să acționeze cu sensibilitate culturală, recunoscând că, deși drepturile sexuale sunt universale, limbajul și limitele în care acestea sunt discutate trebuie adaptate la contextul cultural și la nivelul de confort al fiecărei persoane. Obiectivul este crearea unui spațiu sigur, în care persoana să simtă că viața sa privată este respectată, iar drepturile sale sunt protejate.

Pentru a-i sprijini pe cursanți să elaboreze contra-narațiuni care să combată reprezentările ageiste din mass-media și să promoveze drepturile sexuale și diversitatea persoanelor vârstnice, consultați

[Exercițiul 3.](#)



Ghid pentru educatori și profesioniști

Ageismul implicit este deosebit de periculos deoarece acționează la nivel inconștient. El se poate manifesta printr-o reacție instinctivă de disconfort pe care o puteți resimți atunci când vedeți un cuplu de persoane vârstnice sărutându-se. Pentru a combate acest tip de prejudecată, este necesar să dezvoltăm capacitatea de a recunoaște și gestiona propriile prejudecăți (*bias literacy*), ceea ce presupune să ne analizăm în mod constant motivele pentru care anumite situații ne provoacă disconfort.

Capacitatea de a recunoaște propriile prejudecăți (*bias literacy*) reprezintă abilitatea de a identifica, în timp real, reacțiile și mecanismele generate de ageism. Înainte de a acționa, întrebați-vă: „Aș reacționa la fel dacă această persoană ar avea 30 de ani?” Dacă răspunsul este nu, este foarte probabil ca reacția dumneavoastră să fie influențată de prejudecăți legate de vârstă.

Conflictul cu familia: Una dintre cele mai dificile provocări apare atunci când familia unui rezident se opune relației sale romantice sau vieții sale afective.

- Reamintiți familiilor că părintele lor rămâne un adult, cu dreptul la viață privată și la autodeterminare.
- Dacă o fiică spune: „*Este stânjenitor că tata are o relație la 85 de ani*”, un profesionist ar putea răspunde: „*Înțelegem că această situație poate reprezenta o schimbare dificilă pentru familie, însă bunăstarea emoțională a tatălui dumneavoastră și dreptul său de a stabili și de a menține relații afective reprezintă o prioritate pentru noi.*”

Ce este recomandat și ce trebuie evitat

Recomandat	De evitat
Folosiți numele preferat al persoanei, de exemplu „John”. Formulele de adresare precum „domnul” sau „doamna” pot fi problematice pentru unele persoane transgender, deoarece presupun identitatea de gen exclusiv pe baza aparenței.	Nu utilizați elderspeak și nu vă adresați persoanelor vârstnice folosind diminutive sau apelative paternaliste (de exemplu: „drăguț”, „dragă”, „tinere”).
Mentineți o atitudine profesională neutră. Documentați apariția unei noi relații ca pe o „conexiune socială pozitivă”, evitând formulările încărcate de judecăți de valoare.	Nu reacționați cu șoc, dezgust sau râsete stânjenite dacă sunteți martorii unor manifestări de afecțiune fizică între două persoane vârstnice.
Adresați întrebări deschise, de exemplu: „Cine sunt persoanele importante din viața dumneavoastră în acest moment?”	Nu presupuneți niciodată că o persoană este heterosexuală sau că, din cauza vârstei, nu mai are nevoi sau interese de natură sexuală.
Dacă un rezident provine dintr-o cultură în care sexualitatea constituie un subiect profund tabu, puneți accent pe confortul persoanei și pe respectarea vieții sale private.	Dacă un rezident provine dintr-o cultură în care sexualitatea constituie un subiect profund tabu, nu impuneți o abordare clinică de inspirație occidentală. Adaptați comunicarea la contextul cultural și la nivelul de confort al persoanei.
Normalizați discuțiile despre sănătatea sexuală și includeți întrebări referitoare la acest subiect în evaluările de rutină. Atunci când profesionistul tratează tema ca pe un aspect firesc al îngrijirii, rezidentul se va simți mai în siguranță să vorbească despre aceasta.	Nu omiteți întrebările referitoare la sănătatea sexuală sau la infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) doar pentru că pacientul este considerat „prea în vârstă” pentru ca acestea să fie relevante.

Utilizați un limbaj neutru din punctul de vedere al genului, de exemplu: „Ați avut un partener, o parteneră sau o altă persoană semnificativă în viața dumneavoastră?”	Nu presupuneți că un rezident văduv este heterosexual. Evitați întrebări precum: „Cum îl chema pe soțul dumneavoastră?”, preferând formulări neutre, de exemplu: „Ați avut un partener sau o parteneră?” ori „Cum se numea partenerul sau partenera dumneavoastră?”.
Faceți distincția între un comportament inadecvat și o nevoie neîmplinită de apropiere și conexiune umană. Căutați modalități de a oferi contact fizic sigur, bazat pe consimțământ, sau alte forme de confort senzorial.	Nu presupuneți că o persoană care trăiește cu demență și-a pierdut nevoia de atingere, apropiere și contact afectiv.

Cum putem evita stereotipurile:

Depășiți eticheta de „bunic” sau „bunică”: Faptul că o persoană este bunic sau bunică reprezintă doar una dintre identitățile sale. Tratați-o ca pe un individ, cu o istorie de viață proprie, o identitate de gen și o identitate sexuală.

Analizați critic umorul din mediul profesional: Dacă auziți un coleg făcând o glumă despre noua prietenă a unui rezident, interveniți cu tact, de exemplu: „De fapt, este minunat să îl vedem atât de fericit; apropierea și conexiunea umană sunt importante la orice vârstă.”

Folosiți formulări care oferă permisiunea de a discuta despre sexualitate (permission-giving statements): În timpul evaluărilor de sănătate, puteți spune: „Multe persoane observă că nevoile lor sexuale se schimbă odată cu înaintarea în vârstă. Există vreun aspect legat de acest subiect despre care ați dori să discutăm?” O astfel de abordare reduce barierele și facilitează deschiderea persoanei vârstnice către dialog.

Rolul dumneavoastră nu este acela de arbitru moral, ci de facilitator al demnității persoanei. Prin conștientizarea propriilor prejudecăți, respectarea vieții private și utilizarea unui limbaj adecvat, specific relației dintre adulți, contribuiți la crearea unui mediu în care persoanele vârstnice se simt în siguranță să își exprime pe deplin identitatea și să își trăiască viața în conformitate cu propriile valori și nevoi.



Rezumat & Mesaje-cheie

Modulul 2 a analizat caracterul omniprezent al ageismului, identificându-l drept o barieră multidimensională care contribuie, în mod sistematic, la negarea și desconsiderarea sexualității persoanelor vârstnice. Am depășit perspectiva limitată a prejudecăților individuale și am examinat cele trei niveluri structurale ale ageismului: instituțional (politici și practici care exclud), interpersonal (interacțiunile cotidiene și fenomenul elderspeak) și internalizat (convingerile negative pe care persoanele vârstnice ajung să le îndrepte împotriva lor însele).

Prin analiza nuanțelor opiniei publice evidențiate în studiul Shades of Grey și a formei specifice de ageism sexual, care presupune în mod eronat că vârsta înaintată este sinonimă cu asexualitatea, acest modul a demonstrat modul în care miturile privind atractivitatea și capacitatea sexuală contribuie la



rezultate mai slabe în materie de sănătate și la accentuarea izolării sociale. În cele din urmă, am adoptat o perspectivă intersecțională, recunoscând că experiența ageismului este influențată și amplificată de factori precum genul, cultura și identitățile LGBTQI+, ceea ce impune profesioniștilor să depășească abordările uniforme și standardizate în lucrul cu persoanele vârstnice.

Mesaje-cheie pentru profesioniști

- Ageismul reprezintă un risc clinic și social: Ageismul nu este doar o manifestare a lipsei de respect; acesta poate conduce la erori medicale, diagnostice omise sau întârziate și la încălcarea drepturilor fundamentale ale omului. Recunoașterea propriilor prejudecăți constituie o competență profesională esențială.
- Mitul asexualității este o construcție socială, nu o realitate: Cercetările demonstrează în mod constant că intimitatea și interesul pentru sexualitate rămân componente importante ale calității vieții chiar și la vârste de 80 sau 90 de ani. Sfârșitul vieții sexuale este adesea consecința stigmatizării sociale, și nu a unei necesități biologice.
- Viața privată este un drept, nu un privilegiu: În mediile instituționale, respectarea vieții private reprezintă o condiție esențială pentru protejarea demnității persoanei. Profesioniștii trebuie să treacă de la rolul de supraveghetori ai comportamentului la cel de facilitatori care protejează spațiul privat al rezidentului..
- Intersecționalitatea modelează experiența îmbătrânirii: Nu putem sprijini în mod eficient persoanele vârstnice fără a recunoaște diversitatea experiențelor și a contextelor lor de viață. Istoricul personal al fiecărei persoane – fie că este vorba despre o persoană vârstnică LGBTQI+, o persoană care trăiește cu demență sau o persoană provenită dintr-un mediu cultural tradițional – influențează modul în care aceasta își percepe și își exprimă nevoile de intimitate.
- Dezvoltarea capacității de a recunoaște și combate propriile prejudecăți necesită un proces continuu de reflecție: Combaterea ageismului presupune un exercițiu permanent de autoevaluare. Analizând critic limbajul pe care îl folosim (inclusiv eliminând fenomenul *elderspeak*) și propriile reacții, contribuim la crearea unei culturi în care persoanele vârstnice pot îmbătrâni fără a fi nevoite să renunțe la identitatea lor.

Gând de încheiere: Dacă avem privilegiul de a trăi o viață lungă, stereotipurile ageiste pe care le combatem astăzi sunt tocmai cele care ne-ar putea afecta pe noi înșine mâine. O îngrijire incluzivă reprezintă o investiție în viitorul nostru comun.

Instrumente practice

Plan de lecție Modul 2

Planul de lecție este un ghid structurat care oferă formatorilor și profesioniștilor instrucțiuni privind implementarea Modulului 2 într-un cadru de învățare de grup. Acesta propune o structură pentru o sesiune de formare cu durata de 2,5 ore, însoțită de o prezentare PowerPoint corespunzătoare,

include rezultatele învățării și o listă de verificare pentru pregătirea sesiunii și descrie trei exerciții (prezentate mai jos).

- **Planul lecției Modul 2** – Efectele și nivelurile ageismului, inclusiv instrucțiunile pentru desfășurarea exercițiului.
- **Prezentare Modul 2** – Ageismul și concepțiile greșite despre persoanele vârstnice.

Exercițiul 1 – Puzzle-ul ageismului

Obiectiv: Cursanții vor identifica modul în care cele 12 mituri ale îmbătrânirii (OMS, 2013) se manifestă la nivelurile instituțional, interpersonal și internalizat ale ageismului, prin analiza unor scenarii inspirate din situații reale (a se vedea instrucțiunile din planul de lecție).

Resurse:

- [Carduri 12 Studii de caz.](#)
- [Carduri 12 mituri.](#)
- [Fișă de lucru: Răspunsuri pentru facilitator .](#)

Exercițiul 2 – Nunațe de gri

Obiectiv: Profesioniștii vor identifica discrepanțele dintre convingerile lor explicite (conștiente și exprimate în mod deliberat) și reacțiile lor implicite (inconștiente și instinctive), utilizând cele cinci teme majore identificate în cercetare (a se vedea instrucțiunile din planul de lecție).

Resurse:

- [Carduri 5 Teme Majore.](#)

Exercițiul 3 – Reimaginarea narațiunii: atelier de creare a unei campanii media

Obiectiv: Dezvoltarea capacității cursanților de a crea contra-narațiuni care să combată reprezentările ageiste din mass-media și să promoveze drepturile sexuale și diversitatea persoanelor vârstnice (a se vedea instrucțiunile din planul de lecție).

Resurse:

- [Fișă de lucru Campanie media.](#)



Referințe

- Abrams, Z. (2023, March 1). A new concept of aging. *Monitor on Psychology*, 54(2). <https://www.apa.org/monitor/2023/03/cover-new-concept-of-aging>
- Bodner, E.; Cohen-Fridel, S. Relations between Attachment Styles, Ageism and Quality of Life in Late Life. *Int. Psychogeriatr.* 2010, 22, 1353–1361.
- Donizzetti, A.R.; Lagacé, M. COVID-19 and the Elderly's Mental Illness: The Role of Risk Perception, Social Isolation, Loneliness and Ageism. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 4513.
- Gewirtz-Meydan, A., & Ayalon, L. (2020). "Shades of grey": Exploring public opinion about later-life sexuality. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 39(4), 647-661. <https://doi.org/10.1017/s071498081900062x>
- Gewirtz-Meydan, A., Hafford-Letchfield, T., Benyamini, Y., Phelan, A., Jackson, J. and Ayalon, L. (2018) 'Ageism and Sexuality', in Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (eds.) *Contemporary Perspectives on Ageism*. Cham: Springer International Publishing, pp. 149-162. doi:10.1007/978-3-319-73820-8_10. <https://cora.ucc.ie/bitstreams/7f056dc8-2801-4587-9aec-87a10ad79796/download>
- Heywood, w., Minichiello, v., Lyons, a., Fileborn, b., Hussain, r., Hinchliff, s., ... Dow, b. (2019). The impact of experiences of ageism on sexual activity and interest in later life. *Ageing and Society*, 39(4), 795–814. doi:10.1017/S0144686X17001222
- Kerssies, J., Huijg, J. M., Messelis, E., Abma, T. A., & Bendien, E. (2025). Transforming sexual (self-) ageism: A tailored participatory action research approach for collaborative learning among older adults. *Educational Gerontology*, 51(12), 1340-1352.
- Lyons, A., Alba, B., Heywood, W., Fileborn, B., Minichiello, V., Barrett, C., ... Dow, B. (2018). Experiences of ageism and the mental health of older adults. *Aging & Mental Health*, 22(11), 1456–1464. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1364347>
- Moore, A., & Reynolds, P. (2016). Against the ugliness of age: Towards an erotics of the aging sexual body. *InterAlia: Pismo poświęcone studiom queer*, (11a). <https://doi.org/10.51897/interalia/lrjz7417>
- Robb, C., Chen, H. & Haley, W.E. Ageism in Mental Health and Health Care: A Critical Review. *Journal of Clinical Geropsychology* 8, 1–12 (2002). <https://doi.org/10.1023/A:1013013322947>
- Surles, T. (2023, February 1). Fight sexual ageism and boost your sexual self-confidence. Next Avenue. <https://www.nextavenue.org/fight-sexual-ageism-boost-your-self-confidence/>
- World Health Organization. (2025, April 28). Ageing: Ageism. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/ageism/global-report-on-ageism>
- World Health Organization. (2013). *Demystifying the myths of ageing*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstreams/27967758-3b6e-47cf-9242-e5961ddd3252/download>



MODULUL 3

Sexualitate, gen și diversitate

*Elaborat de:
Curt Morgane
Le Girofard*



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Prezentare generală

De ce există acest modul

În ciuda progreselor semnificative înregistrate în ceea ce privește drepturile persoanelor LGBTQIAP+ în întreaga Europă, o categorie de populație rămâne în mare măsură invizibilă atât în discursul public, cât și în practica profesională: persoanele vârstnice LGBTQIAP+. Când a fost ultima dată când ați văzut un cuplu de vârstnici lesbiene sau gay, declarat în mod deschis, într-un material video de formare? Când ați discutat ultima dată despre nevoile specifice ale unei persoane trans aflate la vârsta înaintată într-un context de îngrijire? Pentru cei mai mulți dintre noi, răspunsul este: niciodată.

Această tăcere nu este întâmplătoare. Ea este rezultatul unei intersecții profunde a mai multor forme de invizibilizare: ageismul, care desexualizează și infantilizează persoanele în vârstă; heteronormativitatea, care pornește de la presupunerea că toată lumea este heterosexuale; cismativitatea, care șterge din vizibilitate experiențele persoanelor trans și non-binare; precum și moștenirea de durată a deceniilor de criminalizare, patologizare și stigmatizare socială.

Greutatea istoriei

Persoanele vârstnice LGBTQIAP+ aflate astăzi în viață au traversat schimbări istorice extraordinare. În Franța, homosexualitatea a fost parțial dezincriminată în 1791, însă vârsta consimțământului a rămas inegală până în 1982. În Germania, bărbații gay în vârstă pot purta încă trauma faimosului Paragraf 175 din perioada nazistă, abrogat complet abia în 1994. În România, homosexualitatea a constituit o infracțiune până în anul 2001. Identitățile trans au fost clasificate drept tulburări psihice până bine în secolul al XXI-lea. Epidemia de SIDA din anii 1980 și 1990 a decimat rețelele de prieteni și familiile alese, lăsând răni adânci de doliu și vinovăția supraviețuitorului.

Aceasta nu este o istorie îndepărtată. Este experiența de viață a unor persoane care astăzi au 70, 80 sau 90 de ani. Ele au învățat să-și ascundă identitatea, să nu aibă încredere în instituții și să se aștepte la respingere. Aceste mecanisme de supraviețuire nu dispar odată cu progresul legislativ. Ele reapar atunci când o persoană se confruntă cu noi vulnerabilități: pierderea autonomiei, internarea într-o instituție de îngrijire sau dependența de alte persoane.

“Întoarcerea în dulap”

Unul dintre cele mai sfâșietoare fenomene documentate de Grey Pride și de propriile grupuri de discuție organizate de Le Girofard este „întoarcerea în dulap” („return to the closet”). O persoană vârstnică care și-a trăit viața în mod deschis timp de decenii poate ajunge, odată internată într-un centru de îngrijire, să simtă că trebuie să își ascundă din nou identitatea. Își înlătură fotografiile cu partenerul sau partenera. Evită să vorbească despre decenii întregi din propria viață. De ce? Pentru că instituțiile nu sunt percepute ca fiind spații sigure. Pentru că personalul nu este instruit. Pentru că, atunci când ești vulnerabil, prețul vizibilității pare prea mare.

Ce oferă acest modul

Acest modul invită profesioniștii să:

- Să înțeleagă contextul istoric care a modelat viața persoanelor vârstnice LGBTQIAP+.



- Să recunoască barierele specifice cu care acestea se confruntă în accesarea unei îngrijiri demne.
- Să identifice ageismul din interiorul comunităților LGBTQIAP+, o realitate dureroasă evidențiată în dialogurile noastre intergeneraționale.
- Să învețe din alternative inspiraționale: Maison de la Diversité, Lebensort Vielfalt, eticheta „Bienvenue” a asociației Grey Pride.
- Să dezvolte abilități practice pentru crearea unor medii în care fiecare persoană vârstnică se simte văzută, în siguranță și respectată.

În cele din urmă, acest modul afirmă că demnitatea la bătrânețe înseamnă dreptul de a fi pe deplin tu însuși, fără să te ascunzi și fără teamă. Este vorba despre construirea unui viitor în care nicio persoană vârstnică să nu fie nevoită să aleagă între siguranță și identitate.

Competențe dobândite - Modul 3

La finalul acestui modul, participanții vor putea:

- să facă distincția între conceptele de orientare sexuală, identitate de gen, exprimare de gen și sex biologic și să explice de ce aceste distincții contează în sprijinirea persoanelor vârstnice;
- să descrie experiențele de viață specifice ale persoanelor vârstnice LGBTQIAP+: socializarea într-un context de incriminare, impactul HIV/SIDA, revenirea la ascunderea identității în instituții;
- să analizeze modul în care vârsta, orientarea sexuală și identitatea de gen se intersectează, creând situații unice de vulnerabilitate;
- să identifice manifestările ageismului chiar în interiorul comunităților LGBTQIAP+ și consecințele acestora asupra izolării persoanelor vârstnice;
- să citeze inițiative inspiraționale (Maison de la Diversité, Lebensort Vielfalt, eticheta „Bienvenue” a asociației Grey Pride) și să se inspire din ele în practica lor profesională;
- să folosească un limbaj și să adopte o atitudine care să nu presupună heterosexualitatea sau identitatea cis a persoanelor pe care le sprijină.



Concepte-cheie & Definiții

Orientare sexuală: termen-umbrelă care descrie genul sau genurile față de care o persoană poate simți atracție emoțională, romantică și/sau sexuală (lesbiană, gay, bisexuală, pansexuală, asexuală, heterosexuale).

Identitate de gen: sentimentul profund, interior, al unei persoane că este bărbat, femeie, amândouă, niciuna sau undeva în altă parte pe acest spectru. Poate fi diferită de sexul atribuit la naștere.

Cisgen: persoană a cărei identitate de gen corespunde sexului atribuit la naștere.

Transgen/Trans: persoană a cărei identitate de gen diferă de sexul atribuit la naștere.



Non-binar: termen care descrie identitățile de gen care nu se încadrează exclusiv în binomul bărbat/femeie.

Queer: termen-umbrelă pentru persoanele a căror orientare sexuală sau identitate de gen diferă de normele dominante. Folosit odinioară peiorativ, a fost reapropriat de comunitate, dar unele persoane vârstnice îl pot percepe încă negativ.

Heteronormativitate: presupunerea sistemică că heterosexualitatea este norma. Exemplu concret: un formular de admitere care oferă doar opțiunile „Căsătorit/ă” sau „Văduv/ă”.

Cisnormativitate: presupunerea că identitatea de gen a oricărei persoane corespunde în mod necesar sexului atribuit la naștere.

„Revenirea la ascunderea identității”: fenomenul prin care persoanele vârstnice LGBTQIAP+ își ascund identitatea atunci când intră într-o instituție, de teama judecății sau a discriminării.

Stresul minoritar: concept propus de Ilan H. Meyer (1995), care descrie problemele de sănătate fizică și mintală legate de discriminarea trăită de minorități.



Repere teoretice

1. De ce un modul dedicat persoanelor vârstnice LGBTQIAP+?

Acest modul nu este un „supliment despre diversitate”. Este absolut necesar, pentru că persoanele vârstnice LGBTQIAP+ au trăit secolul XX într-un mod radical diferit față de contemporanii lor heterosexuali și cisgen. Înțelegerea acestei istorii nu este opțională, ci esențială pentru a oferi o îngrijire competentă și demnă.

1.1. O moștenire juridică și culturală contrastantă în Europa

Drepturile persoanelor LGBTQIAP+ au evoluat în ritmuri foarte diferite de la o țară europeană la alta. Acest trecut nu este istorie îndepărtată: el a modelat direct parcursul de viață al persoanelor vârstnice de astăzi. Tabelul de mai jos ilustrează aceste diferențe:

Țara	Decriminalizarea	Căsătoria	Impactul asupra seniorilor
Franța	1982	2013	Persoane vârstnice care au trăit incriminarea, apoi o recunoaștere tardivă.
Germania	1969 (FRG) / 1988 (GDR)	2017	Generații marcate de Paragraful 175 (incriminarea din perioada nazistă).



România	2001	Interzisă	Stigmatizare persistentă, lipsa recunoașterii juridice.
Cipru	1998	Interzisă / Parteneriat civil (conviețuire civilă) din 2015”	Lipsa protecției privind asigurările sociale, pensiile, moștenirea și îngrijirea medicală.
Portugalia	1982	2010	Ani de așteptare pentru recunoașterea socială și din partea statului.

În Franța și în Germania, în ciuda progreselor legislative, multe persoane vârstnice au crescut în contexte în care identitatea lor era patologizată, incriminată sau ascunsă. Acest lucru a creat tipare adânc înrădăcinate de ascundere, rușine și neîncredere în instituții, tipare care nu dispar odată cu vârsta sau cu schimbările legislative.

„Am trăit cu «prietenu» meu zeci de ani. Toată lumea știa, dar niciodată nu ne-am ținut de mână. Acum oamenii o fac deschis și mă simt stânjenit.”

(Participant Focus Group, 70+)

Acest citat ilustrează dilema generațiilor mai în vârstă: au învățat să se ascundă ca să supraviețuiască, iar acest obicei nu dispăre odată cu evoluția legislației. El rămâne înrădăcinat și poate reapărea în mediile de îngrijire, unde vulnerabilitatea este mare.

1.2. Greutatea instituțiilor: o viață întreagă de teamă față de ele

Pentru multe persoane vârstnice LGBTQIAP+, instituțiile nu au fost niciodată locuri sigure. Brett, un bărbat trans de 72 de ani din Lyon, poartă această istorie în propriul corp:

„Am stat prin instituții cea mai mare parte a vieții. Asta nu m-a speriat niciodată. Dar n-o să ajung într-un cămin de bătrâni, cum a ajuns mama.”

Brett și-a petrecut adolescența în centre de plasament și case de tip familial, rupt de familia sa. Spre deosebire de mama lui, care a putut intra într-un cămin cu așteptarea firească a unui minim de demnitate și recunoaștere, Brett știe că experiența lui va fi diferită. Are barbă, o voce joasă și și-a îndepărtat chirurgical sânii. Nu a avut însă niciodată o intervenție chirurgicală de afirmare a genului la nivel genital, ceea ce înseamnă că statutul lui de persoană trans ar deveni imediat evident pentru orice îngrijitor care l-ar spăla sau l-ar îmbrăca.



Această teamă nu este abstractă. Ea are rădăcini într-o viață întreagă petrecută navigând prin instituții care nu au fost concepute pentru oameni ca el. Pentru Brett și pentru nenumărate alte persoane vârstnice LGBTQIAP+, intrarea într-un centru de îngrijire nu este o tranziție neutră, ci o posibilă întoarcere la vulnerabilitate, expunere și nevoia constantă de a-și justifica propria existență.

1.3. Impactul HIV/SIDA asupra unei generații

Epidemia de SIDA din anii '80 și '90 a fost un cataclism pentru comunitățile gay și bisexuale. A decimat rețele întregi de prieteni, parteneri și familii alese, provocând o traumă generațională profundă care îi afectează și astăzi pe supraviețuitori.

Date-cheie:

- 30% dintre diagnosticile HIV din Franța privesc în prezent persoane de peste 50 de ani.
- Peste 50.000 de persoane care trăiesc cu HIV în Franța au peste 50 de ani.
- Mulți supraviețuitori se confruntă cu ceea ce se numește „sindromul Lazăr”: simptome asemănătoare tulburării de stres posttraumatic, cauzate de faptul că au supraviețuit epidemiei în timp ce își priveau prietenii murind.

Această istorie influențează direct modul în care persoanele vârstnice LGBTQIAP+ se raportează la îmbătrânire și la instituții:

- Neîncredere în instituțiile medicale, care cândva i-au patologizat sau i-au abandonat în timpul crizei SIDA.
- Rețele de sprijin fragile: familiile alese au fost adesea decimate, iar supraviețuitorii au rămas izolați.
- Teamă de dependență: anxietatea de a-și pierde autonomia și de a ajunge la mâna unor îngrijitori care i-ar putea judeca.

După cum avertizează Grey Pride: „Personalul de îngrijire nu a primit nicio formare despre HIV. Riscăm să vedem aceeași frică și aceeași respingere pe care le-am trăit în spitale în anii '80.”

1.4. Greutatea tăcerii: invizibilitatea în mass-media și în societate

Persoanele vârstnice LGBTQIAP+ lipsesc aproape complet din reprezentările media, din materialele de formare și din discursul public. După cum observă Francis Carrier, președintele Grey Pride:

„În prezent, este aproape imposibil să găsești în iconografia LGBT franceză imagini pozitive ale cuplurilor LGBT în vârstă, ca și cum orientarea sexuală și identitatea de gen ar fi rezervate tinerilor.”

Această invizibilitate este o formă de violență. Ea transmite mesajul că oameni ca Brett nu există, nu contează și nu merită să fie văzuți. Contribuie direct la izolare și autocenzură.

2. Provocările specifice ale persoanelor vârstnice LGBTQIAP+ s

2.1. Corpul ca loc al vulnerabilității: persoanele trans vârstnice în mediile de îngrijire

Pentru persoanele trans vârstnice, corpul însuși devine un loc al posibilei expunerii și al vulnerabilității. Situația lui Brett ilustrează acest lucru cu o claritate dureroasă. Pentru lumea din afară, el este bărbat. Barba, vocea și hainele lui corespund identității sale de gen. Dar corpul lui spune o poveste mai complexă, pe care o îngrijitoare dintr-un cămin ar putea-o descoperi pe neașteptate în timp ce îl ajută să se spele.

Acest moment al descoperirii este plin de riscuri. Va reacționa îngrijitoarea cu calm profesionist, pentru că a fost pregătită să înțeleagă diversitatea corpurilor trans? Sau va exista șoc, stânjeneală, discuții în șoaptă pe hol? Teama lui Brett nu este ipotetică: ea se bazează pe o viață întreagă petrecută în spații în care corpul lui a fost văzut ca „greșit”, „derutant” sau „deviant”.

Provocări-cheie pentru persoanele trans vârstnice în mediile de îngrijire:

- dezvăluirea involuntară a identității trans în timpul îngrijirii intime;
- lipsa formării personalului privind diversitatea corpurilor trans și a parcursurilor de tranziție;
- absența unor protocoale pentru o îngrijire intimă respectuoasă;
- teama de hărțuire din partea altor rezidenți;
- riscul de misgendering după ce personalul află de trecutul trans al persoanei.

2.2. Fenomenul „revenirii la ascunderea identității”

Una dintre cele mai dureroase constatări din cercetare și din practică este „revenirea la ascunderea identității”. O persoană vârstnică ce a trăit deschis timp de decenii poate simți, la intrarea într-un centru de îngrijire, că trebuie să își ascundă din nou identitatea.

De ce se întâmplă acest lucru?

- Teama de discriminare din partea personalului sau a altor rezidenți
- Lipsa unor semne vizibile de siguranță (autocolante curcubeu, afișe incluzive)
- Experiențe negative anterioare cu furnizorii de servicii medicale
- Presupunerea că „oamenii ca mine” nu sunt bineveniți aici

Key data:

- 90% dintre persoanele vârstnice LGBTQIAP+ nu au copii (INSEE)
- Doar 12% dintre căminele pentru persoane vârstnice din Franța își instruiesc personalul pe teme LGBTQIAP+ (Grey Pride, 2024)
- În instituțiile care au primit eticheta „Bienvenue”, cu 30% mai mulți rezidenți își dezvăluie identitatea LGBTQIAP+



2.3. Ageismul în interiorul comunităților LGBTQIAP+

Una dintre cele mai izbitoare constatări ale sesiunilor de dialog intergenerațional organizate de Le Girofard este realitatea ageismului chiar în interiorul comunităților queer.

Manifestări ale ageismului din interiorul comunității:

- În viața de noapte și în spațiile culturale: un „cult al tinereții” omniprezent în barurile și cluburile gay și în scena drag.
- Pe aplicațiile de dating: respingere explicită pe criterii de vârstă („prea bătrân”, „pas”).
- În activism: generațiile tinere sunt uneori percepute ca „prea teoretice” sau rupte de luptele istorice, iar generațiile în vârstă sunt uneori făcute să simtă că aportul lor nu mai contează.
- Presiunea socială de a păstra un aspect și o energie tinerești, mai ales în contextele sociale și de dating.

Această realitate este deosebit de dureroasă, pentru că afectează persoane deja marginalizate de societatea majoritară. Ea subliniază nevoia unor spații intergeneraționale create în mod intenționat, în care diversitatea de vârstă să fie văzută ca un atu, nu ca o barieră.

2.4. Tabuul persistent al sexualității persoanelor vârstnice

Dincolo de comunitățile LGBTQIAP+, societatea menține un disconfort profund față de sexualitatea persoanelor vârstnice.

Manifestările acestui tabu:

- Mitul asexualității: convingerea că dorința sexuală dispare în mod natural la o anumită vârstă.
- Corpul îmbătrânit ca corp „non-sexual”: persoanele vârstnice sunt văzute doar ca bunici sau pacienți, roluri desexualizate cultural.
- Tăcerea instituțiilor: în mediile de îngrijire, personalul poate crede că îi „protejează” pe rezidenți ignorându-le viața intimă, când de fapt îi lipsește de puterea de a decide pentru ei înșiși.

„A nu vorbi despre dorință înseamnă a-i lua omului o parte esențială din el însuși.”
(Campania Grey Pride)

„Sexualitatea există în tandrețe... dar nu neapărat în actul sexual.”
(Participant Focus Group)

Pentru persoanele trans vârstnice, acest tabu este și mai apăsător. Corpul lor, deja marcat ca „diferit” de normele sociale, este desexualizat și mai mult de vârstă. Posibilitatea intimității, a atingerii, a faptului de a fi văzut ca o ființă care dorește și care este dorită devine aproape de neimaginat sub privirea instituțională.

Acest tabu creează un cerc vicios al tăcerii:

- persoana vârstnică tace, ca să nu fie privită ca nepotrivită;
- profesionistul tace, din lipsă de formare sau de teama stânjenelii;
- familia tace, ca să păstreze o anumită imagine despre părintele care îmbătrânește.

2.5. Izolarea: o problemă structurală

Izolarea afectează multe persoane vârstnice, dar în cazul persoanelor vârstnice LGBTQIAP+ ea este adesea amplificată de factori specifici.

Factori specifici de izolare	Date-cheie
Lipsa copiilor	90% dintre persoanele vârstnice LGBTQIAP+ nu au copii (INSEE). „Familiile alese” sunt esențiale, dar pot fi fragile.
Lipsa instituțiilor incluzive	Doar 12% dintre căminele pentru persoane vârstnice își instruiesc personalul pe teme LGBTQIAP+ (Grey Pride, 2024).
Nesiguranța economică	40% dintre persoanele queer vârstnice au pensii sub 1.000 €/lună, din cauza carierelor întrerupte de discriminare.
Respingerea din partea familiei	Mulți au fost respinși de familia de origine și au rămas fără rețelele tradiționale de sprijin.
Izolarea geografică	În zonele rurale, posibilitățile de a intra în contact cu alte persoane LGBTQIAP+ sunt extrem de limitate.

„Persoanele vârstnice LGBT suferă și mai mult de izolare și sărăcie decât alte persoane în vârstă.”

2.6. Accesul la servicii de sănătate: un teren minat

Accesul la servicii de sănătate respectuoase și competente rămâne o provocare majoră pentru persoanele vârstnice LGBTQIAP+.

Date-cheie:



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEF). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEF nu pot fi ținute responsabile pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

- 72% dintre medici nu își întreabă niciodată pacienții vârstnici despre orientarea sexuală.
- Mai mult de jumătate dintre persoanele LGBT nu vorbesc despre orientarea lor sexuală în timpul consultațiilor medicale.
- 67% dintre persoanele LGBT de peste 50 de ani consideră că au un acces mai slab la servicii de sănătate.
- 65% se tem că vor fi supuse violenței în mediile de îngrijire.

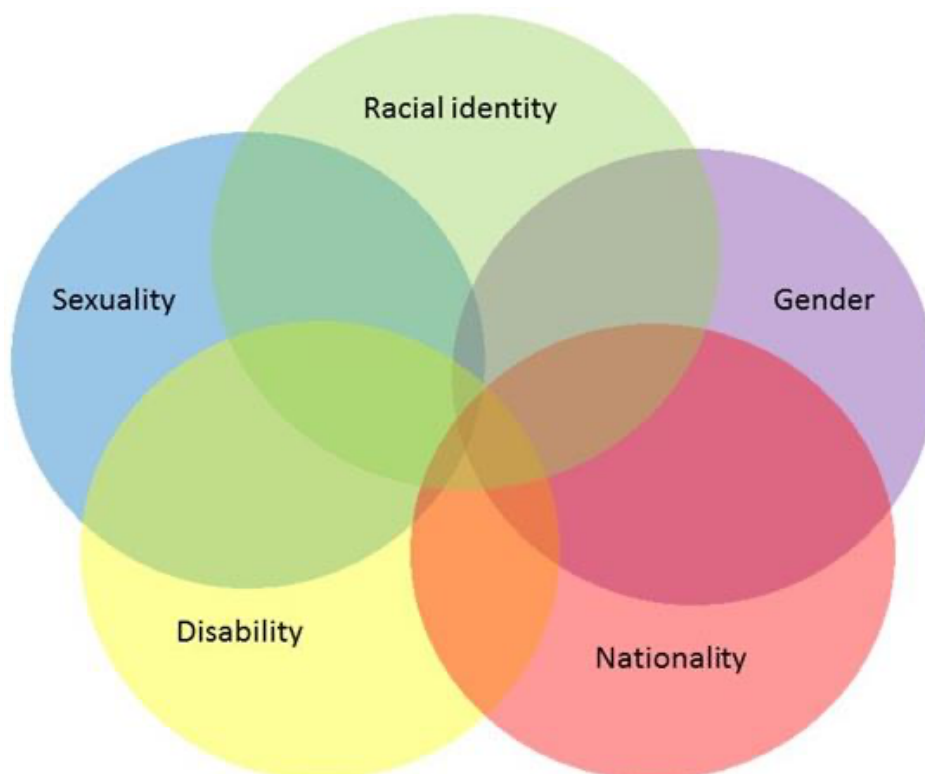
Bariere specifice:

- Invizibilitatea în practica medicală: tăcerea se bazează pe presupunerea greșită că orientarea sexuală este fie evidentă (se presupune heterosexualitatea), fie irelevantă.
- Lipsa cunoștințelor despre nevoile specifice: personalul este rareori pregătit pentru nevoile persoanelor trans vârstnice (continuitatea terapiei hormonale) sau ale bărbaților gay vârstnici (sănătate sexuală, HIV).
- Teama de discriminare: multe persoane amână solicitarea îngrijirii sau evită să dezvăluie informații importante.

„Imposibilitatea de a vorbi despre propria identitate duce la o izolare și o precaritate și mai mari.”

3. Intersecționalitatea în practică: înțelegerea situațiilor complexe

Intersecționalitatea nu este un concept abstract, ci un instrument practic pentru analiza situațiilor și adaptarea îngrijirii. Iată câteva studii de caz extrase din cercetare și din focus grupuri.



Studiul de caz 1: Barry, 72 de ani, bărbat trans (inspirat dintr-un articol din The Atlantic)

Barry este un bărbat trans de 72 de ani care locuiește în Lyon. Are barbă, o voce joasă și și-a îndepărtat chirurgical sânii. Nu a avut însă niciodată o intervenție chirurgicală de afirmare a genului la nivel genital. Corpul lui poartă, așadar, urmele unui parcurs de tranziție unic, diferit de traseele standardizate pe care și le imaginează adesea îngrijitorii.

După o carieră în educație și o viață marcată de relații familiale complicate (și-a petrecut adolescența în centre de plasament), Barry locuiește singur. Recent, o cădere și apariția unor probleme cardiace l-au determinat să ia în calcul, fără tragere de inimă, mutarea într-un cămin pentru persoane vârstnice.

În timpul unei vizite înainte de admitere, directorul i se adresează cu „domnule”, iar el se simte recunoscut. Dar când asistenta coordonatoare aduce în discuție igiena personală și asistența zilnică, simte un disconfort. Știe că într-o zi, poate curând, o îngrijitoare îi va descoperi corpul gol și, odată cu el, o poveste pe care aspectul lui exterior nu o spune. Se teme de întrebări, de priviri, de șoapte. Se teme că va trebui, încă o dată, să își justifice identitatea.

Provocări-cheie:

- dezvăluirea involuntară a identității trans în timpul îngrijirii intime;
- lipsa formării personalului privind diversitatea corpurilor trans și a parcursurilor de tranziție;
- absența unor protocoale instituționale pentru o îngrijire intimă respectuoasă;
- teama de izolare și de discriminare din partea altor rezidenți;
- povara unei vieți întregi de neîncredere în instituții.

Întrebări pentru reflecție:

- Ce presupuneri ar putea influența reacțiile personalului atunci când descoperă corpul lui Barry?
- Care sunt riscurile dacă instituția ignoră situația și nu pregătește nimic dinainte?
- Cum ar arăta un răspuns respectuos, centrat pe persoană?

Studiul de caz 2: Simone, 78 de ani, lesbiană

Simone a trăit 40 de ani cu partenera ei, până când aceasta a murit. Acum se mută într-un cămin pentru persoane vârstnice. La suprafață: o doamnă în vârstă, văduvă. Dar în spatele acestei aparente simplități se află o realitate mult mai complexă:

- Ageism: nimeni nu mai vorbește cu ea despre viața ei afectivă. Se presupune că, la vârsta ei, „asemenea întrebări” nu se mai pun.
- Sexism: ca femeie în vârstă, se confruntă cu „dublul standard al îmbătrânirii”: valoarea ei socială și atractivitatea ei scad odată cu vârsta, spre deosebire de cele ale bărbaților.
- Lesbofobie/invizibilitate: nimeni nu o întreabă vreodată dacă persoana importantă din viața ei a fost o femeie. Fotografia de nuntă de pe comodă? Nu are așa ceva. Doliul ei este complet ignorat.

Intersecționalitatea înseamnă să înțelegi că aceste trei dimensiuni se combină și creează o situație unică de vulnerabilitate și invizibilitate. O abordare incluzivă trebuie să le ia în considerare pe toate.

Studiul de caz 3: Fatima, 68 de ani, lesbiană și rasializată

Fatima este o femeie lesbiană originară din Africa de Nord, care locuiește într-un oraș mic și se gândește să se mute într-o locuință cu asistență.

- **Rasism și lesbofobie:** se confruntă cu o posibilă discriminare legată atât de originea, cât și de orientarea ei sexuală, suprapusă peste ageism.
- **Dublă invizibilitate în reprezentare:** mass-media și cultura nu arată aproape niciodată femei lesbiene în vârstă și rasializate. Ea nu este reprezentată nicăieri.
- **Stereotipuri specifice:** se poate confrunța cu stereotipuri precum „lesbiana masculină” sau hipersexualizarea femeilor rasializate.
- **Bariere în accesul la servicii de sănătate:** inegalitățile structurale în accesul la servicii de sănătate pentru persoanele rasializate se adaugă reticenței de a discuta subiecte legate de LGBTQIAP+.

Aceste exemple arată că este imposibil să sprijini în mod corespunzător o persoană fără a lua în considerare identitatea ei în totalitate. Incluziunea nu înseamnă să îi tratezi pe toți „la fel”, ci să îi adaptezi abordarea la unicitatea fiecărui parcurs de viață.

4. Ce ne spune cercetarea

Cercetările recente oferă informații valoroase despre experiențele și nevoile persoanelor vârstnice LGBTQIAP+.

4.1. Studiul LEAP (2025–2027)

Studiul LEAP (LGBTQ+ Inclusive Home Provision for older people), un amplu proiect de cercetare din Regatul Unit lansat în iunie 2025, urmărește să înțeleagă cât de pregătiți sunt îngrijitorii la domiciliu să sprijine persoanele vârstnice LGBTQ+.

Constatări-cheie din cercetările anterioare, pe care se bazează acest studiu:

- îngrijitorilor le lipsesc abilitățile, cunoștințele și încrederea necesare pentru a sprijini persoanele vârstnice LGBTQ+;
- studiile s-au concentrat pe căminele pentru persoane vârstnice, în timp ce îngrijirea la domiciliu rămâne puțin cercetată;
- multe persoane adulte LGBTQ+ se tem că vor fi tratate ostil sau discriminatoriu în serviciile de asistență socială;
- unele persoane relatează că se tem că vor trebui să ascundă din propria casă orice semn că sunt gay, ca să se protejeze de homofobia sau transfobia la care se așteaptă.

Povestea lui Brett ilustrează perfect acest lucru. Teama lui nu privește casa pe care ar putea să o părăsească, ci instituția în care ar putea intra: un loc unde ar putea pierde controlul asupra propriei povești.



4.2. Statutul de „insider-outsider”

Cercetările despre rezidenții LGBT din complexele rezidențiale obișnuite pentru persoane vârstnice evidențiază un „statut de insider-outsider”: aceștia sunt parțial vizibili, dar se confruntă în același timp cu presiuni de excludere care îi plasează în poziția „celuilalt”.

Constatări-cheie ale unui studiu din Regatul Unit (2019–2022), realizat cu 15 rezidenți LGBT cu vârste între 55 și 79 de ani:

- rezidenții LGBT au o poziție socială complexă: sunt vizibili, dar marginalizați;
- practicile de excludere ale celorlalți rezidenți întăresc granițele „normalității” sexuale și de gen;
- menținerea legăturilor sociale din afara complexului devine extrem de importantă.

Această cercetare contrazice presupunerea că astfel de complexe rezidențiale oferă automat „spații sigure și protejate în care să îmbătrânești”. Pentru persoanele vârstnice LGBTQIAP+, siguranța nu poate fi presupusă: ea trebuie creată în mod activ.

4.3. Conceptul de „familie aleasă” și limitele sale

Importanța „familiilor alese”, alături de familiile de origine, este bine documentată. Cercetările arată însă și fragilitatea acestor rețele:

- distanța contează: prietenii pot să nu locuiască aproape sau pot avea ei înșiși probleme de mobilitate legate de vârstă;
- prietenii pot avea aceeași vârstă și se pot confrunța cu un declin similar al sănătății;
- rețelele decimate de criza SIDA au lăsat goluri durabile în sprijinul disponibil.

De aceea, construirea intenționată a unor comunități și sprijinul instituțional incluziv sunt esențiale: familiile alese nu pot oferi întotdeauna îngrijirea pe care ar trebui să o ofere instituțiile.

5. Inițiative inspiraționale pentru acțiune

Nu este suficient să identificăm problemele. În Europa există soluții concrete, care dovedesc că se poate și altfel.

5.1. The Maison de la Diversité (Lyon, France)

Coordonat de asociația Les Audacieuses & Les Audacieux, acest proiect de locuire incluzivă și participativă răspunde izolării sociale a persoanelor vârstnice LGBTI+ și a persoanelor care trăiesc cu HIV.

Conceptul: locuințe individuale + spații comune + conviețuire intergenerațională (inclusiv locuințe pentru studenți), pe baza unui proiect de întraajutorare și solidaritate în jurul ideii de „a îmbătrâni bine”.

Valori fundamentale:

- legăturile sociale ca cheie pentru a îmbătrâni bine și pentru a-ți păstra autonomia;
- locuirea incluzivă ca mod de viață solidar, în afara logicii speculative;



- solidaritatea intergenerațională ca sursă de inspirație și bogăție;
- deschiderea către cartierul din jur.

Proiectul este direct inspirat de Lebensort Vielfalt din Berlin, pionier european din 2013.

5.2. Grey Pride și eticheta „Bienvenue” (Franța)

Grey Pride îmbină activitatea de advocacy cu instrumente concrete pentru profesioniști. Relațiile, sexualitatea sau identitatea sunt câteva dintre aspectele care pot fi afectate atunci când persoanele vârstnice LGBTQI+ ajung într-un cămin. Eticheta are rolul de a aduce aceste teme în prim-plan în gesturile de îngrijire de zi cu zi.

Acțiuni-cheie:

- linie telefonică națională pentru persoanele vârstnice izolate (01 44 93 74 03, marțea și joia, între orele 16 și 18);
- cursuri de formare certificate Qualiopi în cămine, pentru tot personalul (îngrijitori, administrație, conducere).

Eticheta „Bienvenue”: criterii stricte pentru instituțiile incluzive:

- personal instruit;
- cartă antidiscriminare;
- spații fără separare pe gen;
- audituri periodice realizate împreună cu asociații LGBTQIAP+;
- parteneriate cu medici specializați în HIV.

Date-cheie: în instituțiile care au primit eticheta „Bienvenue”, cu 30% mai mulți rezidenți își dezvăluie identitatea LGBTQIAP+.

„Dincolo de etichetă, prin formare și conștientizare, atât în sectorul privat, cât și în cel public, trebuie să lucrăm pentru recunoașterea identităților de gen în instituțiile pentru persoane vârstnice.”

Pentru Brett, o instituție cu eticheta „Bienvenue” ar transmite un semnal imediat: aici, personalul a fost instruit. Aici, corpul meu nu va fi motiv de scandal. Aici, poate că voi putea îmbătrâni în liniște.

5.3. Lebensort Vielfalt (Berlin, Germania)

O rezidență de pionierat, deschisă în 2013 de Schwulenberatung Berlin, cu 24 de locuințe pentru persoane vârstnice LGBT autonome. Având o listă de așteptare de 400 de persoane, între timp au mai fost deschise două unități, specializate în boli neurodegenerative și tulburări psihice.

Puncte forte:

- Diversitate intenționată: 60% bărbați gay / 20% tineri (sub 55 de ani) / 20% femei
- O mică unitate de îngrijire specializată pentru persoanele care își pierd autonomia
- Deschidere către cartier și viața culturală

5.4. Tonic @Bankhouse (Londra, Regatul Unit)

Prima comunitate de pensionari din Regatul Unit care afirmă explicit identitatea LGBT+, deschisă în 2021 și complet ocupată până la sfârșitul lui 2024.

Caracteristici-cheie:

- 26 de rezidenți, în apartamente aflate în regim de proprietate partajată sau închiriate;
- un „Acord al comunității”, semnat de tot personalul și de toți rezidenții, prin care aceștia se angajează la incluziune;
- rezidenții își organizează singuri ieșirile, mesele în comun și întâlnirile, cultivând astfel sentimentul de „familie aleasă”;
- sprijin în experiențele de sfârșit de viață, în doliul trăit împreună și în reflecția asupra moștenirii lăsate.

„La Tonic, oamenii își găsesc o familie aleasă, o rețea de sprijin în care pot fi ei înșiși, autentici.”

„De ce să ne mulțumim doar să fim acceptați? «Acceptat» e aproape la fel cu «tolerat». Dar «afirmativ» înseamnă: nu trebuie să explici nimic, faci parte dintre noi.”
(Beneficiar Tonic)

Această distincție, între „acceptat” și „afirmat”, este esențială.

5.5. Lecții-cheie din aceste inițiative

Lecție	Implicație
Incluziunea nu înseamnă toleranță	„«Acceptat» e aproape la fel cu «tolerat». «Afirmativ» înseamnă că nu trebuie să explici nimic.”
Famiile alese au nevoie de sprijin	Instituțiile trebuie să recunoască și să sprijine aceste rețele, nu să le ignore.

Formarea trebuie să fie cuprinzătoare	Tot personalul, nu doar îngrijitorii, are nevoie de formare.
Semnele vizibile de siguranță contează	Autocolantele curcubeu, afișele incluzive și spațiile fără separare pe gen transmit mesaje puternice.
Co-crearea este esențială	Persoanele vârstnice trebuie implicate în conceperea spațiilor și a serviciilor destinate lor.

Aceste exemple arată că incluziunea nu este un concept abstract, ci un set de alegeri concrete: alegeri privind locuirea, formarea, construirea comunității și certificarea bunelor practici.

6. Sesiunile de dialog intergenerațional: constatări-cheie

Sesiunea de dialog intergenerațional organizată de Le Girofard la Bordeaux (22 octombrie 2025) a reunit 23 de participanți cu vârste între 19 și 82 de ani și a scos la iveală concluzii importante.

Teme-cheie care au reieșit:

1. Ageismul și excluderea în interiorul comunităților LGBTQIAP+

- Mai mulți participanți au descris un „cult al tinereții” în spațiile queer.
- Bărbații gay vârstnici au spus că se simt invizibili în baruri și cluburi.
- Unora li s-a spus că sunt „prea bătrâni” pentru anumite evenimente sau spații.

2. Redefinirea sexualității la vârste înaintate

- Participanții au definit sexualitatea în sens larg: tandrețe, afecțiune, senzualitate, legătură emoțională.
- Odată cu vârsta, accentul pe sexul cu penetrare scade.
- A fost recunoscută importanța plăcerii autoerotice și a sexualității trăite individual.

3. Neîncrederea profundă în instituțiile de îngrijire (EHPAD)

- Teama larg răspândită de a fi nevoiți să își „ascundă din nou identitatea”.
- Îngrijorări legate de mediile heteronormative și cismormative.
- Lipsa formării personalului pe teme LGBTQIAP+.

„Provocarea mea ar fi să evit cu orice preț căminele de bătrâni. Ce se întâmplă acolo e cu adevărat îngrozitor.”

4. Dorința puternică pentru alternative bazate pe comunitate

- Proiecte de locuire în comun intergenerațională (co-housing)
- Rezidențe pentru persoane vârstnice dedicate comunității LGBTQIAP+
- Rețele de îngrijire bazate pe comunitate
- „Îmbătrânirea acasă”, cu sprijinul comunității

„Mi-ar plăcea să locuiesc într-o casă comună... Cred că încep să apară proiecte de felul ăsta, locuințe comune pentru persoane vârstnice.”

5. Învățarea intergenerațională este apreciată și necesară

- Participanții mai tineri învață despre luptele istorice (criza SIDA, bătăliile juridice).
- Participanții mai în vârstă învață despre terminologia și conceptele de identitate aflate în schimbare.
- Există o dorință puternică pentru schimburi intergeneraționale mai regulate.

7. Implicații pentru practica profesională

Ce înseamnă toate aceste constatări pentru educatori, îngrijitori și instituții?

Pentru formare și educație:

- includerea unor module care să abordeze în mod specific ageismul din interiorul comunității;
- dezvoltarea unor studii de caz bazate pe experiențe reale;
- abordarea îngrijorărilor practice legate de instituțiile de îngrijire și de accesul la servicii de sănătate;
- folosirea dialogului intergenerațional ca metodă centrală;
- formarea specifică a personalului privind îmbătrânirea persoanelor trans și diversitatea corpurilor trans.

Pentru practica instituțională:

- elaborarea unor protocoale clare pentru îngrijirea intimă, care să respecte autonomia și demnitatea rezidenților;
- semnele vizibile de siguranță (autocolante curcubeu, afișe incluzive) sunt esențiale, nu opționale;
- formarea personalului trebuie să fie cuprinzătoare și continuă;



- politicile antidiscriminare trebuie aplicate activ, nu doar afișate;
- parteneriatele cu organizații LGBTQIAP+ aduc expertiză esențială și credibilitate.

Pentru politici publice și advocacy:

- sprijinirea dezvoltării unor opțiuni de locuire care afirmă identitatea persoanelor LGBTQIAP+;
- finanțarea cercetării privind nevoile specifice ale persoanelor vârstnice LGBTQIAP+;
- introducerea obligatorie a formării în competențe interculturale și de diversitate în toate serviciile pentru vârstnici finanțate din fonduri publice;
- recunoașterea și finanțarea inițiativelor conduse de comunitate.

Pentru fiecare profesionist care ar putea întâlni o persoană vârstnică LGBT+:

- Amintește-ți că s-ar putea să fii primul om care i-a pus vreodată întrebarea potrivită.
- Amintește-ți că reacția ta față de corpul ei va avea ecou în întreaga sa experiență de îngrijire.
- Amintește-ți că demnitatea nu este un dar pe care îl oferi, ci un drept pe care trebuie să îl protejezi.
- Amintește-ți că această persoană s-a confruntat toată viața cu violența instituțiilor. Rolul tău este ca instituția ta să fie diferită.



Ghid pentru educatori și profesioniști

Reflexe esențiale de dezvoltat

Limbajul, principalul instrument al incluziunii:

- ✓ Înlocuiește „Aveți soț/soție?” cu „Există o persoană importantă în viața dumneavoastră?”
- ✓ Întreabă: „Cum doriți să vă adresez?”
- ✓ Folosește termeni neutri, precum „partener/parteneră” sau „persoana apropiată”.
- ✓ În formulare, înlocuiește „Dl./Dna.” cu „Prenume”, „Nume” și adaugă opțiunea „Altele”.

Ce să eviți:

- ✗ Limbajul infantilizant față de vârstnici („elderspeak”) sau diminutivele („domnișoară”, „tinere”, „drăguță”, „pușor”).
- ✗ Presupunerea heterosexualității („Câți ani avea soțul dumneavoastră când a murit?”).
- ✗ Să râzi sau să faci comentarii „discrete” despre relația dintre două persoane vârstnice.

Crearea unui mediu primitiv

- Semne vizibile: un mic autocolant curcubeu sau un afiș cu mesajul „Aici toată lumea este binevenită” sunt semnale puternice.
- Informații: afișează datele de contact ale unor asociații precum Grey Pride.
- Spații fără separare pe gen: toalete accesibile tuturor, indiferent de gen.



- Activități: oferă evenimente diverse, nu doar activități împărțite tradițional pe genuri.

Adaptarea practicii

- Cu o persoană trans: respectă numele ales și pronumele sale, asigură continuitatea terapiei hormonale, nu pune întrebări intruzive.
- Cu o persoană care trăiește cu HIV: nu stigmatiza, asigură continuitatea monitorizării medicale, cunoaște resursele specializate.
- Cu o persoană cu alt context cultural: practică umilința culturală, întreabă-o despre propriile cuvinte și repere.



Rezumat & Mesaje-cheie

- Incluziunea persoanelor vârstnice LGBTQIAP+ nu este opțională, ci o obligație etică și profesională de a garanta accesul egal la îngrijire și demnitate.
- Istoria contează. Experiența stigmatizării trăită de persoanele vârstnice LGBTQIAP+ le influențează raportarea la instituții. A ignora această istorie înseamnă a reproduce violența.
- Ageismul există și în interiorul comunităților. Trebuie să fim conștienți de acest lucru și să creăm spații cu adevărat intergeneraționale.
- Există modele alternative și ele funcționează (locuire incluzivă, etichete de calitate, formare). Ele dovedesc că o societate incluzivă pentru toate vârstele este posibilă.
- Acțiunea începe cu limbajul și atitudinea. Ca profesionist, ai puterea de a crea spații sigure prin simplul tău mod de a fi și de a vorbi.



Instrumente practice & Materiale

Lesson Plan Module 3

Planul lecției este un ghid structurat, care le oferă formatorilor sau profesioniștilor instrucțiuni privind implementarea Modulului 3 în lucrul cu un grup. El propune o structură pentru o formare cu o durată de 2,5 ore, însoțită de o prezentare PowerPoint, enumeră rezultatele învățării și o listă de verificare pentru pregătire și descrie trei exerciții (vezi mai jos).

Exercițiul 1 – Vocabularul incluziunii

Obiectiv: înțelegerea și însușirea terminologiei-cheie LGBTQIAP+ și a importanței acesteia în practica profesională cu persoanele vârstnice (vezi instrucțiunile din planul de lecție).

Carduri cu scenarii – Vocabularul incluziunii.

Exercițiul 2 – Analiza studiilor de caz

Obiectiv: analiza unor situații concrete din viața persoanelor vârstnice LGBTI+ și construirea în comun a unui răspuns adecvat, centrat pe persoană (vezi instrucțiunile din planul de lecție).



Carduri cu Studii de caz.

Întrebări pentru discuții - Studii de caz

Exercițiul 3 – Reimaginarea instituției

Obiectiv: conceperea unor acțiuni concrete prin care o instituție să devină mai incluzivă pentru persoanele vârstnice LGBTQIAP+, în trei domenii: formare, mediul fizic și politici/protocoale (vezi instrucțiunile din planul de lecție).

Carduri Instituții – EHPAD / Serviciu de îngrijire la domiciliu / Spital / Locuință cu asistență.

Plan de acțiune pe cele 3 domenii ale fișei de lucru.



Referințe

Grey Pride & French Initiatives

Association Grey Pride. (2023-2024). Guide "Accueillir les seniors LGBTQIAP+", Label "Bienvenue" – Critères et données d'impact, Ligne d'écoute nationale.

<https://greypride.fr/>

<https://greypride.fr/label-bienvenue/>

France Inter / Radio France. (2023, June 15). Deux Ehpad parisiens récompensés du label "Grey Pride" pour leur accueil des seniors LGBT.

<https://www.radiofrance.fr/franceinter/deux-ehpad-parisiens-recompenses-du-label-grey-pride-pour-leur-accueil-des-seniors-lgbt-1402454>

20 Minutes. (2023, June 19). Paris : Des Ehpad labellisés LGBT pour accueillir toutes les sexualités.

<https://www.20minutes.fr/paris/4041985-20230620-paris-ehpad-labellises-lgbt-accueillir-toutes-sexualites>

Les Audacieuses & Les Audacieux. (2024). Le projet Maison de la Diversité.

<https://audacieusement.org/le-projet-maison-de-la-diversite/>

International Initiatives

Schwulen Beratung Berlin. (2013). Lebensort Vielfalt – Ein Wohnprojekt für ältere Lesben, Schwule und Transgender.

<https://schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt/>

Tonic Housing. (2024). Tonic @ Bankhouse – UK's first LGBT+ affirming retirement community. Precarious Lives: Research on LGBT+ elders in housing.

<https://tonichousing.org.uk/>

<https://tonichousing.org.uk/our-impact/>

Trans Aging

The Atlantic. (2015, August 12). The Challenge of Being Transgender in a Nursing Home.

<https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/08/transgender-nursing-home-aging/400580/>

Siverskog, A. (2021). Ageing bodies that matter: Age, gender and embodiment in older transgender people's life stories. Journal of Aging Studies, 58, 100951.

<https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-aging-studies>

Witten, T. M. (2017). Transgender and gender non-conforming aging: A review of the literature. Journal of Aging Studies, 43, 1-8.

<https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-aging-studies>

Bockting, W., Coleman, E., & De Cuypere, G. (2011). Care of transsexual persons. New England Journal of Medicine, 364(26), 2559-2560.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21714669/>

Key Research & Data

Ezhova, I., Savidge, L., Bonnett, C., Cassidy, J., Okwuokei, A., & Dickinson, T. (2020). Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review. International Journal of



Nursing Studies, 107, 103566.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32380261/>

Flesia, L., Monaro, M., Jannini, E. A., & Limoncin, E. (2023). "I'm Too Old for That": The Role of Ageism and Sexual Dysfunctional Beliefs in Sexual Health in a Sample of Heterosexual and LGB Older Adults. *Healthcare*, 11(4), 459.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36832993/>

Fredriksen-Goldsen, K. I., et al. (2011). The Aging and Health Report: Disparities and resilience among lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. Institute for Multigenerational Health.

<https://stagebeta.scispace.com/papers/resilience-and-disparities-among-lesbian-gay-bisexual-and-46a7zc9ai4>

Institute of Medicine (US). (2011). The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding. National Academies Press.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64800/>

Simpson, P., Horne, M., Brown, L. J. E., Wilson, C. B., Dickinson, T., & Torkington, K. (2018). The experiences of older lesbian, gay, bisexual and transgender people in care homes: A systematic review. *Ageing & Society*, 38(11), 2217-2240.

<https://www.cambridge.org/core/journals/ageing-and-society>

de Vries, B., & Croghan, C. F. (2014). LGBT Aging: The Contributions of Community-Based Research. *Journal of Homosexuality*, 61(1), 1-20.

<https://www.semanticscholar.org/paper/LGBT-Aging%3A-The-Contributions-of-Community-Based-Vries-Croghan/19ea7944dd8f48449926c0e147d9ebe23512ba83>

French Data & Reports

INSEE. (2023). Enquête Famille et logements – Données sur la composition des ménages.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques>

Les Petits Frères des Pauvres. (2022). Rapport sur l'isolement social des personnes âgées.

<https://www.petitsfreresdespauvres.fr/informer/nos-publications/rapports>

Glossaries & Terminology

Chase, B., & Ressler, P. (2009). An LGBT/Queer Glossary. *The English Journal*, 98(4), 23–24.

<https://eric.ed.gov/?id=EJ832256>

Zeyen, T. L., Brunnett, R., Lottmann, R., & Kiegelmann, M. (2020). *LSBTIQ und Alter(n): ein Lehrbuch für Pflege und soziale Arbeit*.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

World Health Organization

World Health Organization. (2021). Global report on ageism.

<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/ageism/global-report-on-ageism>

World Health Organization. (2019). Sexual health and rights.

<https://www.who.int/health-topics/sexual-health>



MODULUL 4

Istoria normelor sociale privind genul și sexualitatea în Europa

Elaborat de:

Karina Hoßfeld & Thomas Wilde

Association of Lower Saxony

Educational Initiatives e.V. (VNB e.V.)



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Prezentare generală

Vârsta și sexualitatea sunt încă strâns legate de idei stereotipe, atribuiri normative, invizibilitate și tabuuri. Acest lucru reiese și din rezultatele de până acum ale proiectului „Never Gets Old” (2024–2026), în cadrul căruia se realizează, în cinci țări europene, cercetări privind atitudinile față de sexualitate și vârstă. Persoanele vârstnice sunt adesea considerate asexuale, adică fără nicio nevoie legată de sexualitate, sau sunt privite în primul rând prin prisma rolului lor în structurile familiale (bunici). Acest lucru se întâmplă atât în discursurile de zi cu zi, cât și în mass-media și în structurile instituționale, cum ar fi centrele de îngrijire geriatrică, pe care le-am inclus în proiectul nostru.

Totuși, normele sociale privind „genul și sexualitatea” nu sunt o structură statică, ci rezultatul unor procese istorice de negociere. În Europa, ele au fost modelate de-a lungul mileniilor de religie, drept, medicină, economie și putere politică și au fost, în repetate rânduri, puse sub semnul întrebării. Ideile noastre despre gen, vârstă și sexualitate s-au format, așadar, istoric și modelează imaginea de sine a persoanelor vârstnice și a celor tinere, așteptările familiei și acțiunile profesioniștilor din îngrijire, consiliere și educația adulților.

Interviurile și discuțiile de grup din pachetul de lucru 2 al proiectului arată că sexualitatea la bătrânețe este un subiect puternic tabuizat în cele mai diverse contexte: în familii, în instituții și mai ales în căminele pentru persoane vârstnice, precum și între generații. În discuții, experiența împărtășită cel mai des a fost că tinerii sunt surprinși să constate că persoanele vârstnice au o viață sexuală. Iată cum descrie acest lucru, din activitatea ei de zi cu zi, o profesoară de la o școală de îngrijire:

„Observ limite în sensul că elevii îmi arată destul de des, când vine vorba de sex la bătrânețe, [...] că de la 40 de ani s-a terminat. Discut asta cu ei iar și iar, și de fiecare dată e o mare uimire.”

Și reacțiile la fotografiile pe care le arată la curs ilustrează idei stereotipe interiorizate:

„Iar reacțiile la fotografiile pe care le arăt, cu persoane de peste 60 de ani care se îmbrățișează, sunt: «luu, nici nu mă pot uita... chiar trebuie să fie așa?». Sau la ținutul de mână (...): «ooo, ce drăguți!».”

Cercetările au arătat și au descris de mult timp că sexualitatea nu este un privilegiu al tinereții și că sexualitatea la bătrânețe nu este un fenomen marginal, ci face parte din formarea identității pe tot parcursul vieții. Percepția noastră asupra sexualității este influențată de norme, de narațiuni (structuri narrative culturale) și de imaginile din mass-media. Acestea se reflectă apoi și în modul concret în care se desfășoară activitatea de îngrijire, consiliere și educație.

Scopul acestui modul este să arate că normele sociale privind genul și sexualitatea s-au schimbat în repetate rânduri de-a lungul istoriei noastre și că normele valabile în fiecare epocă modelează felul în



care interacționăm social unii cu alții și ne influențează propria imagine de sine. Chestionarea critică a mecanismelor prin care preluăm valori, norme și roluri deschide posibilitatea de a recunoaște stereotipurile, de a pune sub semnul întrebării tabuurile și de a promova un mod de viață autodeterminat pentru persoanele vârstnice.

Modulul are rolul de a-i sprijini pe profesioniști să reflecteze asupra propriilor presupuneri, să își folosească cu siguranță marja de acțiune profesională și să abordeze în mod conștient așteptările normative. Participanții primesc metode și spații pentru a recunoaște normele sociale, pentru a-și examina propriile atitudini și pentru a reacționa reflexiv la întrebări legate de vârstă și sexualitate.

Scopul acestui material este, prin urmare, să arate mecanismele istorice, culturale și mediatice care modelează normele sociale privind vârsta și sexualitatea și să propună abordări metodologice pentru o activitate educațională orientată spre practică.

Competențe dobândite - Modul 4

Grup țintă	Ce câștigă
Cunoștințe dobândite	Normele s-au format istoric - Ceea ce este considerat „normal” astăzi a fost altfel în trecut și se va schimba în continuare.. Propriile convingeri sunt modelate social - Iritarea și disconfortul au cauze culturale și nu sunt deficiențe individuale. Sexualitatea la bătrânețe nu este un caz special, - ci face parte din dezvoltarea identității pe tot parcursul vieții.
Beneficii pentru educatorii pentru adulți	Educatorii pentru adulți au de câștigat, pentru că: - pot modera mai sensibil, - își recunosc propriile norme implicite, - crează spații de învățare fără stânjeneală, - înțeleg mai bine conflictele dintre generații.
Beneficii pentru personalul de specialitate	Profesioniștii (din îngrijire, asistență socială, consiliere) au de câștigat, pentru că: - gestionează mai profesionist apropierea, intimitatea și limitele, - iau în serios nevoile persoanelor vârstnice, - reflectează critic asupra regulilor instituționale, - acționează mai etic.



Repere teoretice

1. Cadrul teoretic de referință: norme sociale, identitate și vârstă

Normele sociale sunt reguli și convenții de bază care structurează comportamentul indivizilor într-o societate. Ele definesc ce este considerat potrivit, așteptat sau deviant și au un efect atât de reglementare, cât și de orientare (cf. Dimbath, 2025). Normele legate de gen, sexualitate și vârstă au o importanță deosebită, deoarece aceste domenii sunt strâns legate de chestiuni de morală și de tabuuri. Prin urmare, ele influențează puternic înțelegerea și acceptarea, la nivel individual, a orientărilor și identităților sexuale care se abat de la normă. În științele sociale, genul și sexualitatea nu sunt înțelese exclusiv ca date biologice, ci ca construcții sociale care apar în contexte istorice, culturale și instituționale (Feldmann et al., 2025). De exemplu, termenul „gen” se referă la rolurile, așteptările și atribuiri produse social, care sunt asociate corpurilor și identităților. Din perspectiva științelor sociale, bătrânețea este înțeleasă nu doar ca proces biologic, ci și ca o etapă de viață structurată social, asociată cu anumite modele de rol, drepturi și obligații în contextul social respectiv. Și modul în care este privită sexualitatea este supus proceselor de schimbare socială și este modelat de norme, limbaj, cunoaștere și instituții. Unele forme de sexualitate sunt legitime, altele sunt marginalizate sau tabuizate. Normele sociale nu sunt doar represive, ci și productive (cf. Dimbath, 2025), în sensul că dau naștere, în primul rând, anumitor identități și moduri de viață. De exemplu, „identitatea gay” este strâns legată de persecuția istorică a bărbaților homosexuali și de „mișcarea gay” care a luat naștere din aceasta.

Un scurt cadru teoretic este util pentru înțelegerea sexualității la bătrânețe. În dezbaterile sociale, sexualității persoanelor vârstnice i se acordă adesea puțină atenție sau este complet ignorată. În schimb, se pornește frecvent de la presupunerea că nevoile sexuale dispar odată cu înaintarea în vârstă. Această idee nu este însă naturală, ci rezultatul unor norme sociale formate istoric. Analiza acestei perspective constituie baza pentru analiza istorică ce urmează.

2. Evoluția istorică a normelor sociale privind vârsta și sexualitatea

Ideile sociale de astăzi despre sexualitatea la bătrânețe pot fi înțelese doar pe fundalul evoluțiilor istorice. În continuare este prezentată o privire de ansamblu istorică, cu câteva schimbări normative esențiale în ceea ce privește sexualitatea, genul și vârsta.

2.1 Societățile premoderne: morală, religie și ordine socială

În societățile premoderne, sexualitatea era puternic integrată în sistemele religioase și morale. Era considerată, în primul rând, funcțională pentru reproducere. Deși genul era gândit în această epocă în termeni binari (bărbat și femeie), sexualitatea era definită mai puțin prin identitate și mai mult prin rolul social. Decisiv nu era genul partenerului, ci poziția în structura de putere: activ versus pasiv, liber versus neliber sau înrob. Relațiile dintre bărbați adulți și băieți adolescenți (pederastia) erau acceptate social, atâta timp cât respectau anumite norme.

Cât despre bătrânețe, aceasta era adesea asociată cu retragerea, înțelepciunea sau devotamentul spiritual. Activitatea sexuală dincolo de scopul reproducerii, mai ales la bătrânețe, era considerată mai degrabă nepotrivită sau discutabilă din punct de vedere moral. Aceste idei normative aveau efect nu doar la nivel individual, ci și structural: abaterile puteau atrage sancțiuni sociale. Sexualitatea la bătrânețe nu era atât invizibilă, cât descalificată moral. Trebuie însă menționat și faptul că existau



foarte puține persoane în vârstă sau foarte în vârstă. Cei mai mulți oameni mureau la o vârstă care corespunde astăzi celor de peste 50 de ani.

Odată cu răspândirea creștinismului în Evul Mediu (aprox. secolele IX–XV), viziunea asupra genului și sexualității în Europa s-a schimbat fundamental. Sexualitatea a fost tot mai mult moralizată și asociată cu păcatul. Sexualitatea legitimă era limitată la căsătorie și avea ca scop procrearea. Pofta trupească era considerată periculoasă sau era înțeleasă ca păcat. În gândirea patriarhală, femeia era văzută drept „ispititoare” bărbatului, cu excepția cazului în care era privită ca „fecioară”, curată de orice păcat, adică de sexualitate. Această dihotomie se regăsește și astăzi în imaginea creștină a „Fecioarei Maria”, care devine în același timp mamă, dar fără sexualitatea asociată păcatului.

2.2 Epoca modernă timpurie: disciplinare și știință

Între secolele al XVI-lea și al XVIII-lea, controlul statului și al Bisericii asupra corpului și sexualității s-a intensificat, iar viața conjugală a fost supusă unor reglementări mai stricte. În Biserica Catolică a fost introdus celibatul preoților. În același timp, medicina a început să cerceteze sistematic genul. În această perioadă (în jurul anului 1800), așa-numitul „model al celor două sexe” s-a impus tot mai mult în Europa, înlocuind ideea că femeile ar fi „bărbați incompleți”. Se postula acum că femeile și bărbații sunt opuși fundamentali, pe baze biologice. Din aceasta au fost apoi derivate roluri sociale (de exemplu, casnica și cel care aduce venitul), considerate de acum „naturale”.

Sexualitatea a fost privită tot mai mult ca un act individual, care trebuia supravegheat, clasificat și standardizat. Abaterile nu mai erau considerate doar păcat, ci erau clasificate tot mai des ca boală sau chiar ca infracțiune. Aceste idei au mers atât de departe încât până și masturbarea era considerată periculoasă pentru sănătate. Acest mit a supraviețuit până în secolul XX și poate fi întâlnit și astăzi în unele societăți și medii.

2.3 Modernitatea: normalizare medicală și științifică

Începând cu secolul al XVIII-lea, odată cu modernitatea și apariția gândirii științifice, viziunea asupra sexualității descrisă mai sus s-a consolidat. Clasificarea biologică a dus la consolidarea ideii a două sexe clar separate, cu caracteristici „naturale”. Sexualitatea a fost privită tot mai mult din perspectivă medicală și biologică. Odată cu aceasta, în abordarea biologică a rolurilor s-a consolidat și ideea unor etape de viață clar delimitate, cu funcții specifice. Bătrânețea era acum adesea evaluată ca o etapă a deficitului, caracterizată prin declin fizic și pierderea funcțiilor. Sexualitatea la bătrânețe nu mai era condamnată în primul rând moral, ci patologizată ca nemaifiind „potrivită vârstei” sau evaluată ca problemă medicală, pentru că era percepută ca nepotrivită pentru persoanele în vârstă. O sexualitate „sănătoasă”, adecvată, le era recunoscută tot mai mult doar tinerilor, în legătură cu posibilitatea reproducerii.

Această perspectivă a contribuit la consolidarea presupunerii că sexualitatea este legată de tinerețe, sănătate și productivitate. În paralel cu această evoluție au apărut primele mișcări sociale, precum mișcarea timpurie a femeilor, care au pus sub semnul întrebării aceste atribuiri.

2.4 Secolul al XIX-lea: burghezie, patologizare și identitate:

Secolul al XIX-lea a adus schimbări profunde. Societatea burgheză a ridicat familia nucleară la rang de ideal moral, iar fidelitatea sexuală în căsătorie s-a impus și mai ferm ca normă. Rolurile de gen erau strict separate: bărbatului îi revenea sfera publică și munca remunerată, femeii gospodăria, unde sarcina ei centrală era maternitatea (cf. Beck-Gernsheim, 1980). Acest model era însă viabil doar



pentru femeile din clasa de mijloc. Muncitoarele trebuiau să se ocupe de gospodărie și de copii și, în același timp, să muncească pentru un venit.

În aceeași perioadă a apărut sexologia modernă. Au fost create termeni precum „homosexualitate”, inițial ca diagnostic medical. A fost prima dată când dorința față de persoane de același sex a fost înțeleasă ca identitate stabilă, dar de cele mai multe ori ca abatere sau degenerare.

Această nouă categorisire a avut consecințe ambivalente: a permis și a favorizat vizibilitatea și autodescrierea, dar a dus și la stigmatizare, pentru că era asociată cu „boala”.

La rândul lor, persoanele vizate au încercat să scape de acest stigmat prin încercări de tratament fără succes, prescrise de unii psihiatri. Totuși, dacă homosexualitatea era recunoscută ca trăsătură imuabilă a unei persoane, apărea și posibilitatea unei acțiuni politice împotriva incriminării actelor între persoane de același sex. Chiar și conform concepției juridice a vremii, putea fi pedepsit doar cel care răspundea de faptele sale. Karl Heinrich Ulrichs a fost primul care, cu această justificare, a încercat să ceară abolirea răspunderii penale, la Congresul Juriștilor Germani din 1867. Nu a reușit. Acest lucru este surprinzător, pentru că în unele state germane actele homosexuale nu mai erau pedepsite încă dinainte de întemeierea Imperiului German, în 1871. În noul Cod penal al Imperiului German a fost însă preluat, ca § 175, § 143 din Codul penal prusac, care făcea din „desfrâul contra naturii” între bărbați o infracțiune.

2.5 Secolul XX: rupturi, violență și eliberare

Secolul XX a fost marcat de contraste extreme. În Germania, industrializarea, urbanizarea și Primul Război Mondial au dus la destrămarea modelelor de rol tradiționale. Războiul, în special, a făcut ca femeile să preia sarcinile bărbaților aflați pe front. După încheierea războiului, multe femei nu au mai vrut să se întoarcă la „vechiul rol”. Au fost ajutate de faptul că, odată cu sfârșitul Imperiului German, femeile au primit și dreptul de vot. Mai ales la Berlin, în societatea mai liberală, s-a dezvoltat o subcultură gay/lesbiană pronunțată, unică în lume. Regimul național-socialist a pus capăt acestei evoluții în raportarea la homosexualitate și a consolidat din nou norme de gen și modele de rol rigide. Pentru a facilita urmărirea penală a bărbaților homosexuali, § 175 a fost înăsprit în 1935, astfel încât chiar și privirile sugestive puteau declanșa urmărirea penală. Se făcea distincție între bărbații care fuseseră doar „seduși” și homosexualii „propriu-ziși”. Actele între persoane de același sex nu mai erau interpretate ca parte a personalității, ci din nou ca abateri culpabile. Nu mai era însă vorba de idei morale, ci de acuzația că bărbații homosexuali refuză să se reproducă. Femeile, în schimb, erau percepute, ca și în Imperiul German, ca fiind pur „pasive”. În consecință, § 175 nu a fost extins asupra lor în 1935. Cu toate acestea, femeile lesbiene erau persecutate atunci când se manifestau deschis. Atunci devenea posibilă o acuzație de ofensă adusă bunelor moravuri.

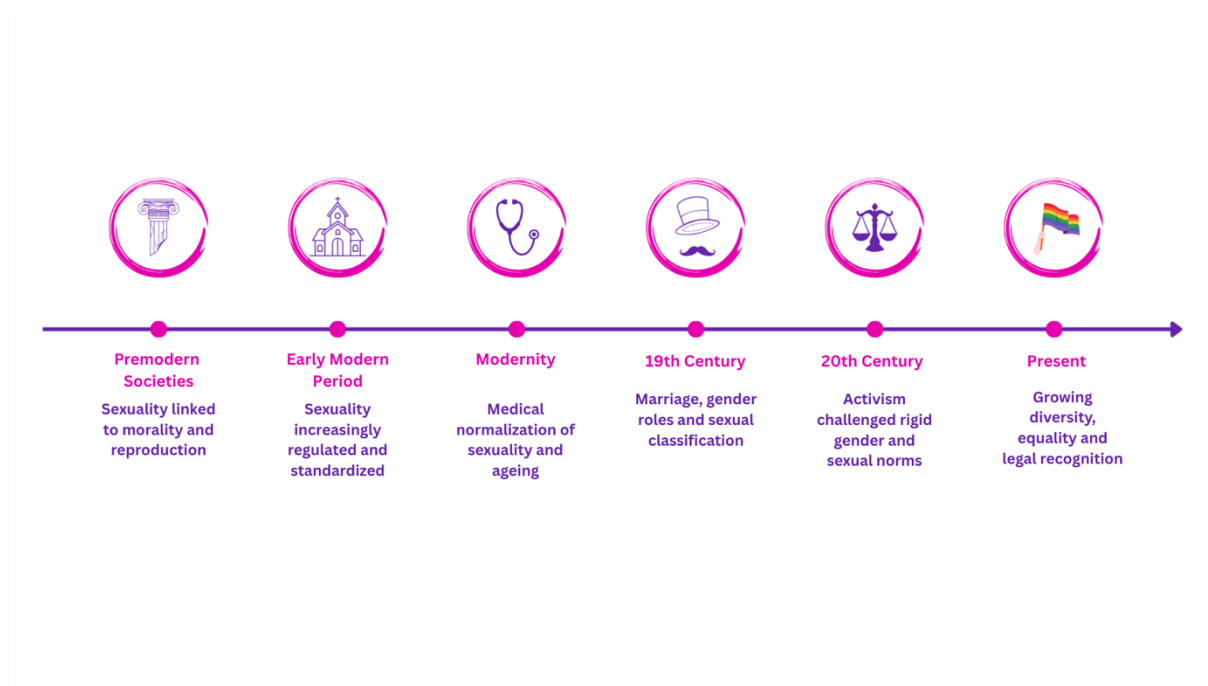


Figura 1. Imagine creată în Canva (2026)

Dacă ne uităm la țările UE din proiectul nostru, **mișcarea pentru drepturile persoanelor gay din Cipru (AKOK)** a apărut ceva mai târziu decât în Germania. La inițiativa cunoscutului activist Alecos Modinos, alături de 16 bărbați gay și o femeie lesbiană, organizația a fost înființată oficial în decembrie 1987. Înființarea a avut loc într-o perioadă în care relațiile sexuale dintre bărbați erau pedepsite și în Cipru, iar homosexualitatea era foarte puțin discutată public. Ca prim grup organizat de advocacy pentru persoanele LGBT de pe insulă, AKOK s-a angajat în primul rând pentru dezincriminarea homosexualității masculine.

În anii '80, Portugalia s-a alăturat numărului tot mai mare de țări europene care și-au intensificat eforturile de recunoaștere și protejare a drepturilor sexuale. Deși dezincriminarea nu a eliminat imediat stigmatizarea și discriminarea existente, ea a reprezentat un pas structural fundamental spre recunoașterea drepturilor și a demnității persoanelor LGBTIQ+. Reforma a aliniat țara la alte state europene care dezincriminaseră deja homosexualitatea și a pus bazele unor măsuri ulterioare în domeniul egalității juridice.

În Franța, egalitatea juridică deplină a fost desăvârșită în august 1982, în sensul dezincriminării actelor homosexuale. Modificarea legii a făcut ca relațiile între adulți de același sex, consimțite, să nu mai fie tratate diferit de relațiile heterosexuale din punctul de vedere al dreptului penal. Aceasta a consolidat un principiu juridic important al egalității. În același timp, acceptarea socială a rămas limitată, iar multe persoane LGBTIQ+ au continuat să se confrunte cu prejudecăți și discriminare în viața de zi cu zi. Cu toate acestea, reforma a reprezentat un pas central spre normalizarea juridică și un punct de referință important pentru evoluțiile ulterioare privind egalitatea în Europa.

În România, în 2001, în contextul procesului de aderare la UE, guvernul a pus capăt urmăririi penale și discriminării juridice a persoanelor LGBTQ printr-o ordonanță de urgență. Reforma a fost strâns legată de cerințele integrării europene, dar a mers dincolo de o simplă adaptare formală. Abrogarea articolului a reprezentat un punct de cotitură simbolic important, pentru că a pus pentru prima dată un accent mai mare pe dreptul la viață privată și pe demnitatea cetățenilor homosexuali. Chiar dacă

măsura a fost adoptată inițial mai ales în contextul criteriilor de aderare la UE, ea a marcat un pas fundamental spre egalitatea juridică.

După sfârșitul celui de-Al Doilea Război Mondial, urmărirea penală a bărbaților homosexuali în Republica Federală Germania a continuat inițial neschimbată, iar bărbații condamnați în temeiul § 175 din perioada național-socialistă au rămas în închisoare. Ca urmare, cele mai multe condamnări în temeiul § 175 datează din anii '50. Acest lucru a fost posibil, printre altele, datorită unei hotărâri a Curții Constituționale Federale din 1957, care nu a încadrat § 175 drept lege național-socialistă. În plus, instanța a constatat că tratamentul diferit al bărbaților și femeilor în § 175 nu încălca principiul egalității din Legea fundamentală, pentru că sexualitatea bărbaților și cea a femeilor ar fi fundamental diferite.

Revoluția sexuală din anii '60 și '70 a pus apoi sub semnul întrebării căsătoria, heteronormativitatea și ordinea patriarhală a genurilor. Mișcările feministe au luptat pentru drepturi reproductive, autodeterminare sexuală și egalitate.

Mișcările lesbiene, gay și, mai târziu, trans* și inter* au cerut recunoaștere socială. Genul și sexualitatea au fost înțelese tot mai mult ca construcții sociale, nu doar ca realități biologice. În ultimii ani, „queer” a devenit termenul-umbrelă pentru persoanele care nu se încadrează în norma heterosexuală, incluzând și persoanele a căror dorință sexuală nu este orientată spre un singur gen sau care nu se simt nici bărbați, nici femei.

2.6 *Prezentul: pluralizare și conflict*

Europa de astăzi este caracterizată de o mai mare egalitate și de o diversitate a stilurilor de viață. De exemplu, **în 2016, dreptul la adopție pentru cuplurile căsătorite de același sex a fost consacrat prin lege în Portugalia.** Anterior, situația juridică era mult mai restrictivă: deși cuplurile de același sex, fie că erau căsătorite sau trăiau într-un parteneriat înregistrat, puteau adopta în anumite cazuri, de obicei doar unul dintre parteneri putea dobândi calitatea de părinte legal. Acest lucru crea adesea inegalitate juridică în cadrul familiei, pentru că unul dintre părinți nu era recunoscut pe deplin, iar copiii beneficiau de o protecție juridică limitată față de ambii îngrijitori. Reforma din 2016 a eliminat aceste diferențe și a permis atât adopția comună, cât și așa-numita adopție a copilului partenerului. Modificarea a adus dreptul familiei din Portugalia mai aproape de standardele internaționale privind drepturile omului și a ținut cont, în același timp, de realitatea trăită a multor familii LGBTIQ+.

În Germania, dreptul la adopție comună pentru cuplurile căsătorite de același sex a fost introdus odată cu „căsătoria pentru toți”, la 1 octombrie 2017. De la această dată, cuplurile de același sex se pot căsători și pot adopta copii împreună, fiind astfel egale în drepturi cu cuplurile heterosexuale căsătorite.

În 2018, președintele de atunci al Portugaliei, Marcelo Rebelo de Sousa, a promulgat Legea privind autodeterminarea identității de gen. Aceasta introduce dreptul de a-ți schimba numele și genul oficial de la vârsta de 16 ani, cu sprijinul corespunzător, reducând astfel obstacolele birocratice și discriminatorii.

În mai 2020, Cipru a introdus o interdicție cuprinzătoare a așa-numitelor terapii de conversie. Au fost interzise astfel toate practicile psihologice, medicale, religioase sau de altă natură care urmăresc schimbarea sau reprimarea orientării sexuale ori a identității de gen a unei persoane. Încălcărilor pot fi pedepsite cu închisoare de până la cinci ani, precum și cu amendă.



Inițiativa legislativă a fost susținută în mod semnificativ de organizația Accept–LGBT Cyprus și este în acord cu recomandările Uniunii Europene.

Reglementarea continuă evoluții anterioare, precum dezincriminarea actelor homosexuale și introducerea parteneriatelor civile înregistrate. Prin încadrarea acestor practici ca formă de violență domestică, legea creează și posibilități legale pentru persoanele afectate de a cere protecție și dreptate prin sisteme de sesizare și proceduri judiciare. În ciuda unor rezerve sociale care persistă, Cipru este considerat astfel un pionier în regiune în domeniul protecției juridice a persoanelor LGBTQ+.

În Germania, Legea privind **protecția împotriva tratamentelor de conversie a intrat în vigoare** la 24 iunie **2020**, iar **Franța a interzis în ianuarie 2022 terapiile și practicile de conversie** care urmăresc schimbarea orientării sexuale sau a identității de gen a unei persoane.

Căsătoriile între persoane de același sex, recunoașterea juridică a persoanelor trans* în Germania din 2024 și dezbaterile despre genurile non-binare reflectă o schimbare profundă a normelor sociale.

În același timp, aceste evoluții nu sunt dorite și acceptate universal, iar concepțiile pluraliste despre gen și sexualitate sunt contestate de mișcări religioase, conservatoare și naționaliste. Devine clar că normele nu sunt niciodată definitive, ci expresia unor lupte continue pentru putere și interpretare.

3. Factori care influențează imaginile despre bătrânețe

3.1 Narațiuni culturale despre îmbătrânire și „ce se cuvine”

Povestirile culturale au funcții diverse: servesc la transmiterea de informații, la comunicare, la construirea comunității, la transmiterea cunoașterii sau pur și simplu la divertisment (cf. Matuszkiewicz, 2017). Aceste povestiri culturale sunt numite și narațiuni și structurează ideile sociale. Ele transmit așteptări implicite și definesc ce este considerat „normal” sau „deviant”.

În ceea ce privește bătrânețea, în societatea noastră occidentală există narațiuni care asociază îmbătrânirea cu retragerea, odihna și reducerea nevoilor. Nevoia de a participa activ la evenimente, mai ales la cele destinate generațiilor mai tinere, poate stârni atunci uimire. De exemplu, o participantă la focus grupul din Germania descrie cum percepe o limită socială în ceea ce privește vârsta și posibilitățile de participare, în ciuda faptului că imaginile stereotipe despre bătrânețe au început să se estompeze:

„Ce trăiesc eu e că 60 de ani e un fel de zid al sunetului. Am impresia că, atunci când se caută ceva, «vă rugăm, nu mai în vârstă de 60 de ani». Aud asta tot mai des.”

Aceste narațiuni pun adesea sexualitatea în contradicție cu așteptările privind o îmbătrânire „cuvincioasă”. Persoanele vârstnice sunt prezentate în primul rând în roluri precum cel de bunici, de persoane care au nevoie de îngrijire sau de sfătuitoari înțelepți, în timp ce corporalitatea și sexualitatea lor sunt lăsate în umbră. Se creează astfel imaginea unei etape de viață asexuale.

Aceste narațiuni acționează pe mai multe niveluri: influențează imaginea de sine a persoanelor vârstnice, modelează așteptările familiei și structurează cadrul instituțional. Sexualitatea la bătrânețe

nu este respinsă deschis, ci adesea exclusă în mod tacit. Această tăcere amplifică nesiguranța și autocenzura.

Construcția a ceea ce „se cuvine” funcționează astfel ca un regulator social. Ea nu stabilește atât ce este interzis, cât ceea ce nu se discută. În acest sens, narațiunile culturale sunt o verigă centrală între normele formate istoric și practicile actuale și, prin urmare, o cheie pentru înțelegerea tabuului care persistă în jurul sexualității la bătrânețe.

3.2 Reprezentările media ale vârstei și sexualității: vizibilitate, stereotipuri și invizibilitate

Mass-media joacă un rol central în transmiterea și stabilizarea normelor sociale. Ele funcționează ca spații culturale de rezonanță, în care ideile sociale despre corp, gen, sexualitate și vârstă sunt reproduse, condensate sau chiar puse sub semnul întrebării. În ceea ce privește sexualitatea la bătrânețe, există o discrepanță izbitoră între practica reală și reprezentarea din media.

Persoanele vârstnice apar relativ rar ca subiecți sexuali, atât în media tradițională, cât și în cele digitale. Atunci când se vorbește despre sexualitatea la bătrânețe, acest lucru se întâmplă adesea în anumite forme de reprezentare: ca abatere comică, ca problemă medicală sau psihologică ori ca eveniment care deranjează moral. Aceste reprezentări contribuie la reproducerea imaginilor stereotipe, în care dorințele sexuale ale persoanelor vârstnice sunt fie ridiculizate, fie problematizate, fie complet negate.

O caracteristică centrală a reprezentărilor media este **invizibilitatea**, pe care o descrie și o critică și o participantă la focus grupul din Germania:

„Asta e valabil mai ales pentru sexualitate – e practic invizibilă. Deși trăim într-o societate saturată de imagini și semnale sexualizate, ele nu se referă aproape niciodată la persoanele vârstnice. E vorba mereu de tineri, pentru că la cei vârstnici se presupune că nu se mai întâmplă nimic.”

Lipsa generalizată a unor reprezentări realiste și diverse ale sexualității la bătrânețe creează impresia că aceasta este un fenomen marginal sau ceva irelevant din punct de vedere social. Invizibilitatea are un efect normativ: ceea ce nu este arătat pare să nu fie prevăzut. Ca urmare, sexualitatea este asociată implicit cu tinerețea, atractivitatea și performanța fizică.

În același timp însă, mass-media contribuie și la codificarea unor imagini normative despre corp. Corpurile care îmbătrânesc sunt adesea prezentate ca deficitare, bolnave sau având nevoie de îngrijire, ceea ce face ca ele să rămână excluse din discursurile dominante despre sexualitate. Această logică a reprezentării influențează nu doar atitudinile sociale, ci și contextele profesionale, de exemplu în îngrijire, consiliere sau educația adulților, unde imaginile media pot fi preluate fără reflecție.

Efectul stereotipurilor media nu se limitează la percepțiile individuale. Ele modelează așteptările familiei, rutinele instituționale și discursurile politice. Sexualitatea la bătrânețe nu este astfel interzisă în mod explicit, ci marginalizată structural. Mass-media contribuie așadar în mod semnificativ la menținerea normelor sociale care construiesc îmbătrânirea și sexualitatea ca fiind contradictorii.

Prin urmare, analiza critică a reprezentărilor media este o componentă centrală a unei activități educaționale care reflectă asupra normelor. Ea face posibilă deconstruirea imaginilor dominante, vizibilizarea invizibilității și deschiderea spre narațiuni alternative, care recunosc sexualitatea la bătrânețe ca parte firească a vieții umane.

3.3 Tabuuri, tăcere și practică instituțională

În multe societăți, sexualitatea la bătrânețe este un **subiect de două ori tabu**. Ea se lovește, pe de o parte, de normele sociale care asociază în general sexualitatea cu tinerețea, atractivitatea și performanța și, pe de altă parte, de ideile legate de vârstă despre retragere, înțelepciune sau cuviință morală. Rezultatul este adesea tăcerea, atât în familii, cât și în contextele instituționale. Această tăcere nu duce la neutralitate, ci la nesiguranță, disconfort și marginalizare structurală.

În contextul familial, tabuul se manifestă adesea prin semnale subtile: dorințele, nevoile de intimitate sau experiențele sexuale ale persoanelor vârstnice nu sunt abordate sau sunt devalorizate în mod tacit. Profesioniștii din îngrijire, consiliere sau asistență socială trăiesc adesea această spirală a tăcerii ca pe o provocare. Ei trebuie să pună în balanță reținerea profesională, responsabilitatea etică și nevoia persoanelor vizate ca realitatea vieții lor să fie recunoscută. Lipsa de educație și de formare pe această temă amplifică nesiguranța și inhibițiile.

La nivel instituțional, tabuurile sunt întărite de structuri și reguli. Instituții precum căminele pentru persoane vârstnice sau centrele de consiliere nu au adesea linii directe clare privind modul de abordare a sexualității persoanelor vârstnice. Lipsesc spațiile, resursele sau ghidurile pentru integrarea temei în serviciile educaționale sau de îngrijire. Ca urmare, se poate ajunge la stagnare, autocenzură normativă sau chiar la reacții nepotrivite față de nevoile persoanelor vârstnice.

Analiza acestor tipare ale tabuului arată că tăcerea nu apare întâmplător, ci este stabilizată de mecanisme sociale, istorice și instituționale. Modulele de educație și formare pot juca aici un rol-cheie: reflectând asupra propriilor atitudini, deconstruind narațiunile dominante și discutând studii de caz, participanții devin capabili să abordeze conștient tabuurile. Ei învață să își numească nesiguranțele, să pună sub semnul întrebării în mod critic așteptările normative și să dezvolte strategii orientate spre acțiune, care să răspundă nevoilor persoanelor vârstnice.

Abordarea tabuurilor nu este, așadar, doar o sarcină teoretică, ci are o relevanță practică imediată: le permite educatorilor pentru adulți și profesioniștilor să creeze spații de învățare și de lucru în care sexualitatea la bătrânețe poate fi vizibilă, respectată și abordată profesionist.



Ghid pentru educatori și profesioniști

În cele ce urmează sunt formulate câteva repere care să îi sprijine pe profesioniști și pe participanți să abordeze tema vârstei și a sexualității într-un mod reflexiv, sensibil și profesionist, atât în seminarii, cât și în propriile organizații.

Recomandări pentru comunicare

O abordare respectuoasă a temei începe cu limbajul. De aceea, comunicarea ar trebui să fie apreciativă și deschisă, adică:

- Atitudinea pornește de la premisa de bază: sexualitatea la bătrânețe este posibilă.



- În dialog sunt de preferat întrebările deschise, care permit o gamă largă de răspunsuri. Acestea ar trebui să fie lipsite de judecăți de valoare.
- Întrebările sugestive ar trebui evitate.
- Pauzele, nesiguranța și tăcerea pot fi permise și suportate.
- Felul în care o persoană se definește pe sine trebuie respectat și nu pus la îndoială.

Principii-cheie:

1. Descrie în loc să evaluezi

- Separă observațiile de interpretări.
- Evită etichetele (de exemplu, „nepotrivit”); rămâi în schimb concret și cât mai neutru → „Am observat că...”.

2. Folosește mesaje la persoana I

- Fă-ți transparente propriile percepții, sentimente și nevoi.
- Fără generalizări sau reproșuri.

„Sunt nedumerit/ă, pentru că eu am înțeles altfel modul nostru de lucru” în loc de „Așa ceva nu se face”.

3. Deschidere față de perspective diferite

- Acceptă că nu există un singur punct de vedere corect.
- Întreabă în loc să insinuezi: „Cum ați trăit situația?”

4. Fără norme implicite sau „mesaje impersonale”

- Evită afirmații precum:
 - „Așa trebuie să fie.”
 - „Ar trebui să...”
- În schimb: numește-ți propriile valori, fără a le absolutiza.

5. Respectă autonomia

- Propuneri în loc de instrucțiuni: „V-ar fi de ajutor să căutăm o altă soluție?”

6. Recunoașterea sentimentelor, fără judecată

- Acceptă sentimentele, chiar dacă nu le împărtășești.
„Pare că asta vă frustrează” (nu: „Nu aveți niciun motiv să vă simțiți așa”).

7. Folosește limbajul în mod incluziv și precis

- Fără generalizări despre grupuri sau persoane.
- Sensibilitate față de relațiile de putere și roluri (de exemplu, profesor – elev, îngrijitor – rezident, manager – angajat).



8. Scop: să înțelegi, nu să corectezi

- Comunicarea înțeleasă ca proces comun de clarificare.
- Nu „corectarea”, ci accentul pe relație și înțelegere.

Ce este recomandat și ce trebuie evitat

Recomandat	De evitat
Reflectează activ asupra propriilor presupuneri	Să ignori sau să banalizezi sexualitatea la bătrânețe
Recunoaște diversitatea planurilor de viață	Să râzi pe seama persoanelor vârstnice
Fă-ți în mod conștient limbajul incluziv	Să faci afirmații normative („La vârsta asta...”)
Numește deschis nesiguranțele („Este un subiect delicat...”)	Să abordezi subiecte intime fără consimțământ
Folosește oportunitățile de formare continuă	Să faci atribuiri culturale sau religioase generalizante

Riscuri și strategii de evitare

Un risc central care poate sta în calea unei activități educaționale reflexive și incluzive este reproducerea inconștientă a stereotipurilor legate de vârstă și sexualitate. În activitatea educațională, de exemplu, se pot prezenta fără intenție reprezentări simpliste sau se pot face comentarii amuzante care, în cele din urmă, marchează sexualitatea la bătrânețe ca abatere. Dacă se adaugă atitudini și afirmații moralizatoare („dar la vârsta asta nu se face așa ceva”), autonomia și autodeterminarea persoanelor vârstnice sunt restrânse sau ignorate.

Problematică este și medicalizarea nevoilor sexuale ale persoanelor vârstnice, adică situația în care sexualitatea la bătrânețe este privită în primul rând din perspectivă medicală și înțeleasă ca problemă funcțională, în timp ce semnificațiile și nevoile subiective, experiențele de cuplu și contextele sociale sunt ignorate.

Pentru a evita aceste riscuri, autoreflexia continuă a profesioniștilor este esențială. Analiza conștientă a propriilor norme, nesiguranțe și amprente culturale ajută la recunoașterea atribuirilor nereflectate. Formatele de schimb colegial, discuțiile de caz și folosirea unor materiale care oferă perspective multiple și fac vizibilă diversitatea au un efect de sprijin. Separarea dintre valorile personale și rolul profesional face posibilă o acțiune sensibilă și respectuoasă, chiar și în situații de ambivalență normativă. Astfel, activitatea educațională și cea practică pot contribui la evitarea consolidării stereotipurilor și la promovarea unei abordări deschise și demne a sexualității la bătrânețe.



Rezumat & Mesaje-cheie

Istoria normelor sociale privind genul și sexualitatea în Europa este o istorie a controlului și a eliberării, a invizibilității și a vizibilității. Ea arată clar că ceea ce ni se pare „natural” s-a format întotdeauna istoric și, prin urmare, se poate schimba. Evoluția istorică nu arată, așadar, o liberalizare liniară, ci o ambivalență între deschidere și persistența excluderilor normative. Această ambivalență modelează narațiunile culturale actuale despre îmbătrânire și sexualitate.

Mesaje principale

- **Normele de astăzi nu sunt nici de la sine înțelese, nici imuabile**, ci rezultatul unor evoluții sociale. Prin urmare, concepțiile se pot schimba.

Sugestie pentru practică: pune-ți în mod repetat, critic, întrebări despre propriile presupuneri și norme.

- **Narațiunile culturale ne modelează percepțiile și acțiunile:** narațiunile despre „îmbătrânirea cuviincioasă” sau „sexualitatea naturală” ne influențează atitudinile.

Sugestie pentru practică: în activitatea pedagogică, aceste narațiuni pot fi făcute vizibile și puse sub semnul întrebării, iar participanților li se pot oferi perspective alternative.

- **Ambivalențe în percepție și schimbare:** progresele în vizibilitatea sexualității la bătrânețe coexistă cu excluderi persistente.

Sugestie pentru practică: recunoaște contradicțiile și abordează-le metodic și reflexiv, de exemplu în discuții, studii de caz sau lucru pe grupe.

- **Reflecția profesională este esențială:** ambivalențele și tabuurile le cer profesioniștilor să reflecteze activ asupra propriilor valori, nesiguranțe și presupuneri.

Sugestie pentru practică: folosește supervizarea, schimbul colegial și formarea continuă pentru a acționa într-un mod critic față de norme.



Instrumente practice

Printr-o implementare metodologică adecvată și incluzivă a modulului, participanții trebuie să fie sprijiniți să atingă obiective de învățare pe mai multe niveluri.

Obiectivele de învățare ale modulului de formare

După parcurgerea modulului, participanții ar trebui să fi atins următoarele obiective:



Obiective de cunoaștere

- Pot plasa normele sociale privind rolurile de gen, sexualitatea și vârsta în contextul evoluției lor istorice.
- Cunosc principalele narațiuni istorice și actuale despre îmbătrânire și sexualitate.
- Înțeleg mecanismele și legăturile dintre tabuurile sociale referitoare la sexualitate.

Obiective de reflecție

- Sunt capabili să reflecteze asupra propriilor atitudini și nesiguranțe.
- Își cunosc propriile valori și pot face distincția între normele sociale și judecățile de valoare personale.

Competențe de acțiune

- Cunosc criteriile unei comunicări apreciative, fără prejudecăți, și le pot aplica.
- Știu cum să pună sub semnul întrebării, cu sensibilitate, atribuirile stereotipe și cum să se adreseze oamenilor cu apreciere, în loc să îi evite pe ei și discuțiile despre sexualitate.

Plan de lecție - Modul 4

Planul de lecție este un ghid structurat pentru implementarea modulului în activitatea educațională. El le oferă formatorilor sau experților o orientare structurată pentru o formare cu o durată de aproximativ 2,5 ore. Ghidul pune la dispoziție o prezentare PowerPoint și o listă de verificare pentru pregătire și descrie rezultatele învățării așteptate, precum și trei exerciții (vezi mai jos).

Plan de lecție Modul 4 – Istoria normelor sociale privin genul și sexualitatea în Europa**Prezentare PowerPoint Modul 4****Exercițiul 1 – „Barometrul pozițiilor: sexualitatea la bătrânețe”****Obiective:**

- Acordarea participanților cu tema seminarului.
- O primă evaluare a situației actuale și crearea unei baze pentru discuție.
- Încurajarea deschiderii participanților față de discuțiile în plen.

Materiale: Trei coli sau cartonașe de moderare pregătite, fiecare cu câte o afirmație: 1. „Nu se aplică deloc în cazul meu”, 2. „Uneori așa e și la mine”, 3. „Da, sunt complet de acord”.

Exercițiul 2 – „Imagini despre vârstă și sexualitate”**Obiective:****Participanții:**

- recunosc faptul că ideile lor sunt modelate de imagini sociale;



- fac distincția între asocierile personale și vizibilitatea socială;
- înțeleg că normele variază istoric;
- reflectează asupra modului în care apar invizibilitatea și stereotipurile;
- dezvoltă primele modalități de a-și pune sub semnul întrebării propriile imagini.

Materiale: materiale de prezentare, flipchart, panou pentru afișare.

Exercițiul 3 – Autoreflexie: sexualitatea la bătrânețe – norme, valori și tabuuri

Obiective:

- O analiză aprofundată a propriilor presupuneri
- Înțelegerea modului în care se formează atitudinile față de normele sociale
- Reflexie asupra normelor sociale și brainstorming pentru evitarea stereotipurilor

Materiale: Fișe de lucru pregătite, cu întrebările ghid pentru lucrul individual și pentru discuția ulterioară în grupuri mici și în plen.



Referințe

- Ariès, P. (1988). History of private life. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Beck-Gernsheim, E. (1980): Das halbierte Leben: Männerwelt Beruf, Frauenwelt Familie. Frankfurt a.M.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2016). The social construction of reality. Frankfurt a. M.
- Butler, J. (1991). The discomfort of the sexes. Frankfurt a. M.
- Dimbath, O. (2025): Social Norm. In: <https://www.socialnet.de/lexikon/Soziale-Norm>
- Fealy, G., McNamara, M., Treacy, M. P., & Lyons, I. (2012). Constructing ageing and age identities: A case study of newspaper discourse. Ageing & Society, 32(1), 85–102.
- Feldmann, M., Wazinski, K., Wanka, A. (2025): Intersectional Perspectives on Age(ing) and Gender in Social Work
- Foucault, M. (1999). The will to know. Sexuality and Truth 1.
- Goffman, E. (1977). Stigma. On Techniques of Coping with Damaged Identity. Frankfurt a. M.
- Honneth, A. (2010). The I in the We. Berlin
- Matuszkiewicz, K. (2017): "Who Creates History? Media and Personal Narrations in Digital Games". In: Maren Conrad, Theresa Schmidtke and Martin Stobbe (eds.): Digital Contexts. Literature and Computer Games in Contemporary Society. Special issue # 2 of Textpraxis. Digital Journal of Philology (2.2017). URL: <http://www.uni-muenster.de/Textpraxis/kai-matuszkiewicz-wer-erzeugt-die-geschichte>, DOI: <http://dx.doi.org/10.17879/61269492200>.
- Plummer, K. (1995). Telling Sexual Stories. London: Routledge.
- Somers, M. R. (1994). The Narrative Constitution of Identity. Theory and Society, 23(5), 605–649.
- Woodward, K. (2006). Aging and Its Discontents. Bloomington: Indiana University Press.



MODULUL 5

Sexualitatea la vârsta a treia și indicatorii de sănătate

*Elaborat de:
Ioana Teacoe
Societatea Română Alzheimer*



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Prezentare generală

Acest modul explorează sexualitatea la vârsta a treia ca o dimensiune complexă a sănătății, a stării de bine și a demnității umane. Depășind stereotipurile care asociază înaintarea în vârstă cu pierderea intimității sau a dorinței sexuale, modulul prezintă bunăstarea sexuală ca o componentă esențială a îmbătrânirii sănatoase, influențată de factori biologici, psihologici, relaționali și sociali. Scopul său este de a sprijini educatorii, profesioniștii din domeniul sănătății și alți practicieni în înțelegerea modului în care exprimarea sexualității și nevoile de intimitate evoluează odată cu înaintarea în vârstă, păstrându-și totodată importanța pentru calitatea vieții.

Modulul începe prin prezentarea schimbărilor medicale și fiziologice asociate procesului de îmbătrânire, atât la femei, cât și la bărbați, subliniind faptul că diversitatea experiențelor individuale, și nu declinul, reprezintă caracteristica definitorie a sexualității la vârsta a treia. În continuare, sunt analizate efectele bolilor cronice și ale tratamentelor medicamentoase asupra funcționării sexuale, prin prisma simptomelor fizice, a efectelor terapeutice și a impactului general al stării de sănătate.

Având aceasta bază, modulul evidențiază importanța sănătății mintale, a imaginii de sine și a calității relațiilor interpersonale, recunoscând că siguranța emoțională, relațiile apropiate și percepția asupra propriei persoane influențează experiența sexuală la fel de mult ca factorii fiziologici.

Secțiunile următoare abordează riscurile asociate sănătății sexuale și măsurile de protecție, inclusiv prezența adesea subestimată a infecțiilor cu transmitere sexuală în rândul persoanelor vârstnice, precum și importanța prevenției, a educației și a dialogului clinic de rutină. Modulul se încheie prin evidențierea importanței unei comunicări etice, centrate pe persoană, în cadrul serviciilor de sănătate, oferind recomandări practice pentru inițierea unor discuții respectuoase despre sexualitate și pentru răspunsul adecvat la nevoile exprimate de pacienți.

Împreună, aceste componente oferă un cadru holistic care integrează cunoștințe de specialitate, principii etice și abilități practice de comunicare necesare pentru promovarea bunăstării sexuale la vârsta a treia.

Acest modul se bazează, de asemenea, pe concluziile desprinse din sesiunile de Focus Grup și Dialog Intergenerațional desfășurate în cadrul proiectului, în cadrul cărora persoanele vârstnice au împărtășit reflecții personale despre intimitate, singurătate, conexiunea emoțională și semnificația sexualității în etapa târzie a vieții. Discuțiile au evidențiat faptul că sexualitatea este percepută de multe persoane vârstnice nu doar din perspectivă fiziologică, ci și ca o experiență mai amplă, care include afecțiunea, comunicarea, demnitatea și sentimentul de apartenență în relațiile interpersonale.

Participanții au subliniat, de asemenea, impactul singurătății, al izolării sociale și al schimbărilor survenite odată cu înaintarea în vârstă asupra stării de bine, evidențiind necesitatea abordării sexualității într-un cadru holistic și centrat pe persoană. Integrarea acestor experiențe de viață alături de cunoștințele medicale și psihosociale consolidează relevanța modulului și contribuie la formularea unor recomandări profesionale ancorate în nevoile și perspectivele reale ale persoanelor vârstnice implicate în proiect.





Concepte-cheie & Definiții

Schimbarea medicală și fiziologică

Îmbătrânirea implică modificări la nivel endocrin, vascular, neurologic și musculo-scheletic, care pot influența dorința sexuală, excitarea, confortul și răspunsul sexual. Aceste procese variază considerabil de la o persoană la alta și nu împiedică existența unor relații intime satisfăcătoare și semnificative.

Efectele bolilor cronice și ale medicației

Afecțiunile cronice frecvente la vârsta înaintată – precum bolile cardiovasculare, diabetul, artrita sau cancerul – precum și tratamentele acestora pot afecta funcția sexuală prin oboseală, durere, afectare vasculară sau neurologică, modificări hormonale ori efecte secundare ale medicamentelor. Identificarea factorilor care pot fi modificați, inclusiv a influențelor farmacologice, este esențială pentru o îngrijire personalizată.

Polimedicația

Polimedicația reprezintă utilizarea simultană a mai multor medicamente, fiind frecvent întâlnită în rândul persoanelor vârstnice. Aceasta poate influența funcția sexuală prin efecte secundare care afectează libidoul, excitarea, lubrifierea, funcția erectilă sau nivelul general de energie și tonusul psihic.

Sănătatea mintală, imaginea corporală și bunăstarea relațională

Starea emoțională, percepția asupra propriului corp și calitatea relațiilor influențează puternic exprimarea sexualității la vârsta a treia. Depresia, anxietatea, singurătatea sau doliul pot scădea dorința sexuală și intimitatea, în timp ce compania, siguranța emoțională și o imagine corporală pozitivă pot susține apropierea și satisfacția în relații.

Riscurile și protecția sănătății sexuale

Persoanele vârstnice rămân susceptibile la infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) și la alte probleme de sănătate sexuală, în special atunci când prevenția, screeningul și educația sunt limitate. Abordările de protecție includ dialogul deschis și de rutină, practicarea sexului protejat, accesul la informații și integrarea sănătății sexuale în îngrijirea generală a sănătății.

Comunicarea centrată pe persoană

Comunicarea centrată pe individ recunoaște sexualitatea ca fiind un aspect legitim al demnității, autonomiei și identității pe tot parcursul vieții. Aceasta implică un dialog respectuos și incluziv, luarea deciziilor în comun, acordarea atenției nevoilor emoționale și relaționale, precum și adaptarea la contextul cultural și social specific fiecărei persoane.

Fazele răspunsului sexual

Fazele răspunsului sexual se referă la succesiunea proceselor fiziologice și psihologice asociate cu excitarea și satisfacția sexuală. Acesta este descris, în mod obișnuit, prin următoarele etape: dorința (libidoul), excitarea, platoul, orgasmul și rezoluția (revenirea organismului la starea de repaus).





Repere teoretice

Modificări medicale și fiziologice ale sexualității la vârsta înaintată

Pe măsură ce oamenii înaintează în vârstă, aceștia trec prin schimbări la nivelul funcționării psihice, emoționale, fizice, biologice și sociale. Din perspectivă biologică, modificările asociate îmbătrânirii apar la toate organismele pluricelulare care au atins maturitatea reproductivă, afectează toți membrii unei specii și au la bază mecanisme moleculare comune (Hayflick, 2007). Cu toate acestea, procesul de îmbătrânire prezintă o variabilitate individuală considerabilă, în special între femei și bărbați. Femeile au, în general, o speranță de viață mai mare decât bărbații, însă pot prezenta un grad mai ridicat de fragilitate la vârste înaintate. În schimb, bărbații se confruntă adesea cu o apariție mai precoce a factorilor de risc cardiovasculari și metabolici, care pot influența funcția sexuală. Aceste diferențe evidențiază importanța adoptării unor abordări personalizate și sensibile la particularitățile de gen în promovarea sănătății sexuale la vârsta înaintată. În ceea ce privește sexualitatea, modificările fiziologice asociate îmbătrânirii pot influența exprimarea sexualității, însă nu împiedică posibilitatea de a avea relații intime semnificative și satisfăcătoare.

Înțelegerea acestor procese generale de îmbătrânire constituie o bază esențială pentru analiza modificărilor fiziologice specifice care pot influența funcționarea sexuală la vârsta înaintată.

„După vârsta de 60–65 de ani, oamenii nu își pierd bucuria de a trăi; se schimbă doar modul în care se bucură de viață.”

(participant Focus Group, România)

La bărbați, procesul de îmbătrânire implică modificări treptate ale sistemelor endocrin, vascular și neurologic, care influențează răspunsul sexual. Concentrația serică a testosteronului scade, de regulă, progresiv odată cu înaintarea în vârstă, iar această modificare hormonală poate contribui la reducerea dorinței sexuale la unele persoane. Este important de subliniat că modificările dorinței sexuale nu sunt uniforme, iar mulți bărbați vârstnici nu prezintă o scădere previzibilă a libidoului, în ciuda modificărilor hormonale asociate îmbătrânirii. Modificările vasculare, inclusiv reducerea complianței arteriale și a funcției endoteliale, pot întârzia apariția erecției și pot diminua rigiditatea acesteia, fiind necesară o stimulare fizică mai intensă pentru obținerea excitației. Deși numărul spermatozoizilor se modifică, de regulă, doar în mică măsură odată cu vârsta, proporția spermatozoizilor viabili din punct de vedere funcțional și probabilitatea de concepție pot scădea. Modificările neurologice pot diminua feedbackul senzorial, iar perioada refractară postorgasmică tinde să se prelungească, ceea ce poate modifica tiparul răspunsului sexual. În plus, senzația de urgență caracteristică fazei de platou poate deveni mai puțin pronunțată la vârsta înaintată (Meston, 1997; Steffens & Zdanys, 2022).

La femei, menopauza reprezintă cea mai importantă modificare fiziologică ce influențează funcționarea sexuală. Scăderea nivelului de estrogen și a altor hormoni sexuali determină modificări ale țesuturilor genitale, inclusiv subțierea și reducerea elasticității epiteliului vaginal, precum și



diminuarea lubrifierii naturale. Aceste modificări pot provoca uscăciune vaginală, disconfort sau dispareunie (durere în timpul actului sexual). Îmbătrânirea poate fi asociată, de asemenea, cu scurtarea și îngustarea canalului vaginal, împreună cu reducerea vascularizației regiunii pelvine. Totodată, modificările legate de vârstă afectează fluxul sanguin genital și răspunsul de excitare, care pot deveni mai lente sau mai puțin intense, iar numărul sau intensitatea contracțiilor musculare din timpul orgasmului poate scădea (Meston, 1997; Steffens & Zdanys, 2022).

Cercetările privind fiziologia sexuală și starea de bine sexuală la adulții vârstnici transgender și cu identități de gen diverse (TGD) rămân limitate, iar o mare parte din recomandările clinice existente se bazează încă pe studii realizate în rândul adulților mai tineri. În consecință, interacțiunea pe termen lung dintre procesele de îmbătrânire și intervențiile medicale de afirmare a genului nu este încă pe deplin înțeleasă (Institute of Medicine, 2011; Iwamoto et al., 2023). Dovezile disponibile indică o variabilitate individuală considerabilă a funcționării sexuale pe parcursul vieții. Factori precum terapia hormonală de afirmare a genului administrată pe termen lung, istoricul intervențiilor chirurgicale și efectele fiziologice ale îmbătrânirii pot interacționa în mod complex, influențând dorința sexuală, excitația, confortul în timpul intimității și starea generală de bine sexuală (Ceolin et al., 2024).

De exemplu, studiile arată că aproximativ 25–75% dintre persoanele transfeminine pot experimenta o anumită formă de disfuncție sexuală după vaginoplastie, în timp ce aproximativ 54% dintre persoanele transmasculine raportează dificultăți privind funcționarea sexuală după intervenții precum histerectomia sau faloplastia. Au fost descrise și simptome asociate disfuncțiilor planșeului pelvin, inclusiv incontinența urinară (raportată la până la 15% dintre persoanele transfeminine și până la 50% dintre persoanele transmasculine în unele studii), precum și simptome urinare iritative și disconfort care pot afecta activitatea sexuală (Dominoni et al., 2024). Cu toate acestea, literatura disponibilă este limitată și heterogenă, multe studii bazându-se pe eșantioane reduse și perioade relativ scurte de urmărire. Prin urmare, rezultatele pe termen lung nu sunt încă pe deplin cunoscute.

În ceea ce privește terapia hormonală de afirmare a genului, debutul și intensitatea efectelor asupra funcției sexuale variază considerabil între indivizi, iar dovezile disponibile privind numeroasele efecte pe termen lung sunt încă limitate. De exemplu, administrarea de estrogen în asociere cu terapia antiandrogenică la persoanele transfeminine este frecvent asociată cu scăderea dorinței sexuale, reducerea erecțiilor spontane și atrofia progresivă a testiculelor, modificări care pot apărea încă din primele luni de tratament. În schimb, terapia cu testosteron la persoanele transmasculine determină adesea creșterea dorinței sexuale, mărirea clitorisului și încetarea menstruației, în timp ce atrofia vaginală poate contribui, în unele cazuri, la disconfort în timpul activității sexuale (Hembree et al., 2017).

Dincolo de procesele fiziologice și de modificările endocrine specifice sexului, starea de bine sexuală la vârsta înaintată este influențată și de bolile cronice, utilizarea medicamentelor și starea generală de sănătate, aspecte care vor fi abordate în secțiunea următoare.



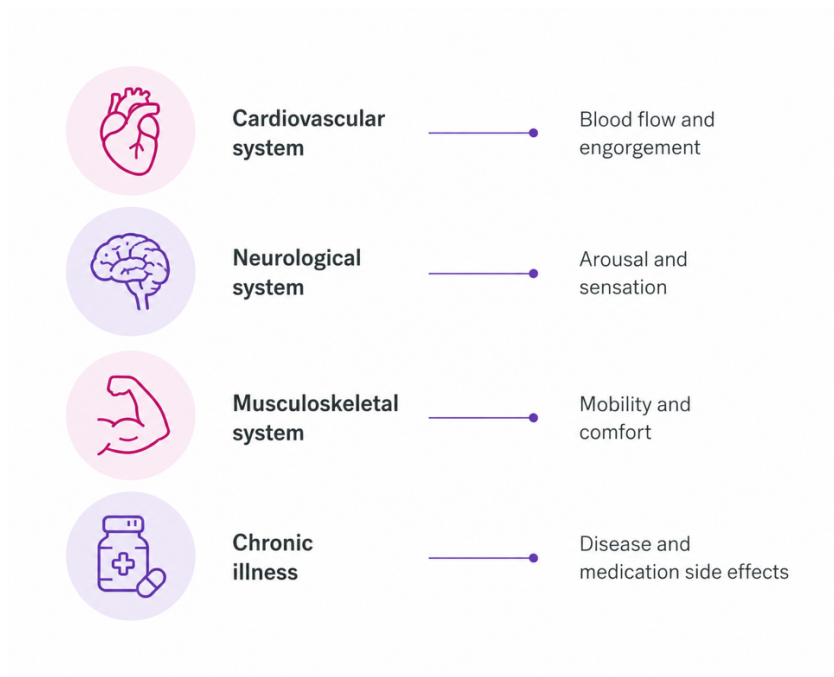


Figura 1. Imagine grafică generate de AI

Bolile cronice, medicația și funcționarea sexuală

Dovezile provenite dintr-un studiu arată că bolile cronice pot influența funcționarea sexuală la vârsta înaintată prin mecanisme fiziologice specifice și prin povara simptomelor asociate fiecărei afecțiuni (Merghati-Khoei et al., 2016)

- Bolile cardiovasculare pot afecta fluxul sanguin la nivel genital, reducând excitația sexuală sau capacitatea de a obține și menține erecția.
- Diabetul zaharat este frecvent asociat cu neuropatie, afectare vasculară și modificări hormonale, care pot influența dorința sexuală, erecția sau lubrifierea vaginală.
- Afecțiunile respiratorii cronice pot limita rezistența fizică și pot accentua oboseala în timpul activității sexuale.
- Bolile musculo-scheletale, precum artrita, pot provoca durere, rigiditate și limitarea mobilității, ceea ce poate îngreuna adoptarea unor poziții confortabile în timpul actului sexual.
- Cancerul și tratamentele asociate pot modifica imaginea corporală, echilibrul hormonal și nivelul de energie, contribuind la schimbări ale interesului sexual sau ale răspunsului sexual.

Împreună, aceste exemple ilustrează faptul că impactul funcțional al bolilor cronice asupra sexualității reflectă, de cele mai multe ori, interacțiunea dintre mecanismele bolii, efectele tratamentului și starea generală de sănătate a persoanei vârstnice.

Utilizarea medicamentelor reprezintă un alt factor important, adesea insuficient recunoscut, care poate contribui la apariția disfuncțiilor sexuale la adulții vârstnici. Numeroase tratamente farmacologice prescrise pentru afecțiuni cronice - precum antihipertensivele, antidepresivele,

antipsihoticele, sedativele și unele terapii hormonale - pot influența libidoul, excitația sexuală, lubrifierea vaginală, funcția erectilă sau răspunsul orgasmic.

În practica clinică, modificările funcției sexuale sunt uneori atribuite exclusiv procesului de îmbătrânire sau progresiei bolii, deși acestea pot fi determinate de efecte medicamentoase care pot fi identificate și, în unele cazuri, corectate. Prin urmare, o evaluare atentă a tratamentului medicamentos și o comunicare deschisă între pacient și profesioniștii din domeniul sănătății pot avea un rol esențial în identificarea factorilor reversibili care contribuie la dificultățile sexuale. Aceste aspecte evidențiază importanța includerii în mod sistematic a sănătății sexuale în managementul bolilor cronice și în îngrijirea persoanelor la vârsta înaintată.

Sănătatea mintală și bunăstarea relațională

Starea de bine sexuală la vârsta înaintată este strâns legată de sănătatea mintală, experiențele emoționale și calitatea relațiilor interpersonale. Cercetările din domeniul sănătății mintale geriatrice arată că depresia, anxietatea, singurătatea și experiențele de pierdere sau doliu sunt asociate cu diminuarea dorinței sexuale, reducerea motivației pentru intimitate și retragerea din apropierea relațională la vârsta înaintată (DeLamater, 2012). În schimb, sentimentul de siguranță emoțională, compania unei persoane apropiate și apartenența la o relație semnificativă pot susține menținerea interesului pentru afecțiune și conexiune intimă, chiar și în prezența modificărilor fizice asociate îmbătrânirii.

„Sexualitatea nu se rezumă doar la actul sexual; ea cuprinde mult mai mult – este un concept-umbrelă.”
(participan Focus Group, România)

Procesul de îmbătrânire este însoțit și de transformări ale imaginii corporale, care pot influența modul în care persoanele vârstnice își percep atractivitatea, dezirabilitatea și dreptul la intimitate. Modificările fizice vizibile, limitările determinate de boli și interiorizarea stereotipurilor negative legate de vârstă (*ageism*) pot determina unele persoane să considere că sexualitatea nu mai este potrivită sau posibilă la vârsta înaintată. Dovezile științifice sugerează că aceste percepții despre sine pot influența exprimarea sexualității într-o măsură comparabilă cu modificările fiziologice propriuzise, subliniind importanța abordării stării de bine emoționale și a imaginii de sine alături de sănătatea fizică (DeLamater & Koepsel, 2015).

Contextul relațional joacă un rol esențial în modelarea experienței sexuale la vârsta înaintată. Relațiile de lungă durată se pot transforma pe măsură ce rolurile partenerilor se modifică din cauza responsabilităților de îngrijire, a bolilor sau a schimbărilor capacității funcționale. În același timp, persoanele fără partener pot experimenta singurătate sau pot avea oportunități reduse de a dezvolta relații intime. În consecință, intimitatea la vârsta înaintată este adesea redefinită astfel încât să includă afecțiunea, contactul fizic, apropierea emoțională și compania reciprocă, nu doar actul sexual, iar

relațiile de sprijin constituie factori protectori importanți atât pentru sănătatea mintală, cât și pentru starea generală de bine a persoanelor vârstnice (Fileborn et al., 2017).

*„Într-un anumit moment al vieții, singurătatea
poate deveni un factor de decompensare
psihologică.”*

(participant Focus Group, România)

Pe lângă factorii psihologici și relaționali, și contextul social mai larg poate influența starea de bine sexuală la vârsta înaintată. Determinanți psihosociali precum stresul minoritar, experiențele de discriminare, accesul la comunități de sprijin și recunoașterea relațiilor de cuplu pot modela rezultatele în domeniul sănătății sexuale în rândul persoanelor vârstnice, în special al celor care aparțin minorităților sexuale sau de gen. Aceste experiențe pot influența atât oportunitățile de a dezvolta și menține relații intime, cât și disponibilitatea de a solicita sprijin pentru probleme legate de sănătatea sexuală (Iwamoto et al., 2023).

În ansamblu, sănătatea mintală, imaginea corporală și bunăstarea relațională reprezintă dimensiuni esențiale ale sexualității la vârsta înaintată. Prin urmare, promovarea stării de bine sexuale presupune acordarea unei atenții deopotrivă funcționării fiziologice, rezilienței emoționale, percepției de sine și mediilor relaționale în care persoanele vârstnice trăiesc, interacționează și își dezvoltă relațiile cu ceilalți.

Riscuri pentru sănătatea sexuală și măsuri de protecție la vârsta înaintată

Deși activitatea și interesul sexual se mențin adesea și la vârsta înaintată pentru multe persoane, există anumite riscuri pentru sănătatea sexuală care necesită atenție în practica clinică și în activitățile educaționale. Una dintre principalele preocupări este povara adesea subestimată a infecțiilor cu transmitere sexuală (ITS) în rândul adulților vârstnici. Dovezile epidemiologice arată că incidența infecțiilor cu transmitere sexuală, precum chlamydia, gonoreea și sifilisul, a crescut în ultimii ani în rândul persoanelor cu vârsta de 50 de ani și peste. Această creștere se explică, parțial, prin faptul că această categorie de vârstă este frecvent exclusă din programele convenționale de educație pentru sănătate sexuală, screening și prevenție. De asemenea, persoanele vârstnice își pot subestima riscul de infectare și pot utiliza mai puțin consecvent metodele de protecție, deoarece multe dintre ele au ajuns la maturitate înainte de implementarea pe scară largă a programelor de educație privind HIV și promovarea utilizării prezervativului (Kumar, 2025).

Modificările fiziologice asociate îmbătrânirii — inclusiv subțierea mucoaselor, reducerea lubrifierii genitale și modificările răspunsului imun — pot crește susceptibilitatea la infecții și riscul de apariție a complicațiilor după expunere (Kumar, 2025). În plus, bolile cronice mai frecvente la vârsta înaintată, precum diabetul zaharat și bolile cardiovasculare, pot afecta vindecarea țesuturilor și funcționarea sistemului imunitar, amplificând uneori efectele unei infecții sau ale unei leziuni. Acești factori evidențiază importanța evaluării de rutină a sănătății sexuale, a consilierii pentru reducerea riscurilor și a efectuării screeningului pentru infecțiile cu transmitere sexuală, adaptat vârstei persoanelor vârstnice.

Este important de subliniat că există strategii eficiente de protecție care pot contribui la promovarea sănătății și siguranței sexuale la vârsta înaintată. Modelele de promovare a sănătății evidențiază necesitatea unei educații complete privind sănătatea sexuală, care să includă și persoanele vârstnice, a discutării de rutină între profesioniștii din domeniul sănătății și pacienți despre activitatea sexuală și preocupările legate de aceasta, precum și a încurajării practicării sexului protejat, inclusiv prin utilizarea prezervativului pentru prevenirea infecțiilor cu transmitere sexuală (Stowell et al., 2023; Penhollow et al., 2024). De asemenea, profesioniștii din domeniul sănătății au un rol esențial în normalizarea acestor discuții, furnizarea de informații adaptate privind reducerea riscurilor și facilitarea accesului la screening, vaccinare și tratament, atunci când este cazul.

În ansamblu, înțelegerea și abordarea riscurilor pentru sănătatea sexuală la vârsta înaintată — inclusiv vulnerabilitatea la infecțiile cu transmitere sexuală, dificultățile de răspuns sexual și influențele psihosociale — contribuie la o abordare holistică și centrată pe persoană a stării de bine sexuale. Integrarea promovării sănătății sexuale în îngrijirea de rutină contribuie la protejarea demnității, autonomiei și calității vieții persoanelor vârstnice.



Figura 2. Imagine creată în Canva (2026)

Comunicarea în cadrul serviciilor de sănătate și abordarea centrată pe persoană

Comunicarea deschisă, respectuoasă și centrată pe persoană este esențială pentru susținerea stării de bine sexuale la vârsta înaintată. În ciuda importanței recunoscute a sexualității pentru calitatea vieții, discuțiile despre intimitate și preocupările legate de viața sexuală lipsesc adesea din interacțiunile de rutină dintre profesioniștii din domeniul sănătății și persoanele vârstnice. Cercetările arată că atât profesioniștii din sănătate, cât și pacienții pot evita aceste conversații din cauza disconfortului, a presupunerilor potrivit cărora persoanele vârstnice sunt asexuale, a constrângerilor de timp sau a incertitudinilor privind limitele profesionale. Ca urmare, numeroase nevoi rămân neidentificate, iar suferința asociată problemelor de sănătate sexuală este adesea insuficient recunoscută (Fileborn et al., 2017; Gott & Hinchliff, 2003).

Raportul Organizației Mondiale a Sănătății subliniază necesitatea ca sistemele de sănătate și de asistență socială să adopte abordări centrate pe persoană, care respectă valorile, preferințele, capacitățile funcționale și contextul de viață al persoanelor vârstnice (World Health Organization, 2015). Deși aceste principii sunt formulate în raport cu sănătatea și starea generală de bine, și nu în mod specific cu sexualitatea, sănătatea sexuală reprezintă o dimensiune integrantă a calității vieții și, prin urmare, face parte din îngrijirea holistică centrată pe persoană. Din această perspectivă, abordarea sexualității la vârsta înaintată nu constituie un aspect opțional sau marginal al practicii profesionale, ci o componentă esențială a promovării demnității, autonomiei și participării active la viața de zi cu zi. Îngrijirea centrată pe persoană presupune recunoașterea individualității fiecărei persoane vârstnice, implicarea acesteia în procesul decizional prin luarea deciziilor în comun, răspunsul la nevoile emoționale și relaționale, precum și la cele fizice, și adaptarea comunicării și a intervențiilor la contextul cultural, preferințele și experiențele de viață ale fiecărei persoane. O astfel de abordare le permite profesioniștilor din domeniul sănătății și al asistenței sociale să integreze starea de bine sexuală în îngrijirea globală, într-o manieră respectuoasă, etică și incluzivă.

Comunicarea despre sexualitate la vârsta înaintată trebuie, de asemenea, să recunoască diversitatea experiențelor persoanelor vârstnice, inclusiv diferențele legate de gen, orientare sexuală, statut relațional, dizabilitate, modificări cognitive și mediul de viață. Practicile de comunicare incluzivă — precum evitarea presupunerilor heteronormative, utilizarea întrebărilor deschise și validarea experiențelor emoționale — s-au dovedit a îmbunătăți încrederea, implicarea persoanelor în procesul de îngrijire și satisfacția generală față de serviciile primite (Hinchliff & Gott, 2011; Fileborn et al., 2017).

Principii pentru inițierea discuțiilor despre sexualitate în practica medicală (adaptat după Dukes, 2025)

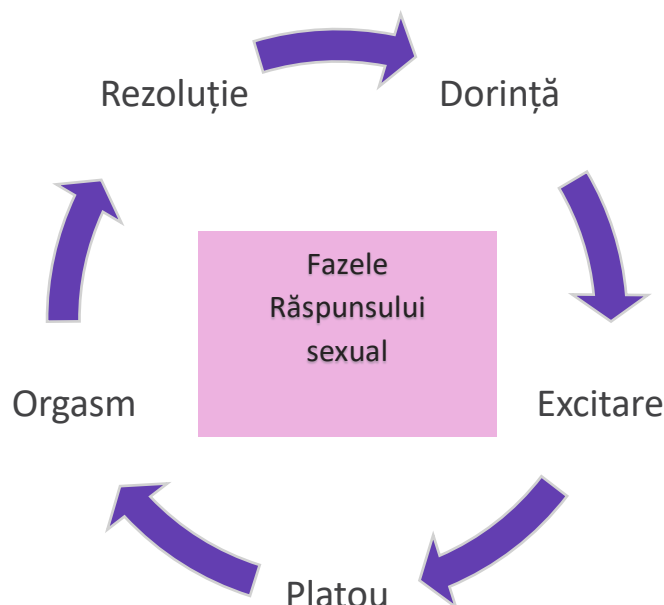
Principii	Semnificație practică în conversația clinică	Exemple de întrebări sau fraze
Normalizați subiectul	Prezentați sănătatea sexuală ca o componentă firească și legitimă a stării generale de sănătate și a stării de bine, contribuind astfel la reducerea stigmatizării și a sentimentului de jenă sau disconfort.	„Îmi întreb toți pacienții despre sănătatea sexuală, deoarece aceasta reprezintă o componentă importantă a stării generale de sănătate și a stării de bine.”

Asigurați confortul și obțineți consimțământul	Creați un mediu sigur, bazat pe respect și lipsit de judecată, precizând în mod explicit că pacientul poate refuza să răspundă sau poate alege să omită orice întrebare, fără nicio consecință asupra îngrijirii sale.	„Această discuție este confidențială și se desfășoară într-un mediu lipsit de judecată. Puteți alege să nu răspundeți la orice întrebare sau să opriți discuția în orice moment.”
Folosiți un limbaj deschis și incluziv	Evitați presupunerile privind orientarea sexuală, partenerii sau identitatea pacientului și încurajați-l să împărtășească informații folosind întrebări neutre și deschise, care îi permit să se exprime în propriile cuvinte.	„Există ceva legat de sexualitatea dumneavoastră sau de relațiile intime despre care ați dori să discutăm?”
Începeți cu o abordare holistică.	Introduceți subiectul sexualității în contextul mai larg al sănătății și al calității vieții înainte de a adresa întrebări specifice, pentru a evidenția relevanța acestuia în îngrijirea medicală și a facilita o discuție deschisă.	„Uneori, schimbările de sănătate sau tratamentele medicamentoase pot influența intimitatea sau starea de bine sexuală. A fost acest lucru relevant în cazul dumneavoastră?”
Recunoașteți și validați sexualitatea ca parte integrantă a identității	Recunoașteți că sexualitatea reprezintă o dimensiune importantă și legitimă a vieții fiecărei persoane, indiferent de vârstă.	„Pentru multe persoane, sexualitatea și intimitatea rămân aspecte importante ale vieții pe măsură ce înaintează în vârstă.”
Adresați întrebări directe, dar cu tact	După ce a fost creat un climat de siguranță și încredere, explorați preocupările specifice ale pacientului, precum dorința sexuală, plăcerea, durerea sau schimbările apărute în relația intimă.	„Ați observat modificări ale dorinței sexuale, confortului sau plăcerii sexuale pentru care ați dori să primiți sprijin?”

Ghid pentru educatori și profesioniști

Utilizarea fazelor răspunsului sexual pentru inițierea conversației

Pentru mulți profesioniști, inițierea discuțiilor despre sexualitate cu persoanele vârstnice poate fi percepută ca fiind inconfortabilă sau intruzivă. Cu toate acestea, evitarea acestui subiect poate face ca nevoi importante să rămână neidentificate și neabordate. O modalitate utilă de a aborda starea de bine sexuală într-un mod respectuos și structurat este utilizarea fazei răspunsului sexual ca reper conceptual pentru dialog, și nu ca model clinic rigid. Abordată cu sensibilitate, această perspectivă poate sprijini o evaluare holistică, respectând în același timp demnitatea, intimitatea și siguranța emoțională a persoanei. Profesioniștii pot avea în vedere etapele ciclului răspunsului sexual ca un ghid practic în discuțiile despre starea de bine sexuală, analizând pe rând fiecare etapă și factorii care o pot influența. O astfel de abordare contribuie la evitarea omiterii unor informații importante privind experiența sexuală și nevoile individuale ale persoanei.



La vârsta înaintată, etapele descrise în mod tradițional în cadrul ciclului răspunsului sexual — precum dorința, excitarea, satisfacția și rezoluția emoțională — își pot modifica intensitatea, durata sau semnificația, însă nu dispar. Dificultățile întâmpinate în oricare dintre aceste etape pot reflecta existența unor afecțiuni fizice, efectele tratamentelor medicamentoase, suferința psihologică, dificultățile relaționale sau izolarea socială. Explorarea acestor dimensiuni prin întrebări formulate cu tact și deschise permite profesioniștilor să înțeleagă experiența individuală a persoanei, fără a presupune existența unei disfuncții sau a impune așteptări normative privind sexualitatea.

Profesioniștii pot începe discuția concentrându-se asupra interesului pentru intimitate și a apropierei emoționale, întrebând, de exemplu, dacă persoana mai simte dorința de intimitate, afecțiune sau companie. Ulterior, conversația poate aborda confortul fizic și modificările corporale, inclusiv dacă durerea, oboseala, uscăciunea vaginală sau dificultățile erectile influențează experiențele intime. Discuția poate continua cu explorarea satisfacției și a semnificației emoționale a vieții intime, analizând dacă persoana se simte împlinită, conectată emoțional sau înțeleasă în cadrul relațiilor sale. În cele din urmă, reflecția asupra semnificației pe care intimitatea o are în această etapă a vieții poate evidenția valori importante legate de identitate, demnitate și calitatea vieții.

Pentru a facilita înțelegerea practică a acestor aspecte, tabelul de mai jos prezintă modul în care diferitele etape ale ciclului răspunsului sexual pot fi influențate de factori medicali, psihologici și relaționali frecvent întâlniți la vârsta înaintată.

Faza răspunsului sexual	Principalii factori care influențează sexualitatea la persoanele vârstnice	Exemple de întrebări
Dorința	Scăderea nivelului hormonilor sexuali (estrogen și testosteron), depresia sau singurătatea, calitatea relației de cuplu, bolile cronice sau oboseala, precum și interiorizarea	„Cât de importantă este pentru dumneavoastră, în prezent, intimitatea fizică sau afecțiunea?”

	stereotipurilor negative legate de vârstă și sexualitate.	„Ați observat, de-a lungul timpului, modificări ale interesului dumneavoastră pentru activitatea sexuală sau pentru apropierea intimă?” „Uneori, stresul, oboseala sau anumite probleme de sănătate pot influența dorința sexuală. Ați simțit că astfel de factori v-au afectat și pe dumneavoastră?” „Considerați că apropierea emoțională față de partenerul sau partenera dumneavoastră influențează interesul pentru intimitate?”
Excitarea	Afecțiuni vasculare și neurologice; uscăciune vaginală sau disfuncție erectilă; efectele medicației; durere sau limitarea mobilității; anxietate ori preocupări privind imaginea corporală.	Unele femei se confruntă cu uscăciune vaginală sau disconfort în timpul intimității după menopauză. Ați observat și dumneavoastră astfel de schimbări sau ați dori să primiți informații despre acest subiect?” „Unele persoane observă că erecțiile apar mai lent sau sunt mai puțin ferme decât în trecut. Dacă aceasta este și experiența dumneavoastră, putem discuta despre posibilele cauze și despre opțiunile disponibile.” „Ați observat modificări ale lubrifierii, erecției sau confortului fizic în timpul intimității?” „Dacă intimitatea a devenit inconfortabilă, putem discuta despre modalități prin care durerea poate fi redusă și confortul îmbunătățit.”

Platoul	Scăderea rezistenței fizice, limitările cardiovasculare, oboseala sau comorbiditățile, tensiunile relaționale și lipsa intimității în mediile de îngrijire.	„Vi se întâmplă uneori să vă fie dificil să mențineți excitația sexuală în timpul intimității?” „Unele persoane observă că au nevoie de mai mult timp sau de o stimulare mai intensă pentru a se simți confortabil și pentru a-și menține excitația în timpul intimității. Ați avut și dumneavoastră această experiență?” „Oboseala, afecțiunile de sănătate sau factorii din mediul înconjurător vă afectează capacitatea de a vă bucura de intimitate?” „Există situații în care lipsa intimității sau condițiile de locuit fac mai dificilă viața intimă?”
Orgasmul	Diabetul zaharat, afecțiunile neurologice sau ale prostatei, modificările hormonale, efectele adverse ale medicamentelor, inhibiția psihologică sau diminuarea conexiunii în relația de cuplu.	„Ați observat modificări în ceea ce privește ușurința cu care ajungeți la orgasm sau intensitatea plăcerii sexuale?” „Unele afecțiuni medicale sau medicamente pot influența orgasmul. Ați dori să discutăm dacă acest lucru este valabil și în cazul dumneavoastră?” „Vă simțiți mulțumit(ă) de nivelul de plăcere pe care îl experimentați în timpul intimității?” „Există dificultăți pe care le întâmpinați în timpul activității sexuale și pentru care ați dori să primiți sprijin?”
Rezoluția	Starea de bine emoțională, compania și relațiile apropiate sau experiența pierderii partenerului, modificările cognitive care pot influența intimitatea și oportunitățile de a	„După momentele de intimitate, vă simțiți de obicei relaxat(ă) și satisfăcut(ă) din punct de vedere emoțional?”

	menține demnitatea și contactul afectiv în viața de zi cu zi.	„Pierderea unui partener sau schimbările în relația de cuplu v-au influențat experiența intimității?” „Aveți oportunități de a beneficia de contact afectiv, precum îmbrățișările sau apropierea fizică?” „În ce măsură mediul în care trăiți facilitează sau limitează exprimarea intimității?”
--	---	---

Când să luați în calcul evaluarea de către un specialist

Trimiterea către un profesionist din domeniul sănătății sau al sănătății mintale trebuie luată în considerare atunci când dificultățile legate de sexualitate sunt persistente, provoacă suferință, sunt însoțite de durere sau se asociază cu modificări semnificative ale stării fizice, cognitive sau emoționale. Aceste situații pot include suspiciunea unor efecte adverse ale medicației, depresie sau anxietate netratată, durere cronică, tulburări hormonale sau urogenitale, disfuncție erectilă ori apariția unui declin cognitiv care poate afecta capacitatea de consimțământ sau comportamentul sexual. Trimiterea în timp util facilitează o evaluare cuprinzătoare, inițierea unui tratament adecvat și protejarea stării de bine, autonomiei și siguranței persoanei vârstnice.

Probleme frecvente de sănătate sexuală exprimate de persoanele vârstnice

Îngrijorări frecvente	Posibil răspuns al profesionistului
„Nu mai simt aceeași dorință sexuală ca înainte. Este normal?”	Recunoașteți că modificările dorinței sexuale sunt frecvente odată cu înaintarea în vârstă. Explorați posibili factori contributivi, precum starea de spirit, oboseala, medicația sau dinamica relației de cuplu. Dacă aceste modificări sunt persistente sau provoacă suferință, încurajați persoana să discute cu un profesionist din domeniul sănătății, care poate evalua posibilele cauze hormonale, psihologice sau medicale.
„Eu și partenerul meu nu mai avem raporturi sexuale.”	Normalizați ideea că intimitatea se poate modifica odată cu înaintarea în vârstă și că poate include forme de apropiere altele decât actul sexual. Încurajați comunicarea deschisă între parteneri și explorați dacă aceste schimbări reflectă preferințe personale, confortul în relație sau posibile probleme de sănătate.

Teama de a fi judecat pentru dorința de intimitate în mediile de îngrijire	Reasigurați persoana că intimitatea și afecțiunea rămân aspecte firești și legitime ale stării de bine la vârsta înaintată. Discutați despre dreptul la intimitate și demnitate în mediile de îngrijire și explorați posibile soluții practice care să sprijine menținerea relațiilor personale.
Uscăciune vaginală sau dureri	Explicați că uscăciunea vaginală după menopauză este frecventă. Încurajați persoana să consulte un medic ginecolog sau medicul de familie, care poate evalua cauzele posibile și poate recomanda tratamente adecvate, precum lubrifianți, hidratați vaginali sau terapii hormonale, atunci când sunt indicate.
Erecții dificile	Recunoașteți că modificările funcției erectile sunt frecvente odată cu înaintarea în vârstă, dar pot fi asociate și cu afecțiuni cardiovasculare, diabet zaharat sau efecte adverse ale medicației. Încurajați persoana să consulte un medic sau un medic urolog pentru o evaluare și un management adecvate.
Preocupări legate de imaginea corporală asociate înaintării în vârstă	Validați reacțiile emoționale la schimbările corporale și discutați despre modul în care intimitatea și atracția se pot transforma odată cu înaintarea în vârstă. Dacă aceste preocupări afectează semnificativ starea de bine sau relațiile personale, încurajați persoana să discute cu un specialist în sănătate mintală sau cu un consilier.
Rușine sau jenă legate de auto-stimulare	Normalizați auto-stimularea ca o formă frecventă și sănătoasă de exprimare a sexualității pe tot parcursul vieții. Reasigurați persoana că aceasta reprezintă un aspect al vieții private și nu indică o problemă decât dacă provoacă suferință sau afectează funcționarea ori starea de bine.
Medicație care reduce excitația sexuală sau capacitatea de a atinge orgasmul	Recunoașteți că unele medicamente pot influența funcția sexuală. Încurajați persoana să discute acest aspect cu medicul care i-a prescris tratamentul, deoarece, în anumite situații, pot fi posibile ajustări ale schemei terapeutice sau alternative de tratament.



Rezumat & Mesaje-cheie

*„Vârsta înaintată nu limitează drepturile
persoanei.”
(participant Focus Group, România)*

Sexualitatea la vârsta a treia nu este nici absentă, nici uniformă; ea reprezintă o dimensiune dinamică și profund personală a experienței umane, modelată de starea de sănătate, relații, identitate și contextul social. Înțelegerea acestei complexități este esențială pentru profesioniștii care lucrează cu persoane vârstnice, deoarece bunăstarea sexuală contribuie în mod direct la calitatea vieții, reziliența emoțională și menținerea demnității în procesul de îmbătrânire.

Îmbătrânirea biologică determină modificări fiziologice care pot influența dorința sexuală, excitația sau confortul în timpul activității sexuale, însă aceste schimbări nu exclud posibilitatea unei vieți intime satisfăcătoare. Dimpotrivă, sexualitatea la vârsta înaintată se caracterizează printr-o mare variabilitate individuală și prin capacitatea de adaptare. Afecțiunile cronice, efectele adverse ale medicației și alte probleme de sănătate pot influența suplimentar funcția sexuală, subliniind importanța unei evaluări holistice și a identificării factorilor potențial reversibili.

La fel de importante sunt dimensiunile psihologice și relaționale ale sexualității. Sănătatea mintală, imaginea corporală, compania, relațiile apropiate și siguranța emoțională influențează în mare măsură posibilitatea de a trăi intimitatea într-un mod satisfăcător. Recunoașterea diferitelor forme de apropiere – inclusiv afecțiunea, contactul fizic și conexiunea emoțională – contribuie la o înțelegere mai incluzivă a bunăstării sexuale la vârsta înaintată.

Riscurile legate de sănătatea sexuală, inclusiv vulnerabilitatea la infecțiile cu transmitere sexuală și nevoile nesatisfăcute de educație pentru sănătate, demonstrează că sexualitatea rămâne un subiect relevant atât din perspectivă clinică, cât și de sănătate publică. Prin urmare, educația preventivă, evaluarea periodică și dialogul deschis reprezintă componente esențiale ale îngrijirii cuprinzătoare.

În centrul unei practici eficiente se află comunicarea etică, centrată pe persoană. Profesioniștii au un rol esențial în normalizarea discuțiilor despre sexualitate, crearea unui mediu sigur și respectuos și răspunsul sensibil la nevoile exprimate de persoanele vârstnice. Integrarea bunăstării sexuale în îngrijirea medicală și socială de rutină susține autonomia, protejează demnitatea și promovează o îmbătrânire sănătoasă și holistică.

În concluzie, susținerea sexualității la vârsta a treia presupune depășirea stereotipurilor și adoptarea unei abordări centrate pe persoană, bazate pe dovezi și pe compasiune, care recunoaște intimitatea și exprimarea sexualității ca dimensiuni firești ale experienței umane pe tot parcursul vieții.



Instrumente practice

Acest modul este însoțit de resurse practice incluse în secțiunea de Instrumente practice - AgeWise, concepute pentru a-i sprijini pe formatori și profesioniști în transformarea cunoștințelor teoretice despre sexualitatea la vârsta înaintată în activități de învățare aplicată și reflecție profesională.

Planul lecției Modulul 2

Oferă structura, durata, obiectivele de învățare și recomandări pentru facilitarea desfășurării modulului în contexte de formare.

Exercițiul 1

Aplicația fazelor ciclului sexual - [Fișă de lucru bazată pe studii de caz](#) - destinată analizei unor situații realiste întâlnite la persoanele vârstnice și promovării unei interpretări a preocupărilor privind sexualitatea din perspectiva unei abordări centrate pe persoană.

Exercițiul 2

[Instrument de reflecție - bunăstarea sexuală holistică](#) - orientează procesul de reflecție asupra dimensiunilor biologice, psihologice, relaționale și sociale ale sexualității în perioada vârstei înaintate

Exercițiul 3

Comunicarea și fazele ciclului sexual - [Joc de rol](#) - permite participanților să exerseze răspunsul la preocupări sensibile legate de sexualitate și să exploreze bunăstarea sexuală printr-un dialog structurat, centrat pe persoană, utilizând modelul ciclului răspunsului sexual.

Prezentare PowerPoint

Facilitează prezentarea clară, accesibilă și adaptabilă a conținutului modulului.

Cum pot fi utilizate instrumente practice

- să planifice și să structureze sesiuni de formare;
- să stimuleze discuțiile și reflecția critică;
- să aplice cunoștințele teoretice în situații din viața reală;
- să consolideze o practică profesională etică, incluzivă și centrată pe persoană.

Împreună, aceste resurse sprijină implementarea practică a modulului în contexte educaționale, medicale și comunitare.

Referințe

- Ceolin, C., Papa, M. V., Scala, A., Sergi, G., & Garolla, A. (2024). Getting old in the desired gender: a systematic review on aging diseases in transgender people. *Journal of Endocrinological Investigation*, 47(8), 1851–1862. <https://doi.org/10.1007/s40618-024-02353-y>
- DeLaMater J. (2012). Sexual expression in later life: a review and synthesis. *Journal of sex research*, 49(2-3), 125–141. <https://doi.org/10.1080/00224499.2011.603168>
- DeLaMater, J., & Koepsel, E. (2014). Relationships and sexual expression in later life: a biopsychosocial perspective. *Sexual & Relationship Therapy*, 30(1), 37–59. <https://doi.org/10.1080/14681994.2014.939506>
- Dominoni, M., Scatigno, A. L., Pasquali, M. F., Bergante, C., Gariboldi, F., & Gardella, B. (2024). Pelvic floor and sexual dysfunctions after genital gender-affirming surgery: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 22(1), 184–195. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdae146>
- Dukes C. Talking about S-E-X in Healthcare Settings: Let's Get Clinical. *Dela J Public Health*. 2025 Jul 31;11(2):46-49. doi: 10.32481/djph.2025.07.12. PMID: 40786709; PMCID: PMC12333857.
- Fileborn, B., Lyons, A., Hinchliff, S., Brown, G., Heywood, W., Dow, B., Malta, S., & Minichiello, V. (2017). Improving the sexual lives of older Australians: Perspectives from a qualitative study. *Australasian journal on ageing*, 36(4), E36–E42. <https://doi.org/10.1111/ajag.12405>
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). How important is sex in later life? The views of older people. *Social science & medicine* (1982), 56(8), 1617–1628. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00180-6](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00180-6)
- Hayflick, L. (2007). Biological aging is no longer an unsolved problem. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1100(1), 1–13. <https://doi.org/10.1196/annals.1395.001>
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V., & T'Sjoen, G. G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869–3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Hinchliff, S., & Gott, M. (2011). Seeking medical help for sexual concerns in mid- and later life: a review of the literature. *Journal of sex research*, 48(2-3), 106–117. <https://doi.org/10.1080/00224499.2010.548610>
- Institute of Medicine (US) Committee on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health Issues and Research Gaps and Opportunities. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. 6, Later Adulthood. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK64800/>
- Iwamoto, S. J., Defreyne, J., Kaoutzanis, C., Davies, R. D., Moreau, K. L., & Rothman, M. S. (2023). Gender-affirming hormone therapy, mental health, and surgical considerations for aging transgender and gender diverse adults. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, 14, 20420188231166494. <https://doi.org/10.1177/20420188231166494>



Kumar B, Kaushal I, Narayanan B, Narang T. Sexually transmitted infections in the elderly: A growing concern in geriatric care. *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. 2025 Jan-Jun;46(1):16-21. doi: 10.4103/ijstd.ijstd_108_24. Epub 2025 Jun 9. PMID: 40546355; PMCID: PMC12180883.

Merghati-Khoei, E., Pirak, A., Yazdkhasti, M., & Rezasoltani, P. (2016). Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal of Research in Medical Sciences*, 21(1), 136. <https://doi.org/10.4103/1735-1995.196618>

Meston C. M. (1997). Aging and sexuality. *The Western journal of medicine*, 167(4), 285–290.

Penhollow T. M. (2024). Sexuality in Older Adults: Comprehensive Strategies for Clinicians and Patient-Centered Care. *American journal of lifestyle medicine*, 19(3), 392–402. <https://doi.org/10.1177/15598276241293100>

Steffens, D. C., & Zdanys, K. F. (2022). The American Psychiatric Association publishing Textbook of Geriatric Psychiatry. In *American Psychiatric Association Publishing eBooks*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615375196>

Stowell, M., Hall, A., Warwick, S., Richmond, C., Eastaugh, C. H., Hanratty, B., McDermott, J., Craig, D., & Spiers, G. F. (2023). Promoting sexual health in older adults: Findings from two rapid reviews. *Maturitas*, 177, 107795. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2023.107795>

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO Press.



MODULUL 6

Alte-isme în lucrul cu persoanele vârstnice și foarte vârstnice

*Elaborat de:
Karina Hoßfeld & Thomas Wilde
Association of Lower Saxony
Educational Initiatives e.V.*



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Prezentare generală

Termenul „otherism”, adesea numit și „othering” (în română, alterizare), provine din cuvintele englezești „other” și „otherness”, care înseamnă „celălalt” și „alteritate”. Alterizarea descrie un proces prin care anumite persoane sau grupuri („noi”) se delimitează de alte persoane sau grupuri („ceilalți”). În acest proces social, persoanele sau grupurile respective sunt astfel construite ca fiind „diferite”. Grupul celorlalți este întotdeauna încadrat drept „diferit” și „străin”, pentru că se abate de la „normă”, iar această abatere servește drept justificare pentru excludere (vezi <https://diversity-arts-culture.Berlin/Dictionary/othering>).

Este important de recunoscut că persoanele vârstnice se confruntă adesea cu discriminare explicit din cauza vârstei sau sunt etichetate drept deficitare ori ca nemaifiind capabile (Butler, 1969; OMS, 2021). Acest modul, „Alterizări”, extinde perspectiva dincolo de formele de discriminare legate de vârstă, pentru a analiza și alte forme de discriminare („alte -isme”) care pot afecta persoanele vârstnice. Motivul este că acestea sunt adesea supuse mai multor forme de stereotipizare simultan: din cauza vârstei, a limitărilor de sănătate, a demenței, a originii sau a statutului social ori a unei identități sau a unei povești de viață non-heteronormative.

Sexualitatea și identitatea la vârste înaintate sunt afectate în mod deosebit de astfel de procese de alterizare. Persoanele vârstnice care își exprimă nevoile sexuale sau doresc să aibă relații intime se abat de la norma socială a „sexualității tinerești” și sunt, prin urmare, adesea percepute ca având un comportament nepotrivit sau problematic. Această percepție duce frecvent la patologizarea sau moralizarea comportamentului lor, mai ales în instituțiile de îngrijire.

Discriminarea poate deveni deosebit de acută la vârste înaintate, deoarece dependența crește: oamenii se bazează tot mai mult pe sprijin profesional, pe structuri instituționale (îngrijire, asistență, locuire) și pe reglementări formale. Aici nu se organizează doar „sprijinul”, ci și normalitatea: cei percepuți ca „nepotrivindu-se” primesc mai puțin spațiu (la propriu și la figurat), mai puțină credibilitate și mai puțină libertate de acțiune. Acest lucru este deosebit de relevant în contextele în care sexualitatea și intimitatea sunt deja tabuuri sociale: normele funcționează atunci nu ca o interdicție explicită, ci ca ceva care „nu este prevăzut” (Gagnon & Simon, 1973; Goffman, 1963).

Un exemplu din viața de zi cu zi

Într-un centru rezidențial de îngrijire, angajații discută în camera personalului despre faptul că „rezidenții sunt iar dificili azi”. Ce înseamnă asta? Se referă la mai multe persoane diferite, fiecare cu nevoi proprii. Acest termen colectiv creează distanță și ascunde cauzele concrete ale neliniștii sau nemulțumirii. Aici începe alterizarea: s-a făcut un prim pas, probabil inconștient, spre „noi, îngrijitorii” în opoziție cu „acești rezidenți dificili”, percepuți ca un grup omogen.

Întrebări de reflecție pentru propria activitate

- *În ce situații folosesc termenii „noi” și „ei” în acest context (de exemplu, „clienții”, „îngrijitorii”, „cei care primesc îngrijire”)?*
- *Cum influențează acest limbaj atitudinile și acțiunile noastre?*
- *Cum am putea descrie aceeași situație într-un mod mai personalizat și mai respectuos?*

Devine clar că în centrul alterizării se află împărțirea în „noi” și „ei”. Această distincție se face adesea inconștient, de exemplu atunci când profesioniștii se distanțează de persoanele care au nevoie de



îngrijire sau de cele aflate în grija lor ori atunci când deciziile se iau exclusiv în cadrul echipei, fără implicarea persoanelor vizate. Din punct de vedere psihologic, acest lucru servește adesea ca mijloc de orientare și de protecție împotriva suprasolicitării emoționale. De asemenea, munca devine adesea mai simplă atunci când toată lumea este tratată la fel. Din păcate, și reversul este valabil: cu cât sunt luate mai mult în considerare nevoile individuale, cu atât cresc așteptările persoanelor îngrijite ca aceste nevoi să fie satisfăcute. Or, acest lucru nu este adesea posibil în limitele programului de lucru și ale bugetului disponibil.

Din perspectivă sociologică, această distincție generalizantă între „noi” și „ei” are, așadar, „avantajul” de a stabiliza distribuția rolurilor și structurile de putere din instituțiile de îngrijire. În acest sistem, „puterea” îngrijitorilor constă în a le oferi persoanelor îngrijite serviciile definite drept „standard” și în a avea „voie” să lase deoparte dorințele individuale. Acest lucru îi degrează pe îngrijitori atât psihologic, cât și în ceea ce privește volumul de muncă. Instituția îi eliberează de „obligația” de a răspunde nevoilor individuale.

Cu toate acestea, merită ca atât persoanele, cât și instituțiile să reflecteze asupra situațiilor în care contribuim la alterizare și asupra modului în care o putem evita. Acest material analizează aspectele teoretice esențiale ale alterizării, în special în centrele rezidențiale de îngrijire de lungă durată pentru persoane vârstnice. Deși sexualitatea și identitatea rămân componente centrale ale vieții umane pe tot parcursul vieții, aceste teme sunt adesea tratate ca tabu la bătrânețe. În plus, din perspectivă științifică, nu trebuie trecute cu vederea considerentele intersecționale, adică suprapunerea mai multor dimensiuni ale discriminării. Sexismul, ableismul, homofobia, transfobia și excluderea socială (de exemplu, sărăcia, singurătatea, rețelele sociale restrânse, excluderea digitală) rămân relevante și au un impact puternic.

Competențe dobândite - Modul 4

Acest modul se adresează în primul rând educatorilor pentru adulți, asistenților medicali, formatorilor din programele de pregătire în îngrijire, precum și centrelor rezidențiale și serviciilor de îngrijire la domiciliu. Totuși, și alți profesioniști din domeniul sănătății, precum și îngrijitorii din familie care doresc să abordeze procesele de stigmatizare și să reflecteze critic asupra propriilor atitudini și presupuneri vor găsi aici repere valoroase:

- puncte de plecare pentru a recunoaște „alte -isme” ca practici structurale (nu doar ca atitudini individuale);
- o înțelegere mai profundă a intersecționalității și a motivelor pentru care îmbătrânirea generează realități de viață foarte diferite;
- îndrumări concrete privind comunicarea incluzivă, gestionarea intimității și considerentele etice (autonomie/protecție/consimțământ);
- idei și sugestii despre modul în care echipele și organizațiile pot pune în practică standarde antidiscriminare fără a le expune sau a le face de rușine pe persoanele vizate.



Concepte-cheie & Definiții

Identitate și orientare

Identitatea descrie modul în care oamenii se percep și se înțeleg pe ei înșiși, pe baza propriei istorii de viață și prin interacțiunea permanentă cu mediul social. Printre factorii importanți care contribuie la formarea identității se numără, de exemplu, genul, vârsta și originea socială; etnia, naționalitatea și



apartenența la grupuri; ocupația și statutul social; precum și trăsăturile și competențele personale (Dorsch Encyclopedia of Psychology).

- Orientare sexuală: tiparele de atracție romantică/sexuală.
- Identitate de gen: modul în care o persoană își percepe interior propriul gen.
- Cis: identitatea de gen corespunde sexului atribuit la naștere.
- Trans: identitatea diferă de sexul atribuit la naștere.

Autodeterminare

Autodeterminarea înseamnă că fiecare persoană are dreptul de a decide singură cum dorește să trăiască. Această libertate de a-și hotărî propria viață este, în Europa, un drept al omului, protejat și de Constituția noastră (Schneider et al., 2026).

Ageism

Discriminare sau dezavantajare pe criterii de vârstă; în contextul sexualității, ia adesea forma desexualizării („nu mai are nevoie de așa ceva”), a moralizării („nepotrivit”) sau este legată de performanța sexuală ori de tinerețe (Butler, 1969).

Sexism

Discriminare pe criterii de gen; la persoanele vârstnice, este adesea legată de normele privind corpul, de inegalitățile economice și de așteptările legate de gen privind „decența”, îngrijirea și rolurile în relație (Calasanti & Slevin, 2001; Sontag, 1972).

Ableism

Normalizarea performanței și a autonomiei ca standard; acest lucru duce la desexualizare, infantilizare, supraprotecție sau îndoieli generalizate privind capacitatea unei persoane de a-și da consimțământul (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Homofobie / Transfobie

Discriminare, invizibilizare sau dezavantajare pe criterii de orientare sexuală și/sau identitate de gen; se manifestă adesea prin practici instituționale heteronormative (formulare, presupuneri, nerecunoașterea parteneriatelor) sau prin misgendering, adică adresarea cuiva cu un gen diferit de cel cu care se identifică (Warner, 1991; Herek, 2000).

Excluziune socială

Lipsa resurselor și excluderea de la participare (sărăcie, izolare, bariere digitale, nesiguranța locuirii). Resursele (spații, mobilitate, rețele, acces la consiliere) sunt adesea esențiale pentru autodeterminarea sexuală (Levitas et al., 2007).

Stigmatizare

O etichetă socială care poate duce la rușine, tăcere, retragere sau acces redus la îngrijire (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

Intersecționalitate

Inegalitățile nu acționează izolat unele de altele, ci se întrepătrund, amplificându-și astfel efectul: vârstă × gen × dizabilitate × clasă socială × sănătate × migrație × identitate queer etc. Rezultă astfel



situații de viață distincte, individuale, și nu doar „probleme multiple” care se adună (Crenshaw, 1989; Collins & Bilge, 2016).

Consimțământ

Consimțământul este liber, informat, revocabil și dependent de context. În relațiile de dependență (îngrijire/sprijin), dezechilibrele de putere și măsurile de protecție trebuie luate în considerare în mod activ și reevaluate constant. În cazurile de declin cognitiv, evaluarea individuală trebuie să aibă prioritate față de interdicțiile generale.

Capacitate de discernământ

Consimțământul informat presupune ca persoana să înțeleagă informațiile, să cântărească opțiunile și să își dea acordul în mod liber. La persoanele vârstnice, mai ales la cele cu afectări cognitive, capacitatea de a lua decizii poate varia. În astfel de cazuri este necesară o evaluare situațională și relațională (Beauchamp & Childress, 2019).

Tokenism

Tokenismul desemnează o formă de incluziune simbolică, în care membrii grupurilor marginalizate sunt incluși în mod vizibil, dar rămân puternic subreprezențați numeric și, ca urmare, se confruntă cu o vizibilitate sporită, stereotipizare, atribuire de roluri și o presiune deosebită de a performa.

Limite profesionale

Limitele profesionale au rolul de a-i proteja atât pe cei îngrijiți, cât și pe profesioniști. Ele stabilesc ce forme de apropiere, sprijin și comunicare sunt acceptabile din punct de vedere etic și care constituie încălcări ale limitelor.

Sexualitate / Intimitate / Dorință sexuală

Sexualitatea cuprinde mai mult decât practicile sexuale: implică dimensiunea corporală, apropierea, tandrețea, dorința, identitatea, imaginea de sine, dinamica relațiilor și limitele. Este întotdeauna trăită și modelată în mod individual. De exemplu, intimitatea poate fi sau nu sexualizată. În orice caz, sexualitatea rămâne importantă pe tot parcursul vieții. Teoretic, acest lucru poate fi înțeles, printre altele, prin teoria scenariilor sexuale (Sexual Script Theory): sexualitatea este învățată cultural, încadrată social și dependentă de situație, nu doar biologică (Gagnon & Simon, 1973).



Repere teoretice

1. Cadru teoretic

1.1 Sexualitatea la vârste înaintate

Sexualitatea la vârste înaintate înseamnă mult mai mult decât dimensiunea fizică. Ea include intimitatea, apropierea, identitatea, orientarea sexuală, identitatea de gen și legăturile emoționale. Cercetările arată că experiențele sexuale contribuie la calitatea vieții și la vârste înaintate (OMS, 2015).

Cu toate acestea, îmbătrânirea este adesea trăită ca o devalorizare sexuală continuă, însoțită de îngrijorări privind propria atractivitate, scăderea performanței sexuale și diverse boli și suferințe. Femeile, în special, sunt afectate de dublul standard social al îmbătrânirii (vezi Ingrisch, 2022), ceea ce

Înseamnă că ele sunt percepute ca neatrăgătoare, bătrâne și asexuale mai devreme decât bărbații. Normele și imaginile sociale îi determină apoi pe oamenii care îmbătrânesc să se descrie ca asexuali, chiar dacă nu se simt așa.

În plus, sexualitatea este adesea redusă la actul sexual convențional. Nevoile și aspectele diverse ale sexualității sunt ignorate. La fel de ignorate sunt și oportunitățile limitate sau inexistente de a oferi și primi tandrețe, atenție afectuoasă, contact fizic și comunicare intimă, mai ales în instituții precum spitalele, căminele pentru persoane vârstnice și centrele de îngrijire. Acest lucru duce la interpretări greșite ale comportamentelor sexuale ale persoanelor vârstnice și bolnave și la o toleranță insuficientă față de acestea. Persoanele vârstnice își percep uneori nevoile sexuale ca rușinoase și nepotrivite (vezi Schultz-Zehden, 2013).

1.2 „Alte -isme” devin mai pronunțate odată cu vârsta

Discriminarea nu începe la bătrânețe, dar efectele ei se pot acumula și instituționaliza pe măsură ce oamenii îmbătrânesc. Două mecanisme sunt deosebit de importante în acest sens:

- 1. Acumularea pe parcursul vieții:** inegalitățile persistă ani și decenii la rând (de exemplu, venituri mai mici, acces mai slab la servicii de sănătate, întreruperi în parcursul profesional și pensii mai mici) și devin mai vizibile la bătrânețe (Dannefer, 2003; Levitas et al., 2007).
- 2. Dependența instituțională:** pe măsură ce nevoia de sprijin crește, regulile, rutinele și cadrele de interpretare ale instituțiilor devin punctul central al incluziunii și al excluziunii (Goffman, 1961; Foucault, 1976).

1.3 Cadrul instituțional și sexualitatea la vârste înaintate

În contextul sexualității și al intimității intervine un al treilea factor: sexualitatea la bătrânețe este adesea un tabu cultural. Ca urmare, normele sociale exercită o influență deosebit de puternică prin tăcere, evitarea subiectului și limite implicite ale a ceea ce este considerat potrivit (Goffman, 1963; Gagnon & Simon, 1973).

În ceea ce privește modul în care este abordată sexualitatea în instituții, din interviurile de tip focus grup realizate în cadrul proiectului s-a conturat un tipar de bază: sexualitatea este ceva care „nu este prevăzut”. Unul dintre participanții la interviuri a relatat:

„Acolo nici măcar nu se vorbește despre sexualitate [...] e la ani-lumină distanță. Sunt tratați ca niște copii mici, care nu sunt destul de mari ca să ia singuri decizii. Până și copiii de la grădiniță au voie să facă mai multe.”

Focus Group în Göttingen, Martie 2025

În instituții, sexualitatea nu este adesea interzisă în mod explicit, ci este tratată ca ceva care „nu este prevăzut”, ca ceva la care persoana „renunță” simbolic odată cu intrarea în îngrijire.

„Și îți lași sexualitatea la ușă. ... Deci, fie că e vorba de un centru de zi, de un cămin de bătrâni sau de un centru de îngrijire, orice ar fi, îți lași sexualitatea la ușă. Nu mai ai așa ceva. Sub nicio formă. Nu mai ai nici sentimente, nici emoții.”

Participant din 2025 la Interviu cu Experiență

Aceste afirmații nu descriu doar un tabu individual, ci o ordine instituțională a normalității, în care autonomia și statutul de adult sunt devalorizate. Este un punct de intersecție tipic, în care ageismul și ableismul se întrepătrund (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Această sinteză este esențială pentru modulul „Alterizări”, deoarece arată că excluziunea nu apare doar din prejudecăți individuale, ci și prin rutinele instituționale și prin statutul atribuit persoanelor (Goffman, 1961; Campbell, 2009).

1.4 Mecanisme ale alterizării în structurarea sexualității și a intimității

1.4.1 Invizibilitatea

„Invizibilizarea” înseamnă că nevoile nu sunt identificate, documentate sau luate în considerare. Ca urmare, ceea ce „nu este abordat” devine rapid „inexistent” (Link & Phelan, 2001; Goffman, 1963). Acest lucru afectează în mod deosebit grupurile marginalizate, deoarece acestea se confruntă deja mai des cu stigmatizarea, iar asumarea publică a identității (de exemplu, ca persoană queer sau trans) poate fi riscantă (Spade, 2015).

Invizibilitatea poveștilor de viață queer

Multe persoane homosexuale vârstnice își amintesc încă de vremea în care homosexualitatea era infracțiune, iar homosexualii erau priviți de sus de mulți dintre contemporanii lor. În mod similar, persoanele transgender se loveau altădată de foarte puțină înțelegere. Aceste experiențe le modelează încrederea, sentimentele de rușine și modul în care aleg să vorbească deschis despre propria poveste de viață.

Exemplu practic

Chestionarele biografice întreabă de rutină despre „soț” sau „soție”. Cei care nu s-au căsătorit sunt astfel făcuți să simtă că le „lipsește ceva” din viață. De exemplu, bărbații gay vârstnici nu s-au putut căsători cu partenerii lor de viață dacă aceștia au murit înainte ca, în 2017, căsătoria să devină accesibilă tuturor. Un alt bărbat a venit aici ca lucrător străin și nu a vrut să încheie o căsătorie aranjată cu o femeie din țara sa de origine. Din cauza prejudecăților însă, nu a reușit să cunoască o femeie aici. Prin urmare, a rămas necăsătorit împotriva voinței sale.

Întrebări de reflecție

- În ce măsură formularele și consultațiile noastre reflectă diversitatea de gen și de relații?
- Transmitem în mod activ mesajul că diferitele alegeri de viață sunt respectate?

Dar chiar și în cazul celor care nu aparțin unor grupuri marginalizate, legătura dintre sănătate și sexualitate este adesea trecută cu vederea în cadrul anamnezei medicale. După cum descrie unul dintre experții intervievați în cadrul proiectului:

„Medicii de familie, când văd pacienți de 60 sau 70 de ani ... nici nu se gândesc să-i întrebe «Cum stați cu viața sexuală?» ... Pentru că se presupune că, ei bine, acolo nu mai e nimic.”

Participant din 2025 la Interviu cu Experții

Idee-cheie: Tăcerea sau ascunderea nu înseamnă neutralitate. Ele întăresc norma conform căreia „bătrânețea înseamnă absența sexualității” și mută sarcina probei asupra persoanelor vizate, obligându-le să își „dovedească” mai întâi nevoile sau să vorbească „cu curaj” despre ele (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

1.4.2 Desexualizarea și infantilizarea (ageism × ableism)

Desexualizarea înseamnă mai mult decât „lipsa sexului”: este o judecată de statut. Persoana nu mai este privită ca subiect legitim al dorinței, al intimității și al autodeterminării. Ableismul întărește această judecată atunci când nevoia de îngrijire sau de asistență este confundată cu lipsa capacității de exercițiu (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Cele două citate din interviurile cu experți menționate mai sus reflectă acest lucru prin afirmațiile „îți lași sexualitatea la ușă” și „sunt tratați ca niște copii mici, care nu sunt destul de mari ca să ia singuri decizii”.

Idee-cheie: Acest lucru arată cum îngrijirea poate aluneca în lipsirea persoanei de dreptul de a decide. Este vorba mai puțin de o „greșală individuală” și mai mult de un risc structural, care apare atunci când protecția primează în mod generalizat asupra autonomiei (Beauchamp & Childress, 2019).

1.4.3 Reglementarea morală („ce se cuvine”) prin respingere, rușinare și banalizare

Reglementarea morală se manifestă adesea în cele mai mici reacții (priviri, glume, privitul în altă parte, banalizare) și produce rușine (Goffman, 1963). Sexualitatea la bătrânețe intră astfel în conflict cu scenariile culturale în care sexualitatea este asociată cu tinerețea, atractivitatea și performanța sexuală (Gagnon & Simon, 1973).

Una dintre expertele intervievate descrie reacția elevilor atunci când, în timpul unui curs la o școală de îngrijire geriatrică, le arată fotografii cu persoane vârstnice care își arată afecțiunea:

“Wow, ce drăguț!”

Participant din 2025 la Interviu cu Experții

sau

“Ugh, nici nu mă pot uita la asta... chiar trebuie să facă asta?”

Participant din 2025 la Interviu cu Experții

Idee-cheie: Banalizarea („ce drăguți”) neagă seriozitatea intimității și o mută într-un registru copilăresc. Respingerea („chiar trebuie să facă asta?”) o marchează drept inacceptabilă. În ambele cazuri, excluderea are loc fără o interdicție explicită.

1.4.4 Patologizarea / Medicalizarea

Atunci când sexualitatea devine vizibilă la bătrânețe, este adesea privită ca o „problemă”: ca o disfuncție, un simptom sau un risc. Acest lucru corespunde unei logici moderne a normalizării și a clasificării medicale (Foucault, 1976; Link & Phelan, 2001). După cum descrie una dintre expertele intervievate:

„Infecțiile cu transmitere sexuală în rândul persoanelor vârstnice [...] [sunt în creștere]. Dar în unele cazuri, acest lucru trece complet neobservat pentru că, de exemplu, medicii de familie nici nu se gândesc să-și întrebe pacienții de 60 sau 70 de ani despre viața lor sexuală. [Ei presupun] [...] că acolo nu se mai întâmplă nimic.”

Participant din 2025 la Interviu cu Experții

Idee-cheie: Se creează o logică dublă: 1. sexualitatea este considerată „inexistentă” → nu există spațiu pentru discuție; 2. atunci când devine vizibilă → este încadrată în primul rând ca risc sau abatere. Acest lucru împiedică adesea o perspectivă centrată pe calitatea vieții.

1.4.5 Reglementarea excesivă din nesiguranță („ca să fim siguri”)

Atunci când lipsesc liniile directoare, instituțiile răspund adesea prin reguli generale. Aceste reguli le afectează în mod disproporționat pe persoanele marginalizate, deoarece acestea au adesea rețele sociale mai restrânse, se confruntă cu riscuri mai mari de stigmatizare și de expunere și au mai puține posibilități de a-și susține singure drepturile (Spade, 2015; Link & Phelan, 2001).

„Deci, în căminele de bătrâni [...], [activitatea sexuală] chiar nu există deloc.”

Participant din 2025 la Interviu cu Experții

Idee-cheie: Dacă o problemă „nu este pe agendă” în mod oficial, nu există căi profesionale de a o aborda în caz de conflict. În astfel de situații intră în joc normele informale (morală, rușinea etc.) și tocmai acolo se perpetuează „celelalte -isme”.

2. Mituri versus realități

Mitul 1: „A-i trata pe toți la fel = corect.”



Realitate: Tratamentul egal poate reproduce barierele. Echitatea înseamnă să organizezi condițiile astfel încât situații de viață diferite să aibă acces real (Crenshaw, 1989; Collins & Bilge, 2016).

Mitul 2: „Sexualitatea la bătrânețe e rară, deci nu e o problemă.”

Realitate: Adesea, problema nu este raritatea, ci invizibilitatea, rușinea și lipsa condițiilor care să o facă posibilă (Goffman, 1963).

Mitul 3: „Dizabilitatea/nevoia de îngrijire și sexualitatea nu merg împreună.”

Realitate: Acesta este un model ableist al normalității. Decisive sunt modul în care este organizată asistența, intimitatea, protecția și autodeterminarea (Campbell, 2009; Goodley, 2014).

Mitul 4: „Temele queer sunt o problemă a tinerilor.”

Realitate: Și persoanele LGBTQI+ îmbătrânesc, adesea cu experiențe de stigmatizare în biografie și cu nevoi specifice de siguranță (Herek, 2000; Stryker, 2008).

Mitul 5: „Dacă nu abordăm subiectul, protejăm.”

Realitate: Tăcerea nu este neutră, ci consolidează stigmatizarea (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001).

3. Perspectiva intersecțională: când categoriile se suprapun

Alterizarea are un efect deosebit de puternic atunci când mai multe caracteristici se întâlnesc. Persoanele vârstnice nu sunt doar în vârstă: pot avea și o istorie de migrație, pot aparține unei minorități religioase, pot fi queer, pot trăi cu o dizabilitate sau pot fi dezavantajate social. Aceste suprapuneri (intersecții) cresc riscul de a fi trecute cu vederea, înțelese greșit sau tratate stereotip.

De exemplu, o rezidentă lesbiană, necăsătorită, dintr-o familie de origine turcă va fi trăit excluziunea altfel decât o femeie de origine germană care s-a căsătorit cu partenera ei. Aceasta din urmă se va integra probabil mai ușor în rutinele instituției, pentru că toată lumea este oricum întrebată dacă este căsătorită. Totuși, îngrijirea nu se poate mulțumi pur și simplu să se adapteze la ceea ce i se potrivește majorității. Cu atât mai mult într-o societate tot mai diversă, în care o soluție unică, potrivită pentru toți, va fi tot mai rară. Dacă societatea a evoluat până în punctul în care, prin deschiderea căsătoriei, și persoanele cu orientare homosexuală sunt „văzute”, atunci și îngrijirea trebuie să răspundă în consecință. Un bărbat gay care a trăit experiența discriminării nu trebuie să mai ajungă, într-un cămin, în situația de a simți că își ascunde identitatea de teamă să nu fie din nou respins. O rezidentă cu trecut de refugiată poate reacționa sensibil la zgomote puternice sau la situații de control, fără ca această reacție să fie recunoscută imediat ca fiind legată de biografia ei.

Gândirea intersecțională înseamnă să nu reduci oamenii la o singură categorie, ci să recunoști complexitatea experiențelor lor de viață și, mai ales, faptul că acolo unde aceste categorii se suprapun, poverile cu care se confruntă se pot potența reciproc.

- **Persoanele LGBTQI+ vârstnice: grupuri de sprijin vs. norme de vârstă LGBTQI+**

Focus grupurile evidențiază o ambivalență: comunitatea poate fi un spațiu sigur, dar în același timp există și „norme noi”.

„... în comunitatea queer ... e așa: nu contează câți ani ai.”

Participant/ă la discuția de tip focus grup, 2025, Göttingen

În același timp, există și experiența opusă:

„În club contează mereu doar «standardele celor tineri» – eu nu mă încadrez deloc.”

Participant/ă la discuția de tip focus grup, 2025, Göttingen

Și:

„Ca pensionară lesbiană, sunt de două ori «pe dinafară».”

Participant/ă la discuția de tip focus grup, 2025, Göttingen

Idee-cheie: Intersecționalitatea nu este aici o simplă sumă abstractă, ci descrie dinamici concrete de recunoaștere și participare (Crenshaw, 1989): combinația vârstă × identitate queer schimbă modul în care se negociază vizibilitatea și apartenența.

- **Amprenta biografică: istoria discriminării continuă să își facă simțit efectul**

„Eu am prins încă Paragraful 175 [...], iar asta are efecte și astăzi.”

Participant/ă la discuția de tip focus grup, 2025, Göttingen

Acest lucru indică riscuri și strategii de protecție înrădăcinate în propria istorie de viață (Herek, 2000): deschiderea sau tăcerea nu țin de „caracter”, ci sunt adesea rezultatul unei evaluări raționale a riscurilor.

- **Sexismul la bătrânețe: dublul standard și reproducerea ca cadru normativ**

Imaginile sexiste despre bătrânețe își produc efectele, printre altele, prin normele privind corpul și prin „dublul standard al îmbătrânirii” (Sontag, 1972; Calasanti & Slevin, 2001).

„Deci îmi pot imagina că bărbații sunt puțin mai siguri pe ei, în timp ce la femei e încă foarte interiorizată tema asta a copiilor [...]; când etapa asta se încheie la un moment dat, ca să zic așa, atunci e deja o anumită schimbare, o trecere într-o altă etapă a vieții, pe când bărbatul ar putea, teoretic, să devină tată până la bătrânețe, dacă ar vrea.”

Participant la interviul individual, 2025, Göttingen

- **Excludere socială: "Nu te potrivești aici"**

„Ideea că la 58 de ani n-aș avea ce căuta la rave-ul ăsta [...] Tu nu-ți ai deloc locul aici.”

Participant/ă la discuția de tip focus grup, 2025, Göttingen

Excluziunea socială afectează astfel și spațiile în care au loc flirtul, relațiile, vizibilitatea și apartenența.



Ghid pentru educatori și profesioniști

Educatorii și profesioniștii au o responsabilitate aparte. Prin formare continuă și cursuri de pregătire, personalul de specialitate poate câștiga încredere în propriile acțiuni și își poate consolida atitudinea profesională.

Aspectele fundamentale ale lucrului în contextul alterizării sunt:

- reflecția asupra propriilor valori, norme și nesiguranțe în raport cu sexualitatea la bătrânețe;
- cunoașterea principiilor legale și etice și transmiterea lor mai departe;
- încurajarea unei culturi deschise în echipă, în care situațiile dificile pot fi discutate;
- protejarea activă a vieții private, a intimității și a autodeterminării;
- includerea muncii biografice, pentru o mai bună evaluare a nevoilor individuale.

Principii esențiale pentru contracararea alterizării

Crearea unor spații sigure și respectuoase

O componentă centrală este crearea unor spații în care se poate vorbi deschis despre sexualitate și identitate. Acest lucru presupune o atitudine de apreciere, un limbaj sensibil la discriminare și confruntarea activă cu propriile prejudecăți. Un astfel de spațiu este deosebit de important pentru persoanele vârstnice LGBTQIA+, deoarece acestea au adesea experiențe de discriminare de-a lungul întregii vieți (Fredriksen-Goldsen et al., 2017).

Practici de comunicare incluzivă

Comunicarea incluzivă înseamnă să modelezi limbajul și comportamentul astfel încât toți oamenii să se simtă vizati și respectați. Aceasta include evitarea presupunerilor heteronormative („Vine soția să vă viziteze?”), folosirea unui limbaj neutru din punctul de vedere al genului și ascultarea activă în conversații. Profesioniștii nu ar trebui să evite discuțiile despre sexualitate, ci să le poarte cu sensibilitate și profesionalism.

Viața privată și confidențialitatea

Viața privată este un drept fundamental al omului și are o importanță deosebită în contextul îngrijirii. În centrele de îngrijire de lungă durată, ea este adesea limitată de camerele cu mai multe paturi, de procesele organizatorice sau de lipsa de personal. Tocmai aici, intimitatea și posibilitățile de retragere trebuie protejate în mod activ, de exemplu prin camere care se pot încuia, reguli clare privind vizitele și cadre confidențiale pentru discuții.

Consimțământul informat în cazul unei capacități de discernământ fluctuante

Un subiect deosebit de sensibil este capacitatea de a consimți a persoanelor cu demență sau cu alte afectări cognitive. Abordările etice actuale susțin că consimțământul nu ar trebui privit exclusiv ca o stare statică, ci ca un proces dinamic. În evaluare ar trebui incluse dorințele, semnalele nonverbele și afirmațiile biografice anterioare ale persoanei (Dewing, 2007).

Relațiile profesionale și responsabilitatea etică

Angajații se află adesea între atenția afectivă și distanța profesională. Este esențial să se recunoască faptul că este legitim și necesar ca nevoile de apropiere și intimitate să fie luate în considerare, fără a exploata relațiile de dependență și fără a depăși limitele. Supervizarea regulată și discuțiile etice de caz pot fi de sprijin în acest sens.

Exemple de provocări din practică

Nevoi religioase, culturale și queer în viața de zi cu zi

Alterizarea apare și atunci când procesele instituționale pornesc tacit de la o „biografie-normă”: heterosexuală, vorbitoare de limbă germană, cu o socializare creștină.

Exemplu practic

O parteneră de același sex este numită „prietenă” în viața de zi cu zi și nu este luată în serios ca parteneră de viață. Ea este implicată mai puțin de la sine înțeles în organizarea vizitelor decât soțiile bărbaților.

Sau: ritualurile religioase, obiceiurile alimentare ori limitele pudorii în igiena personală sunt tratate ca „cerințe speciale”, în loc să fie privite ca parte a demnității personale.

Întrebări de reflecție

- *Ce moduri de viață sunt considerate implicit „normale” la noi în instituție?*
- *Cine trebuie să se adapteze proceselor noastre și unde am putea fi mai flexibili?*
- *Cum facem diferența între limitele organizatorice și simplul obicei?*

Interviurile și formularele de admitere/internare

Aceste presupuneri heteronormative („soț/soție”) se regăsesc apoi și în interviurile și formularele de admitere din instituții și fac relațiile invizibile (Warner, 1991; Spade, 2015).

Viața privată

Fără viață privată, intimitatea este aproape imposibilă, mai ales în spațiile comune (Goffman, 1961).



„Deci camera sau ceva de genul ăsta, asta e spațiul privat, intimitatea și așa mai departe, ca asta să fie pur și simplu acceptată și respectată altfel atunci când vine vorba de trăirea sexualității.”

Participant la interviul individual, 2025, Göttingen

Practici culturale

Banalizarea, respingerea și umorul stabilesc norme (Goffman, 1963).

Conflicte familiale

Normele familiei vs. autodeterminarea persoanei (Beauchamp & Childress, 2019).

Nesiguranța în lipsa ghidurilor

Când sexualitatea „nu există” în regulamente, în caz de conflict apar adesea restricții ad-hoc (Spade, 2015).

„[Viața sexuală] chiar nu există deloc.”

Participant la interviul individual, 2025, Göttingen

Recomandări pentru comunicare

Describe în loc să evaluezi: „Am observat că...” în loc de „Asta e nepotrivit”.

Întrebări deschise, fără judecată: „Ce este important pentru dumneavoastră în ceea ce privește apropierea/intimitatea/relațiile?”

Nu presupune: nu face presupuneri despre orientare, gen, starea civilă sau „modelul de familie” (Warner, 1991).

Limbajul și atribuirile culturale

Exemplu practic

O rezidentă care poartă batic refuză anumite alimente. Echipa spune: „Ei n-au voie să mănânce așa ceva.” În realitate, nu este vorba de o interdicție religioasă, ci de o aversiune personală. Atribuirea culturală pripită ține locul întrebării adresate persoanei.

Un alt exemplu: un bărbat vârstnic vorbește foarte puțin despre viața lui privată. Angajații presupun că nu este interesat de contactele sociale. În realitate, și-a ascuns identitatea trans timp de decenii și s-a obișnuit să fie precaut, pentru că nu vrea să le explice tuturor, de fiecare dată, ce înseamnă să fii trans.

Întrebări de reflecție

- Când interpretăm prea repede un comportament din perspectivă culturală sau religioasă?
- Ce întrebări am putea pune în loc să facem presupuneri?
- Cât de deschis vorbim despre stiluri de viață diverse, astfel încât și rezidenții cu parteneri de același sex să se poată simți în siguranță?

Migrația, limba și puterea

Limba este un factor central al alterizării. Dacă persoanele vârstnice nu vorbesc limba germană sau o vorbesc doar într-o măsură limitată, sunt mai repede catalogate drept „dezorientate” sau „necooperante”.

Exemplu practic

Un rezident care știe puțină germană nu reacționează la instrucțiunile de îngrijire. Acest lucru este consemnat ca limitare cognitivă. În realitate, el nu înțelege situația din punct de vedere lingvistic. O discuție în limba lui maternă arată că este foarte bine orientat.

Sau: rudele sunt folosite automat ca interpreți, chiar și pentru subiecte sensibile. Astfel se pierde autodeterminarea și intimitatea, iar în același timp rudele sunt puse într-un rol care, de fapt, le revine interpreților profesioniști.

Întrebări de reflecție

- Unde confundăm barierele lingvistice cu afectările cognitive?
- Ce opțiuni de mediere lingvistică profesionistă cunoaștem și folosim?
- Cum putem consolida comunicarea nonverbală și îngrijirea sensibilă la diferențele culturale, fără a reduce oamenii la „cultura” lor?

Corectează greșelile și misgendering-ul pe scurt, asumă-ți responsabilitatea, nu dramatiza.

Moderare sensibilă la tabuuri

Nu „forța” spațiile de discuție, ci deschide-le într-un mod sigur.

Unul dintre experți a spus într-un interviu:

„Cu tactul necesar. Nu doar să chemi oamenii cu un «hai să vorbim despre sex».”
Participant la interviul individual, 2025, Göttingen

Ce este recomandat și ce trebuie evitat

Recomandat	De evitat
Să privești sexualitatea/relațiile ca parte a calității vieții, nu doar în caz de conflict	Să interpretezi tăcerea ca neutralitate (Link & Phelan, 2001).



Să faci activ posibilă intimitatea (reguli privind băutul la ușă, locuri de retragere, posibilități de vizită) (Goffman, 1961).	Interdicții generale din nesiguranță („ca să fim siguri”), în loc de evaluarea individuală a fiecărui caz (Beauchamp & Childress, 2019).
Reflecție intersecțională: identificarea barierelor în recunoaștere/acces/siguranță (Crenshaw, 1989).	Să creezi riscuri de deconspirare (întrebări puse de față cu alte persoane, documentare fără consimțământ).
Reflecția în echipă ca practică standard: reguli clare de oprire în fața umorului umilitor (Goffman, 1963).	Să reproduci o îngrijire infantilizantă.

Factori de risc și strategii de evitare

Reglementarea morală

Reacții ale profesioniștilor care nu sunt neutre, ci evaluează sexualitatea la bătrânețe sau a persoanelor queer, de exemplu ca „neplăcută”, „dezgustătoare” sau, dimpotrivă, o banalizează în mod copilăresc.

Exemple:

- O asistentă spune: „La vârsta asta nu mai e cazul...”.
- Chicoteli sau priviri disprețuitoare față de intimitatea dintre persoane de același sex.
- Minimalizare: „Vai, ăștia doi sunt drăguți ca niște adolescenți”.

Strategie: În acest caz este recomandată formularea unui standard de echipă („descrie în loc să evaluezi”), apelarea la supervizare sau instituirea consultării colegiale pe cazuri.

Logica ableistă a protecției

Sexualitatea persoanelor vârstnice este restrânsă sau chiar împiedicată cu argumentul „protecției”, mai ales în cazul afectărilor cognitive și adesea fără o evaluare reală a capacității de autodeterminare. Problema este că autodeterminarea este restrânsă în favoarea unei idei exagerate de protecție.

Exemple:

- O relație este împiedicată pentru că persoana are demență („Ea nu poate decide asta”).
- Rudele sau personalul interzic vizitele unui partener „pentru protecție”.
- Intimitatea este considerată, în general, „periculoasă”.

Strategie: În acest caz este recomandată implementarea unui management transparent al consimțământului, a unor proceduri structurate și a unor ghiduri de acțiune care să asigure protecția adulților vulnerabili împotriva oricărei forme de violență, abuz, exploatare sau neglijare (proceduri de safeguarding), o documentare bună și, întotdeauna, analiza individuală a fiecărui caz (Beauchamp & Childress, 2019).

Tokenism



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute responsabile pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

„Incluziune” simbolică, fără o schimbare structurală reală. Problema apare atunci când acest lucru se întâmplă fără alte măsuri incluzive și fără atitudinea potrivită. Atunci tokenismul devine pseudoincluziune, iar problemele reale rămân.

Exemple:

- *Cu bune intenții: steagul curcubeu la intrare, dar personalul nu este instruit.*
- *Declarația de misiune menționează „diversitatea”, dar plângerile persoanelor LGBTQI+ sunt ignorate.*
- *Există o „persoană de contact pentru persoanele queer”, dar aceasta nu are putere de decizie.*

Strategie: Analiză autocritică la nivelul organizației:

- Limbaj (folosim formulări incluzive?)
- Spații (de exemplu, avem locuri sigure de retragere?)
- Reguli (sunt sensibile la discriminare?)
- Căi de sesizare (pentru cine sunt, cât de accesibile și de eficiente sunt?)

Culturalizarea

Un comportament sau anumite nevoi sunt atribuite pripit „culturii”, în loc să fie văzută perspectiva individuală. Astfel oamenii sunt reduși la stereotipuri, ceea ce întărește alterizarea.

Exemple:

- *„În cultura dumneavoastră e tabu, nu-i așa?”*
- *Presupunerea că o persoană își reprimă sexualitatea din cauza originii sale.*
- *Atribuire generalizate la adresa „familiilor religioase”.*

Strategie:

- Pune întrebări individuale, în loc să presupui sau să atribui ceva fără reflecție.
- Orientare către abordări intersecționale (de exemplu, Patricia Hill Collins și Sirma Bilge).

Exemple concrete de acțiune incluzivă

Formulare/anamneză: folosirea unor termeni neutri în formulare („partener/parteneră”, „persoană de încredere”), opțional: pronume/formula de adresare.

Intimitatea ca regulă implicită: respectarea camerei ca spațiu privat, opțiuni de tipul „Nu deranjați”, reguli clare, stabilite de comun acord, privind bățutul la ușă.

Cultura echipei: stabilirea unei rutine de reflecție („Ce ne declanșează reacția? Ce normă vorbește aici?”) în locul glumelor sau al respingerii (Goffman, 1963).

Sistemul de sănătate: anamneza sexuală ca instrument de împuternicire și prevenție.

„Ca medicul de familie să întrebe uneori și așa ceva.”

Participant la interviul individual, 2025, Göttingen

Aplicarea abordărilor sensibile la diferențele culturale

Întrebări centrate pe persoană

Accentul cade pe perspectiva persoanei, nu pe norme sau presupuneri.

Exemple:

- „Ce importanță au pentru dumneavoastră, în acest moment, apropierea/relațiile?”
- „La ce putem sau ar trebui să fim atenți aici, ca să vă simțiți confortabil?”
- „Cum doriți să vă adresăm?”

Luarea în considerare a dimensiunii siguranței

Trebuie avut în vedere că deschiderea privind propria identitate poate implica riscuri (respingere, stigmatizare, sancțiuni).

Exemple:

- O persoană nu vrea să își arate deschis orientarea sexuală, pentru că rudele au o atitudine de respingere.
- Teama de discriminare din partea colegilor de cameră.
- Îngrijorarea că personalul de îngrijire o va trata apoi altfel.

Strategie:

- Asigurarea confidențialității
- Oferirea de opțiuni (de exemplu, asistență discretă)
- Gestionarea cu grijă a informațiilor
- Raportarea la teoria stigmatizării (de exemplu, Bruce G. Link și Jo C. Phelan)

Orientarea etică

Acțiunile de zi cu zi și deciziile privind aceste acțiuni nu se bazează doar pe regulile instituționale și nu sunt luate după propriile norme, ci au la bază principii etice precum autonomia, binefacerea, dreptatea și non-vătămarea, adaptate de fiecare dată realității de viață a persoanei (cf. Beauchamp & Childress, 2019). Orientarea etică asigură astfel că îngrijirea sensibilă la diferențele culturale nu este doar „politicoasă”, ci responsabilă din punct de vedere moral, centrată pe persoană și aplicată în mod echitabil, în mod sistematic. Ea este puntea dintre teorie (principiile etice) și practică (gestionarea zilnică a diversității).



Rezumat & Mesaje-cheie

Pe scurt, acest capitol arată clar că sexualitatea și identitatea sunt aspecte esențiale ale demnității umane și ale calității vieții și la vârste înaintate. În același timp, afirmațiile din interviurile cu experți și discuțiile din cadrul proiectului Never Gets Old arată că, în contextele instituționale, sexualitatea la bătrânețe este adesea trăită ca ceva care „nu este prevăzut”. Discriminarea acționează adesea prin invizibilizare, lipsirea persoanei de dreptul de a decide, reglementare morală, patologizare și reglementare excesivă (Goffman, 1963; Link & Phelan, 2001). Alterizarea devine mai complexă atunci când vârsta interacționează cu experiențe de migrație, experiențe de rasism, stiluri de viață queer sau bariere lingvistice. O atitudine profesională în lucrul cu persoanele vârstnice înseamnă, prin urmare, și gândire intersecțională: să nu tragi concluzii pripite, ci să rămâi curios, să pui întrebări despre biografia persoanei și nici să nu dramatizezi, nici să nu ignori diferențele. O practică de îngrijire sensibilă la diversitate și critică față de relațiile de putere consolidează demnitatea, siguranța și apartenența, mai ales pentru persoanele care au trăit deja experiența excluziunii de-a lungul vieții.

Pentru lucrul cu persoanele vârstnice, abordarea alterizării înseamnă astfel o schimbare de perspectivă: de la atribuiri centrate pe deficite către o practică sensibilă la relațiile de putere, orientată spre biografie și conștientă de diversitate. Fundamentul științific ajută la înțelegerea situațiilor de zi cu zi nu ca pe niște cazuri izolate, ci ca parte a unor dinamici sociale mai ample și, astfel, la o acțiune mai profesionistă, mai reflexivă și mai echitabilă.

Practica incluzivă înseamnă crearea condițiilor prin care diversitatea devine posibilă la bătrânețe. Aceasta include un mediu sigur și respectuos, comunicarea, protejarea vieții private și gestionarea atentă a consimțământului informat. Aceste aspecte stau la baza unei practici etice. Mai ales în contextele de îngrijire, este necesar ca structurile instituționale să fie puse sub semnul întrebării în mod critic și ca autonomia individuală să fie consolidată. Modulul oferă astfel repere importante pentru o îngrijire holistică a persoanelor vârstnice, orientată spre drepturile omului.

Mesaje principale

1. Alterizarea este un mecanism central al excluziunii sociale

- Persoanele vârstnice, și mai ales persoanele LGBTQI+, trăiesc adesea experiența ca identitatea, nevoile și relațiile lor să fie marcate drept „deviante”.
- Alterizarea se produce subtil, prin limbaj, prin așteptări normative (heteronormativitate, norme de vârstă, norme legate de procreare) și prin practicile structurale din organizații și instituții.

2. Celelalte „-isme” acționează împletit

- „Celelalte -isme” (sexismul, ableismul, homofobia/transfobia, excluziunea socială) acționează adesea împletit la bătrânețe și influențează recunoașterea, accesul și siguranța individuală.

3. Discriminarea de-a lungul vieții continuă să își facă simțit efectul

- Experiențele biografice de discriminare, stigmatizare și marginalizare influențează comportamentul, încrederea și nevoile la bătrânețe.



- Persoanele vârstnice care au fost excluse sau patologizate în trecut au nevoie de o abordare atentă și de spații sigure.

4. Presupunerile heteronormative și ableiste întăresc alterizarea

- Limbajul, ritualurile și regulile din centrele de îngrijire presupun adesea, în mod inconștient, roluri heterosexuale, legate de procreare și roluri de vârstă „normale”.
- Intențiile de protecție generalizate sau presupunerile despre capacitățile persoanei (de exemplu, în cazul afectărilor cognitive) pot submina autodeterminarea.

5. Tokenismul și incluziunea simbolică nu sunt suficiente

- Steagurile curcubeu sau „declarațiile de misiune favorabile diversității” fără măsuri structurale reale nu sunt suficiente în sine și par adesea superficiale.
- Acțiunea eficientă presupune de obicei ajustarea și revizuirea regulilor, introducerea unor căi de sesizare incluzive, formare și servicii concrete de sprijin.

6. Abordările sensibile la diferențele culturale și centrate pe persoană reduc alterizarea

- Nevoile individuale, contextul cultural și semnificațiile personale sunt explorate activ, prin întrebări.
- Orientarea etică (autonomie, binefacere, dreptate, non-vătămare) este considerată un principiu de bază pentru decizii transparente, responsabile și respectuoase în îngrijire.
- Trebuie luate în considerare dimensiunile siguranței (stigmatizarea, sancțiunile instituționale, normele familiale).

7. Reflecția asupra propriilor standarde și asupra proceselor din echipă este esențială

- Echipele ar trebui să discute și să reflecteze regulat asupra propriilor presupuneri, evaluări morale și norme instituționale (de exemplu, prin supervizare sau întâlniri de etică).
- Principiul „descrie în loc să evaluezi”, aplicat în comunicare și documentare, reduce formele subtile de alterizare.



Instrumente practice

Instrumentul de formare are scopul de a le oferi participanților oportunități de autorefecție, de a-și extinde capacitatea de a acționa în situații și teme în care se simt nesiguri și de a aduna idei pentru implementarea propriilor oferte educaționale.

Obiectivele de învățare ale modului de formare

1. Sensibilizare și conștientizare: vizibilizarea mecanismelor „invizibile”

- Participanții recunosc modul în care apare alterizarea în îngrijirea de zi cu zi.
- Înțeleg impactul asupra persoanelor vârstnice, în special asupra persoanelor LGBTQI+.
- Reflectează asupra propriilor presupuneri (de exemplu, heteronormativitatea, imaginile despre bătrânețe).



2. Consolidarea capacității de reflecție: autorefecție profesională în locul reproducerii inconștiente a normelor

- Chestionarea propriilor valori, atitudini și posibile prejudecăți.
- Recunoașterea ambivalențelor.
- Formarea unei abordări apreciative a nesiguranței în cadrul echipei.

3. Dezvoltarea abilităților practice pentru activitatea de zi cu zi

Capacitatea de a aplica strategii concrete, cum ar fi:

- limbajul sensibil la discriminare;
- „descrie în loc să evaluezi”;
- conversația centrată pe persoană.

4. Dezvoltarea capacității de luare a deciziilor etice

- Aplicarea principiilor centrale: autonomie, binefacere, non-vătămare, dreptate.
- Gestionarea dilemelor (de exemplu, capacitatea de a consimți, politicile de protecție).

5. Consolidarea practicii sensibile la diferențele culturale și incluzive și aplicarea ei în activitatea de zi cu zi

- Înțelegerea realităților de viață individuale, în loc de a te baza pe presupuneri stereotipe.
- Luarea în considerare a dimensiunii siguranței (stigmatizare, riscuri de discriminare).
- Promovarea încrederii și crearea unor spații sigure.

6. Inițierea schimbării structurale

Analiza critică a instituțiilor în ceea ce privește:

- limbajul și formularele;
- regulile și rutinele;
- structurile de sesizare;
- recunoașterea și evitarea tokenismului.

7. Întrebări de reflecție pentru echipe

- Ce experiențe de viață diferite se pot ascunde în spatele unor reacții aparent „neobișnuite”?
- Unde avem tendința de a reduce oamenii la origine, religie, orientare sexuală sau identitate de gen?
- Cum ne pot ajuta munca biografică și întrebările deschise să înțelegem mai bine contextele individuale?

Grupurile țintă ale formării

Grupuri țintă principale

- Asistenți medicali (din centrele rezidențiale și din îngrijirea la domiciliu).
- Infirmieri / îngrijitori.
- Asistenți sociali / pedagogi sociali.
- Educatori pentru adulți.
- Profesii terapeutice (terapie ocupațională, fizioterapie, psihoterapie).

Grupuri țintă secundare

În funcție de context, formarea este utilă și nivelurilor de conducere. Din perspectiva proceselor de dezvoltare organizațională și a schimbărilor structurale, are sens implicarea managerilor și a responsabililor cu managementul calității.

Grupuri țintă extinse

Într-un sens mai larg, formarea este utilă și grupurilor care joacă adesea, indirect, un rol central în organizații, pentru că sunt indispensabile și au de obicei mai mult contact zilnic cu rezidenții, rudele și personalul medical:

- Cursanți/stagiari din domeniul îngrijirii și al profesiilor sociale.
- Personalul de menaj și de servicii.
- Voluntari.
- Rude (opțional, în funcție de context).

Planul de lecție - Modul 6

Pentru planificarea și implementarea acestui modul în activitatea educațională se folosește un ghid structurat. Acesta trebuie înțeles ca o propunere și le oferă formatorilor și experților o orientare didactică și metodologică pentru o formare cu o durată de aproximativ 2,5 ore. Ghidul pune la dispoziție o prezentare PowerPoint și o listă de verificare pentru pregătire și descrie rezultatele învățării așteptate, precum și trei exerciții (vezi mai jos).

Planul de lecție Modul 6 – Alte-iseam în lucrul cu persoane vârstnice și foarte vârstnice

Prezentare PowerPoint Modul 6

Exercițiul 1 – „Recunoaște «ochelarii normei»”

Obiective:

- Vizibilizarea alterizării și a presupunerilor normative
- Introducere accesibilă în team

Durată: 35 minute



Materiale: fișe de lucru pregătite, câte una pentru fiecare participant, cu afirmații „tipice” din contextul îngrijirii.

Exercițiul 2 – „Studiu de caz”

Obiective Caz 1

- Conștientizarea logicii ableiste a protecției
- Echilibrul dintre autodeterminare și protecțieAplicarea principiilor etice în situații concrete

Obiective Caz 2

- Recunoașterea excluziunii heteronormative
- Gestionarea conflictelor din mediul social
- Dezvoltarea unor strategii de acțiune inclusive

Obiective Caz 3:

- Evitarea atribuirilor stereotipe
- Promovarea unei abordări individuale, sensibile la diferențele culturale
- Consolidarea abilităților de comunicare

Obiective Caz 4:

- Înțelegerea diferenței dintre tokenism și incluziunea reală
- Analiza structurilor instituționale
- Dezvoltarea unor abordări concrete de schimbare

Durată: 45 minute

Materiale: fișe de lucru pregătite, flipchart.

Exercițiul 3 – Train the Trainer: „Transferul în propria instituție”

Obiective:

- Participanții dezvoltă o mini-intervenție concretă și realistă prin care pot introduce tema alterizării în propria instituție.
- Accent: implementare în locul teoriei

Durată: 60 minute

Materiale: fișe de lucru pregătite, cu instrucțiunile exacte ale sarcinii și întrebările ghid pentru exercițiu.

Referințe

- Arbeitskreis Medizinischer Ethikkommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V. und Zurechnungsfähigkeit (2026): <https://www.akek.de/faq/6-informierte-einwilligung/> (letzter Aufruf: 05.02.2026).
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8. Aufl.). Oxford University Press.
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4, Part 1), 243 ff.
- Calasanti, T. M., & Slevin, K. F. (2001). *Gender, Social Inequalities, and Aging*. AltaMira Press.
- Campbell, F. K. (2009). *Contours of Ableism: The Production of Disability and Abledness*. Palgrave Macmillan.
- Collins, P. H., & Bilge, S. (2016). *Intersectionality*. Polity Press.
- Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989, S. 139–167.
- Dannefer, D. (2003). Cumulative Advantage/Disadvantage and the Life Course: Cross-Fertilizing Age and Social Science Theory. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(6), S327–S337.
- Dewing, J. (2007). Participatory research: A method for process consent with persons who have dementia. *Dementia*, 6(1), S. 11–25.
- Dorsch Lexikon der Psychologie: <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/identitaet> (letzter Aufruf: 05.02.2026).
- Foucault, M. (1976). *Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1983). *Sexualität und Wahrheit 1: Der Wille zum Wissen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fredriksen-Goldsen, K. I., Jen, S., Bryan, A. E. B., & Goldsen, J. (2017). Cognitive impairment, Alzheimer's disease, and other dementias in the lives of lesbian, gay, bisexual and transgender older adults and their caregivers. *Journal of Applied Gerontology*, 37(5), S. 545–569.



Gagnon, J. H., & Simon, W. (1973). *Sexual Conduct: The Social Sources of Human Sexuality*. Aldine Publishing Company.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall.

Goodley, D. (2014). *Dis/ability Studies: Theorising Disablism and Ableism*. Routledge.

Herek, G. M. (2000). The Psychology of Sexual Prejudice. *Current Directions in Psychological Science*, 9(1), S. 19–22.

Ingrisch, D. (2022): Es fängt schon an, wenn wir ganz jung sind. Aging and Aging Trouble. In: mdw-Webmagazin. <https://www.mdw.ac.at/magazin/2022/04/28/es-faengt-schon-an-wenn-wir-ganz-jung-sind/> (letzter Aufruf: 24.03.2026)

Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E., & Patsios, D. (2007). *The Multi-Dimensional Analysis of Social Exclusion*. University of Bristol.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, S. 27, S. 363–385.

Schahrzad, Farrokhzad (2019): Empowerment junger Menschen mit (zugeschriebenem) Migrationshintergrund im Spannungsfeld von Othering und Selbstermächtigung. Hrsg. Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusarbeit e.V. IDA. Düsseldorf. Link zur Publikation (letzter Aufruf: 10.11.2025).

Schneider, G.; Toyka-Seid, C. (2026): *Das junge Politik-Lexikon* von www.hanisauland.de, Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/das-junge-politik-lexikon/321117/selbstbestimmung/> (letzter Aufruf: 23.03.2026).

Schultz-Zehden, B. (2013): Sexualität im Alter. In: Bundeszentrale für politische Bildung <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/153140/sexualitaet-im-alter/>

Lizenz CC BY-NC-ND 3.0 DE

Serano, J. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Seal Press.

Sontag, S. (1972, 23. September). The Double Standard of Aging. *The Saturday Review*, S. 29ff.

Spade, D. (2015). *Normal Life: Administrative Violence, Critical Trans Politics, and the Limits of Law*. Duke University Press.

Stryker, S. (2008). *Transgender History*. Seal Press.



Warner, M. (1991). Introduction: Fear of a Queer Planet. Social Text, (29), S. 3–17.

World Health Organization. (2021). Global Report on Ageism. World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2015). World report on ageing and health. WHO Press.
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/5174879e-b0dc-43fc-b3a8-b1db31c51d4c/content>
(letzter Aufruf: 11.02.2026).

Zusammenleben neu gestalten (2022): Konfliktkultur!?! Anregungen zum Umgang mit Othering und Anfeindungen. Hrsg. Zusammenleben neu gestalten. Angebote für das plurale Gemeinwesen Prozessbegleitung. Impulse. Reflexionen. Frankfurt am Main. Link zur Publikation (letzter Aufruf: 10.11.2025).



MODULUL 7

*Metodologii incluzive pentru
abordarea sexualității și
diversității la vârsta a treia*

*Elaborat de:
Curt Morgane
Le Girofard*



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Prezentare generală

De ce există acest modul

A ști ce trebuie făcut nu este același lucru cu a ști cum trebuie făcut. Mulți profesioniști care lucrează cu persoane vârstnice înțeleg, în principiu, că sexualitatea, genul și diversitatea sunt importante. Au citit recomandările, au semnat cartele și documentele de principii și au participat la sesiuni de conștientizare. Cu toate acestea, atunci când se confruntă cu o situație concretă — un rezident care dorește să vorbească despre nevoile sale intime, un cuplu care solicită intimitate sau o persoană trans în vârstă al cărei corp nu corespunde identității sale — pot rămâne fără reacție. Le lipsesc instrumentele practice, cuvintele potrivite și încrederea necesară pentru a acționa.

Acest modul există pentru a reduce distanța dintre intenție și acțiune. El depășește întrebarea „de ce este importantă incluziunea?” și se concentrează asupra întrebării „cum o punem în practică?”. Modulul oferă profesioniștilor metodologii concrete și adaptabile pentru crearea unor medii în care fiecare persoană vârstnică își poate exprima pe deplin umanitatea — dorințele, identitatea și nevoia de conexiune — fără teamă sau rușine.

De la tăcere la dialog

Cel mai puternic instrument pe care îl are un profesionist nu este o politică sau un protocol, ci capacitatea de a crea un spațiu pentru conversație. Dar cum începem o conversație despre ceva atât de profund personal și atât de puternic influențat de tabuuri culturale? Cum poți întreba o femeie de 85 de ani despre viața ei intimă fără să fii intruziv? Cum îi poți transmite unui bărbat gay că se află într-un spațiu sigur în care poate vorbi despre partenerul său decedat și îi poate rosti numele? Cum poți sprijini o persoană cu demență să își exprime nevoia de tandrețe?

Acestea nu sunt întrebări teoretice. Sunt provocări cotidiene pentru cei care lucrează în gerontologie, asistență socială, servicii medicale sau educație comunitară. Acest modul oferă răspunsuri practice.

Ce oferă acest modul

Acest modul este un instrumentar practic. El îi invită pe profesioniști să:

- Înțeleagă principiile de bază: să învețe elementele fundamentale ale oricărei metodologii incluzive: respectul, siguranța, consimțământul și sensibilitatea culturală.
- Își dezvolte abilitățile de comunicare: să dobândească tehnici practice pentru utilizarea unui limbaj incluziv, ascultare activă și crearea condițiilor necesare unui dialog sigur.
- Utilizeze strategii participative: să depășească abordările de tip „de sus în jos” și să creeze împreună cu persoanele vârstnice modalități de învățare și îngrijire care răspund nevoilor lor reale.
- Se adapteze nevoilor diverse: să învețe cum să adapteze metodele pentru persoane cu niveluri diferite de capacitate cognitivă, stări emoționale și contexte sociale.



- Gestioneze conversațiile dificile: să își dezvolte încrederea necesară pentru abordarea unor subiecte sensibile, de la dorință și intimitate până la pierdere, doliu și identitate.

În cele din urmă, acest modul subliniază faptul că metodologia nu reprezintă un set rigid de tehnici, ci o abordare flexibilă, receptivă și profund umană, orientată spre sprijinirea persoanelor aflate în grija noastră.

Competențe dobândite - Modul 3

La finalul acestui modul, participanții vor fi capabili să:

1. Explice de ce sunt necesare metodologii specifice pentru abordarea sexualității, genului și diversității în lucrul cu persoanele vârstnice, depășind nivelul bunelor intenții și trecând către o practică eficientă.
2. Aplice cele patru principii fundamentale ale metodologiei incluzive — respectul, siguranța, consimțământul și sensibilitatea culturală — în interacțiunile profesionale.
3. Utilizeze tehnici concrete de comunicare, precum formularea de întrebări incluzive, ascultarea activă și observarea indicilor nonverbale, pentru a crea spații sigure pentru dialog.
4. Conceapă și faciliteze activități participative, centrate pe persoana care învață, care implică persoanele vârstnice ca parteneri activi în conversațiile despre intimitate și identitate.
5. Își adapteze abordarea pentru a răspunde nevoilor cognitive, emoționale și sociale ale persoanelor vârstnice cu profiluri diverse, inclusiv ale celor care trăiesc cu demență, prezintă deficiențe senzoriale sau au experiențe traumatice.
6. Abordeze cu încredere conversațiile dificile despre subiecte sensibile precum dorința, pierderea, identitatea și consimțământul.



Concepte-cheie & Definiții

Metodologie incluzivă

O abordare care se asigură în mod activ că toți participanții se simt văzuți, ascultați și respectați. Aceasta se adaptează nevoilor diverse, pune sub semnul întrebării presupunerile și creează condițiile necesare pentru participarea deplină.

Abordare centrată pe participant

O metodologie care plasează nevoile, experiențele și perspectivele participantului în centrul procesului. Profesionistul acționează mai degrabă ca facilitator decât ca expert, construind împreună cu participanții cunoașterea și sensul.

Strategie participativă

O abordare care implică activ grupul-țintă în proiectarea, implementarea și evaluarea activităților. Se bazează pe principiul „Nimic despre noi fără noi”.

Siguranță psihologică

Convingerea comună că un spațiu este sigur pentru asumarea unor riscuri interpersonale — pentru a



pune întrebări, a-și exprima vulnerabilitatea sau a împărtăși experiențe personale fără teama de jenă, umilire sau sancționare.

Ascultare activă

O tehnică de comunicare care presupune ca ascultătorul să se concentreze pe deplin, să înțeleagă, să răspundă și să rețină ceea ce este comunicat. Aceasta implică atât semnale verbale, cât și nonverbale care demonstrează atenție și implicare.

Sensibilitate culturală

Conștientizarea și respectarea diferențelor culturale privind valorile, convingerile și practicile asociate sexualității, genului și intimității. Aceasta presupune deschidere, respect și disponibilitatea de a învăța din perspectiva și cadrul de referință al celeilalte persoane.

Abordare informată de traumă

O metodologie care recunoaște frecvența experiențelor traumatiche și urmărește în mod activ prevenirea retraumatizării. Aceasta acordă prioritate siguranței, încrederii, posibilității de a alege, colaborării și consolidării autonomiei și capacității persoanei de a face alegeri și de a acționa.



Repere teoretice

1. De ce sunt importante metodologiile: dincolo de bunele intenții

Bunele intenții nu sunt suficiente. De fapt, în lipsa unei metodologii adecvate, chiar și profesioniștii bine intenționați pot provoca, fără să își dea seama, efecte negative. Această secțiune explorează de ce este esențială o abordare deliberată și structurată.

1.1. Riscul producerii involuntare a unor efecte negative

Să analizăm câteva situații frecvente:

- Un îngrijitor bine intenționat, dorind să adopte o atitudine incluzivă, întreabă un nou rezident: „Deci, aveți un soț sau o soție?” Rezidenta, o femeie lesbiană care și-a pierdut partenera cu ani în urmă, se simte ignorată și nerecunoscută.
- Un asistent social, dorind să creeze un dialog deschis, începe o sesiune de grup cerându-le tuturor să împărtășească „experiența lor legată de sexualitate”. În sală se lasă liniștea. Participanții se simt expuși și vulnerabili.
- Un coordonator de activități organizează o „seară de film romantic” pentru cupluri, izolând astfel, fără intenție, persoanele singure, văduve sau care nu se află într-o relație de cuplu.

În fiecare dintre aceste situații, profesionistul a avut intenții bune. Însă, în lipsa unei metodologii — fără o analiză atentă a limbajului, siguranței și incluziunii — acțiunile sale au avut consecințe negative. Metodologia nu înseamnă birocrație; înseamnă intenționalitate și reflecție conștientă. Ea face diferența dintre a spera că suntem incluzivi și a acționa efectiv într-un mod incluziv.

1.2. Puterea „curriculumului ascuns”

În orice context educațional sau de îngrijire există un „curriculum ascuns” — normele, valorile și presupunerile nerostite care sunt transmise prin acțiuni, nu prin cuvinte. În ceea ce privește sexualitatea și genul, curriculumul ascuns poate fi deosebit de puternic și poate avea efecte negative:

- Tăcerea transmite mesajul că aceste aspecte nu sunt importante: atunci când profesioniștii nu menționează niciodată intimitatea sau identitatea, ei transmit persoanelor vârstnice mesajul că aceste subiecte nu sunt importante, nu sunt binevenite sau nu ar trebui discutate.
- Presupunerile transmit invizibilitate: atunci când formularele oferă doar opțiunile „Domnul/Doamna”, când întrebările presupun întotdeauna heterosexualitatea sau când activitățile sunt strict organizate în funcție de gen, profesioniștii transmit persoanelor LGBTQIAP+ și persoanelor cu identități de gen diverse mesajul că nu sunt văzute, recunoscute sau incluse.
- Disconfortul transmite un mesaj de pericol: Atunci când limbajul corporal al unui profesionist se schimbă, când acesta schimbă rapid subiectul sau evită contactul vizual, transmite mesajul că acest subiect este periculos, rușinos sau nepotrivit pentru a fi discutat.

Metodologia ne oferă instrumentele necesare pentru a identifica, analiza și transforma curriculumul ascuns. Ne permite să fim conștienți și intenționați în ceea ce transmitem prin propriile acțiuni și comportamente.

1.3. Nevoia de adaptabilitate

Nu există o singură „modalitate corectă” de a aborda sexualitatea, genul și diversitatea în lucrul cu persoanele vârstnice. O metodologie care funcționează foarte bine în cazul unui grup de persoane vârstnice cu o stare cognitivă bună și implicate social poate fi complet inefficientă în cazul persoanelor care trăiesc cu demență. O abordare care se simte sigură pentru o femeie heterosexuale cisgen poate fi percepută ca amenințătoare de către un bărbat trans cu un istoric de experiențe de violență instituțională.

De aceea, acest modul se concentrează pe principii și strategii adaptabile, nu pe tehnici rigide. O metodologie autentică este flexibilă; aceasta se adaptează persoanei și situației în care se află, în loc să forțeze persoana să se conformeze metodei.

1. Principii fundamentale ale metodologiei incluzive

Toate metodologiile eficiente pentru abordarea subiectelor sensibile în lucrul cu persoanele vârstnice se bazează pe patru principii interconectate: respect, siguranță, consimțământ și sensibilitate culturală.

2.1. Respect: fundamentul oricărei interacțiuni

Respectul nu este doar o atitudine; el se reflectă într-un set de comportamente observabile. În practică, respectul înseamnă:

- A vedea persoana în ansamblul său: A recunoaște că o persoană vârstnică nu este doar un pacient sau un rezident, ci o ființă umană în ansamblul ei, cu o istorie de viață, dorințe și o identitate proprie.
- Păstrarea demnității: De exemplu, să batem întotdeauna la ușă și să așteptăm un răspuns



Înainte de a intra într-o cameră privată. Înseamnă, de asemenea, să discutăm discret despre nevoile de îngrijire intimă și să nu purtăm astfel de conversații cu voce tare într-un spațiu comun.

- Utilizarea numelui și a pronumelor preferate: Aceasta reprezintă un act fundamental de recunoaștere și respect. Este important să întrebăm, nu să presupunem.
- Evitarea infantilizării: A nu folosi niciodată termeni precum „drăguțule/drăguțo”, „dragă” sau „domnișoară” atunci când ne adresăm persoanelor vârstnice. A ne adresa acestora ca adulților care sunt.
- Valorizarea experienței: Recunoașterea faptului că persoanele vârstnice au avut vieți bogate și au înțelepciune de împărtășit. Sunt experte în propria lor experiență.

2.2. Siguranța: crearea condițiilor pentru vulnerabilitate

Pentru ca o persoană vârstnică să vorbească despre intimitate, identitate sau dorință, aceasta trebuie să se simtă în siguranță. Crearea unui climat de siguranță psihologică implică mai multe niveluri

Siguranță fizică:

- Spații private și confidențiale pentru conversații.
- Semne vizibile de incluziune (autocolante cu curcubeu, postere incluzive) care transmit mesajul „acesta este un loc sigur”.
- Protocoale clare pentru raportarea oricărei forme de discriminare sau abuz.

Siguranță emoțională:

- Interacțiuni previzibile și consecvente, care contribuie la construirea încrederii.
- Fără judecată, fără reacții de șoc, fără întrebări nepotrivite.
- Dreptul de a refuza – posibilitatea de a alege să nu răspundă sau să nu participe.
- Limite clare cu privire la ceea ce va fi împărtășit și cu cine (confidențialitate).

Siguranță socială:

- Acorduri de grup care stabilesc respectul și confidențialitatea.
- Facilitarea discuțiilor astfel încât nimeni să nu fie vizat sau făcut să se simtă diferit.
- Activități care contribuie la crearea unei conexiuni și la sprijinul reciproc între participanți.

2.3. Consimțământul: un process continuu și activ

Consimțământul nu este o simplă bifă acordată o singură dată. În contextul discuțiilor despre subiecte sensibile, consimțământul trebuie să fie:

- Continu: Verificați în mod regulat. „Este în regulă să continuăm să vorbim despre acest subiect?” „Ați prefera să ne oprim?”
- Activ: Căutați implicarea voluntară și evidentă, nu doar acceptarea pasivă. Fiți atenți la semnele de disconfort – retragere, agitație, schimbări ale tonului vocii.

- Specific: Consimțământul pentru a discuta despre un anumit subiect nu implică și consimțământul pentru a discuta despre un altul.
- Revocabil: Asigurați-vă că persoana știe că își poate retrage consimțământul în orice moment, din orice motiv, fără consecințe.

În cazul persoanelor cu deficiențe cognitive, evaluarea consimțământului necesită abilități specifice. Căutați acordul exprimat prin comportament – implicarea pozitivă exprimată prin limbajul corporal, tonul vocii și afect. Fiți atenți la semnele de suferință sau retragere, care pot indica lipsa consimțământului chiar dacă persoana nu o poate exprima verbal.

2.4. Sensibilitate culturală: întținerea oamenilor acolo unde sunt

Sensibilitatea culturală nu înseamnă să cunoaștem totul despre fiecare cultură. Înseamnă:

- Practicarea umilinței culturale: Abordarea fiecărei persoane ca fiind expertă în propriul său cadru cultural. Întrebând: „Mă puteți ajuta să înțeleg ce înseamnă acest lucru în cultura dumneavoastră?”
- Evitarea presupunerilor: A nu presupune că o persoană dintr-un anumit mediu are anumite convingeri. Există la fel de multă diversitate în interiorul culturilor, cât există și între acestea.
- Recunoașterea intersecționalității: Înțelegerea faptului că experiența unei persoane este influențată de intersecția mai multor identități – vârstă, gen, sexualitate, rasă, religie, dizabilitate.
- Adaptarea limbajului și a conceptelor: Conștientizarea faptului că termeni precum „gay”, „trans” sau chiar „partener(ă)” pot să nu fie familiari sau relevanți în toate contextele culturale. Utilizarea, atunci când este posibil, a limbajului folosit de persoana respectivă.

3. Abordări în comunicare: crearea unui dialog sigur

Comunicarea este principalul instrument al oricărei metodologii incluzive. Această secțiune oferă tehnici concrete pentru crearea unui dialog sigur, respectuos și constructiv.

3.1. Puterea limbajului

Limbajul modelează realitatea. Cuvintele pe care le alegem pot deschide uși sau le pot închide. Iată câteva recomandări practice pentru o comunicare incluzivă:

În loc de...	Încearcă...	De ce?
"Aveți soț/soție?"	"Există o persoană importantă în viața dvs acum? Vorbiți-mi despre relațiile dvs"	Nu presupune heterosexualitatea sau statusul marital.
"Dl./Dna/ [nume]"	Folosiți prenumele (dacă persoana preferă acest lucru) sau întrebați: „Cum ați dori să mă adresez dumneavoastră?"	Respectă identitatea de gen și preferințele personale.

Când erați tânăr...	"În timpul vieții dvs..."	Evită prezentarea vieții persoanei ca fiind încheiată.
"Ești atât de puternică/ tânără la suflet"	"Mulțumesc că ai împărtășit asta cu mine!"	Evită limbajul condescendent.
"Cred că a fost foarte dificil pentru soț"	"Cum a afectat acest lucru pe oamenii apropiați de dvs?"	Nu presupune genul partenerului.

3.2. Ascultarea activă: dincolo de auzirea cuvintelor

Ascultarea activă este o abilitate care poate fi dezvoltată. Aceasta implică:

Tehnici verbale:

- Parafrizarea: „Așadar, ceea ce înțeleg că spuneți este că v-ați simțit rănit(ă) atunci când...”
- Reflectarea emoțiilor: „Se pare că acea experiență a fost foarte dureroasă pentru dumneavoastră.”
- Adresarea întrebărilor deschise: „Îmi puteți spune mai multe despre acest lucru?” în loc de „V-a făcut acest lucru să vă simțiți trist(ă)?”
- Încurajări minimale: „Mm-hmm”, „Înțeleg”, „Spuneți-mi mai multe.”

Tehnici non-verbale:

- Contact vizual: Cald și atent, fără a fixa privirea.
- Postură deschisă: Brațele neîncrucișate, corpul orientat către persoana care vorbește.
- Aplecarea ușoară înainte: Arată interes și implicare.
- Datul din cap: Semnalează înțelegere și încurajare.
- Tăcerea: Acordarea unui spațiu persoanei pentru a gândi și a vorbi, fără a se grăbi să umple momentele de tăcere.

3.3. Crearea condițiilor pentru dialog

Uneori, cea mai importantă parte a procesului are loc înainte ca un singur cuvânt să fie rostit. Crearea condițiilor pentru dialog înseamnă:

Pregătirea spațiului:

- Alegeți un loc privat și confortabil.
- Aranjați locurile astfel încât să faciliteze conversația (scaunele așezate într-un unghi, nu față în față peste un birou).
- Îndepărtați barierele fizice.
- Asigurați-vă că spațiul este primitiv și creează o atmosferă plăcută.

Stabilirea tonului:



- Începeți cu o explicație clară a scopului și a limitelor.
- Stabiliți confidențialitatea: „Ceea ce discutăm aici este privat. Singura situație în care ar trebui să comunic ceva mai departe ar fi dacă...”
- Subliniați dreptul persoanei de a alege ce dorește să împărtășească.

Utilizarea indiciilor vizuale:

- Afișați imagini incluzive (steaguri curcubeu, cupluri diverse, persoane de toate vârstele).
- Puneți la dispoziție materiale (cărți, broșuri) care transmit deschidere și acceptare.
- Purtați un ecuson cu pronumele sau includeți pronumele în prezentarea dumneavoastră.

3.4. Arta de a adresa întrebări

Întrebările pot încuraja exprimarea sau o pot inhiba. Iată câteva recomandări pentru adresarea întrebărilor despre subiecte sensibile:

Întreabă	Nu întreba
Întrebări deschise: „Care a fost experiența dumneavoastră în legătură cu...?”	Întrebări sugestive: „Probabil că vi s-a părut dificil, nu-i așa?”
Întrebări care normalizează diversitatea: „Ați avut vreodată un partener de un alt gen?”	Întrebări care presupun o patologie: „Când ți-ai dat seama că ești diferit?”
Întrebări care oferă posibilitatea de a alege: „Ați dori să îmi povestiți despre relațiile dumneavoastră?”	Întrebări care solicită dezvăluirea unor informații personale: „Povestiți-mi despre istoricul dumneavoastră sexual.”
Întrebări care urmează direcția dată de persoană: „Ați menționat mai devreme partenerul dumneavoastră. Ați dori să vorbiți mai mult despre acest lucru?”	Întrebări intruzive sau indiscrete: „Și apoi ce s-a întâmplat?”

4. Strategii participative și centrate pe cursant

Abordările tradiționale în educație și îngrijire sunt adesea de tip „de sus în jos”: profesionistul este expertul, iar persoana vârstnică este beneficiarul. Strategiile participative, centrate pe cursant, schimbă acest model. Ele recunosc faptul că persoanele vârstnice sunt expertele propriilor vieți și că învățarea și sprijinul semnificativ se realizează prin colaborare, nu prin prescriere.

4.1. Principiul „Nimic despre noi fără noi”

Acest principiu, apărut în cadrul activismului pentru drepturile persoanelor cu dizabilități, este fundamental pentru activitatea incluzivă cu persoanele vârstnice. Înseamnă:

Implicarea persoanelor vârstnice în procesul de concepere: Atunci când creați un nou program, o activitate sau o politică, implicați persoanele vârstnice încă de la început. Întrebați-le de ce au nevoie, ce își doresc, ce a funcționat sau nu a funcționat în trecut.

Co-crearea conținutului: Dezvoltați materialele și activitățile împreună cu persoanele vârstnice, nu doar pentru acestea. Permiteți-le să contribuie la stabilirea agendei.
Împărtășirea puterii: Recunoașteți faptul că expertiza profesionistului este complementară experienței de viață a persoanei vârstnice, nu superioară acesteia.

4.2. Metode participative practice

Grupuri de discuție (focus groups):

Discuții facilitate, în grupuri mici, cu 6–8 participanți.
Sunt utilizate pentru explorarea experiențelor, nevoilor și ideilor.
Pot avea loc într-o singură sesiune sau în mod repetat.
Sunt deosebit de utile pentru colectarea unor perspective diverse.

Ateliere de co-design:

Sesiuni structurate în care profesioniștii și persoanele vârstnice lucrează împreună pentru a concepe o soluție (un program, un spațiu sau o resursă).
Folosesc tehnici creative precum brainstormingul, realizarea de prototipuri și jocul de rol. Pun accent pe parteneriat egal și luarea în comun a deciziilor.

Facilitarea de către colegi (peer facilitation):

Persoanele vârstnice sunt instruite pentru a facilita discuții sau activități împreună cu alte persoane vârstnice.
Valorifică puterea experienței comune.
Dezvoltă capacitatea și încrederea în propria comunitate.

Grupuri comunitare consultative:

Se creează un grup permanent de persoane vârstnice care oferă organizației recomandări privind politicile, programele și practicile.
Grupul trebuie să fie divers și reprezentativ.
Membrii trebuie remunerați pentru timpul și expertiza lor.

4.3. Tehnici de facilitare centrate pe cursant

În orice context de grup, rolul facilitatorului este de a crea condițiile pentru învățare, nu doar de a transmite informații.

Tehnici principale:

Pornirea de la nivelul participanților:

Începeți prin a întreba ce știu deja participanții, ce vor să învețe și ce preocupări au.
Adaptați agenda în funcție de răspunsurile lor.

Utilizarea învățării experiențiale:

Construiți activitățile în jurul propriilor experiențe ale participanților.



Folosiți povești, studii de caz și scenarii inspirate din viața reală.

Creați oportunități pentru reflecție și împărtășirea experiențelor.

Încurajarea învățării între colegi:

Structurați activitățile astfel încât participanții să învețe unii de la alții.

Folosiți discuții în grupuri mici, discuții în perechi și sinteze în grupul mare.

Validați și dezvoltați contribuțiile tuturor participanților.

Oferirea posibilității de a alege:

Oferiți mai multe modalități de participare: vorbire, scris, desen, mișcare.

Permiteți participanților să aleagă nivelul de implicare.

Respectați dreptul unei persoane de a alege să nu participe la o anumită activitate sau întrebare.

Închiderea buclei:

Rezumați ceea ce s-a învățat.

Întrebați participanții ce vor reține din sesiune.

Explicați cum va fi utilizată contribuția lor.

5. Adaptarea metodelor la nevoi diverse

Nicio metodologie nu funcționează pentru toată lumea. Profesioniștii eficienți își adaptează abordarea pentru a răspunde nevoilor unice ale fiecărei persoane sau ale fiecărui grup. Această secțiune oferă recomandări pentru adaptarea metodelor în funcție de diferite contexte cognitive, emoționale și sociale.

5.1. Adaptarea la nevoie cognitive

Pentru persoanele cu **demență sau tulburări cognitive**:

- Simplificați limbajul: Folosiți propoziții scurte și clare. Evitați conceptele abstracte. Fiți concreți.
- Folosiți mai multe modalități de comunicare: Combinați cuvintele cu imagini, obiecte, muzică sau mișcare.
- Concentrați-vă asupra momentului prezent: În loc să întrebați despre experiențe din trecut, concentrați-vă asupra sentimentelor și nevoilor actuale.
- Observați indiciile nonverbale: Limbajul corpului, expresiile faciale și tonul vocii sunt adesea mai fiabile decât cuvintele.
- Validați emoțiile: Chiar dacă ceea ce spune persoana nu are sens, sentimentele sale sunt reale. Reflectați și validați aceste emoții.
- Creați rutine: Structurile previzibile reduc anxietatea și creează un sentiment de siguranță.

Pentru persoane cu **tulburări senzoriale**:



- În cazul pierderii auzului: Stați cu fața către persoană, vorbiți clar și reduceți zgomotul de fond. Folosiți materiale scrise ca suport. Luați în considerare interpreți în limbajul semnelor.
- În cazul pierderii vederii: Descrieți verbal materialele vizuale. Folosiți obiecte care pot fi explorate tactil. Asigurați o iluminare adecvată.
- Oferiți materiale în formate accesibile: caractere mari, materiale audio, Braille, format Easy Read (ușor de citit).

Pentru persoane cu **afazie sau dificultăți de comunicare:**

- Acordați timp suplimentar: permiteți persoanei să proceseze informația și să răspundă fără să o grăbiți.
- Utilizați suporturi pentru comunicare: imagini, scris, gesturi, planșe de comunicare.
- Puneți întrebări cu răspuns da/nu atunci când este adecvat: „Doriți să continuăm?” „Este confortabil?”
- Verificați dacă ați înțeles corect: „Cred că spuneți că... Am înțeles corect?”

5.2. Adaptarea la nevoile emoționale

Pentru persoane cu **antecedente traumatice:**

- Utilizați o abordare informată de traumă: Prioritizați siguranța, încrederea, alegerea, colaborarea și capacitatea persoanei de a-și exercita controlul.
- Evitați conținutul care poate declanșa reacții traumatice: Fiți conștienți că anumite subiecte (violența sexuală, examinările medicale, anumite tipuri de atingere) pot fi profund declanșatoare.
- Oferiți control: Subliniați că persoana se poate opri în orice moment și poate alege ce dorește să împărtășească.
- Observați semnele de suferință emoțională: Retrageri, agitație, disociere. Fiți pregătiți să faceți o pauză sau să opriți conversația.
- Aveți la dispoziție resurse de sprijin: Cunoașteți modalitățile prin care puteți face trimitere către servicii specializate în traumă, atunci când este necesar.

Pentru persoane care trec prin **doliu sau pierdere:**

- Recunoașteți pierderea: „Înțeleg că partenerul dumneavoastră a decedat. Trebuie să fie foarte greu.”
- Urmați direcția dată de persoană: Unele persoane vor să vorbească, altele nu. Respectați ritmul fiecăruia.
- Creați spațiu pentru amintire: Oferiți, dacă persoana dorește, oportunități de a-i comemora pe cei dragi.
- Fiți prezent: Uneori, cel mai puternic sprijin este simpla prezență, fără cuvinte.

Pentru persoane **anxioase sau timide:**

- Începeți treptat: Construiți încrederea gradual. Nu forțați persoana.
- Oferiți alternative: Unele persoane preferă conversațiile individuale în locul grupurilor. Altele preferă să scrie în loc să vorbească.

- Normalizați disconfortul: „Este complet normal să vă simțiți puțin stânjenit(ă) când vorbiți despre acest lucru.”
- Folosiți activități structurate: Jocurile, chestionarele sau activitățile artistice pot fi percepute ca fiind mai sigure decât discuțiile deschise.

5.3. Adaptarea la contextual social și cultural

Pentru persoane provenite **din medii culturale diferite:**

- Aflați despre normele culturale, dar nu faceți presupuneri — întrebați.
- Folosiți, atunci când este posibil, limba persoanei. Colaborați cu interpreți dacă este necesar.
- Fiți atenți la dinamica familiei: În unele culturi, implicarea familiei în luarea deciziilor este așteptată și dorită.
- Respectați valorile diferite, chiar dacă acestea diferă de ale dumneavoastră.
- Evitați impunerea conceptelor occidentale privind sexualitatea și identitatea. Folosiți cadrul de referință al persoanei.

Pentru persoane **din mediul rural sau zone izolate:**

- Utilizați tehnologia în mod creativ: apeluri video, sprijin telefonic, grupuri online.
- Construiți pe baza rețelelor existente: colaborați cu grupuri comunitare locale, organizații religioase sau cluburi.
- Aveți răbdare: În comunitățile strâns unite, în care intimitatea poate fi limitată, construirea încrederii poate dura mai mult.

Pentru persoanele cu **sprijin social limitat:**

- Fiți o prezență constantă: Fiabilitatea contribuie la construirea încrederii.
- Conectați persoana la resursele comunității: Ajutați-o să găsească grupuri, servicii sau activități.
- Recunoașteți rolul „familiei alese”: Sprijiniți conexiunile cu prieteni, vecini și alte persoane apropiate care nu fac parte din familia tradițională.

6. Gestionarea subiectelor sensibile și a conversațiilor dificile

Chiar și cu cea mai bună pregătire, conversațiile despre sexualitate, gen și intimitate pot fi dificile. Această secțiune prezintă strategii pentru gestionarea momentelor complicate.

6.1. Când o persoană dezvăluie ceva neașteptat

- Păstrați-vă calmul: Reacția dumneavoastră stabilește tonul conversației. Respirați. Mențineți o expresie neutră și caldă.
- Recunoașteți dezvăluirea: „Vă mulțumesc că ați avut suficientă încredere în mine pentru a-mi împărtăși acest lucru.”
- Reflectați ceea ce a spus persoana: „Așadar, ceea ce îmi spuneți este că...”

- Întrebați de ce are nevoie: „Cum v-aș putea sprijini cel mai bine acum?” „Ce v-ar fi de folos?”
- Nu insistați cu întrebări: Nu este necesar să cunoașteți toate detaliile. Concentrați-vă asupra nevoilor persoanei, nu asupra propriei curiozități.
- Cunoașteți-vă limitele: Dacă situația depășește nivelul dumneavoastră de expertiză, spuneți acest lucru și ajutați persoana să găsească sprijinul adecvat.

6.2. Când o conversație devine emoțională

- Faceți o pauză: „Observ că acest lucru vă provoacă emoții puternice. Ați dori să facem o pauză?”
- Validați emoțiile: „Este de înțeles să vă simțiți așa.”
- Oferiți opțiuni: „Doriți să continuăm sau preferați să ne oprim pentru moment?”
- Folosiți tehnici de grounding, dacă este necesar: „Haideți să respirăm adânc de câteva ori împreună.” „Puteți să-mi spuneți trei lucruri pe care le vedeți în această încăpere?”
- Fiți prezent: Nu încercați să „reparați” emoția. Pur și simplu rămâneți alături de persoană.

6.3. Când o persoană spune ceva nepotrivit sau ofensator

- Rămâneți calm și profesionist: Nu rușinați și nu atacați persoana.
- Atrageți atenția asupra comportamentului, nu asupra persoanei: „Comentariul respectiv despre [grup] este jignitor. În acest spațiu, îi tratăm pe toți cu respect.”
- Folosiți situația ca oportunitate de învățare: „Îmi puteți spune mai multe despre motivul pentru care ați spus acest lucru?” „Cum credeți că s-ar putea simți o persoană care aparține grupului respectiv?”
- Reamintiți regulile grupului: „Vă amintiți că am fost de acord să ascultăm cu mintea deschisă.”
- Dacă acest comportament continuă, abordați persoana în privat: „Aș dori să discutăm despre ceva ce s-a întâmplat mai devreme în cadrul grupului...”

6.4. Când nu știți răspunsul

- Fiți sincer: „Este o întrebare foarte bună. Nu știu răspunsul, dar pot să mă informez pentru dumneavoastră.”
- Propuneți să căutați împreună: „Ați dori să încercăm să aflăm împreună?”
- Faceți legătura cu resursele disponibile: „Știu o organizație specializată în acest domeniu. Doriți datele lor de contact?”
- Reveniți cu un răspuns: Dacă promiteți că veți găsi o informație, asigurați-vă că faceți acest lucru.

7. Studii de caz: metodologii puse în practică

Aceste studii de caz ilustrează modul în care principiile și tehnicile prezentate în acest modul pot fi aplicate în situații reale.

Studiu de caz 1: Atelierul de educație comunitară

Context: Un centru comunitar dintr-un oraș mic dorește să organizeze un atelier despre „Intimitate și îmbătrânire” pentru persoanele vârstnice din comunitate. Nu au mai organizat niciodată un astfel de atelier și nu sunt siguri cum să procedeze.

Metodologia în practică:

1. Design participativ: Înainte de conceperea atelierului, organizatorii organizează două grupuri de discuție cu persoane vârstnice din comunitate pentru a înțelege interesele, preocupările și nevoile acestora. Descoperă că participanții doresc să discute despre menținerea conexiunii după pierderea unei persoane dragi, gestionarea unor relații noi și reacțiile familiei. Aceștia precizează în mod explicit că NU își doresc o prezentare de tip „educație sexuală”.
2. Co-creare: Se formează un comitet de planificare format din patru persoane vârstnice și doi membri ai personalului. Împreună, aceștia concep o serie de patru sesiuni. Persoanele vârstnice sugerează titluri care le sunt confortabile, precum „Iubire și conexiune la orice vârstă”, precum și activități care oferă un sentiment de siguranță, începând cu discuții generale înainte de a trece la împărtășirea experiențelor personale.
3. Crearea unui spațiu sigur: Prima sesiune se concentrează în totalitate pe construirea încrederii și stabilirea regulilor grupului. Participanții creează împreună regulile: confidențialitate, dreptul de a nu răspunde, lipsa judecății și ascultarea cu respect. Facilitatorii demonstrează aceste principii pe tot parcursul sesiunii.
4. Facilitare centrată pe cursant: Fiecare sesiune începe cu o scurtă verificare a stării participanților și cu întrebarea: „Despre ce doriți să vorbim astăzi?” Agenda este adaptată în funcție de nevoile participanților. Atunci când cineva împărtășește o experiență personală, facilitatorul îi invită pe ceilalți să reflecteze: „A mai avut cineva o experiență similară?”
5. Adaptarea la nevoi: Unul dintre participanți prezintă demență în stadiu incipient. Facilitatorul verifică în mod regulat starea acesteia, folosește un limbaj simplu și validează contribuțiile sale.
6. Atunci când persoana devine confuză, facilitatorul redirecționează cu blândețe conversația sau îi oferă posibilitatea de a lua o pauză.
7. Închiderea buclei: La ultima sesiune, participanții reflectează asupra lucrurilor învățate și asupra a ceea ce vor păstra din experiență. Mai mulți participanți își exprimă interesul pentru continuarea întâlnirilor. Centrul decide să sprijine crearea unui grup de discuții permanent, condus de participanți.

Studiu de caz 2: Conversația individuală

Context: O lucrătoare din domeniul îngrijirii la domiciliu, Marie, îl vizitează în mod regulat pe domnul Ahmed, în vârstă de 82 de ani. Acesta a rămas recent văduv și pare din ce în ce mai retras. Marie bănuiește că acesta s-ar putea simți singur și izolat.

Metodologia în practică:



1. Crearea condițiilor: Marie se asigură că au timp pentru o conversație privată. Se așază pe un scaun confortabil, lângă el, nu de cealaltă parte a unei mese. Începe cu întrebări generale despre cum se simte.
2. Ascultarea activă: Atunci când domnul Ahmed menționează că „îi este dor de companie”, Marie nu se grăbește să ofere soluții. Reflectă: „Se pare că vă simțiți singur de când a decedat soția dumneavoastră.” Îi permite să existe momente de tăcere pentru ca acesta să poată răspunde.
3. Adresarea unor întrebări deschise: „Cum a fost căsnicia dumneavoastră?” îl întreabă ea. Domnul Ahmed începe să vorbească despre soția sa și despre viața lor împreună. Marie ascultă fără să îl întrerupă.
4. Urmărirea direcției indicate de persoană: Atunci când domnul Ahmed menționează că uneori se gândește la „ce urmează”, Marie întreabă cu blândețe: „Ce vreți să spuneți prin asta?” Acest lucru deschide o conversație despre posibilitatea ca el să își dorească din nou compania cuiva – ceva la care îi fusese teamă chiar și să se gândească.
5. Respectarea limitelor: Atunci când domnul Ahmed devine emoționat și începe să plângă, Marie se oprește. „Acest subiect vă trezește multe emoții. Ați dori să continuăm sau ați prefera să ne oprim?” El alege să continue, însă faptul că Marie îi oferă această posibilitate îi consolidează sentimentul de control.
6. Oferirea de sprijin, nu de soluții: La final, Marie nu îi spune ce ar trebui să facă. Îl întreabă: „Ce v-ar fi de folos acum?” Domnul Ahmed spune că i-ar plăcea poate să viziteze un centru comunitar local. Marie se oferă să îl ajute să găsească informații.
7. Menținerea continuității: În cadrul vizitelor ulterioare, Marie revine cu blândețe asupra subiectului: „V-ați mai gândit la centrul comunitar?” Nu insistă, dar menține deschisă posibilitatea de a discuta despre acest lucru.

Studiu de caz 3: Răspunsul instituțional

Context: Un cămin pentru persoane vârstnice își dă seama că nu are niciun protocol pentru sprijinirea relațiilor intime ale rezidenților. După ce doi rezidenți, ambii cu demență, încep o relație, personalul este împărțit în privința modului în care ar trebui să reacționeze.

Metodologia în practică:

1. Consultarea mai multor părți interesate: Instituția formează un grup de lucru care include membri ai personalului de la toate nivelurile, familiile rezidenților și – în mod esențial – chiar și alți rezidenți. Un consultant extern cu experiență în VIAS facilitează procesul. („VIAS” este utilizat ca un cadru de analiză în managementul proiectelor sau în etica îngrijirii; o posibilă interpretare este: V – Verificarea faptelor și a percepțiilor / I – Identificarea problemei principale și a principiilor etice / A – Evaluarea riscurilor și a opțiunilor / S – Elaborarea unei strategii / Luarea unei decizii colective.)
2. Abordarea bazată pe informarea cu privire la traumă: Consultarea începe prin recunoașterea faptului că unii rezidenți și membri ai personalului pot avea antecedente traumatice legate de sexualitate. Sunt stabilite reguli de bază pentru un dialog respectuos.
3. Evaluarea nevoilor și preocupărilor: Prin discuții facilitate, grupul identifică principalele probleme: lipsa intimității, disconfortul personalului, preocupările familiilor, lipsa unei politici clare și teama de abuz.



4. Co-crearea soluțiilor: Grupul identifică prin brainstorming posibile soluții: instalarea unor semne „Nu deranjați”, crearea unui spațiu privat pentru vizite, dezvoltarea unui program de instruire pentru personal și elaborarea unui protocol simplu pentru evaluarea capacității de a consimți.
5. Elaborarea unei politici preliminare: Un grup mai restrâns elaborează o politică pe baza consultării. Aceasta include principii clare (dreptul la viață privată, dreptul la relații, angajamentul privind siguranța), orientări practice și un proces decizional pentru situațiile complexe.
6. Testarea și colectarea feedbackului: Politica preliminară este testată timp de trei luni. Personalul și rezidenții sunt invitați să ofere feedback. Sunt efectuate ajustări pe baza acestuia.
7. Implementarea și revizuirea continuă: Politica finală este adoptată. Aceasta include angajamentul de a fi revizuită anual și de a continua implicarea rezidenților în implementarea sa.



Ghid pentru educatori și profesioniști

Reflexe esențiale de dezvoltat

Limbaj:

- Înlocuiți întrebările închise, bazate pe presupuneri, cu întrebări deschise și incluzive.
- Întrebați despre pronume și formele preferate de adresare.
- Folosiți termeni neutri, precum „partener(ă)”, până când aflați altceva.
- În formulare, înlocuiți „Dl./Dna.” cu „Prenume, Nume, Pronume preferate”.

Postură:

- Poziționați-vă la același nivel cu persoana cu care vorbiți.
- Mențineți un limbaj corporal deschis și relaxat.
- Mențineți un contact vizual cald, fără a fixa privirea.
- Fiți prezent(ă) – puneți deoparte telefonul și eliminați alte surse de distragere a atenției.

Mediu:

- Asigurați-vă că spațiile private sunt într-adevăr private.
- Afișați semne vizibile de incluziune.
- Puneți la dispoziție materiale în formate accesibile.
- Creați oportunități pentru conectare (spații sociale, activități, evenimente).

Practici:

- Cereți întotdeauna consimțământul înainte de a discuta subiecte sensibile.
- Urmați ritmul și indicațiile persoanei – aceasta este expertă în propria sa viață.
- Atunci când aveți îndoieli, întrebați: „Ce v-ar fi cel mai de folos în acest moment?”
- Cunoașteți-vă limitele și momentul în care este necesară îndrumarea către un alt specialist.



Greșeli frecvente de evitat

- A presupune în loc de a întreba: Presupunerea heterosexualității, presupunerea că persoana se simte confortabil, presupunerea nevoilor persoanei.
- Grăbirea către soluții: Uneori, cel mai important lucru pe care îl puteți face este pur și simplu să ascultați.
- Evitarea completă a subiectului: Tăcerea nu este neutră – transmite faptul că subiectul este tabu.
- Folosirea jargonului sau a unui limbaj complex: Păstrați limbajul simplu și clar.
- A face conversația despre dumneavoastră: „Când eu...” „Eu cred că...” Concentrați-vă asupra persoanei.
- A insista prea mult: Respectați dreptul persoanei de a refuza, dreptul la viață privată și dreptul de a spune „nu”.



Rezumat & Mesaje-cheie

- Metodologia contează. Intențiile bune nu sunt suficiente. Abordările deliberate și bine gândite sunt esențiale pentru crearea unor medii cu adevărat incluzive.
- Începeți cu principiile. Respectul, siguranța, consimțământul și sensibilitatea culturală reprezintă fundamentul oricărei practici eficiente.
- Comunicarea este esențială. Cuvintele pe care le alegem, modul în care ascultăm și spațiul pe care îl creăm – toate acestea influențează posibilitatea de a avea un dialog.
- Abordările participative funcționează. Persoanele vârstnice trebuie să fie partenere, nu doar beneficiare, în orice proces care le privește.
- Adaptarea este esențială. Nicio metodă nu funcționează pentru toată lumea. Adaptați-vă abordarea pentru a răspunde nevoilor cognitive, emoționale și sociale unice ale fiecărei persoane.
- Conversațiile dificile fac parte din acest proces. Cu pregătirea și sprijinul adecvate, acestea pot fi gestionate în mod eficient.
- Nu sunteți singuri. Folosiți resursele, rețelele și instrumentele disponibile. Colaborați cu colegii și partenerii din comunitate



Instrumente practice & Materiale

Planul lecției Modul 7

Planul lecției este un ghid structurat care oferă instrucțiuni pentru formatori sau profesioniști cu privire la modul de implementare a Modulului 7 într-un cadru de grup. Acesta oferă o structură pentru o sesiune de formare cu durata de 3 ore, însoțită de o prezentare PowerPoint corespunzătoare,



prezintă rezultatele învățării și o listă de verificare pentru pregătire și descrie trei exerciții (prezentate mai jos).

Exercițiul 1 — Crearea unor întrebări incluzive

Obiectiv: Exersarea formulării unor întrebări deschise și incluzive pentru diferite situații.

Instrucțiuni: În perechi, luați o întrebare „închisă” sau care pornește de la o presupunere și transformați-o într-o alternativă deschisă și incluzivă. Discutați de ce noua formulare este mai eficientă.

Exercițiul 2 — Adaptarea la nevoi diverse

Obiectiv: Exersarea adaptării unei metodologii standard pentru a răspunde diferitelor nevoi cognitive, emoționale sau sociale.

Instrucțiuni: În grupuri mici, primiți un scenariu care descrie un participant cu o anumită nevoie (de exemplu, demență în stadiu incipient, antecedente de traumă, deficiențe de auz). Discutați despre modul în care ați adapta o activitate standard de discuție în grup pentru a asigura participarea

deplină și în condiții de siguranță a acestuia.

Exercițiul 3 — Co-crearea unui atelier

Obiectiv: Exersarea aplicării principiilor designului participativ.

Instrucțiuni: În grupuri, imaginați-vă că vi se solicită să creați un atelier despre „Intimitate și îmbătrânire” pentru persoanele vârstnice din comunitatea dumneavoastră. Folosind principiul „Nimic despre noi fără noi”, schițați un proces de design participativ. Pe cine ați implica? Ce pași ați urma? Ce provocări ar putea apărea și cum le-ați aborda?

Referințe

Surse franceze

Haute Autorité de Santé. (2025). Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS. Volet 1 – Socle transversal. Saint-Denis La Plaine: HAS. Available at: www.has-sante.fr

Charte ISA. (2023). Charte internationale des droits à l'Intimité, la Sexualité et l'Autonomie en établissement. Available at: <https://charte-isa.com>

Petits Frères des Pauvres. (2022). Vie affective, intime et sexuelle des personnes âgées. Paris: Petits frères des pauvres. Available at: www.petitsfreresdespauvres.fr

Amnesty International Suisse. (2022). Guide de langage inclusif. Available at: <https://www.amnesty.ch/fr/le-lab/guides-et-outils/guide-de-langage-inclusif>

Direction générale de la cohésion sociale. (2021). *Circulaire n° DGCS/SD3B/2021/147 du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences.* Available at: www.legifrance.gouv.fr

Surse internațională

World Health Organization. (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2021). Global report on ageism. Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>

Meyer, A., Rose, D. H., & Gordon, D. (2014). Universal design for learning: Theory and practice. CAST Professional Publishing.

Resurse adiționale

Grey Pride. (2024). Guide "Accueillir les seniors LGBTQIAP+" and Label "Bienvenue". Available at: <https://greypride.fr>

Les Audacieuses & Les Audacieux. (2024). Le projet Maison de la Diversité. Available at: <https://audacieusement.org/le-projet-maison-de-la-diversite/>

Schwulen Beratung Berlin. (2013). Lebensort Vielfalt - Ein Wohnprojekt für ältere Lesben, Schwule und Transgender. Available at: <https://schwulenberatungberlin.de/lebensort-vielfalt/>

Tonic Housing. (2024). Tonic @ Bankhouse - UK's first LGBT+ affirming retirement community. Available at: <https://tonichousing.org.uk/>

Kit à agir. Ressources pour l'animation et l'accompagnement. Available at: <https://kit-a-agir.fr>

Intimagir. Centres ressources sur la sexualité et la parentalité. Available at: <https://www.intimagir.fr>



MODULUL 8

Demența și sexualitatea: aspecte importante

*Elaborat de:
Cristina-Ioana Apostu
Societatea Română Alzheimer*



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Prezentare generală

Acest modul explorează relația complexă dintre demență și sexualitate, cu o atenție deosebită la modul în care schimbările cognitive pot influența intimitatea, exprimarea sexuală, consimțământul și relațiile interpersonale la vârste înaintate. Schimbările asociate demenței, precum dificultățile de memorie, de judecată, de reglare emoțională sau de conștientizare socială, pot afecta felul în care persoanele își trăiesc și își exprimă sexualitatea. În practica de zi cu zi, aceste schimbări pot duce la situații de neînțelegere, suferință emoțională sau incertitudine etică, atât pentru persoanele care trăiesc cu demență, cât și pentru cei care le sprijină.

Sexualitatea la vârste înaintate, și mai ales în contextul demenței, este adesea înconjurată de tăcere, disconfort și presupuneri ageiste. Persoanele vârstnice care trăiesc cu demență sunt percepute frecvent ca asexuale sau incapabile de o intimitate cu sens, ceea ce poate face ca nevoile lor să fie trecute cu vederea sau chiar restrânse în mod activ. În același timp, afectarea cognitivă poate ridica îngrijorări reale legate de consimțământ, vulnerabilitate și protecția împotriva prejudiciilor. De aceea, profesioniștii trebuie adesea să gestioneze tensiuni dificile între respectarea autonomiei și asigurarea siguranței, fără îndrumări clare sau coerente.

Acest modul răspunde acestor provocări printr-o perspectivă bazată pe drepturi și centrată pe persoană. În loc să trateze sexualitatea în contextul demenței ca pe o problemă care trebuie gestionată, modulul încurajează răspunsuri mai nuanțate, mai empatică și fundamentate etic, care recunosc sexualitatea ca un aspect continuu al identității și al stării de bine pe tot parcursul vieții.

Conținutul modulului se bazează pe constatările din pachetul de lucru 2 (WP2), care evidențiază modul în care demența se intersectează cu factori precum genul, starea de sănătate, normele culturale și așteptările sociale. Constatările din WP2 indică, de asemenea, lipsa formării și a unor cadre clare pentru profesioniști, precum și dificultățile emoționale și etice cu care aceștia se confruntă atunci când răspund la manifestări de intimitate sau la comportamente sexuale ale persoanelor cu declin cognitiv.

După parcurgerea acestui modul, profesioniștii, educatorii și îngrijitorii din familie vor înțelege mai clar aspectele etice, sociale și practice legate de sexualitate și demență. Vor câștiga mai multă încredere în gestionarea situațiilor sensibile, o mai bună conștientizare a aspectelor legate de consimțământ și protecție, precum și strategii practice de comunicare care sprijină autonomia, păstrând în același timp siguranța, demnitatea și respectul (Organizația Mondială a Sănătății, 2015; Alzheimer Europe, 2018).



Concepte-cheie & Definiții

Această secțiune prezintă concepte-cheie deosebit de relevante pentru înțelegerea sexualității și a intimității în contextul demenței. Folosirea unei terminologii clare și comune contribuie la o practică mai coerentă, mai etică și mai sensibilă, mai ales în situațiile care pot fi complexe din punct de vedere emoțional sau moral.

Demența

Demența este o afecțiune neurocognitivă progresivă, caracterizată printr-un declin al memoriei, al funcțiilor executive, al limbajului, al judecății și al conștientizării sociale, care interferează cu funcționarea de zi cu zi.



Ea cuprinde diferite afecțiuni, precum boala Alzheimer, demența frontotemporală și demența vasculară, precum și forme mixte. În plus, există cauze reversibile sau secundare ale afectării cognitive, care se pot manifesta prin simptome asemănătoare. Aceste afecțiuni pot prezenta tipare comportamentale și emoționale distincte. Schimbările neurologice și cognitive asociate pot afecta controlul impulsurilor, reglarea emoțională și limitele interpersonale, ceea ce poate influența, la rândul său, modul în care se exprimă intimitatea și sexualitatea.

Înțelegerea demenței ca afecțiune neurocognitivă este esențială pentru a evita interpretările morale ale comportamentului și pentru a sprijini răspunsuri proporționale, fundamentate clinic.

Capacitatea de discernământ

Capacitatea de discernământ se referă la abilitatea unei persoane de a lua o anumită decizie, la un anumit moment. Ea nu este o stare globală sau permanentă, ci se raportează la fiecare decizie în parte și poate fluctua.

În general, se consideră că o persoană are capacitate de discernământ dacă poate:

- să înțeleagă informațiile relevante;
- să rețină aceste informații suficient de mult timp pentru a lua o decizie;
- să cântărească sau să evalueze informațiile;
- să își comunice decizia.

În contextul demenței, capacitatea de discernământ poate varia în funcție de complexitatea deciziei. O persoană poate să nu mai aibă capacitatea de a lua decizii financiare, dar să o păstreze pentru deciziile legate de relații sau de intimitate.

Consimțământul

Consimțământul este un concept etic central în discuțiile despre sexualitate și demență. El se referă la capacitatea de a înțelege, de a accepta și de a participa liber la interacțiuni intime sau sexuale. În contextul declinului cognitiv, consimțământul trebuie înțeles ca un proces dinamic, specific fiecărei situații, și nu ca o capacitate fixă. Evaluarea consimțământului presupune atenție la abilitățile actuale ale persoanei, la comunicarea verbală și nonverbală, la reacțiile emoționale și la contextul relațional. Responsabilitățile de protecție trebuie echilibrate cu grijă cu respectul pentru autonomie și pentru demnitatea persoanei (Organizația Mondială a Sănătății, 2015; Syme & Cohn, 2016).

Intimitatea

Intimitatea se referă la apropierea emoțională, fizică și relațională dintre oameni. Ea poate implica încredere, afecțiune, recunoaștere reciprocă și vulnerabilitate împărtășită și nu presupune neapărat activitate sexuală. La persoanele care trăiesc cu demență, modul de exprimare a intimității se poate schimba în timp, dar nevoia de apropiere, de liniștire și de legături cu sens rămâne adesea. Înțelegerea intimității în acest sens mai larg îi poate ajuta pe profesioniști să răspundă mai adecvat unor comportamente care altfel ar putea fi interpretate greșit.

Hipersexualitatea și dezinhibiția sexuală

Hipersexualitatea se referă la comportamente sexuale accentuate sau dezinhibate, care pot apărea în anumite forme de demență, în special în demența frontotemporală, din cauza afectării controlului impulsurilor.



Dezinhibiția sexuală se poate manifesta prin comentarii, atingeri sau comportamente nepotrivite din punct de vedere social. Aceste comportamente au adesea o cauză neurologică și nu ar trebui interpretate automat ca abateri intenționate.

Apatia și scăderea interesului sexual

Apatia este frecventă în boala Alzheimer și poate reduce inițiativa, implicarea emoțională sau interesul sexual. Scăderea dorinței nu ar trebui interpretată automat ca respingere a partenerului



Repere teoretice

Această secțiune explorează principalele aspecte legate de demență și sexualitate, pornind de la rezultatele cercetărilor, de la cadrele etice și de la practica profesională. Ea abordează concepțiile greșite întâlnite frecvent, evidențiază provocările cu care se confruntă profesioniștii și ia în considerare, dintr-o perspectivă intersecțională, nevoile specifice ale grupurilor vulnerabile și diverse.

Demența, schimbările cognitive și exprimarea sexualității

Demența (denumită clinic tulburare neurocognitivă majoră) este o afecțiune progresivă care afectează modul în care funcționează creierul. Nu este o parte normală a îmbătrânirii. Ea presupune un declin al memoriei, al gândirii, al judecății și al capacității de a funcționa independent în viața de zi cu zi.

Există mai multe tipuri de demență. Printre cele mai frecvente se numără:

- ✓ **Boala Alzheimer**, care afectează în principal memoria, orientarea și limbajul în stadiile incipiente.
- ✓ **Demența frontotemporală (DFT)**, care afectează adesea comportamentul, controlul impulsurilor, empatia și limitele sociale.
- ✓ **Demența vasculară**, care poate afecta atenția, planificarea, viteza de gândire și stabilitatea emoțională.
- ✓ **Demența cu corpi Lewy**, care poate implica fluctuații ale atenției, halucinații vizuale și modificări ale mișcării.

Demența poate afecta diferite domenii cognitive, printre care:

- **Memoria** (uitarea unor evenimente sau conversații recente)
- **Funcțiile executive** (planificarea, luarea deciziilor, controlul impulsurilor)
- **Limbajul** (dificultatea de a găsi cuvintele sau de a înțelege sensul)
- **Cogniția socială** (înțelegerea regulilor sociale, empatia, recunoașterea limitelor)
- **Reglarea emoțională** (gestionarea adecvată a emoțiilor)

Pentru că sexualitatea și intimitatea depind de memorie, de înțelegerea emoțională, de controlul impulsurilor și de conștientizarea socială, schimbările din aceste domenii pot influența modul în care se exprimă comportamentul sexual.

Schimbările comportamentului sexual în demență pot fi diferite. Unele persoane pot manifesta un interes scăzut pentru intimitate (apatie), mai ales în boala Alzheimer. Altele, în special cele cu demență



frontotemporală, pot prezenta comportamente sexuale accentuate sau dezinhibate, din cauza scăderii controlului impulsurilor.

Dificultățile de memorie pot duce la confuzii privind partenerul, la uitarea activității sexuale anterioare sau la interpretarea greșită a limitelor relaționale. În unele cazuri, comportamentele pot părea nepotrivite social, de exemplu dezbrăcatul în public sau masturbarea fără conștientizarea contextului.

La aceste schimbări pot contribui mai mulți factori. Modificările cerebrale pot reduce controlul impulsurilor sau empatia. Persoanele pot interpreta greșit nevoia de confort, de liniștire sau de apropiere ca dorință sexuală. Singurătatea, anxietatea, durerea sau nevoile emoționale nesatisfăcute se pot exprima și ele printr-un comportament sexualizat. În plus, efectele secundare ale medicamentelor, schimbările hormonale sau afecțiunile psihiatrice asociate pot influența exprimarea sexuală.

Schimbările bruște ale comportamentului sexual ar trebui să ducă întotdeauna la o evaluare medicală. La persoanele vârstnice, infecțiile urinare, deshidratarea, dezechilibrele electrolitice sau alte afecțiuni medicale acute pot provoca confuzie sau dezinhibiție comportamentală. De aceea, este esențial să se verifice existența unor cauze medicale subiacente înainte de a presupune că un comportament este intenționat.

Profesioniștii și îngrijitorii din familie ar trebui să răspundă proporțional și în funcție de context. Nu orice manifestare a sexualității trebuie restrânsă. Diferențierea între comportamentele cu risc scăzut (de exemplu, ținutul de mână, căutarea apropierei) și cele cu risc ridicat (de exemplu, constrângerea, suferința evidentă sau incapacitatea de a demonstra că persoana înțelege situația) sprijină o protecție echilibrată, care păstrează demnitatea și previne totodată prejudiciile.

Deși unele forme de demență, în special demența frontotemporală, pot duce la comportamente sexuale impulsive sau dezinhibate din cauza afectării funcțiilor executive, este important ca aceste manifestări neurologice să fie diferențiate de sensul relațional al sexualității în sine. După cum spunea unul dintre participanții vârstnici în cadrul discuțiilor din WP2:

“Intimitatea sexuală este o legătură care întărește iubirea.”

(Participant vârstnic, grup de discuții WP2)

Această perspectivă ne amintește că exprimarea sexuală este strâns legată de legătura emoțională. Deși demența poate afecta controlul impulsurilor și limitele sociale, ea nu anulează nevoia umană fundamentală de atașament și intimitate.

Mituri și realități

Deși conștientizarea este în creștere, numeroase presupuneri despre demență și sexualitate continuă să influențeze reacțiile profesioniștilor. Aceste presupuneri se bazează adesea pe disconfort, teamă sau lipsă de formare, și nu pe dovezi sau pe experiența trăită. Abordarea miturilor frecvente este un pas important pentru prevenirea practicilor excesiv de restrictive sau stigmatizante.

Mit: Persoanele care trăiesc cu demență sunt asexuale sau își pierd interesul pentru intimitate.

Realitate: Sexualitatea și nevoia de intimitate persistă adesea, chiar dacă se pot exprima diferit.

Cercetările realizate cu persoane vârstnice din centrele de îngrijire arată, de asemenea, că intimitatea și apropierea emoțională continuă să conteze pentru starea lor de bine (Frankowski & Clark, 2021). Deși stereotipurile despre îmbătrânire sunt încă frecvente, persoanele vârstnice ne amintesc ele însele că sexualitatea și intimitatea rămân importante pe tot parcursul vârstelor înaintate. După cum spunea unul dintre participanți în cadrul discuțiilor de grup din WP2:

“Sexualitatea înseamnă mai mult decât actul sexual. Ea include nevoia de afecțiune, comunicare și tandrețe, pe care o purtăm în noi de la naștere până la sfârșitul vieții.”

(Participant vârstnic, grup de discuții WP2)

Această perspectivă contestă înțelegerile reduționiste ale sexualității și susține o viziune mai largă și mai incluzivă, care recunoaște apropierea emoțională și nevoile relaționale ca fiind esențiale pentru starea de bine la vârste înaintate.

Mit: Orice comportament sexual în demență este un simptom care trebuie ținut sub control.

Realitate: Deși unele comportamente pot necesita intervenție, multe manifestări ale intimității sunt pline de sens și adecvate, atunci când sunt înțelese în context.

Mit: Protecția presupune restrângerea oricărei forme de exprimare sexuală.

Realitate: Practica etică presupune echilibrarea protecției cu respectul pentru autonomie, demnitate și drepturi.

Contestarea acestor mituri este esențială pentru a evita reacțiile excesiv de restrictive sau paternaliste, care pot afecta starea de bine și stima de sine.

Consimțământ, capacitate și complexitate etică

Consimțământul și capacitatea de discernământ în demență presupun un echilibru între autonomie și protecție. Un diagnostic de demență nu elimină automat capacitatea unei persoane de a-și da consimțământul. Deciziile trebuie evaluate în funcție de situație și în mod proporțional.

Capacitatea de discernământ se referă la abilitatea de a înțelege, de a cântări și de a comunica o anumită decizie. Ea se raportează la fiecare decizie în parte și poate fluctua. Ghidurile profesionale subliniază, de asemenea, că această capacitate trebuie evaluată în raport cu fiecare decizie concretă, mai ales în contextul afectării cognitive (British Psychological Society, 2018). Consimțământul se referă la acordul liber de a participa la o interacțiune și presupune o înțelegere de bază și absența constrângerii.

O persoană poate avea o capacitate de discernământ fluctuantă și totuși să își poată exprima consimțământul într-o anumită situație. Aceste distincții sunt deosebit de importante în contextele medico-legale.

Profesioniștii ar trebui să facă diferența între formele de intimitate cu risc mai scăzut (de exemplu, ținutul de mână, îmbrățișările, sărutul) și activitatea sexuală cu risc mai ridicat (de exemplu, contactul genital, actul sexual cu penetrare sau situațiile care implică un dezechilibru evident de putere ori suferință). Dacă formele de intimitate cu risc scăzut pot necesita doar monitorizare și sprijin pentru asigurarea intimității, situațiile cu risc ridicat necesită o evaluare mai structurată.



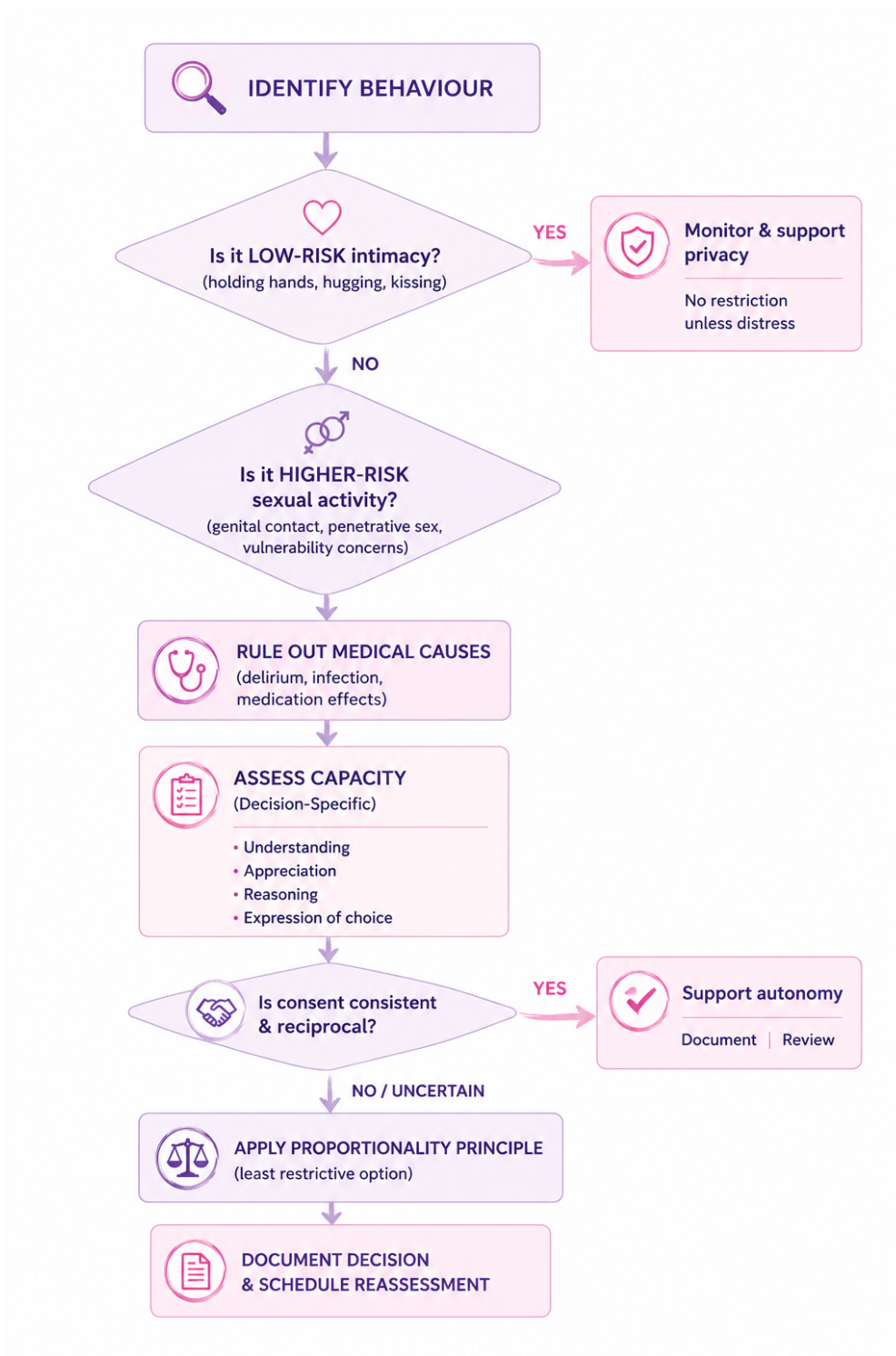


Figura 1 - imagine generată de AI

Atunci când este identificat un anumit comportament, profesioniștii ar trebui să clarifice nivelul de risc, să evalueze, dacă este necesar, capacitatea de discernământ pentru decizia respectivă, să își documenteze raționamentul și să aplice opțiunea cea mai puțin restrictivă. În practică, aceasta poate însemna oferirea de sprijin psihologic, reamintirea blândă a limitelor, sprijinirea unor interacțiuni sigure și private sau adaptarea comunicării pentru a facilita înțelegerea. Implicarea unei persoane de încredere sau verificarea unor posibile cauze medicale (de exemplu, delir, infecție, efectele

medicamentelor) pot fi, de asemenea, utile. Măsurile mai restrictive ar trebui folosite doar dacă există un risc clar de prejudiciu și ar trebui reevaluate periodic.

Capacitatea de a consimți la activitatea sexuală ar trebui evaluată pe baza a patru întrebări esențiale:

- ♥ Înțelege persoana natura relației?
- ♥ Poate evalua posibilele consecințe?
- ♥ Își poate explica alegerea?
- ♥ Este consimțământul constant și lipsit de suferință?

Luarea deciziilor etice în acest context ar trebui ghidată de patru principii fundamentale:

- ♥ Autonomia – respectarea autodeterminării persoanei și a identității sale relaționale, de exemplu prin sprijinirea alegerilor și preferințelor sale ori de câte ori este posibil.
- ♥ Binefacerea – promovarea stării de bine emoționale și psihologice, de exemplu prin asigurarea confortului, a legăturii cu ceilalți și a sentimentului de siguranță.
- ♥ Non-vătămarea – prevenirea prejudiciilor, a exploatarei sau a constrângerii, de exemplu prin recunoașterea semnelor de suferință sau vulnerabilitate și printr-o reacție adecvată.
- ♥ Dreptatea – evitarea discriminării, inclusiv a ageismului, prin asigurarea unui tratament echitabil și respectuos, indiferent de vârstă sau de capacitățile cognitive.

Demența poate schimba modul de exprimare, dar nu șterge calitatea de persoană (Beauchamp & Childress, 2019). Luarea deciziilor etice este consolidată prin transparență, documentare, reflecție și responsabilitate împărtășită în cadrul echipei.

Dincolo de evaluările formale ale capacității de discernământ, consimțământul în contextul demenței nu poate fi redus la o confirmare verbală sau la criterii juridice. În multe situații, mai ales în declinul cognitiv moderat, indicatorii relaționali și emoționali devin centrali pentru evaluarea etică. După cum s-a subliniat în discuțiile din WP2:

“Consimțământul nu se exprimă întotdeauna prin cuvinte. Uneori poate fi observat prin starea de calm, familiaritate, confort emoțional și absența semnelor de disconfort sau suferință. ”

(Participant profesionist, grup de discuții WP2)

Această reflecție atrage atenția asupra importanței de a recunoaște comunicarea nonverbală, confortul emoțional și absența suferinței ca semne relevante ale consimțământului. Ea încurajează o abordare care ia în considerare nu doar ce înțelege persoana, ci și ce simte în timpul interacțiunii. Pentru a evita deciziile greșite sau dăunătoare, este important să vă luați timp, să observați persoana pe o perioadă mai lungă și, atunci când este nevoie, să cereți părerea colegilor sau a membrilor familiei. Deciziile ar trebui să se bazeze pe comportamentul obișnuit al persoanei, pe preferințele sale și pe starea sa generală de bine

Provocări cu care se confruntă profesioniștii

Profesioniștii din serviciile de sănătate, de asistență socială și din educație spun frecvent că se simt nesiguri sau nepregătiți atunci când apar probleme legate de sexualitate în contextul demenței. Această nesiguranță nu se datorează neapărat lipsei de interes, ci reflectă adesea îndrumarea limitată, politicile incoerente și teama de a face greșeli etice sau juridice.

Printre provocările frecvente se numără:

- ♥ lipsa unor politici sau îndrumări organizaționale clare;
- ♥ teama de consecințe juridice sau profesionale;
- ♥ așteptările contradictorii ale familiilor, instituțiilor și persoanelor în cauză;
- ♥ valorile personale sau normele culturale care influențează reacțiile.

Aceste provocări pot duce la evitare, la practici incoerente sau la reacții excesiv de restrictive. Cunoștințele și atitudinile față de sexualitatea la vârste înaintate pot influența, de asemenea, modul în care sunt înțelese și gestionate astfel de situații (Mahieu et al., 2020).

Profesioniștii relatează, de asemenea, că reacțiile familiei pot complica semnificativ modul în care se răspunde la manifestările de intimitate la vârste înaintate. Această tensiune se reflectă și în experiențele trăite chiar de persoanele vârstnice. După cum povestea unul dintre participanți:

“Copiii mei s-au supărat când m-am îndrăgostit din nou. Li s-a părut ridicol la vârsta mea, deși eram singură și aveam nevoie de companie și apropiere.”
(Participant vârstnic, grup de discuții WP2)

Astfel de reacții arată cum presupunerile ageiste pot persista chiar și în familie, punându-i pe profesioniști în situații dificile atunci când încearcă să respecte autonomia persoanei și, în același timp, să gestioneze conflictele și suferința emoțională.

Aceste provocări pot duce la evitare, la practici incoerente sau la intervenții excesiv de restrictive. De aceea, formarea și practica reflexivă sunt esențiale pentru a sprijini reacții sigure, etice și empaticе.

Protejarea persoanei fără stigmatizare

Protecția persoanelor vulnerabile este o responsabilitate esențială, dar nu ar trebui pusă în practică în moduri care stigmatizează sau reprimă sexualitatea. Evaluările riscului ar trebui să fie proporționale, transparente și concentrate pe prevenirea prejudiciilor, păstrând totodată demnitatea și nevoile relaționale ale persoanei.

Observațiile din practica profesională evidențiază importanța emoțională a relațiilor, chiar și în stadiile avansate ale declinului cognitiv. Unul dintre profesioniștii din domeniul sănătății implicați în WP2 spunea:

“Chiar și atunci când amândoi aveau demență, stăteau împreună, luau masa împreună și se țineau de mână. Când unul dintre ei a murit, celălalt a devenit profund afectat emoțional.”
(Profesionist, grup de discuții WP2)

Acest exemplu arată că legăturile afective pot persista dincolo de comunicarea verbală și de capacitatea cognitivă, ceea ce întărește nevoia unor abordări de protecție care să nu restrângă în mod automat apropierea relațională.

Acest lucru presupune:

- ♥ o comunicare clară în cadrul echipelor multidisciplinare;
- ♥ implicarea persoanei care trăiește cu demență ori de câte ori este posibil;
- ♥ o relație respectuoasă cu familiile și cu îngrijitorii;
- ♥ reevaluarea continuă, în locul unor presupuneri fixe (Alzheimer Europe, 2018; Organizația Mondială a Sănătății, 2015).

Prin abordarea acestor aspecte esențiale, secțiunea de față oferă o bază pentru înțelegerea demenței și a sexualității ca un domeniu complex, sensibil din punct de vedere etic și profund uman al practicii profesionale.



Ghid pentru educatori și profesioniști

Lucrul cu aspectele legate de sexualitate și intimitate în contextul demenței poate fi solicitant din punct de vedere emoțional și complex din punct de vedere etic. Profesioniștii pot simți nesiguranță, disconfort sau teama de „a greși”, mai ales atunci când lipsesc îndrumări instituționale clare. Această secțiune oferă repere practice care să sprijine o practică atentă, respectuoasă și centrată pe persoană.

În primul rând, este important ca sexualitatea în demență să fie abordată cu curiozitate, nu pe baza unor presupuneri. Comportamentele sau manifestările de intimitate nu ar trebui încadrate imediat drept problematice sau nepotrivite. În schimb, profesioniștii sunt încurajați să ia în considerare istoria de viață a persoanei, relațiile sale, contextul cultural și starea emoțională actuală. Întrebarea „Ce ar putea să comunice acest comportament?” poate ajuta la trecerea de la control la înțelegere.

Recomandări privind comunicarea

Comunicarea eficientă este esențială atunci când se abordează sexualitatea și intimitatea în contextul demenței. Profesioniștii ar trebui să folosească un limbaj clar, simplu și respectuos, adaptat capacităților cognitive ale persoanei. Comunicarea nonverbală, inclusiv tonul vocii, expresia feței și limbajul corpului, joacă un rol crucial și ar trebui să transmită calm și siguranță.

Tabelul 1. Ce este recomandat și ce trebuie evitat în practica profesională

Ce este recomandat	Ce trebuie evitat
✓ Recunoașteți sexualitatea și intimitatea ca parte a stării de bine a persoanei pe tot parcursul vieții.	✗ Nu presupuneți că persoanele care au demență sunt asexuale sau incapabile de intimitate.
✓ Abordați situațiile cu deschidere și curiozitate, fără a porni de la judecăți sau presupuneri.	✗ Nu considerați automat exprimarea sexualității ca fiind nepotrivită sau problematică.
✓ Țineți cont de istoricul personal, de relațiile și de nevoile emoționale ale persoanei.	✗ Nu recurgeți la restricții generalizate în locul unei evaluări individuale.
✓ Implicați persoana care are demență în procesul decizional, ori de câte ori este posibil.	✗ Nu permiteți ca disconfortul personal sau convingerile morale să influențeze deciziile profesionale.
✓ Solicitați punctul de vedere al unei echipe multidisciplinare atunci când apar incertitudini de natură etică.	✗ Nu ignorați și nu descurajați exprimarea nevoii de apropiere și afecțiune.
✓ Evaluați consimțământul printr-o abordare specifică fiecărei decizii și care ține cont de contextul relațional.	✗ Nu atribuiți toate schimbările comportamentale exclusiv demenței, fără a evalua posibilele cauze medicale.



✓ Excludeți cauzele medicale reversibile (de exemplu, delirul, infecțiile sau efectele medicației) atunci când apar modificări ale comportamentului.	✗ Nu utilizați măsuri punitive sau care provoacă rușine în cazul comportamentelor cu caracter sexual.
✓ Reevaluați tratamentele administrate în prezent și luați în considerare posibilele efecte adverse care pot influența comportamentul.	✗ Nu ignorați un posibil consimțământ fără o evaluare structurată a capacității persoanei de a consimți.
✓ Țineți cont de comorbidități (afecțiuni psihiatrice, tulburări neurologice, durere cronică) atunci când evaluați comportamentul sexual.	
✓ Gestionați comportamentele nepotrivite în mod proporțional, acordând prioritate înțelegerii factorilor declanșatori înainte de aplicarea oricăror restricții.	

Acordarea timpului necesar, încetinirea ritmului interacțiunilor și verificarea înțelegerii pot reduce starea de disconfort și pot contribui la menținerea demnității și a încrederii.

Exemple de comportament incluziv

Practica incluzivă poate include recunoașterea și respectarea relațiilor intime de lungă durată, sprijinirea unor manifestări adecvate ale afecțiunii și asigurarea unor medii de îngrijire care permit viața privată și demnitatea. Folosirea unui limbaj incluziv și recunoașterea diversității identităților și orientărilor sexuale, inclusiv ale persoanelor vârstnice LGBTQI+, sunt, de asemenea, componente esențiale ale unei îngrijiri respectuoase.

Sprijinirea vieții private și a intimității în mediile de îngrijire

Mediile de îngrijire, atât cele instituționale, cât și îngrijirea la domiciliu, ar trebui să sprijine activ dreptul la intimitate și la viață privată al persoanelor vârstnice care trăiesc cu demență. Lipsa unui spațiu privat poate restrânge, fără intenție, exprimarea emoțională, poate întări stigmatizarea și poate afecta negativ starea de bine psihologică și sentimentul identității.

În multe centre de îngrijire, rutinele organizaționale, spațiile comune și practicile excesiv de prudente pot limita posibilitățile de interacțiune privată, chiar și atunci când nu există un risc clar de prejudiciu. Ca urmare, manifestările de afecțiune sau de intimitate pot fi descurajate, întrerupte sau interpretate greșit, ceea ce duce la frustrare, suferință sau retragere.

Pentru a răspunde acestor provocări, mediile de îngrijire ar trebui să includă spații dedicate sau adaptabile, care să permită viața privată, demnitatea și exprimarea în siguranță a intimității. Acestea pot include accesul la camere private, respectarea timpului petrecut împreună de cupluri, fără întreruperi și flexibilitate în organizarea vizitelor. Practicile personalului joacă, de asemenea, un rol esențial, mai ales în a recunoaște momentele în care intimitatea este potrivită și în a evita intruziunile inutile.

Este important de subliniat că sprijinirea intimității nu trebuie privită ca fiind incompatibilă cu protecția. Crearea unor medii care permit viața privată nu este, așadar, un aspect opțional al îngrijirii, ci o componentă esențială a unei îngrijiri a demnității etice, incluzive și bazate pe demnitate (Organizația Mondială a Sănătății, 2015; Alzheimer Europe, 2018; Mahieu & Gastmans, 2015).

În discuțiile din WP2, participanții vârstnici au descris clar această barieră:

“Unele cupluri ne-au spus că cea mai dificilă parte nu era starea lor de sănătate, ci lipsa intimității în instituțiile de îngrijire.”
(Participant vârstnic, grup de discuții WP2)

Prin urmare, educatorii și profesioniștii ar trebui să reflecteze asupra modului în care structurile și rutinele organizaționale pot fie să sprijine, fie să submineze demnitatea, intimitatea și calitatea vieții.

Factori de risc și cum pot fi evitați

Printre factorii de risc frecvenți se numără întărirea stereotipurilor ageiste, concentrarea excesivă pe risc fără o evaluare adecvată a situației și punerea comodității instituționale înaintea drepturilor individuale. Aceste probleme pot duce la reacții excesiv de prudente sau de restrictive, care pot afecta demnitatea și autonomia persoanei. Ele sunt adesea legate de nesiguranță, de lipsa unor îndrumări clare sau de teama de a lua o decizie greșită. Reducerea acestor riscuri presupune reflecție continuă, formare regulată și politici organizaționale clare. Presupune, de asemenea, reevaluarea deciziilor în timp și adaptarea lor pe măsură ce situațiile se schimbă, în loc de a te baza pe presupuneri fixe.

Abordări sensibile la diferențele culturale

Profesioniștii ar trebui să fie conștienți că normele culturale, religioase și sociale, precum și experiențele de viață ale persoanei, pot influența modul în care sunt înțelese și exprimate sexualitatea, intimitatea și demnitatea. De exemplu, persoanele care au crescut într-o perioadă în care homosexualitatea era stigmatizată sau incriminată pot simți disconfort, teamă sau confuzie atunci când își exprimă identitatea sau când formează relații intime. Altele pot avea așteptări diferite, modelate de relațiile din trecut și de normele sociale. O practică sensibilă presupune ascultare atentă, evitarea presupunerilor și adaptarea reacțiilor astfel încât să fie respectate atât contextul cultural, cât și cel personal al fiecăruia.

Deși aceste recomandări se adresează în primul rând practicii profesionale, principii similare sunt la fel de relevante și în contextul familiei și al îngrijirii la domiciliu, unde are loc cea mai mare parte a îngrijirii de zi cu zi.

Ghid pentru membrii familiei și îngrijitori (Psihoeducație la domiciliu)

În viața de zi cu zi, acasă este adesea locul în care intimitatea, legăturile emoționale și schimbările de comportament sunt cel mai vizibile și trebuie gestionate. Îngrijitorii din familie se simt frecvent nepregătiți sau tulburați atunci când se confruntă cu schimbări ale comportamentului sexual. De aceea, psihoeducația este esențială atât pentru sprijinirea persoanei care trăiește cu demență, cât și pentru încrederea, starea de bine și reziliența emoțională a îngrijitorului (Gitlin & Hodgson, 2015).

Înțelegerea comportamentului: „Ce comunică acest lucru?”

Trecerea de la judecată la înțelegere este esențială.

Comportamentele sexuale sau legate de intimitate reflectă adesea nevoi nesatisfăcute, și nu acțiuni intenționate. Acestea pot include:

- nevoia de confort sau de apropiere;
- singurătatea sau teama;
- confuzia privind propria identitate sau relațiile;
- disconfortul fizic sau emoțional;
- scăderea controlului impulsurilor.

Îngrijitorii sunt încurajați să se întrebe: „Ce ar putea să însemne acest comportament?”. Această perspectivă sprijină reacții mai empatică și mai eficiente (de Medeiros, 2013).

Strategii practice pentru situațiile de zi cu zi

- **Apropierea sau afecțiunea**

Oferiți alternative sigure și potrivite (de exemplu, ținutul de mână), liniștiți persoana și evitați respingerea sau rușinarea.

- **Comportamentul nepotrivit (de exemplu, dezbrăcatul, comentariile sexuale)**

Rămâneți calmi, evitați confruntarea și redirectionați blând atenția („Hai să mergem în camera ta”, „Hai să bem un ceai împreună”). Gândiți-vă la posibili factori declanșatori, precum disconfortul, lipsa intimității sau suprastimularea.

- **Confuzia privind partenerul**

Evitați corecturile dure („Acela nu e soțul tău”). Liniștiți persoana și concentrați-vă pe siguranța ei emoțională, nu pe exactitatea faptelor. Folosiți validarea și ancorarea emoțională: „Ești în siguranță, sunt aici cu tine.”

- **Cererile repetitive**

Țineți cont de afectarea memoriei, răspundeți în mod constant și redirectionați atenția fără frustrare.

Limite, consimțământ și siguranță acasă



Echilibrul dintre protecție și respect este esențial. Nu toate manifestările de intimitate sunt dăunătoare. Îngrijitorii ar trebui să observe semnele de confort sau de suferință, să țină cont de nivelul de înțelegere al persoanei și de istoria relației.

Atunci când există nesiguranță, ar trebui solicitat sfatul unui specialist, ar trebui urmărite tiparele de comportament și, pe cât posibil, ar trebui evitate reacțiile restrictive (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

Impactul emoțional asupra membrilor familiei

Îngrijitorii pot simți disconfort, stânjeneală, durere, gelozie sau conflicte morale. Aceste reacții sunt frecvente, dar pot afecta îngrijirea dacă nu sunt sprijinite.

Psihoeducația ar trebui să încurajeze discuțiile deschise, accesul la grupuri de sprijin și consilierea de specialitate atunci când este nevoie.

Comunicarea în familie

Diferențele de convingeri sunt frecvente, mai ales între parteneri și copiii adulți.

Concentrarea pe starea de bine a persoanei, evitarea presupunerilor ageiste și implicarea specialiștilor atunci când este nevoie pot ajuta la reducerea conflictelor.

Crearea unui mediu de sprijin acasă

Un mediu care oferă sprijin poate preveni multe dificultăți:

- asigurați intimitatea și demnitatea;
- reduceți suprastimularea;
- păstrați rutine previzibile;
- adaptați îmbrăcămintea, dacă este nevoie;
- urmăriți confortul fizic.

Când să cereți ajutorul unui specialist

Ar trebui să cereți sprijin atunci când comportamentul se schimbă brusc, când există suferință sau risc, când consimțământul este neclar sau când vă simțiți copleșiți ca îngrijitori. Cauzele medicale trebuie luate în considerare întotdeauna în primul rând (Organizația Mondială a Sănătății, 2017).

Mesaj-cheie pentru familii

- Trăitul cu demență nu elimină nevoia de afecțiune, apropiere, legătură emoțională și demnitate.
- Sprijinirea acestor nevoi presupune înțelegere, răbdare și flexibilitate, nu control.

Comportamentul sexual în contextul familiei: considerații suplimentare

În cadrul familiei, manifestările sexualității în demență sunt modelate nu doar de schimbările cognitive, ci și de rolurile relaționale și de istoriile emoționale existente. Comportamente care ar putea fi mai ușor puse în context într-un mediu profesional pot deveni mult mai complexe atunci când apar în relații personale apropiate, de exemplu între soți, sau când sunt îndreptate spre copiii adulți ori spre

îngrijitorii informal. Această apropiere relațională poate intensifica reacțiile emoționale, inclusiv disconfortul, confuzia sau tensiunea morală, mai ales atunci când comportamentele încalcă limite interiorizate social sau cultural.

Înțelegerea acestor situații înseamnă să privim dincolo de comportamentul în sine și să încercăm să vedem ce s-ar putea afla în spatele lui. Schimbările în intimitate sau în exprimarea sexuală sunt adesea modelate de relații, de identitate și de povestea de viață a persoanei. De aceea, sprijinirea familiilor nu înseamnă doar gestionarea comportamentului. Înseamnă și să îi ajutăm pe îngrijitori să înțeleagă ce văd, să își proceseze propriile reacții și să se simtă mai încrezători când răspund într-un mod respectuos și fără judecată.

Schimbări mici și gândite în modul de abordare a situațiilor, precum încetinirea ritmului, atenția la semnalele emoționale și concentrarea pe legătură în locul controlului, pot face o diferență reală în îngrijirea de zi cu zi. În esență, este vorba despre a păstra ceea ce ne face umani: nevoia de a ne simți aproape de ceilalți, de a fi înțeleși și de a aparține.

Rezumat & Mesaje-cheie

Sexualitatea și intimitatea rămân aspecte importante ale identității și ale stării de bine, chiar și în prezența demenței și a declinului cognitiv. Deși demența poate schimba felul în care sexualitatea este trăită și exprimată, ea nu elimină nevoia de apropiere, afecțiune, recunoaștere și demnitate. Acest modul a evidențiat importanța depășirii presupunerilor ageiste și stigmatizante care le neagă persoanelor vârstnice nevoile sexuale și relaționale.

Abordarea sexualității în contextul demenței le cere profesioniștilor să gestioneze provocări etice, emoționale și practice complexe. Esențiale în acest proces sunt înțelegerea consimțământului ca fiind dinamic și dependent de context, precum și angajamentul față de o protecție care nu se bazează pe restricții generale sau pe reacții dictate de teamă. Respectarea autonomiei și prevenirea prejudiciilor nu reprezintă o regulă fixă, ci un proces continuu de reflecție, evaluare și comunicare.

Acest modul ne amintește, de asemenea, să privim fiecare persoană ca individ. Factori precum genul, orientarea sexuală, cultura, sănătatea și circumstanțele de viață modelează modul în care sunt trăite demența și sexualitatea. Conștientizarea acestor diferențe îi ajută pe profesioniști să reacționeze în moduri mai incluzive, mai respectuoase și mai sensibile, mai ales față de cei care se pot simți deja trecuți cu vederea sau marginalizați.

Pentru profesioniști, încrederea în abordarea temei sexualității și demenței crește prin cunoaștere, reflecție și dialog deschis. Îndrumările clare, colaborarea multidisciplinară și sprijinul organizațional sunt esențiale pentru crearea unor medii în care intimitatea este recunoscută ca parte a unei îngrijiri holistice, și nu tratată ca o problemă care trebuie gestionată. Deși acesta este un obiectiv important, el nu este întotdeauna ușor de atins în practică, din cauza constrângerilor legate de timp și de resursele disponibile. Totuși, chiar și pașii mici spre abordări mai deschise și mai respectuoase pot face o diferență reală.

Membrii familiei și îngrijitorii informal joacă, de asemenea, un rol esențial în sprijinirea nevoilor emoționale și relaționale ale persoanelor care trăiesc cu demență. Cu îndrumarea și sprijinul potrivite, ei pot contribui la crearea unor ocazii sigure, respectuoase și pline de sens pentru intimitate, acasă.

Instrumente practice

Acest modul este susținut de un set cuprinzător de instrumente practice incluse în AgeWise Toolkit. Aceste instrumente sunt concepute pentru a transforma conținutul etic și teoretic al modului în practici profesionale structurate și aplicabile.

Prezentare PowerPoint și note pentru formator

Un set structurat de diapozitive care ghidează progresiv participanții de la conștientizare la aplicarea raționamentului etic în situații practice.

Planul lecției Modul 8

Un cadru de formare structurat pentru 2 ore și jumătate, care sprijină formatorii în desfășurarea modului prin discuții interactive, analiza studiilor de caz și reflecție etică.

Exercițiul 1: Mit versus realitate

O activitate interactivă destinată identificării și contestării presupunerilor bazate pe vârstă și stigmatizare cu privire la sexualitate și demență.

Exercițiul 2: Instrument de reflecție privind consimțământul și capacitatea

Un cadru structurat care sprijină profesioniștii în evaluarea consimțământului într-un mod adaptat contextului și proporțional cu situația.

Exercițiul 3: Carduri cu studii de caz și modelul Planului de acțiune în 3 pași

Scenarii bazate pe situații reale care îi ghidează pe participanți prin procesul de raționament etic, analiza aspectelor de siguranță și protecție și planificarea pe termen lung.

Împreună, aceste instrumente contribuie la transformarea înțelegerii în acțiune, sprijinindu-i pe profesioniști, membrii familiei și îngrijitori să răspundă în mod competent, etic și respectuos persoanelor care trăiesc cu demență în situații reale de viață.

Referințe

- Alzheimer Europe. (2018). Dementia and intimacy. Alzheimer Europe.
- Bauer, M., Fetherstonhaugh, D., Tarzia, L., Nay, R., & Wellman, D. (2013). Supporting residents' expression of sexuality in aged care: The initial construction of a sexuality assessment tool. *Journal of Clinical Nursing*, 22(19–20), 3065–3076. <https://doi.org/10.1111/jocn.12180>
- Bauer, M., Nay, R., McAuliffe, L., & O'Donnell, L. (2021). Supporting sexuality for people living with dementia in residential aged care: A systematic review of policies. *International Psychogeriatrics*, 33(3), 249–263. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001757>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- British Psychological Society. (2018). Guidance on consent and capacity in adults with cognitive impairment. British Psychological Society.
- de Medeiros, K. (2013). Sexuality and dementia: Review and implications for practice. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(2), 122–130. <https://doi.org/10.1177/1533317512471309>
- Frankowski, A. C., & Clark, L. J. (2021). Sexuality and intimacy in assisted living: Residents' perspectives and experiences. *Journal of Applied Gerontology*, 40(1), 18–26. <https://doi.org/10.1177/0733464819871607>
- Gitlin, L. N., & Hodgson, C. V. (2015). Caregivers as therapeutic agents in dementia care. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(1), 217–248. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.35.217>
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Larson, E. B., Ritchie, K., Rockwood, K., Sampson, E. L., ... Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)
- Mahieu, L., & Gastmans, C. (2015). Sexuality in institutionalized elderly persons: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(12), 1891–1905. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.007>
- Mahieu, L., de Casterlé, B. D., Acke, J., & Gastmans, C. (2020). Nurses' knowledge and attitudes toward aged sexuality in institutionalized elderly: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 76(6), 1449–1463. <https://doi.org/10.1111/jan.14321>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97). NICE.
- Syme, M. L., & Cohn, T. J. (2016). Examining aging sexual stigma. *Journal of Gerontological Social Work*, 59(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/01634372.2015.1119426>
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. WHO.
- World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. WHO.



Instrumente practice

Modul 1



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Planul lecției

Modul 1	Îmbătrânirea populației și abordări pozitive privind îmbătrânirea
Grup țintă	Educatori pentru adulți, profesioniști din domeniul sănătății, asistenți sociali, personal de îngrijire
Durată	2.5 ore
Rezultate ale învățării	Participanții vor putea să: • Explice impactul schimbărilor demografice în Europa Conștientizare structurală • Diferențieze între modelele de Îmbătrânire sănătoasă, Îmbătrânire activă și Calitatea vieții Integrarea cadrelor conceptuale • Utilizeze instrumente validate (CASP-19/WHOQOL) pentru evaluarea bunăstării dincolo de starea de sănătate clinică Evaluare subiectivă • Aplice perspectiva de gen și cultură pentru identificarea barierelor cu care se confruntă persoanele vârstnice Aplicare holistică • Echilibreze Demnitatea riscului (autonomia) cu siguranța instituțională (principiul beneficenței) Etică profesională
Pregătire	- Pregătiți sala cu scaune și mese, calculatoare și un videoproiector. Rezervați sala în avans, dacă este necesar. - Organizați videoproiectorul, flipchartul și markerele. - Tipăriți materialele necesare: fișe de lucru și chestionare. ○ Exercițiul 1: Denumirile stațiilor pentru activitatea World Café. ○ Exercițiul 2: Chestionarele WHOQOL-BREF și/sau CASP-19. ○ Exercițiul 2: Fișe cu personaje pentru jocul de rol. ○ Exercițiul 3: Fișe cu studii de caz. ○ Exercițiul 3: Fișe de lucru pentru planul de acțiune în 3 pași. - După finalizarea pregătirii spațiului, informați participanții cu privire la scopul modulului, obiectivele acestuia și agenda activităților. - Asigurați pauze ori de câte ori este necesar.
Listă de verificare	Tehnologie: Verificarea fișierului PPTX și a videoproiectorului Exercițiul 1: Trei coli de flipchart și markere Exercițiul 2: Chestionare tipărite, fișe cu personaje și clipboard-uri Exercițiul 3: Fișe cu studii de caz și fișe de lucru



	General: Ecusoane cu numele participanților și formulare de feedback
--	---

Planul lecției | Față-în-față

Subiecte & Activități	Durata în minute	Metoda	Echipamente & Materiale
Deschiderea și așteptările – Prezentarea agendei și a rezultatelor învățării pentru Modulul 1.	5 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Prezentare teoretică privind datele demografice europene.	15 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 1 – World Café Obiectiv: Conectarea datelor la nivelul UE cu realitatea regională și profesională specifică a participanților. Activitate: Se organizează trei „stații” (mese), fiecare având câte o coală mare de hârtie. Stația 1: Implicații asupra finanțării și infrastructurii din comunitatea noastră. Stația 2: Implicații asupra personalului și volumului de muncă individual. Stația 3: Implicații asupra bunăstării persoanelor vârstnice. Grupurile petrec câte 5 minute la fiecare stație, adăugându-și ideile pe colile de hârtie înainte de a se roti către următoarea stație. După trei runde, ideile principale vor fi prezentate și discutate în cadrul întregului grup. Exemple de întrebări pentru facilitator: În ciuda unor diferențe între țări în ceea ce privește cifrele, care este o	30 min	World Café (discuții în grupuri mici prin rotație), Prezentare de grup	Trei mese separate sau spații pe perete etichetate cu denumirile stațiilor (fișe tipărite), trei coli de hârtie sau coli de flipchart, markere, bandă adezivă, cronometru



provocare sau o tendință care pare să fie aceeași pentru noi toți? Cum explică aceste cifre ceea ce observați zilnic în instituția dumneavoastră sau în relația cu rezidenții dumneavoastră în prezent? Dacă ar trebui să alegeți o singură informație din aceste materiale pentru a o împărtăși cu un coleg care nu a participat astăzi, care ar fi aceasta și de ce?			
Prezentare teoretică privind cadrele îmbătrânirii pozitive.	15 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 2 - Evaluarea calității vieții Obiectiv: Dobândirea experienței practice în utilizarea instrumentelor WHOQOL-BREF și CASP-19. Activitate: Participanții sunt împărțiți în perechi și primesc fișe cu personaje pentru jocul de rol și chestionare tipărite: unul dintre participanți joacă rolul <i>profesionistului</i>, iar celălalt rolul <i>persoanei vârstnice</i>. Profesionistul realizează un interviu de 10 minute utilizând unul dintre cele două chestionare. După interviuri, impresiile, ideile și feedbackul vor fi discutate în cadrul întregului grup.	20 min	Simulare prin joc de rol, Discuție de grup	Materiale tipărite: copii ale chestionarelor WHOQOL-BREF și CASP-19, fișe tipărite (și laminate) cu personaje pentru jocul de rol, pixuri și clipboard-uri pentru ca profesioniștii să ia notițe.
Prezentare teoretică privind cadrele holistice și provocările profesionale. Activitate de brainstorming în grup: „Care sunt provocările dumneavoastră?”	15 min	Prezentare, discuție de grup	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 3 – Analiza studiilor de caz și elaborarea unui plan de acțiune în 3 pași Obiectiv: Aplicarea perspectivelor de <i>gen</i> și <i>culturale</i> și soluționarea dilemelor etice. Activitate: Participanții sunt împărțiți în grupuri mici. Fiecare grup	30 min	Lucru pe baza studiilor de caz și elaborarea unui plan de acțiune, Discuție de grup	Materiale tipărite: fișe cu studii de caz, fișe de lucru tipărite pentru planul de acțiune în 3 pași.

primește un dosar de caz. Aceștia trebuie să realizeze o sarcină în două părți: 1) Identificarea modului în care genul și cultura creează bariere în această situație specifică. 2) Elaborarea unui plan de acțiune în 3 pași pentru trecerea de la un Model bazat pe deficit la o abordare de îmbătrânire pozitivă pentru această persoană. Ulterior, diferite cazuri vor fi prezentate grupului, împreună cu planurile de acțiune propuse. Va fi facilitată o discuție de grup.			
Prezentare teoretică privind orientările pentru educatori și profesioniști, considerații etice, recomandări („așa da” , „așa nu”).	10 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint,
Mesaje-cheie și concluzii finale - Discutarea întrebărilor finale și a feedbackului.	5 min	Prezentare Discuție de grup	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint, opțional: flipchart pentru consemnarea întrebărilor și a feedbackului.
Formular de feedback (opțional)	5 min	Evaluarea modului	Formulare tipărite de feedback sau cod QR pentru accesarea chestionarului online



Excercițiul 1

World Café

Implicații asupra
finanțării &
infrastructurii
comunității noastre.

Implicații asupra
personalului & a
volumului de muncă
individual.



Implicații asupra bunăstării persoanelor vârstnice.





Exercițiul 2

Evaluarea calității vieții

APPENDIX 8- THE WHOQOL-BREF

ABOUT YOU

I.D. number

--	--	--	--

Before you begin we would like to ask you to answer a few general questions about yourself: by circling the correct answer or by filling in the space provided.

What is your **gender**?

Male Female

What is your **date of birth**?

____ / ____ / ____
Day / Month / Year

What is the highest **education** you received?

None at all
Primary school
Secondary school
Tertiary

What is your **marital status**?

Single Separated
Married Divorced
Living as married Widowed

Are you currently **ill**?

Yes No

If something is wrong with your health what do you think it is? _____

Instructions

This assessment asks how you feel about your quality of life, health, or other areas of your life. **Please answer all the questions.** If you are unsure about which response to give to a question, **please choose the one** that appears most appropriate. This can often be your first response.

Please keep in mind your standards, hopes, pleasures and concerns. We ask that you think about your life **in the last two weeks**. For example, thinking about the last two weeks, a question might ask:

	Not at all	Not much	Moderately	A great deal	Completely
Do you get the kind of support from others that you need?	1	2	3	4	5

You should circle the number that best fits how much support you got from others over the last two weeks. So you would circle the number 4 if you got a great deal of support from others as follows.

	Not at all	Not much	Moderately	A great deal	Completely
Do you get the kind of support from others that you need?	1	2	3	4	5

You would circle number 1 if you did not get any of the support that you needed from others in the last two weeks.
Please read each question, assess your feelings, and circle the number on the scale for each question that gives the best answer for you.

THE WHOQOL-BREF

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
1 (G1)	How would you rate your quality of life?	1	2	3	4	5

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
2 (G4)	How satisfied are you with your health?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how much** you have experienced certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
3 (F1.4)	To what extent do you feel that (physical) pain prevents you from doing what you need to do?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	How much do you enjoy life?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	To what extent do you feel your life to be meaningful?	1	2	3	4	5

		Not at all	A little	A moderate amount	Very much	Extremely
7 (F5.3)	How well are you able to concentrate?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	How safe do you feel in your daily life?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	How healthy is your physical environment?	1	2	3	4	5

The following questions ask about **how completely** you experience or were able to do certain things in the last two weeks.

		Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely
10 (F2.1)	Do you have enough energy for everyday life?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Are you able to accept your bodily appearance?	1	2	3	4	5
12	Have you enough money to meet your	1	2	3	4	5

(F18.1)	needs?					
13 (F20.1)	How available to you is the information that you need in your day-to-day life?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	To what extent do you have the opportunity for leisure activities?	1	2	3	4	5

		Very poor	Poor	Neither poor nor good	Good	Very good
15 (F9.1)	How well are you able to get around?	1	2	3	4	5

The following questions ask you to say how **good or satisfied** you have felt about various aspects of your life over the last two weeks.

		Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
16 (F3.3)	How satisfied are you with your sleep?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	How satisfied are you with your capacity for work?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	How satisfied are you with yourself?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	How satisfied are you with your personal relationships?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	How satisfied are you with your sex life?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	How satisfied are you with the support you get from your friends?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	How satisfied are you with the conditions of your living place?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	How satisfied are you with your access to health services?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	How satisfied are you with your transport?	1	2	3	4	5

The following question refers to **how often** you have felt or experienced certain things in the last two weeks.

		Never	Seldom	Quite often	Very often	Always
26 (F8.1)	How often do you have negative feelings such as blue mood, despair, anxiety, depression?	1	2	3	4	5

Did someone help you to fill out this form?.....

How long did it take to fill this form out?.....

SET 1

**PROFESIONISTUL: OBIECTIVUL
DUMNEAVOASTRĂ ESTE SĂ UTILIZAȚI
CHESTIONARUL PENTRU A EVALUA
STAREA DE SĂNĂTATE MINTALĂ A
PERSOANEI. FIȚI PRIETENOS, DAR
SIMȚIȚI PRESIUNEA TIMPULUI.
ÎNCERCAȚI SĂ DEPĂȘIȚI RĂSPUNSURILE
DE TIP „DA/NU”.**

SET 1

**PERSOANĂ VÂRSTNICĂ (MARTA, 79 DE ANI): V-AȚI
MUTAT ÎNTR-UN CENTRU REZIDENȚIAL DE ÎNGRIJIRE
ÎN URMĂ CU 3 LUNI. DIN PUNCT DE VEDERE FIZIC,
SUNTEȚI BINE, DAR SIMȚIȚI CĂ SUNTEȚI INVIZIBILĂ.
VĂ ESTE DOR DE GRĂDINA DUMNEAVOASTRĂ ȘI DE
CÂINELE PE CARE L-AȚI AVUT.**

**DACĂ PROFESIONISTUL VĂ ÎNTREABĂ DESPRE
STAREA DUMNEAVOASTRĂ DE SĂNĂTATE, VORBIȚI
DESPRE MEDICAȚIA PE CARE O LUAȚI. AȘTEPTAȚI CA
ACESTA SĂ VĂ ÎNTREBE ÎN MOD SPECIFIC DESPRE
SENTIMENTELE DUMNEAVOASTRĂ SAU DESPRE
HOBBY-URI ÎNAINTE DE A MENȚIONA GRĂDINA.**



SET 2

PROFESIONISTUL: SUNTEȚI ASISTENT MEDICAL SENIOR. SUNTEȚI FOARTE CONCENTRAT PE SIGURANȚĂ ȘI PE PREVENIREA CĂDERILOR. OBIECTIVUL DUMNEAVOASTRĂ ESTE SĂ EVALUAȚI CALITATEA VIEȚII PERSOANEI VÂRSTNICE UTILIZÂND CHESTIONARUL.

SET 2

**PERSOANĂ VÂRSTNICĂ (ARTHUR, 82 DE ANI):
LOCUIȚI ACASĂ ȘI UTILIZAȚI UN CADRU DE MERS. SUNTEȚI DERANJAT DEOARECE COPIII DUMNEAVOASTRĂ DORESC SĂ RENUNȚAȚI LA GĂTITUL PENTRU DUMNEAVOASTRĂ. ACORDAȚI O MARE IMPORTANȚĂ AUTONOMIEI PERSONALE. FIȚI UȘOR DEFENSIV. DACĂ PROFESIONISTUL PUNE PEA MULT ACCENT PE SIGURANȚĂ, SPUNEȚI-I CĂ PREFERAȚI SĂ VĂ ASUMAȚI UN RISC ȘI SĂ FIȚI FERICIT DECÂT SĂ FIȚI ÎN SIGURANȚĂ ȘI PLICTISIT.**



SET 3

**PROFESIONISTUL: OBIECTIVUL
DUMNEAVOASTRĂ ESTE SĂ EVALUAȚI DACĂ
MEDIUL RĂSPUNDE NEVOILOR PERSOANEI.
UTILIZAȚI CHESTIONARUL. DORIȚI SĂ
ÎNCURAJAȚI PERSOANA SĂ SE ALĂTURE
GRUPURILOR COMUNITARE LOCALE.**

SET 3

**PERSOANĂ VÂRSTNICĂ (ADNAN, 75 DE ANI):
SUNTEȚI MIGRANT ȘI AȚI LUCRAT ÎN CONSTRUCȚII
TIMP DE 40 DE ANI. CARTIERUL DUMNEAVOASTRĂ S-
A SCHIMBAT, IAR DUMNEAVOASTRĂ NU MAI
SIMȚIȚI CĂ SUNTEȚI ACASĂ SAU CĂ „VĂ INTEGRAȚI”.
AVEȚI IMPRESIA CĂ CENTRELE PENTRU SENIORI
SUNT DESTINATE DOAR PERSOANELOR CARE
VORBESC PERFECT LIMBA LOCALĂ. OBSERVAȚI DACĂ
PROFESIONISTUL CAUTĂ O SOLUȚIE SENSIBILĂ DIN
PUNCT DE VEDERE CULTURAL.**



SET 4

PROFESIONISTUL: SUNTEȚI UN STUDENT TÂNĂR. SUNTEȚI PUȚIN EMOȚIONAT ÎN LEGĂTURĂ CU ADRESAREA ÎNTREBĂRIILOR PERSONALE. OBIECTIVUL DUMNEAVOASTRĂ ESTE SĂ EXPLORAȚI SECȚIUNILE PRIVIND PLĂCEREA ȘI AUTOREALIZAREA DIN CHESTIONAR.

SET 4

PERSOANĂ VÂRSTNICĂ (LUCIA, 71 DE ANI): SUNTEȚI O PERSOANĂ PLINĂ DE ENERGIE ȘI AȚI ÎNCEPUT RECENT SĂ IEȘIȚI LA ÎNTÂLNIRI CU O ALTĂ PERSOANĂ DIN CLUBUL DUMNEAVOASTRĂ DE MERS PE JOS. SIMȚIȚI CĂ SUNTEȚI DIN NOU ADOLESCENTĂ, DAR VĂ ESTE TEAMĂ CĂ OAMENII VOR CONSIDERA CĂ ESTE NEPOTRIVIT SAU RIDICOL LA VÂRSTA DUMNEAVOASTRĂ.

MENTIONAȚI CĂ SIMȚIȚI O ENERGIE NOUĂ ÎN VIAȚA DUMNEAVOASTRĂ. DEZVĂLUIȚI ASPECTUL LEGAT DE ÎNTÂLNIRI DOAR DACĂ PROFESIONISTUL CREEAZĂ O ATMOSFERĂ DE SIGURANȚĂ ȘI ÎNCREDERE.



SET 5

PROFESIONISTUL: AȚI PRIMIT O PLÂNGERE DIN PARTEA UNUI MEMBRU AL FAMILIEI CARE ȘI-A VĂZUT TATĂL SĂRUTÂND UN ALT REZIDENT. EVALUAȚI BUNĂSTAREA REZIDENTULUI UTILIZÂND CHESTIONARUL. SUNTEȚI PREOCUPAT DE ASPECTELE LEGATE DE CONSIMȚĂMÂNT, DAR DORIȚI SĂ SUSȚINEȚI DREPTURILE PERSOANEI. DETERMINAȚI DACĂ RELAȚIA CONTRIBUIE LA ÎMBUNĂTĂȚIREA CALITĂȚII VIEȚII REZIDENTULUI.

SET 5

PERSOANĂ VÂRSTNICĂ (HENRY, 81 DE ANI): LOCUIȚI ÎN ACEASTĂ INSTITUȚIE DE DOI ANI. DE CÂND AȚI CUNOSCUȚ-O PE JANE, VĂ SIMȚIȚI MAI FERICIT DECÂT AȚI FOST ÎN ULTIMUL DECENIU. SUNTEȚI PE DEPLIN CONȘTIENT DE CEEA CE FACEȚI, DAR SIMȚIȚI CĂ PERSONALUL VĂ SUPRAVEGHEAZĂ ȘI VĂ TRATEAZĂ CA PE UN COPIL ATUNCI CÂND SUNTEȚI ÎMPREUNĂ.

DACĂ PROFESIONISTUL ADUCE ÎN DISCUȚIE PLÂNGEREA FAMILIEI, EXPRIMAȚI-VĂ FRUSTRAREA.





Exercițiul 3

Analiza studiilor de caz și elaborarea unui plan de acțiune în 3 pași

Pasul 1: Analiza perspectivelor

Ce perspective sunt implicate aici?

Bifați tot ce se aplică: ☐ Gen ☐ Cultură ☐ Ageism ☐ Siguranță instituțională.

Descrieți pe scurt conflictul dintre „Modelul bazat pe deficit” (ce dorește sistemul) și „Modelul îmbătrânirii pozitive” (ce are nevoie persoana).

Pasul 2: Reformularea holistică

Privind persoana în ansamblul său: Care este un aspect legat de istoricul acestei persoane, de sentimentul său de mândrie sau de lucrurile care îi aduc bucurie și care este ignorat?

Demnitatea riscului: Dacă acordăm prioritate autonomiei acestei persoane, care este compromisul „suficient de sigur”?

Pasul 3: Implementarea (3 acțiuni concrete)

Ce puteți spune astăzi persoanei sau familiei pentru a le valida experiența?

Ce schimbare este necesară în planul de îngrijire sau în comportamentul personalului?

Cum ne asigurăm că această persoană beneficiază de o calitate a vieții corespunzătoare?



Referințe privind perspectivele: definiții succinte

1. Perspectiva de gen

Aceasta este o modalitate de a analiza o situație pentru a observa modul în care așteptările sociale legate de rolul de bărbat sau femeie afectează experiența unei persoane vârstnice.

În practică, aceasta presupune întrebarea: „Este această persoană tratată astfel sau se comportă în acest mod din cauza «regulilor» tradiționale legate de gen?” (de exemplu, presupunerea că o fiică va oferi îngrijire neremunerată sau presupunerea că un bărbat vârstnic nu are nevoie de sprijin emoțional).

2. Perspectiva culturală

Aceasta este o modalitate de a privi îngrijirea prin prisma valorilor, limbii și moștenirii culturale ale persoanei. Aceasta recunoaște faptul că bunăstarea poate avea semnificații diferite în culturi diferite.

În practică, aceasta presupune întrebarea: „Judecăm comportamentul acestei persoane pe baza propriilor noastre norme culturale sau respectăm tradițiile sale specifice referitoare la familie, alimentație și autoritate?”

3. Demnitatea riscului

Acesta este principiul etic conform căruia fiecare adult are dreptul de a face alegeri și de a-și asuma riscuri rezonabile care pot conduce la dezvoltare personală sau la fericire, chiar dacă aceste alegeri ar putea duce la o cădere sau la o accidentare.

În practică, acesta presupune întrebarea: „Îl «protejm» pe această persoană într-o asemenea măsură încât îi limităm libertatea și bucuria de a trăi?”. Acest principiu schimbă obiectivul de la siguranță totală către obținerea celei mai bune calități a vieții posibile.



Fișe cu studii de caz

1: Patriarhul invizibil (GEN & CULTURĂ)

PERSONAJUL: GIOVANNI (76 DE ANI), UN IMIGRANT ITALIAN CU VALORI TRADIȚIONALE. ARE BOALA PARKINSON ÎN STADIU INCIPIENT. SOȚIA SA, ALĂTURI DE CARE A FOST CĂSĂTORIT TIMP DE 50 DE ANI, A DECEDAT RECENT.

DILEMA: GIOVANNI REFUZĂ SĂ ACCEPTE AJUTORUL ASISTENTELOR MEDICALE DE SEX FEMININ PENTRU ÎNGRIJIREA PERSONALĂ, DAR DEVINE FURIOS ATUNCI CÂND PERSONALUL DE SEX MASCULIN NU ESTE DISPONIBIL. DEVINE DIN CE ÎN CE MAI IZOLAT DEOARECE CONSIDERĂ CĂ BĂRBAȚII NU PARTICIPĂ LA „DIMINEȚILE DE CAFEA ALE COMUNITĂȚII”.

PROVOCARE: CUM CONTRIBUIE ROLURILE DE GEN ȘI MÂNDRIA CULTURALĂ LA CREAREA UNUI DEFICIT ÎN ÎNGRIJIREA SA?

2: Fiul protector (ETICĂ & AUTONOMIE)

PERSONAJUL: MARTHA (82 DE ANI), O JURNALISTĂ PENSIONARĂ CARE ÎȘI PREȚUIEȘTE INDEPENDENȚA. ARE PROBLEME MINORE DE ECHILIBRU.

DILEMA: MARTHA DOREȘTE SĂ CONTINUE SĂ MEARGĂ SINGURĂ CU AUTOBUZUL LA BIBLIOTECA DIN ORAȘ. FIUL EI A SUNAT LA INSTITUȚIE SOLICITÂND CA ACEASTA SĂ FIE ÎNCHISĂ ÎN CAMERĂ SAU SĂ I SE RETRAGĂ ABONAMENTUL DE TRANSPORT, PENTRU SIGURANȚA EI.

PROVOCAREA: APLICAȚI PRINCIPIUL DEMNITĂȚII RISCULUI. CUM ECHILIBRAȚI TEAMA FIULUI (SIGURANȚA) CU CALITATEA VIEȚII MARTHĂI (AUTONOMIA)?

3: Limbajul silențios (CULTURĂ & CALITATEA VIETII)

PERSONAJUL: SUN-HI (88 DE ANI), O FEMEIE COREEANĂ CARE LOCUIEȘTE ÎNTR-UN CENTRU DE ÎNGRIJIRE OCCIDENTAL. VORBEA FLUENT LIMBA ENGLEZĂ, ÎNSĂ, PE MĂSURĂ CE DEMENTA PROGRESEAZĂ, REVINE LA UTILIZAREA LIMBII SALE MATERNE.

DILEMA: PERSONALUL O TRATEAZĂ CA PE O PERSOANĂ NON-VERBALĂ SAU DIFICILĂ DEOARECE NU URMEAZĂ INSTRUCȚIUNILE. PIERDE ÎN GREUTATE DEOARECE NU RECUNOAȘTE MÂNCAREA CARE ÎI ESTE SERVITĂ.

PROVOCAREA: UTILIZAȚI PERSPECTIVA CULTURALĂ. ÎN CE MOD EȘUEAZĂ SISTEMUL SĂ VADĂ PERSOANA ÎN ANSAMBLUL SĂU, DINCOLO DE DIAGNOSTICUL DE DEMENTĂ?

4: Romantismul „ridicol” (AGEISM SEXUAL)

PERSONAJUL: DAVID (79 DE ANI) ȘI LILLIAN (81 DE ANI). AMÂNDOI SUNT REZIDENȚI CARE AU ÎNCEPUT O RELAȚIE ROMANTICĂ.

DILEMA: AU FOST GĂSIȚI ÎN CAMERA LUI LILLIAN, CU UȘA ÎNCUIATĂ. PERSONALUL DISCUTĂ PE LA COLȚURI, IAR UNII ANGAJAȚI FAC GLUME DESPRE „IUBITUL BUNICII”. UN MEMBRU AL PERSONALULUI SUGEREAZĂ CĂ ACEȘTIA AR TREBUI SUPRAVEGHEAȚI ÎN TIMPUL ÎNTÂLNIRILOR.

PROVOCAREA: IDENTIFICAȚI AGEISMUL SEXUAL. CUM AFECTEAZĂ ACESTE COMENTARII ȘI BÂRFE DREPTUL LOR LA INTIMITATE ȘI STIMA DE SINE?

5: Povara de gen (GENDER & POLICY)

PERSONAJUL: SARAH (60 DE ANI), CARE ESTE EA ÎNSĂȘI O PERSOANĂ ADULTĂ „TÂNĂRĂ-VÂRSTNICĂ”, ESTE PRINCIPALUL ÎNGRIJITOR AL MAMEI SALE (89 DE ANI) ȘI AL TATĂLUI SĂU (91 DE ANI).

DILEMA: SARAH ESTE EPUIZATĂ ȘI PROPRIA STARE DE SĂNĂTATE SE DETERIOREAZĂ. ATUNCI CÂND SOLICITĂ AJUTOR, ASISTENTUL SOCIAL ÎI SPUNE: „ESTE MINUNAT CĂ FAMILIA ARE GRIJĂ DE EI; FIICELE SUNT MULT MAI BUNE LA ACEST LUCRU.”

PROVOCAREA: APLICAȚI PERSPECTIVA DE GEN ASUPRA ROLULUI DE ÎNGRIJITOR. CUM CONTRIBUIE AȘTEPTĂRILE SOCIALE PRIVIND ROLURILE FEMEILOR LA POVARA DEMOGRAFICĂ ASUPRA INDIVIZILOR?



Instrumente Practice

Modul 2



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Planul lecției

Modul 2	Ageismul și concepțiile greșite despre persoanele vârstnice
Grup țintă	Educatori pentru adulți, profesioniști din domeniul sănătății, asistenți sociali, personal de îngrijire
Durata	2.5 ore
Competențe dobândite	Participanții vor putea: - să identifice și să definească cele trei niveluri ale ageismului și impactul lor sistemic; - să recunoască decalajul dintre susținerea explicită, profesională, a drepturilor sexuale și prejudecățile personale implicite; - să înțeleagă cum se suprapun genul, cultura și starea cognitivă, creând bariere specifice în calea intimității; - să pună sub semnul întrebării stereotipul asexualității și tendința de a pune siguranța înaintea dreptului adultului la intimitate și viață privată.
Pregătirea	- Pregătiți sala cu scaune și mese, calculatoare și un videoproiector. Rezervați-o din timp, dacă este necesar. - Asigurați videoproiectorul, flipchartul și markerele. - Tipăriți fișele și materialele necesare: - o Exercițiul 1: cartonașe cu situații de caz pentru fiecare grup; - o Exercițiul 1: cartonașe cu mituri pentru fiecare grup; - o Exercițiul 1: fișa cu răspunsurile corecte, pentru ca facilitatorul să verifice perechile; - o Exercițiul 2: 5 cartonașe cu temele principale; - o Exercițiul 3: fișe de lucru pentru campanie, pentru fiecare grup. - După ce ați pregătit totul, prezentați participanților scopul modulului, obiectivele și agenda. - Faceți pauze atunci când este necesar.
Listă	Tehnic: verificarea prezentării PPTX și a videoproiectorului Exercițiul 1: cartonașe cu cazuri și cu mituri, fișa cu răspunsurile corecte pentru facilitator Exercițiul 2: 5 cartonașe cu temele principale, flipchart și markere



	Exercițiul 3: fișe de lucru pentru campanie, post-it-uri, coli mari de hârtie General: ecusoane cu nume și formulare de feedback
--	--

Planul Lecției | Față în față

Topics & Activities	Duration in Minutes	Methods	Equipment & Materials
Deschidere și așteptări – prezentarea agendei și a rezultatelor învățării pentru Modulul 2.	5 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Input teoretic despre definițiile, efectele și nivelurile ageismului.	15 min	Prezentare	Laptop, projector, PowerPoint presentation
Exercițiul 1 – Puzzle-ul ageismului Obiectiv: participanții identifică, pe baza unor scenarii din viața reală, modul în care cele 12 mituri despre îmbătrânire (OMS, 2013) se manifestă la nivelurile instituțional, interpersonal și interiorizat ale ageismului. Activitate: în grupuri mici, participanții citesc mini-studiile de caz. Identifică ce nivel de ageism este prezent și care dintre cele 12 mituri ale OMS sunt întărite.	25 min	Analiză de studii de caz, exercițiu de potrivire în grup, discuție comparativă	12 cartonașe cu situații de caz, 12 cartonașe cu mituri, fișa cu răspunsurile corecte, pentru ca facilitatorul să verifice perechile. <i>În funcție de numărul de grupuri, tipăriți mai multe seturi de cartonașe.</i>
Input teoretic despre convingerile sociale negative, miturile și tabuurile legate de sexualitatea la vârste înaintate.	15 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 2 – Nuanțe de gri Obiectiv: să îi ajute pe profesioniști să recunoască decalajele dintre convingerile lor explicite (conștiente/politicoase) și reacțiile lor implicite (inconștiente/viscerale), pornind de la 5 teme principale din cercetare. Fiecare grup primește un cartonaș cu o temă (1. Narațiunea declinului, 2. Stereotipul asexualității, 3. De la cantitate la calitate, 4. Hegemonia penetrării, 5. Ambivalența). Grupurile discută: Unde am întâlnit asta în instituția	25 min	Discuție de grup focalizată, povestire reflexivă, brainstorming	5 cartonașe cu temele principale, flipchart și markere

noastră? Vă vine în minte vreo situație în care tema se leagă de un act ageist explicit sau implicit?			
Input teoretic despre impactul prejudecăților în serviciile de sănătate, educație și instituții, grupurile vulnerabile, intersecționalitate și provocările profesionale. Brainstorming în grup: „Care sunt provocările voastre?”	15 min	Prezentare, discuție de grup	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 3 – Reimaginarea narațiunii: atelier de campanie media Obiectiv: să îi încurajeze pe participanți să creeze contranarațiuni care să conteste conținutul media ageist și să promoveze drepturile sexuale și diversitatea persoanelor vârstnice. Activitate: folosind fișa de lucru ca ghid, grupurile parcurg un proces creativ: 1. Aleg o temă (de exemplu, un mit). 2. Aleg un slogan puternic, care să dea glas campaniei. 3. Descriu vizualul: cum arată imaginea? 4. Schițează pe o coală de flipchart o variantă aproximativă a afișului sau a postării pentru rețelele sociale. Formulează un îndemn concret la acțiune: care este singurul lucru concret pe care vreți ca un profesionist sau un membru al familiei să îl facă altfel după ce vede campania voastră? 5. Fiecare grup își prezintă campania.	30 min	Design creativ, scriere colaborativă, prezentare	Fișe de lucru pentru campanie, post-it-uri, coli mari de hârtie
Input teoretic cu recomandări pentru educatori și profesioniști, considerații etice, ce să faci și ce să eviți.	10 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Mesaje-cheie și încheiere – discutarea întrebărilor finale și feedback.	5 min	Prezentare, discuție de grup	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint, <i>opțional:</i> flipchart pentru notarea întrebărilor și a feedbackului

Formular de feedback (opțional)	5 min	Evaluare modulului	Formulare de feedback tipărite sau cod QR pentru accesarea sondajului online
--	-------	-----------------------	--





Exercițiul 1

Puzzle-ul Ageism-ului: 12 mituri despre îmbătrânire

Mit	Situația de caz de pe cartonaș	Nivel de ageism
1. Deteriorarea mintală și fizică	Un medic ignoră plângerea unei persoane de 75 de ani privind durerile articulare cronice, spunând: „La vârsta dumneavoastră trebuie să vă așteptați ca lucrurile să nu mai funcționeze; nu are rost să mai facem analize.”	Interpersonal
2. Aceleași nevoi pentru toți	Un cămin oferă un singur tip de activitate de timp liber (bingo) pentru toți cei 200 de rezidenți.	Instituțional
3. Creativitatea e pentru tineri	Un centru comunitar local refuză să finanțeze o idee de afacere nouă și inovatoare: „Incubatorul de start-up-uri pentru seniori”.	Instituțional
4. Experiența nu mai contează	În timpul unei ședințe de strategie într-o organizație non-profit, un coordonator mai tânăr îl întrerupe pe un fost director, acum pensionar, spunând: „Lumea s-a schimbat prea mult ca metodele dumneavoastră «de modă veche» să mai funcționeze.”	Interpersonal
5. Își doresc doar liniște și pace	O îngrijitoare îi descurajează pe doi rezidenți să meargă seara târziu la un club de jazz, spunându-le: „V-ar fi mult mai bine să rămâneți în camera dumneavoastră liniștită, cu o ceașcă de ceai.”	Interpersonal
6. Totul se rezumă la paturi de spital	Un consiliu local își concentrează întregul buget pentru vârstnici pe construirea unor camere de tip salon de spital, în loc de parcuri accesibile sau săli de dans pentru socializare.	Instituțional
7. Le iau tinerilor	Un ziar susține că pensiile ar trebui înghețate, pentru că fiecare euro cheltuit pe „trecut” (vârstnici) este furat de la „viitor” (elevi).	Instituțional
8. Cheltuielile sunt risipă	Comisia de etică a unui spital dezbată dacă să îi ofere o valvă cardiacă scumpă unei paciente de 80 de ani, punând sub semnul întrebării „rentabilitatea investiției” în raport cu anii pe care îi mai are de trăit.	Instituțional
9. Nepotriviti pentru munca modernă	Algoritmul de recrutare al unei companii din domeniul tehnologiei elimină automat orice candidat cu peste 30 de ani de experiență, presupunând că nu poate face față unui ritm alert de lucru.	Instituțional



10. La bătrânețe nu mai poți învăța lucruri noi	O femeie de 80 de ani renunță să se înscrie la un curs de programare, gândindu-se: „Creierul meu e prea bătrân ca să mai învețe tehnologie nouă; rămân la ce știu.”	Interiorizat
11. Trebuie să te dai la o parte	O voluntară vârstnică demisionează din consiliul unei organizații la care ține, pentru că se simte vinovată că ocupă un loc care, crede ea, i s-ar cuveni de drept unei persoane mai tinere.	Interiorizat
12. Lucrurile se rezolvă de la sine	Un centru de îngrijire pentru vârstnici nu are nicio politică privind consimțământul sexual sau intimitatea, presupunând că vârstnicii nu au viață sexuală și, prin urmare, nu sunt necesare reguli sau măsuri de protecție.	Instituțional



Mit	Câteva contraargumente de referință (OMS, 2013)
1. Deteriorarea mintală și fizică	O mare parte din scăderea vigoriei nu este inevitabilă, ci rezultă din așteptările societății și din lipsa activității fizice. Schimbări simple, precum mai multă mișcare și o alimentație mai bună, pot rezolva multe probleme asociate vârstei, cum ar fi pierderea masei musculare și scăderea capacității aerobe.
2. Aceleași nevoi pentru toți	De fapt, diversitatea crește odată cu vârsta. Segmentul cel mai vârstnic al populației este cel mai puțin omogen, iar nevoile variază enorm în funcție de vârsta cronologică, biologică și psihologică.
3. Creativitatea e pentru tineri	Creativitatea nu are „termen de valabilitate”. Multe personalități influente, de la Michelangelo până la autori contemporani, și-au creat cele mai importante opere mult după 70 de ani. Pensionarea obligatorie este o construcție socială, nu o limită biologică a productivității.
4. Experiența nu mai contează	Persoanele vârstnice au cunoștințe acumulate și abilități de management care nu pot fi învățate din cărți. Ele joacă un rol esențial în transmiterea tradițiilor și îi pot îndruma pe cei tineri în deprinderi pe cale de dispariție, precum meșteșugurile, sau în rezolvarea unor probleme complexe.
5. Își doresc doar liniște și pace	Cele mai multe persoane vârstnice nu se retrag din viața socială decât dacă sunt forțate de societate. De exemplu, centrele comunitare din Atena se confruntă cu o cerere mare pentru petreceri, seri de dans și excursii.
6. Totul se rezumă la paturi de spital	Deși îngrijirea medicală este importantă, adevărata problemă este păstrarea independenței. Politicile trebuie să se concentreze pe venituri, locuire și rețele sociale, pentru a reduce dependența excesivă, nepotrivită și costisitoare de paturile de spital.
7. Le iau tinerilor	Multe îmbunătățiri pentru vârstnici sunt în beneficiul tuturor vârstelor. Trecurile de pietoni sigure, iluminatul stradal mai bun și autobuzele cu podea joasă îi ajută pe părinții cu cărucioare și pe oamenii cu cărucioare de cumpărături la fel de mult ca pe vârstnici.
8. Cheltuielile sunt risipă	Cheltuielile adecvate economisesc, de fapt, bani. Investițiile mici în aparate auditive, dispozitive de mers sau întreținerea locuinței îi ajută pe oameni să rămână mobili și conectați la rețelele lor sociale, prevenind nevoia unei îngrijiri de lungă durată mult mai scumpe.
9. Nepotriviți pentru munca modernă	Lucrătorii vârstnici sunt adesea mai constanți, mai de încredere și mai loiali decât colegii lor mai tineri. Excelează în gândirea strategică, în analiza chestiunilor complexe și în adoptarea unei perspective de ansamblu.
10. La bătrânețe nu mai poți învăța lucruri noi	Adulții vârstnici sunt adesea mai motivați și mai perseverenți în formare decât cursanții mai tineri. Secretul stă în metoda de predare: atunci când li se permite să avanseze în propriul ritm, cu aplicații practice, învață la fel de eficient ca oricine altcineva.
11. Trebuie să te dai la o parte	Persoanele vârstnice devin o forță economică tot mai vocală și mai influentă pe piață („euro gri”). Sunt mai bine informate ca niciodată despre drepturile lor în materie de sănătate și pot aduce contribuții surprinzătoare la deciziile comunității, dacă li se oferă un loc la masă.
12. Lucrurile se rezolvă de la sine	Să te bazezi pe noroc este periculos, din cauza ritmului rapid al schimbărilor din lumea modernă. Fără discuții active și o planificare care să implice toate generațiile, nevoile specifice ale celor mai vulnerabili vârstnici vor fi ignorate.

World Health Organization. (2013). *Demystifying the myths of ageing*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/bitstreams/27967758-3b6e-47cf-9242-e5961ddd3252/download>

Cazuri

<i>Un medic ignoră plângerea unei persoane de 75 de ani privind durerile articulare cronice, spunând: „La vârsta dumneavoastră trebuie să vă așteptați ca lucrurile să nu mai funcționeze; nu are rost să mai facem analize.”</i>	<i>Un cămin oferă un singur tip de activitate de timp liber (bingo) pentru toți cei 200 de rezidenți.</i>
<i>Un centru comunitar local refuză să finanțeze o idee de afacere nouă și inovatoare: „Incubatorul de start-up-uri pentru seniori”.</i>	<i>În timpul unei ședințe de strategie într-o organizație non-profit, un coordonator mai tânăr îl întrerupe pe un fost director, acum pensionar, spunând: „Lumea s-a schimbat prea mult ca metodele dumneavoastră «de modă veche» să mai funcționeze.”</i>
<i>O îngrijitoare îi descurajează pe doi rezidenți să meargă seara târziu la un club de jazz, spunându-le: „V-ar fi mult mai bine să rămâneți în camera dumneavoastră liniștită, cu o ceașcă de ceai.”</i>	<i>Un consiliu local își concentrează întregul buget pentru vârstnici pe construirea unor camere de tip salon de spital, în loc de parcuri accesibile sau săli de dans pentru socializare.</i>
<i>Un ziar susține că pensiile ar trebui înghețate, pentru că fiecare euro cheltuit pe „trecut” (vârstnici) este furat de la „viitor” (elevi).</i>	<i>Comisia de etică a unui spital dezbate dacă să îi ofere o valvă cardiacă scumpă unei paciente de 80 de ani, punând sub semnul întrebării „rentabilitatea investiției” în raport cu anii pe care îi mai are de trăit.</i>
<i>Algoritmul de recrutare al unei companii din domeniul tehnologiei elimină automat orice candidat cu peste 30 de ani de experiență, presupunând că nu poate face față unui ritm alert de lucru.</i>	<i>O femeie de 80 de ani renunță să se înscrie la un curs de programare, gândindu-se: „Creierul meu e prea bătrân ca să mai învețe tehnologie nouă; rămân la ce știu.”</i>
<i>O voluntară vârstnică demisionează din consiliul unei organizații la care ține, pentru că se simte vinovată că ocupă un loc care, crede ea, i s-ar cuveni de drept unei persoane mai tinere.</i>	<i>Un centru de îngrijire pentru vârstnici nu are nicio politică privind consimțământul sexual sau intimitatea, presupunând că vârstnicii nu au viață sexuală și, prin urmare, nu sunt necesare reguli sau măsuri de protecție.</i>



Mituri

MITUL 1: AMENII TREBUIE SĂ SE AȘTEPTE SĂ SE DETERIOREZE MINTAL ȘI FIZIC.	MITUL 2: CELE MAI MULTE PERSOANE VÂRSTNICE AU NEVOI ASEMĂNĂTOARE.
MITUL 3: CREATIVITATEA ȘI CONTRIBUȚIA LA SOCIETATE SUNT APANAJUL TINERILOR.	MITUL 4: EXPERIENȚA PERSOANELOR VÂRSTNICE ARE PUȚINĂ RELEVANȚĂ ÎN SOCIETATEA MODERNĂ.
MITUL 5: MULTE PERSOANE VÂRSTNICE VOR SĂ FIE LĂSATE ÎN PACE ȘI LINIȘTE.	MITUL 6: PATURILE DE SPITAL ȘI ASISTENȚELE SUNT PROBLEMA PRINCIPALĂ.
MITUL 7: GRIJA FAȚĂ DE PERSOANELE VÂRSTNICE LE IA RESURSE TINERILOR.	MITUL 7: GRIJA FAȚĂ DE PERSOANELE VÂRSTNICE LE IA RESURSE TINERILOR.
MITUL 9: PERSOANELE VÂRSTNICE NU SUNT POTRIVITE PENTRU LOCURILE DE MUNCĂ MODERNE.	MITUL 10: CE N-A ÎNVĂȚAT IONEL, NU MAI ÎNVAȚĂ NICI ION.
MITUL 11: PERSOANELE VÂRSTNICE SE AȘTEAPTĂ SĂ SE DEA LA O PARTE.	MITUL 12: LUCRURILE SE VOR REZOLVA DE LA SINE.





Exercițiul 2

Nuanțe de gri

1. Naratiunea declinului – „Lumea aparține tinerilor”

O parte semnificativă a respondenților privea sexualitatea la vârste înaintate exclusiv prin prisma **pierderii și a declinului**. Ei presupuneau că dorința dispare în mod natural și că trupurile vârstnice sunt mai puțin atrăgătoare sau mai puțin capabile.

2. Stereotipul asexualității

Unii participanți abia reușeau să își imagineze persoanele vârstnice ca ființe sexuale. Ei descriau sexul la vârste înaintate ca **rar, inexistent sau plictisitor**, asociindu-l adesea doar cu funcțiile biologice (de exemplu, hormonii), nu cu legătura emoțională.



3. De la cantitate la calitate

Mulți respondenți considerau că, deși frecvența actului sexual poate scădea, **profundimea emoțională** crește. Ei vedeau sexualitatea la vârste înaintate ca mai completă, mai matură și mai plină de sens în comparație cu sexualitatea mai fizică a tinereții.

4. Hegemonia penetrării

Publicul încă definește sexul în mod restrâns, ca **raport sexual cu penetrare**. Pentru că îmbătrânirea poate aduce schimbări fizice (precum disfuncția erectilă sau uscăciunea vaginală) care îngreunează penetrarea, publicul presupune adesea că, dacă penetrarea încetează, se încheie și viața sexuală.



5.Ambivalență și contradicție

Titlul „Nuanțe de gri” se referă la faptul că mulți oameni au opinii contradictorii. Pot spune că susțin dreptul persoanelor vârstnice de a avea o viață sexuală (**explicit**), dar totuși găsesc ideea dezagreabilă sau „ciudată” atunci când se confruntă cu ea în realitate (**implicit**).





Exercițiul 3

Reimagining the Narrative: A Media Campaign Workshop

Pasul 1: Alegerea temei

Alegeți o temă pentru campania voastră, de exemplu unul dintre miturile discutate. *Exemplu: combatem Mitul nr. 3 (Creativitatea e pentru tineri) sau Tema nr. 2 (Stereotipul asexualității).*

Tema noastră este:

Pasul 2: Un slogan puternic

Scrieți un titlu percutant. Asigurați-vă că **nu** folosește un limbaj infantilizant. Folosiți un vocabular adult, respectuos și care dă putere.

Sloganul nostru este:

Pasul 3: Schițarea vizualului

Imaginile din domeniul îngrijirii vârstnicilor se concentrează adesea pe slăbiciune sau izolare. Descrieți o imagine pentru afișul vostru care să arate autonomie, diversitate sau intimitate. Gândiți-vă: cine apare în imagine? Ce face? Cum arată (îmbrăcăminte, postură, expresie)?

Descrierea vizualului:

Pasul 4: Îndemnul la acțiune

Care este singurul lucru concret pe care vreți ca un profesionist sau un membru al familiei să îl facă altfel după ce vede campania voastră? Exemple: „Întreabă, nu presupune”, „Bate la ușă și așteaptă” sau „Include sănătatea sexuală în planul de îngrijire”.

Îndemnul nostru la acțiune:



Instrumente Practice

Modul 3



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Planul lecției

Modul 3	Sexualitate, gen și diversitate
Grup țintă	Educatori pentru adulți, profesioniști din domeniul sănătății, asistenți sociali, personalul căminelor pentru persoane vârstnice
Durata	2.5 ore
Rezultatele învățării	Participanții vor putea: • să facă distincția între orientarea sexuală, identitatea de gen, exprimarea de gen și sexul biologic; • să descrie experiențele de viață specifice ale persoanelor vârstnice LGBTQIAP+ (incriminarea, HIV/SIDA, „revenirea la ascunderea identității”); • să analizeze modul în care vârsta, orientarea sexuală și identitatea de gen se intersectează, creând vulnerabilități unice; • să identifice manifestările ageismului chiar în interiorul comunităților LGBTQIAP+; • să citeze inițiative inspiraționale (Maison de la Diversité, Grey Pride, Lebensort Vielfalt); • să folosească un limbaj și să adopte o atitudine care să nu presupună heterosexualitatea sau identitatea cis.
Pregătire	– Pregătiți sala cu scaune și mese, calculatoare și un videoproiector. – Asigurați videoproiectorul, flipchartul și markerele. – Tipăriți fișele și materialele necesare: ○ Exercițiul 1: cartonașe cu scenarii pentru fiecare grup ○ Exercițiul 2: cartonaș cu studiul de caz pentru fiecare grup ○ Exercițiul 2: fișa cu întrebări pentru discuție ○ Exercițiul 3: cartonașe cu instituții pentru fiecare grup ○ Exercițiul 3: fișa de lucru „Plan de acțiune pe cele 3 domenii” pentru fiecare grup – Prezentați participanților scopul modulului, obiectivele și agenda. – Faceți pauze atunci când este necesar.
Listă	☐ Tehnic: verificarea prezentării PPTX și a videoproiectorului ☐ Exercițiul 1: cartonașe cu scenarii ☐ Exercițiul 2: cartonașe cu studii de caz și întrebări pentru discuție ☐ Exercițiul 3: cartonașe cu instituții, fișe de lucru pentru planul de acțiune, post-it-uri, coli mari de hârtie ☐ General: ecusoane cu nume și formulare de feedback

Planul lecției | Față în față

Teme și activități	Durata	Metode	Echipamente și materiale
Deschidere și așteptări – prezentarea agendei și a rezultatelor învățării pentru Modulul 3	5 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Input teoretic – De ce un modul dedicat? Istorie, impactul HIV/SIDA, provocări specifice, inițiative inspiraționale	25 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 1 – Vocabularul incluziunii Obiectiv: înțelegerea și însușirea terminologiei-cheie LGBTQIAP+ și a importanței acesteia în practica profesională. Activitate: participanții lucrează în grupuri mici. Fiecare grup primește un set de cartonașe cu scenarii care descriu situații ale unor persoane vârstnice LGBTQIAP+. Participanții identifică terminologia cea mai relevantă, discută de ce este importantă în situația respectivă și reflectează la modul în care lipsa cunoștințelor poate afecta calitatea îngrijirii. Grupurile își împărtășesc concluziile în plen, iar fișa de răspunsuri a facilitatorului sprijină discuția.	20 min	Discuție în grupuri mici, împărtășire în plen	Cartonașe cu scenarii (4 scenarii)
PAUZA 1	10 min	–	–
Input teoretic – Intersecționalitatea în practică, introducerea studiului de caz	10 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint



Exercițiul 2 – Analiza studiului de caz Obiectiv: analiza unei situații concrete din viața unei persoane vârstnice LGBTQ+ și construirea în comun a unui răspuns adecvat, centrat pe persoană. Activitate: participanții analizează un studiu de caz. În grupuri mici, discută provocările pentru persoana în cauză, pentru personal și pentru instituție, identifică posibile presupuneri și prejudecăți, evaluează riscurile și propun răspunsuri centrate pe persoană. Grupurile își prezintă recomandările și discută în plen practicile instituționale incluzive.	25 min	Analiză de studii de caz, discuție în grupuri mici, împărtășire în plen	Cartonaș cu studiul de caz, fișa cu întrebări pentru discuție
PAUZA 2	10 min	–	–
Exercițiul 3 – Reimaginarea instituției Obiectiv: conceperea unor acțiuni concrete prin care o instituție să devină mai incluzivă pentru persoanele vârstnice LGBTQIAP+, în trei domenii. Activitate: fiecare grup primește un cartonaș care descrie un alt tip de serviciu de îngrijire sau comunitar. Participanții identifică posibilele bariere legate de vârstă, sexualitate și diversitatea de gen și elaborează soluții practice în trei domenii: formare, mediul fizic și politici și protocoale. Grupurile completează fișa de lucru pentru planul de acțiune și prezintă în plen cele trei acțiuni prioritare.	30 min	Design creativ, scriere colaborativă, prezentare	Cartonașe cu instituții, fișe de lucru „Plan de acțiune pe cele 3 domenii”, post-it-uri, coli mari de hârtie

Input teoretic – Recomandări pentru educatori și profesioniști, ce să faci și ce să eviți	10 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Mesaje-cheie și încheiere – discutarea întrebărilor finale și feedback	5 min	Prezentare, discuție de grup	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Formular de feedback	5 min	Evaluarea modului	Formulare de feedback tipărite sau cod QR





Exercițiul 1

Scenariul A

Internați o nouă rezidentă în vârstă de 82 de ani. Pe formularul de internare, aceasta a bifat „Căsătorită”, însă nu vedeți niciodată un soț. Vorbește adesea despre „cea mai bună prietenă” cu care a locuit timp de 40 de ani.

Întrebare:

- Ce termen din glosar este cel mai relevant în acest caz?
- De ce este important acest termen în această situație?
- Cum ar putea lipsa cunoștințelor despre acest termen să afecteze negativ calitatea îngrijirii?

Ghidul de răspunsuri pentru facilitator Lesbiana, invizibilitate, familie aleasa

Sistemul i-a șters relația din existență. Folosirea unui limbaj incluziv („Există o persoană importantă în viața dumneavoastră?”) i-ar fi permis să își împărtășească povestea.

Scenariul B

Un rezident în vârstă de 75 de ani vă mărturisește că a fost căsătorit cu o femeie timp de 30 de ani, dar a știut întotdeauna că este gay. Nu a mai spus acest lucru nimănui până acum.

Întrebare:

- Ce termen descrie cel mai bine această situație?
- De ce este posibil ca această persoană să fi păstrat tăcerea atât de mult timp?
- Cum ar trebui să răspundeți pentru a construi încrederea?

Ghidul de răspunsuri pentru facilitator

Gay, dezvaluirea tardiva a orientării sexuale, stresul asociat statutului de minoritate

A purtat acest secret timp de decenii.
Acesta este un moment de mare încredere.
Răspundeți cu recunoștință și normalizare,
nu cu șoc.

Scenariul C

Trebuie să acordați îngrijire personală unei noi rezidente. În dosar este identificată drept „Doamnă”, însă are un măr al lui Adam proeminent și o voce gravă. Nu sunteți sigur(ă) cum să procedați într-un mod respectuos.

Întrebare:

- Ce termeni trebuie să cunoașteți pentru a gestiona această situație în mod corespunzător?
- Ce ar trebui să faceți înainte de a acorda îngrijiri?
- Ce ar trebui să evitați cu desăvârșire să faceți sau să spuneți?

Ghidul de răspunsuri pentru facilitator

Transgender, pronume, cisnormativitate

Nu presupuneți niciodată. Întrebați cu respect: „Ce pronume folosiți? Cum vă pot sprijini cel mai bine în ceea ce privește îngrijirea personală?”

Scenariul D

În timpul unui atelier, un rezident în vârstă de 88 de ani spune: „Nu înțeleg toate aceste cuvinte noi, «queer», «non-binar»... Pe vremea mea, eram pur și simplu queer și păstram tăcerea.”

întrebare:

- Ce ne învață această afirmație despre importanța istoriei?
- Cum puteți recunoaște și valida experiența sa, introducând în același timp concepte mai noi?
- Care ar fi un răspuns respectuos și educativ?

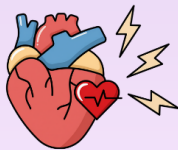
Ghidul de răspunsuri pentru facilitator

Queer, diferite generationale, reapropriere

Recunoașteți experiența sa istorică: „Aveți dreptate, acel cuvânt a fost folosit ca insultă. Astăzi, multe persoane și l-au reapropriat și îl folosesc cu mândrie.”



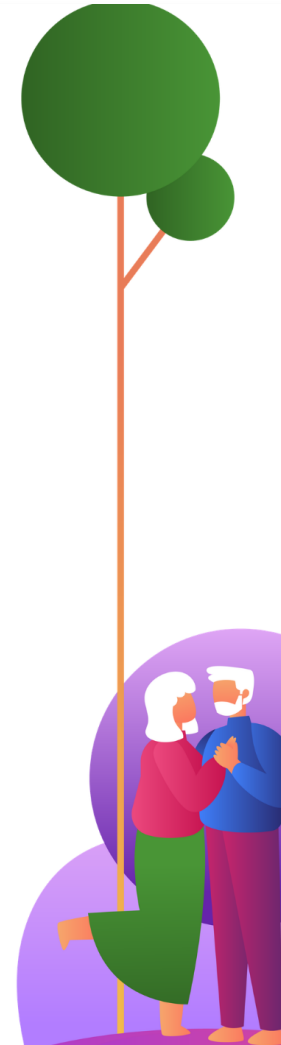
Exercițiul 2

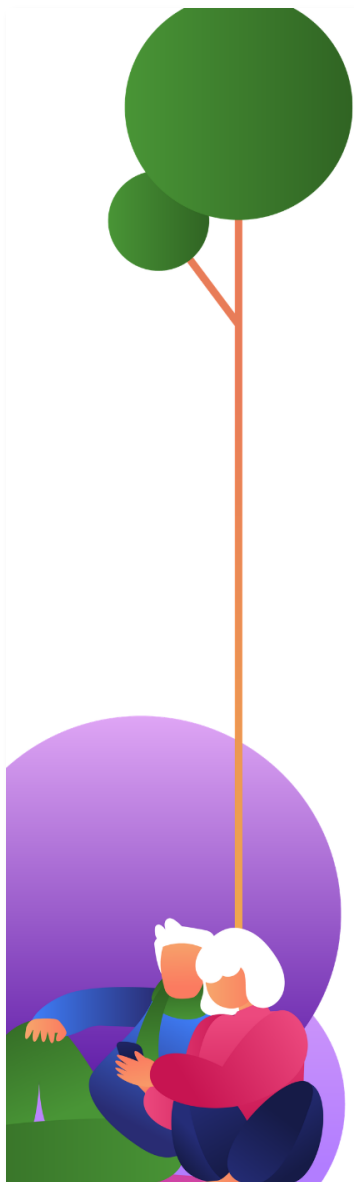


BRETT, 72 ani

- Brett, în vârstă de 72 de ani, este un bărbat transgender care locuiește în Lyon. Are barbă completă, voce gravă și a suferit o intervenție chirurgicală la nivelul toracelui (mastectomie) în urmă cu câțiva ani. Cu toate acestea, nu a avut niciodată o intervenție chirurgicală de afirmare a genului. Prin urmare, corpul său poartă semnele unei experiențe unice de tranziție.
- După o carieră în domeniul educației și o viață marcată de relații familiale complexe (și-a petrecut adolescența în familii de plasament), Brett locuiește singur. Recent, o cădere și apariția unor probleme cardiace l-au determinat să ia în considerare, cu reticență, internarea într-un cămin pentru persoane vârstnice.
- În timpul unei vizite de pre-admitere, directorul i se adresează cu „Domnule”. Brett se simte recunoscut. Însă, atunci când asistenta coordonatoare abordează problema îngrijirii personale și a asistenței zilnice, Brett simte disconfort. Știe că, într-o zi, poate în curând, un îngrijitor îi va descoperi corpul gol și, odată cu acesta, o poveste pe care aspectul său exterior nu o dezvăluie.
- „Am fost în instituții aproape toată viața. Nu m-a speriat niciodată. Dar nu voi putea locui într-un cămin pentru persoane vârstnice așa cum a făcut mama mea.”

Source: Inspired by The Atlantic (2015), "The Challenge of Being Transgender in a Nursing Home"



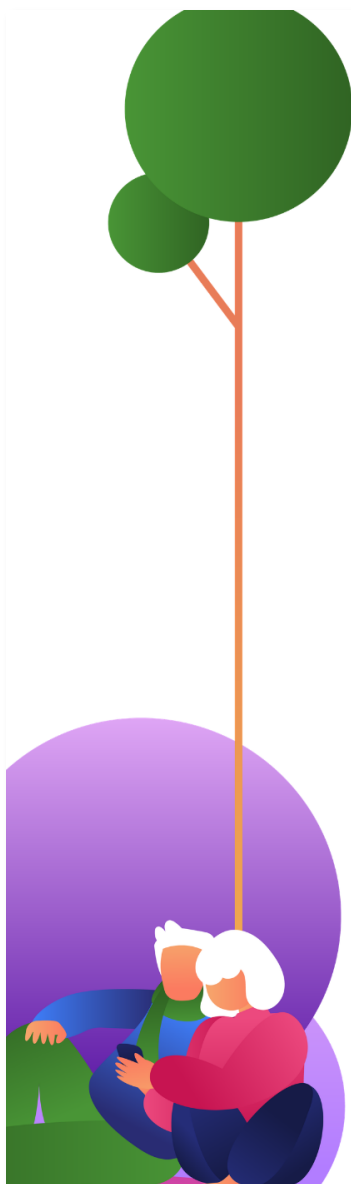


BRETT

Care sunt principalele provocări în această situație?

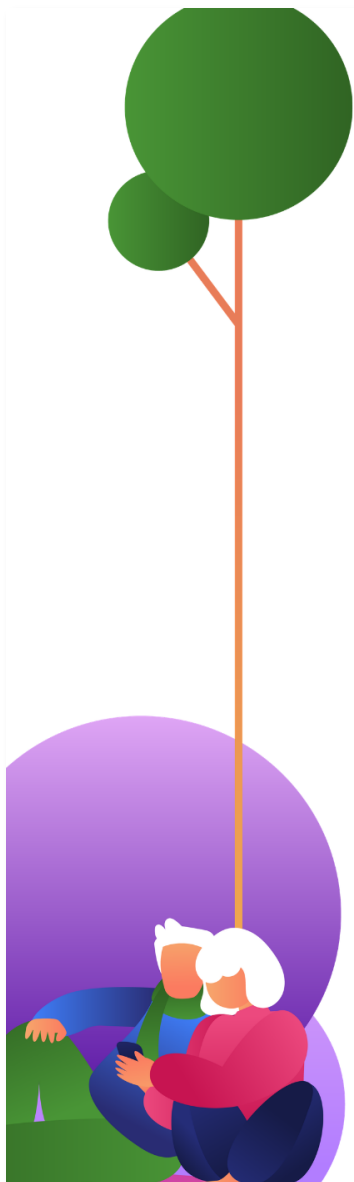
- Pentru Brett ?
- Pentru personalul de îngrijire?
- Pentru instituție?





BRETT

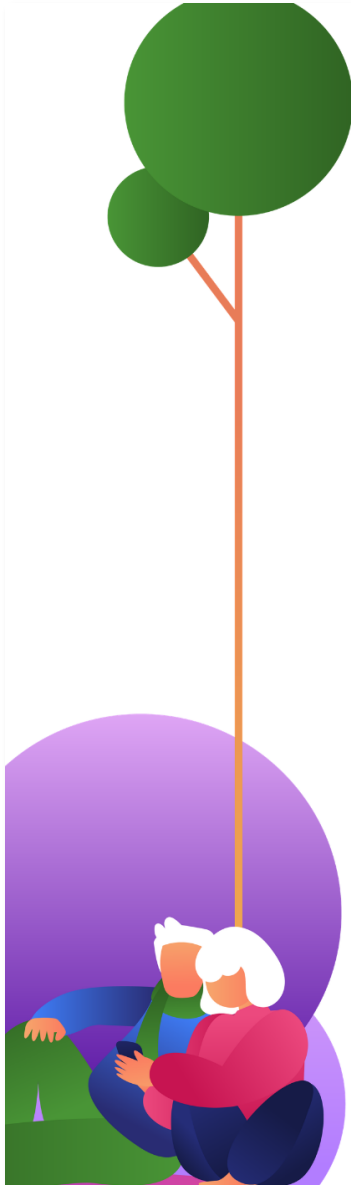
Care sunt riscurile dacă instituția ignoră situația și nu ia nicio măsură în prealabil?



BRETT

Cum ar arăta un răspuns respectuos, centrat pe persoană?

- **Ce ar trebui să facă conducerea înainte ca Brett să sosească?**
- **Ce ar trebui să facă îngrijitorul în momentul respectiv?**
- **Ce politici sau protocoale ar putea fi de ajutor?**



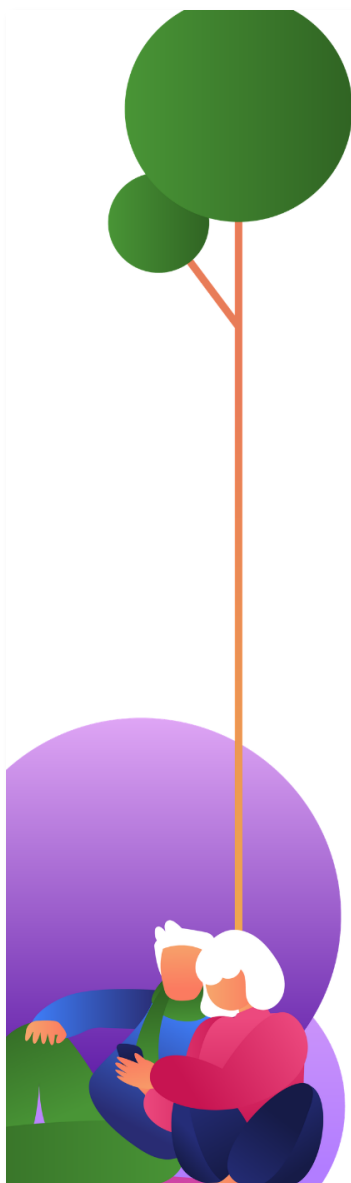
BRETT

Ce poate face instituția pentru ca Brett să nu fie nevoit să „explice cine este” încă o dată?



**Cofinanțat de
Uniunea Europeană**

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



BRETT notițe pentru facilitator

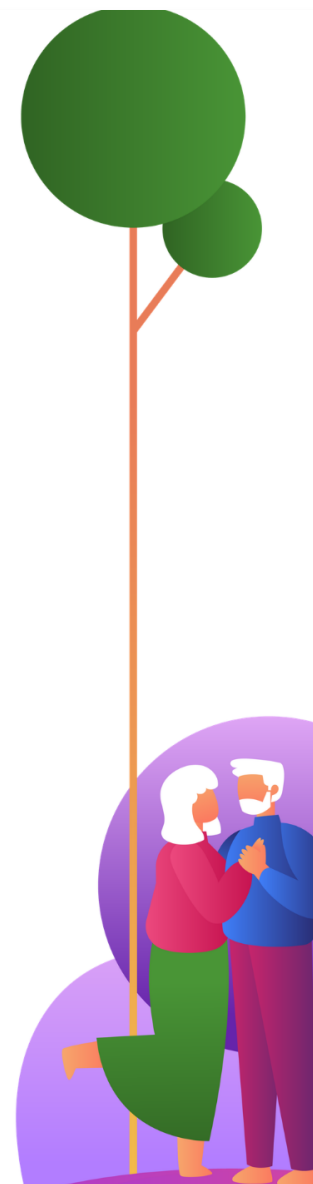
PROVOCAREA	RASPUNSUL RECOMANDAT
• Dezvăluirea involuntară în timpul îngrijirii intime	Elaborați un protocol: înainte de prima sesiune de îngrijire intimă, un membru de încredere al personalului întreabă: „Există ceva legat de corpul dumneavoastră sau de istoricul dumneavoastră care ne-ar ajuta să vă oferim un sprijin mai bun?”
• Lipsa instruirii personalului cu privire la corpurile persoanelor trans	Asigurați instruire obligatorie privind îmbătrânirea persoanelor trans și diversitatea corpurilor persoanelor trans înainte de sosirea lui Brett.
• Teama de reacțiile celorlalți rezidenți	Aveți o politică clară împotriva discriminării. Luați în considerare organizarea unei ședințe de echipă pentru pregătire. Oferiți-i lui Brett posibilitatea de a alege o cameră privată, dacă aceasta este disponibilă.
• Neîncrederea lui Brett în instituții, acumulată de-a lungul întregii sale vieți	Desemnați o persoană de contact de referință care să construiască o relație de încredere. Ascultați preocupările lui fără a adopta o atitudine defensivă.

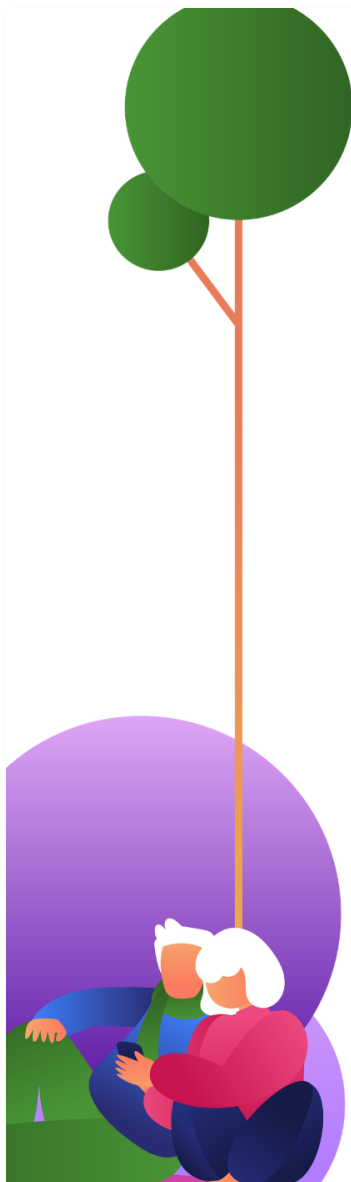




SIMONE, 78 ani

- Simone, în vârstă de 78 de ani, este o femeie lesbiană. A locuit împreună cu partenera sa, Marie, timp de peste 40 de ani. S-au întâlnit într-o perioadă în care homosexualitatea era încă puternic stigmatizată și nu s-au simțit niciodată în siguranță să vorbească deschis despre relația lor. Pentru cei din exterior, erau „două prietene care locuiau împreună”.
- Marie a decedat în urmă cu cinci ani. Simone se mută acum într-un cămin pentru persoane vârstnice. Pe formularul de admitere, a bifat „Văduvă” – nu exista nicio opțiune pentru „partener(ă)” sau „uniune civilă”. Nu menționează niciodată existența lui Marie în fața personalului.
- În timpul unei ședințe a echipei de îngrijire, o tânără infirmieră menționează că Simone pare foarte tristă și retrasă. Un alt membru al personalului spune: „Probabil este doar singură de când i-a murit soțul.”
- Nimeni nu știe despre Marie. Nimeni nu a întrebat.



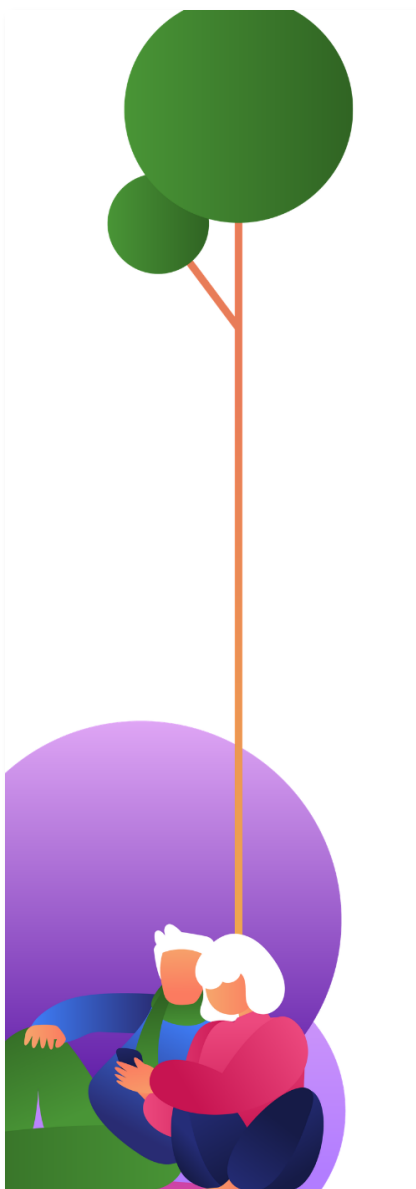


SIMONE

Care sunt principalele provocări în această situație?

Ce forme de discriminare se intersectează în această situație? (vârstism, sexism, lesbofobie)

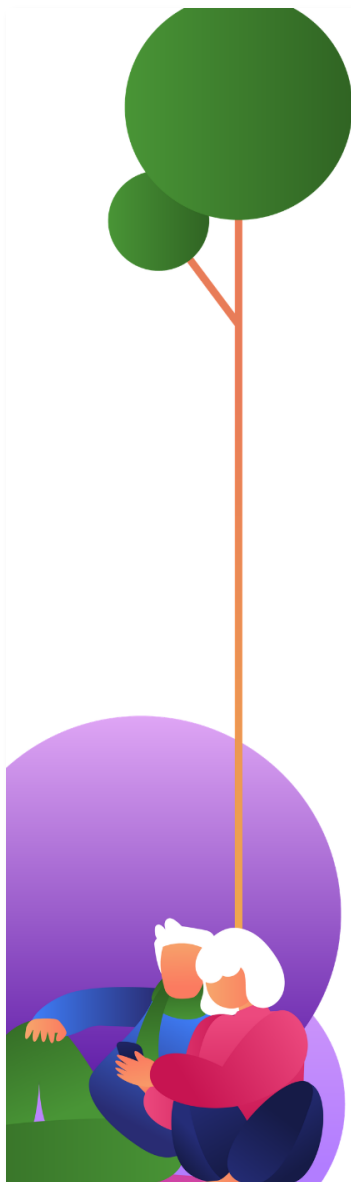




SIMONE

De ce nu a menționat Simone existența lui Marie nimănui?

Ce context istoric ar putea explica tăcerea ei?



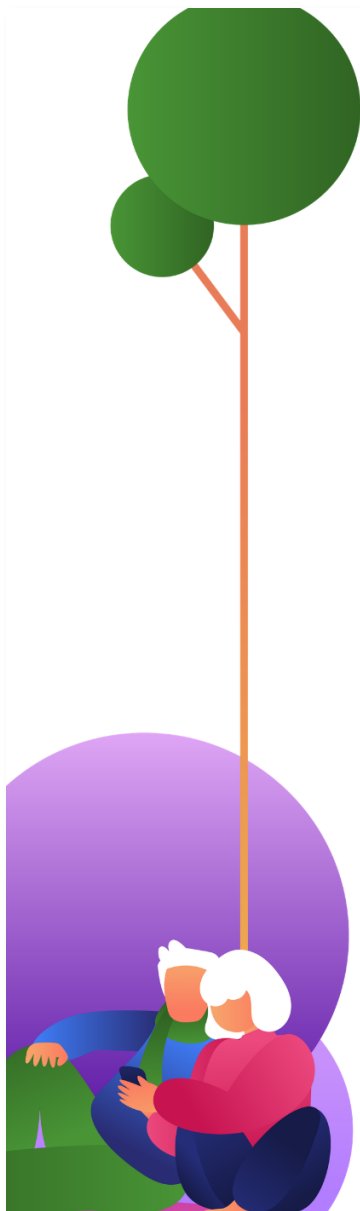
SIMONE

Care sunt consecințele acestei invizibilități asupra stării de bine a lui Simone?

Cum îi afectează acest lucru procesul de doliu?

Cum îi afectează acest lucru viața de zi cu zi în instituție?

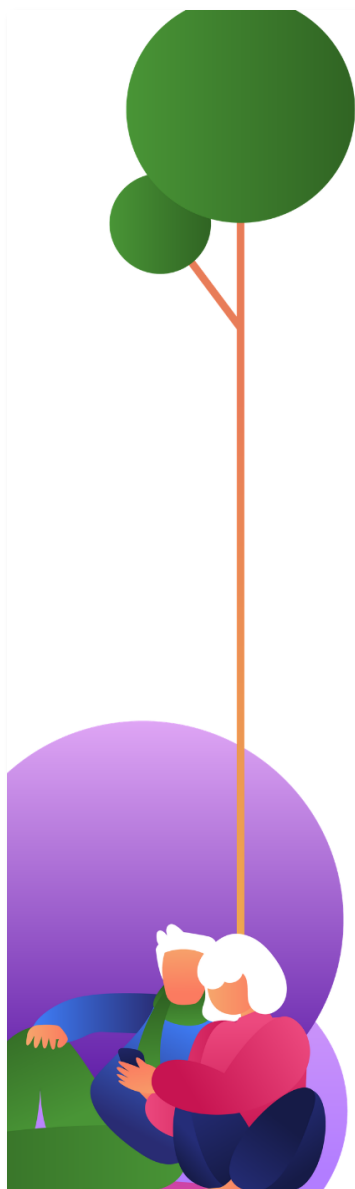




SIMONE

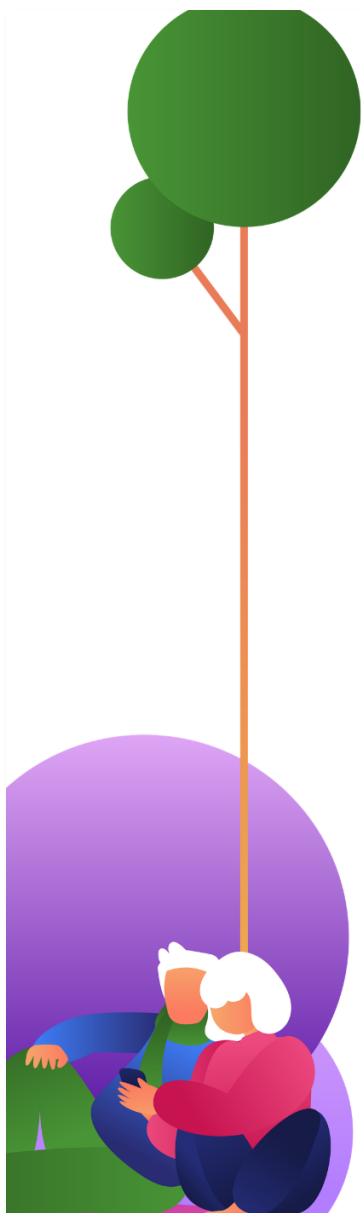
Cum ar fi putut instituția să procedeze diferit încă de la început?

- **Ce întrebări ar fi trebuit adresate la internare?**
- **Cum ar arăta un proces de admitere mai incluziv?**



SIMONE

Ce poate face personalul acum pentru a crea un spațiu sigur în care Simone să își poată împărtăși povestea?



SIMONE NOTITELE FACILITATORULUI

PROVOCARE

- **Invizibilitatea relațiilor între persoane de același sex**
- **Traumă istorică și tăcere**
- **Doliu nerecunoscut**
- **Izolare**

RASPUNS RECOMANDAT

Revizuiți formularele de admitere: adăugați opțiunile „partener(ă)”, „uniune civilă” și „familie aleasă”. Instruiți personalul să întrebe: „Există o persoană importantă în viața dumneavoastră?”

Înțelegeți că Simone a învățat să se ascundă pentru a supraviețui. Aceasta nu este rezistență – este o formă de protecție. Construiți treptat o relație de încredere, fără presiune.

Durerea ei după pierderea lui Marie este reală și nerecunoscută. O simplă afirmație poate fi de ajutor: „Unele dintre cele mai importante persoane din viața noastră nu sunt întotdeauna recunoscute în formulare. Dacă există ceva despre care ați dori să vorbiți, suntem aici să vă ascultăm.”

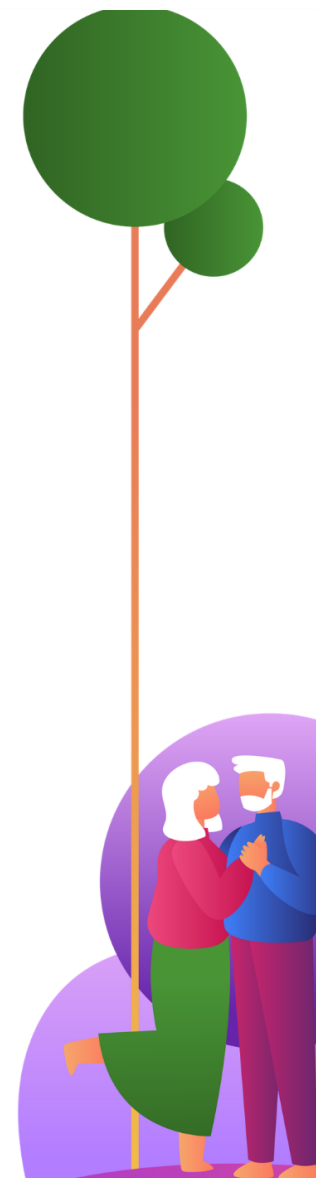
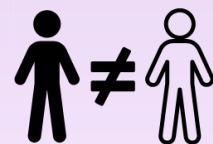
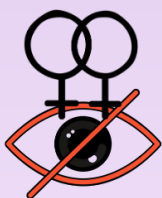
Invizibilitatea duce la izolare. Crearea unor semne vizibile de incluziune (autocolante cu curcubeu, postere incluzive) transmite semnalul că acesta ar putea fi un loc sigur.

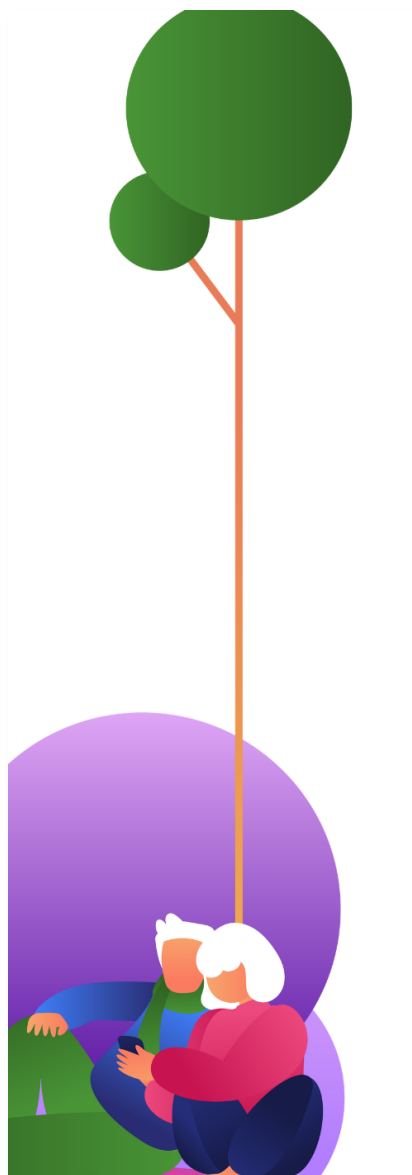




FATIMA 68 ani

- Fatima, în vârstă de 68 de ani, este o femeie lesbiană de origine nord-africană. S-a născut în Franța, din părinți imigranți, și și-a trăit întreaga viață într-un oraș de dimensiune medie din sudul țării. Și-a dezvăluit orientarea sexuală mai târziu în viață, după o scurtă căsătorie cu un bărbat în tinerețe, din care au rezultat doi copii, acum adulți, cu care are o relație distantă.
- Fatima începe să se confrunte cu probleme de sănătate care fac dificilă continuarea vieții în singurătate. Ia în considerare mutarea într-o unitate de locuire asistată. A vizitat două astfel de centre din zona sa, dar a plecat din ambele simțindu-se neobservată și anxioasă.
- La prima instituție, directorul i-a prezentat cu entuziasm activitățile: „Avem un club de tricotat, bingo, iar rezidenților noștri le place foarte mult să cânte împreună în fiecare săptămână!” Nimic nu reflecta interesele, cultura sau identitatea ei.
- La cea de-a doua instituție, a auzit doi membri ai personalului vorbind despre „femeia arabă care a venit în vizită”. A plecat înainte de a termina turul instituției.
- Fatima se întreabă: Va fi acolo cineva ca mine? Va trebui să mă explic în permanență? Voi fi măcar văzută și recunoscută?

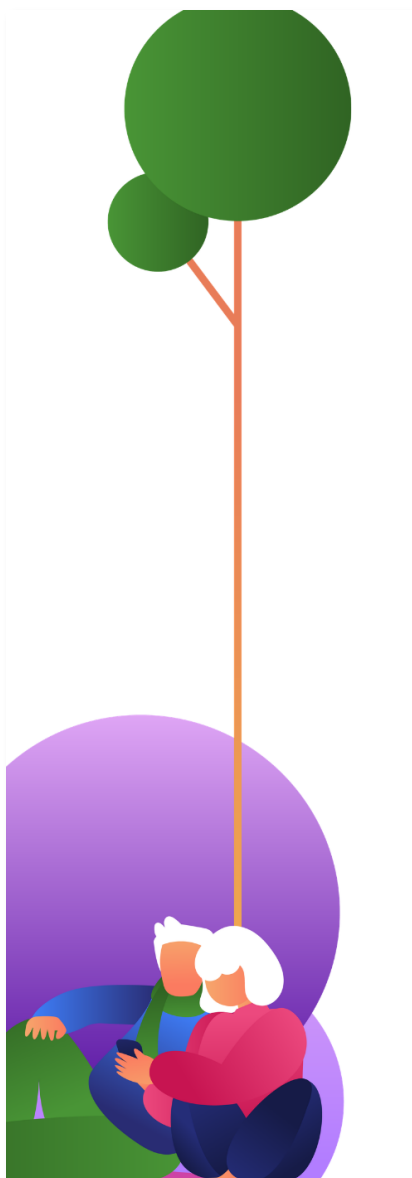




FATIMA

Care sunt principalele provocări în această situație?

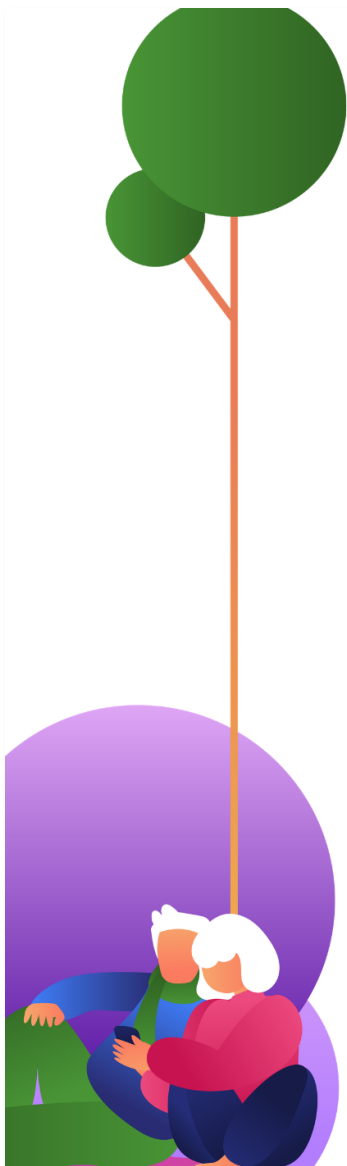
Ce forme de discriminare se intersectează în această situație? (vârstism, rasism, sexism, lesbofobie)



FATIMA

De ce s-a simțit Fatima „nevăzută și anxioasă” după prima vizită?

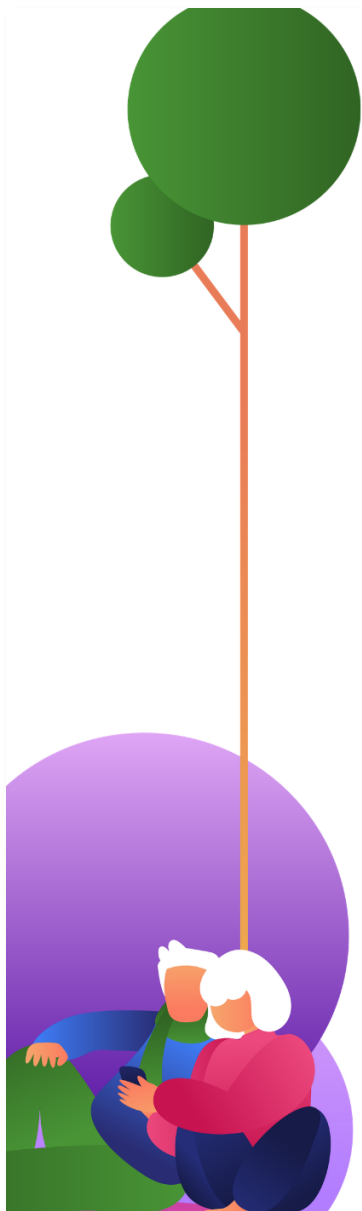
Ce a lipsit din prezentarea directorului?



FATIMA

Ce impact a avut probabil asupra Fatimei comentariul personalului („femeia arabă”)?

Cum afectează acest tip de remarcă aparent nevinovată încrederea?

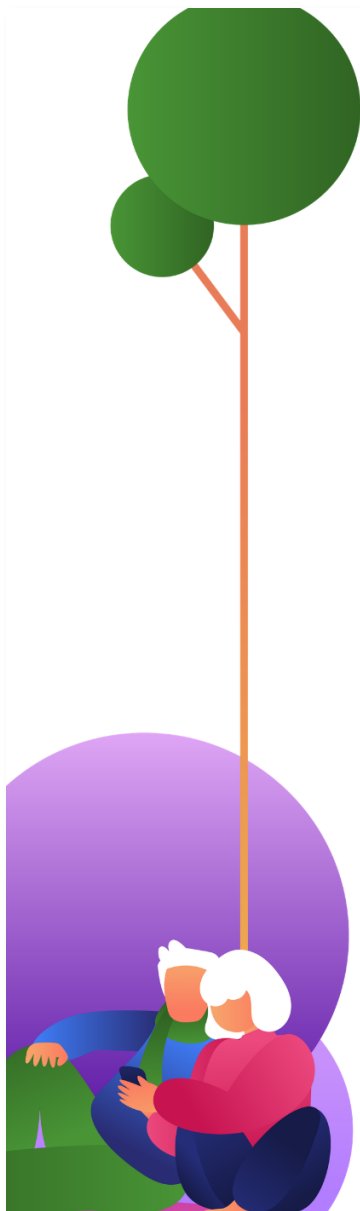


FATIMA

Ce ar trebui să ofere o instituție de locuire incluzivă pentru ca Fatima să se simtă binevenită?

Luați în considerare: activitățile, reprezentarea, instruirea personalului, mediul fizic

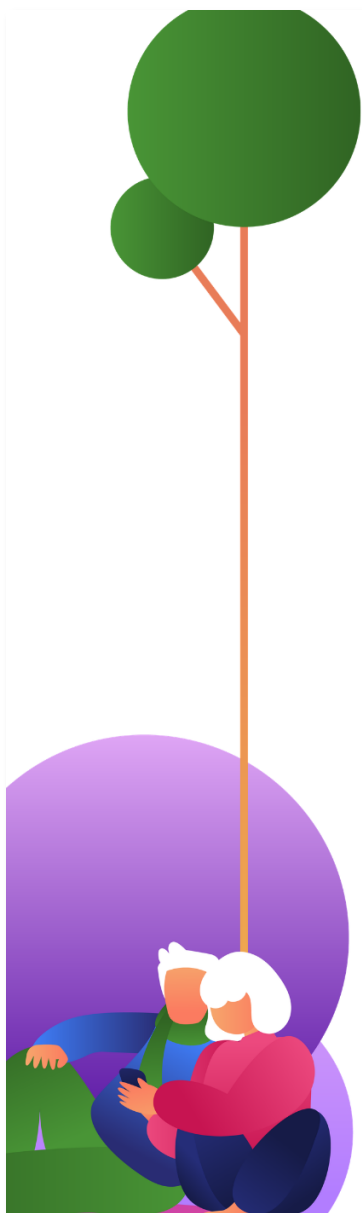




FATIMA

Cum pot instituțiile să depășească abordările de tip „aceeași soluție pentru toți” în ceea ce privește incluziunea?





SIMONE NOTITELE FACILITATORULUI

PROVOCARE	RASPUNS RECOMANDAT
• Invizibilitate triplă (vârstă + rasă + orientare sexuală)	Fatima nu se regăsește nicăieri în reprezentările instituției. Instituțiile trebuie să depună eforturi în mod activ pentru a asigura reprezentarea diversității în materialele, posterele și activitățile lor.
• Presupuneri culturale în cadrul activităților	Bingo-ul și tricotatul nu sunt activități universale. Întrebați rezidenții ce își doresc. Oferiți activități diverse: proiecții de filme, grupuri de discuții, muzică din diferite culturi.
• Rasismul manifestat în mod aparent nevinovat de către personal	Comentariul „femeia arabă” este o microagresiune. Instruirea personalului trebuie să abordeze rasismul și impactul acestuia. Toți membrii personalului trebuie să înțeleagă că fiecare cuvânt contează.
• Teama de a fi nevoită să se explice	Fatima nu vrea să fie un „ambasador al diversității”. Vrea să fie o rezidentă. Instituțiile trebuie să depună eforturile necesare pentru incluziune, astfel încât ea să nu fie nevoită să o facă.



COMPARATIVE ANALYSIS – Facilitator's Guide

Theme	BRETT	SIMONE	FATIMA
• Invizibilitate • Teama de instituții • Ce ar fi de ajutor? • Costul tăcerii	• Istoricul său trans va fi descoperit, nu împărtășit • O viață întreagă marcată de traumă instituțională • Protocoale pentru îngrijirea intimă, instruirea personalului • Vulnerabilitate în timpul îngrijirii, posibilitatea retraumatizării	• Relația ei de 40 de ani este complet invizibilă • A învățat să se ascundă pentru a supraviețui • Întrebări incluzive la admitere, semne vizibile de siguranță • Doliu nerecunoscut, izolare	• Este invizibilă în cadrul activităților, al reprezentării și al atitudinii personalului • A auzit comentarii rasiste aparent nevinovate din partea personalului • Activități diverse, reprezentare diversă, instruirea personalului cu privire la rasism • Anxietate, retragere, posibilitatea de a renunța la îngrijirea rezidențială





Exercițiul 3

Fișa instituției

Cămin pentru persoane vârstnice / centru de îngrijire

- Sunteți directorul unui cămin pentru persoane vârstnice.
- O persoană nouă s-a mutat în cămin și se simte pierdută și inconfortabil. V-a spus că a avut experiențe neplăcute în trecut cu personalul de îngrijire.
- Acest rezident pare izolat de ceilalți. Părăsește sala de mese mai devreme decât ceilalți rezidenți și nu participă la activitățile de grup.
- Persoana refuză să vorbească despre situația sa anterioară cu personalul de îngrijire.
- Familia sa nu organizează vizite.

Fisa Instituției

Structură asociativă

- Sunteți animator într-o structură asociativă care organizează activități legate de reprezentarea LGBTQIAP+.
- Majoritatea participanților au vârste cuprinse între 19 și 35 de ani.
- O persoană vârstnică participă la întâlnire din dorința de a descoperi structura dumneavoastră asociativă.
- Participanții mai tineri, fără a fi ostili, au ignorat prezența noului participant.
- La sfârșitul activității, persoana vârstnică a venit la dumneavoastră și v-a spus că nu crede că va mai reveni.

Fisa Instituției

Rezidență pentru viață independentă

- Sunteți îngrijitor într-o rezidență pentru viață independentă. Rezidenții sunt capabili să își gestioneze vizitele și deplasările în interiorul și în afara instituției.
- Unul dintre rezidenți a declarat că urmează un tratament medicamentos complex, care nu îi afectează mobilitatea și nu a determinat apariția unor efecte patologice.
- Persoana are un organizator de medicamente primit de la farmacie și nu dorește să îl pregătiți dumneavoastră, evitând discuția despre acest subiect. Vă spune că „nu ați putea înțelege”.
- Rezidentul nu are familie și vorbește rareori despre relațiile sale sociale din trecut.

Regulile planului de acțiune pentru domeniu

- În următorul panou, va trebui să imaginați acțiuni care pot fi implementate pentru a preveni discriminarea legată de vârstă, sexualitate sau gen în cadrul structurilor medicale sau sociale. Aceste acțiuni trebuie împărțite în trei categorii diferite.

FORMARE

- Cine? Ce subiecte? Cât de des? De către cine?

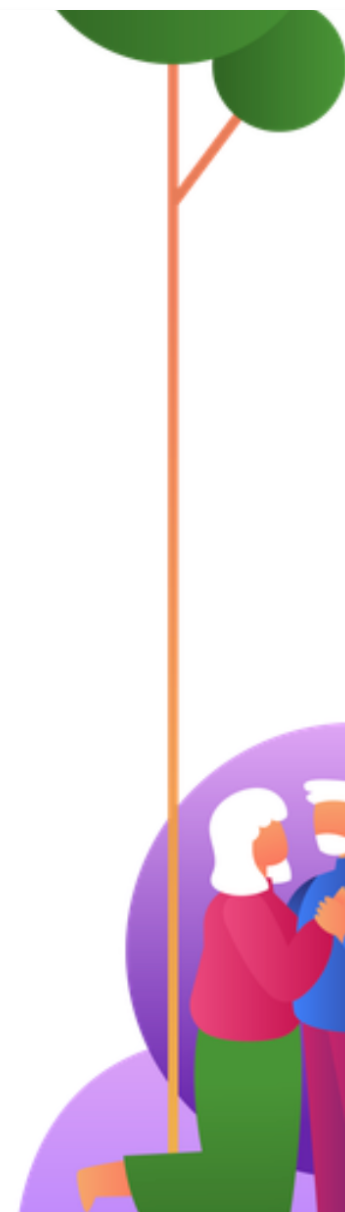
MEDIUL FIZIC

- Semne vizibile, spații, documente, postere

POLITICI ȘI PROTOCOALE

- Formulare de admitere, protocoale pentru îngrijirea intimă, politici anti-discriminare, parteneriate

- Lipiți câte o bucată de hârtie de culoarea corespunzătoare, în ordine cronologică, pentru a ilustra aplicarea planurilor dumneavoastră de acțiune.
- Apoi, pregătiți o prezentare de 2 minute a celor mai bune 3 idei ale dumneavoastră, pe care să le împărtășiți cu întregul grup.**



ACȚIUNEA 1	ACȚIUNEA 2	ACȚIUNEA 3



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute responsabile pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Instrumente Practice

Modul 4



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Planul lecției

Modul 4	Istoria normelor sociale privind genul și sexualitatea în Europa
Grup țintă	Educatori pentru adulți, profesioniști din domeniul sănătății, asistenți sociali, personal de îngrijire.
Durata	2.5 ore
Rezultate învățării	Participanții • pot plasa normele sociale privind rolurile de gen, sexualitatea și vârsta în contextul lor istoric; • înțeleg mecanismele tabuurilor sociale legate de sexualitate; • sunt capabili să reflecteze asupra propriilor atitudini și nesiguranțe; • își cunosc propriile valori și pot face distincția între normele sociale și judecățile personale; • cunosc criteriile unei comunicări respectuoase, fără judecăți de valoare, și le pot aplica; • știu cum să pună sub semnul întrebării, cu sensibilitate, atribuirile stereotipe și cum să se adreseze oamenilor cu respect, în loc să îi evite pe ei și discuțiile despre sexualitate.
Pregătirea	Asigurați • o sală suficient de mare pentru 12–18 persoane (rezervați-o din timp, dacă este necesar); • un videoproiector, un laptop și un flipchart cu hârtie, precum și o trusă de materiale pentru facilitator; • eventual, un adaptor pentru laptop; • tipăriți fișele de lucru; • pregătiți formularele de evaluare sau sondajul cu cod QR; • pregătiți ecusoanele cu nume. Redactați o scrisoare de invitație cu informații despre eveniment, inclusiv detalii despre conținut și program. La fața locului • Așezați scaunele în cerc în mijlocul sălii și puneți mesele pe margine, lângă perete. • Verificați echipamentele tehnice și prezentarea. • Faceți pauze atunci când este necesar.
Listă	1. Scrisoarea de invitație 2. Materialele de moderare



	3. Fișele de lucru pregătite și tipărite 4. Cartonașele de moderare pregătite
--	--

Planul lecției | Față în față

Teme și activități	Durată (minute)	Metode	Echipamente și materiale
Deschidere și așteptări – prezentarea agendei și crearea unui spațiu de discuție respectuos.	10 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 1: Exercițiu introductiv („Barometrul pozițiilor”) Brainstorming pe baza unor afirmații despre vârstă și sexualitate; scurtă reflecție asupra fiecărei poziții.	20 min	Exercițiu sociometric	O fișă cu diversele afirmații
Input teoretic: privire de ansamblu istorică asupra normelor sociale.	10 min	Prelegere	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 2 – „Imagini despre vârstă și sexualitate”	35 min	Tehnica cartonașelor Discuție	Panou pentru afișare, materiale de moderare
Input teoretic: vizibilitate și invizibilitate.	15 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 3 – „Autorefecție”: sexualitatea la bătrânețe – norme, valori și tabuuri.	25 min	Reflecție individuală: 10 min Schimb de idei în grupuri mici: 15 min	Fișa de lucru pentru Exercițiul 3
Repere pentru activitatea educațională	10 Min	Prezentare	PowerPoint
Perspective pentru propria activitate educațională.	15 min	Discuție	
Mesaje-cheie și încheiere.	10 min	Discuție și sinteza rezultatelor	Flipchart



Exercițiul 1

Fișă de lucru – Afirmatii pentru exercitiul de poziționare

Invitați participanții:

„Voi citi pe rând mai multe afirmații. Vă rog să vă poziționați în sală în funcție de cât sunteți de acord, parțial de acord sau în dezacord cu fiecare afirmație. Vă puteți muta puțin între afirmații.”
Apoi citiți afirmațiile, una după alta. Precizați că participarea este voluntară.

Important: marcați pe podea un punct neutru cu un cartonaș gol. Participanții se pot poziționa acolo dacă nu vor să se pronunțe în privința unei afirmații.

- A vorbi despre sexualitate cu oameni pe care nu îi cunosc îmi este străin (îmi e neplăcut, mă tulbură, mă stânjenește...).
- Sexualitatea la bătrânețe este o nevoie cât se poate de normală.
- Nu m-am ocupat niciodată cu adevărat de tema sexualității la bătrânețe.
- Când văd persoane vârstnice ținându-se de mână sau sărutându-se în public, reacționez altfel decât atunci când văd tineri.
- Și persoanele vârstnice sunt active sexual; am observat asta adesea, în diverse feluri.
- Observ că tema sexualității este încă, adesea, rușinoasă pentru mine.
- Mi-aș dori să pot vorbi deschis despre sexualitate cu oameni de toate vârstele.
- Când voi fi mai în vârstă, vreau ca sexualitatea, intimitatea și apropierea de ceilalți să facă parte din viața mea de zi cu zi.





Exercițiul 2

„Imagini despre vârstă și sexualitate”

Durată: 35 de minute

Format: lucru individual și în plen

Materiale necesare: materiale de prezentare, flipchart, panou pentru afișare

Obiective de învățare:

Participanții:

- recunosc faptul că ideile lor sunt modelate de imagini sociale;
- fac distincția între asocierile personale și vizibilitatea socială;
- înțeleg că normele variază istoric;
- reflectează asupra modului în care apar invizibilitatea și stereotipurile;
- dezvoltă primele modalități de a-și pune sub semnul întrebării propriile imagini.

Desfășurare:

1. Introducere: activare prin asocieri (lucru individual, 5 minute)

Introducere: „Când vă gândiți la vârstă și sexualitate, ce imagini, scene sau asocieri vă vin în minte? Pot fi imagini concrete, cuvinte sau situații. Important: contează ce vă vine spontan în minte, nu ce credeți că ar fi corect.”

Sarcină:

- 2–3 cartonașe de persoană
- cuvinte sau mici schițe (ambele sunt permise)

2. Colectare și prima privire de ansamblu (în plen, 5 minute)

Moderatorul strânge cartonașele și le prinde pe panou, vizibil și fără o ordine anume.

Întrebare-cheie: „Ce observați când le vedeți așa, împreună?”

Important: fără evaluări.

3. Reflecție asupra vizibilității (în plen, 10 minute)

Introducere:

„Unde întâlnim, de fapt, aceste imagini?”

Întrebări ghid (scrieți-le dinainte pe cartonașe):

- „Pe care dintre aceste imagini le vedem des în mass-media sau în spațiul public?”
- „Pe care le vedem rar sau deloc?”



Împărțiți cartonașele pe panou sub două titluri:

- „des vizibile” (pregătiți cartonașul-titlu)
- „rar vizibile” (pregătiți cartonașul-titlu)

4. Schimbarea perspectivei istorice (în plen, 10 minute)

Introducere:

„Imaginați-vă că le-am fi pus aceeași întrebare părinților, bunicilor sau străbunicilor voștri...”

Întrebări-cheie:

- „Ce imagini ar fi fost menționate atunci?”
- „Ce nu s-ar fi spus deloc?”
- „Ce ar fi fost considerat nepotrivit?”
- Discuție în plen.

⇒ Opțional: discuție în perechi, apoi un scurt feedback în plen.

5. Reflecție finală (în plen, 5 minute)

Întrebări-cheie:

- „Ce ne spune asta despre normele sociale?”
- „Ce pare de la sine înțeles astăzi, dar nu a fost dintotdeauna așa?”
- „Ce lipsește, poate, cu totul?”

Concluzii:

- Imaginile se creează prin repetiție (mass-media, cultură).
- Vizibilitatea creează impresia de „normalitate”.
- Invizibilitatea nu înseamnă inexistență.
- Normele se schimbă de-a lungul istoriei.
- Propriile idei sunt modelate social, nu „neutre” la nivel individual.



Exercițiul 3

Autorefecție: sexualitatea la bătrânețe – norme, valori și tabuuri

Durată: 10 minute de lucru individual, 15 minute de schimb de idei în grupuri mici

Format: lucru individual, urmat de schimb de idei în grupuri mici

Materiale necesare: fișe de lucru pregătite, cu întrebările

Obiective de învățare:

1. O analiză aprofundată a propriilor presupuneri
2. Înțelegerea modului în care se formează atitudinile față de normele sociale
3. Reflecție asupra normelor sociale și brainstorming pentru evitarea stereotipurilor

Desfășurare:

În etapa de lucru individual, participanții își notează, pentru ei înșiși, cuvinte-cheie ca răspuns la următoarele întrebări:

1. Ce norme privind sexualitatea crezi că sunt valabile în societatea noastră?
2. Care sunt propriile tale presupuneri despre sexualitatea la bătrânețe? În ce măsură diferă, poate, de normele dominante?
3. Ai contact cu persoane vârstnice? Dacă da, în ce măsură poți vorbi deschis cu ele și despre subiecte precum sexualitatea, intimitatea și apropierea?
4. Tema sexualității este încă adesea tabu și rușinoasă. Simți și tu la fel? De unde crezi că vine această rușine?
5. Cum ai fost educat/ă tu însuși/însăși în privința sexualității? Ce mesaje despre sex, intimitate și apropiere fizică ai primit în copilărie și adolescență?
6. Când vei fi tu în vârstă, cum vrei să îți trăiești sexualitatea și intimitatea fizică? Ce dorințe ai în privința acestei nevoi?
7. În opinia ta, ce condiții ar trebui îndeplinite ca să îți poți trăi aceste dorințe?
8. Ce crezi că este necesar pentru ca tema sexualității la bătrânețe să nu mai fie un tabu în societate?
9. Ce ai vrea să aduci mai mult în această direcție în activitatea ta educațională de acum înainte?

Consolidarea rezultatelor: La final, tot grupul se reunește și notează concluziile principale, pornind de la întrebarea: „Care sunt cele mai importante concluzii ale noastre și ce înseamnă ele pentru noi, personal, și pentru activitatea noastră educațională?”

Atenție: Întrebările pot atinge puncte foarte sensibile. Întrebați grupul: Cum v-ați simțit răspunzând la aceste întrebări? Ce vă trece acum prin minte și ce simțiți? Cum vă simțiți? Dacă este nevoie, propuneți un exercițiu de energizare după exercițiu.



Fișă de lucru – Autorefecție: sexualitatea la bătrânețe – norme, valori și tabuuri

Acordă-ți 10 minute ca să reflectezi asupra următoarelor întrebări ghid. Această reflecție este doar pentru tine. Îți poți nota câteva idei sub formă de cuvinte-cheie, apoi poți decide ce vrei să împărtășești în discuția din grupul mic.

- Ce norme privind sexualitatea crezi că sunt valabile în societatea noastră? În ce moduri ți-au fost transmise?
- Care sunt propriile tale presupuneri despre sexualitatea la bătrânețe? În ce măsură diferă, poate, de normele dominante?
- Ai contact cu persoane vârstnice? Dacă da, în ce măsură poți vorbi deschis cu ele și despre subiecte precum sexualitatea, intimitatea și apropierea?
- Tema sexualității este încă adesea tabu și rușinoasă. Simți și tu la fel? De unde crezi că vine această rușine?
- Cum ai fost educat/ă tu însuși/însăși în privința sexualității? Ce mesaje despre sex, intimitate și apropiere fizică ai primit în copilărie și adolescență?
- Când vei fi tu în vârstă, cum vrei să îți trăiești sexualitatea și intimitatea fizică? Ce dorințe ai în privința acestei nevoi?
- În opinia ta, ce condiții ar trebui îndeplinite ca să îți poți trăi aceste dorințe?
- Ce crezi că este necesar pentru ca tema sexualității la bătrânețe să nu mai fie un tabu în societate?
- Ce ai vrea să aduci mai mult în această direcție în activitatea ta educațională de acum înainte?



Instrumente Practice

Modul 5



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Planul lecției

Modulul 5	Sexualitatea la vârsta a treia și indicatorii stării de sănătate
Grupul țintă	Educatori pentru adulți, profesioniști din domeniul sănătății, psihologi, asistenți sociali și personal de îngrijire.
Durată	2.5 ore
Rezultatele învățării	Participanții: - pot descrie principalele aspecte medicale, fiziologice și psihosociale ale sexualității la vârsta înaintată; - înțeleg modul în care bolile cronice, medicația și sănătatea mintală pot influența bunăstarea sexuală; - pot aplica modelul ciclului răspunsului sexual în analiza unor studii de caz specifice persoanelor vârstnice; - sunt capabili să reflecteze asupra dimensiunilor relaționale, emoționale și etice ale intimității în procesul de îmbătrânire; - pot demonstra o comunicare respectuoasă și centrată pe persoană în abordarea preocupărilor legate de sănătatea sexuală.
Pregătirea	Organizare: - asigurați o sală suficient de spațioasă pentru 12–20 de participanți (rezervată în prealabil, dacă este necesar); - pregătiți un videoproiector, un laptop, un flipchart cu hârtie și materialele necesare facilitatorului; - pregătiți fișe de lucru tipărite pentru studiile de caz, jocurile de rol și instrumentele de reflecție holistică; - pregătiți formularele de evaluare; - pregătiți ecusoane pentru participanți, dacă este cazul. Facilitatorii trebuie să: - revizuiască conținutul Modulului 5, în special relațiile dintre aspectele medicale, fiziologice și psihosociale; - selecteze unul sau două studii de caz adecvate profilului profesional al participanților; - pregătească o scurtă introducere care să prezinte sexualitatea ca o componentă firească a sănătății și demnității la vârsta a treia;



	- asigure un mediu de învățare respectuos, confidențial și lipsit de prejudecăți, adecvat abordării unor subiecte sensibile. La locul desfășurării activității: - aranjați scaunele astfel încât să faciliteze activitățile în perechi și discuțiile de grup; - efectuați verificările tehnice și ale prezentării înainte de începerea sesiunii; - asigurați pauze ori de câte ori este necesar; - creați un cadru care să garanteze confidențialitatea și o atmosferă confortabilă, favorabilă reflecției și dialogului.
Listă	Materiale necesare: - Prezentare PowerPoint (Modulul 5); - Fișe de lucru tipărite pentru studiile de caz; - Fișe de lucru tipărite pentru jocurile de rol; - Instrument tipărit de reflecție holistică privind bunăstarea sexuală; - Formulare de feedback/evaluare; - Pixuri și materiale pentru facilitarea activităților (markere, post-it-uri, cartonașe etc.); - Laptop, videoproiector și cronometru sau ceas vizibil.

Planul sesiunii (durata și activitățile)

Temă și activități	Durată	Metode
Deschiderea sesiunii și prezentarea teoretică	40 minute	✓ Bun venit și introducerea temei, prin încadrarea acestora în contextul îmbătrânirii sănătoase și al calității vieții; ✓ Scurt tur al așteptărilor: fiecare participant exprimă, printr-un singur cuvânt, principala sa preocupare sau curiozitate legată de subiect; ✓ Stabilirea regulilor de desfășurare: confidențialitate, respect reciproc și participare voluntară la împărtășirea experiențelor și opiniilor; ✓ Prezentarea susținută de facilitator, care abordează următoarele teme: • modificările fiziologice și variabilitatea acestora în procesul de îmbătrânire; • impactul bolilor cronice și al medicației asupra sexualității; • sănătatea mintală și bunăstarea relațională; • riscurile asociate sănătății sexuale;



		• principiile comunicării centrate pe persoană.
Fișă de lucru bazată pe studii de caz (aplicarea modelului ciclului răspunsului sexual)	30 minute	✓ Participanții lucrează în grupuri mici, analizând un scenariu specific vârstei înaintate prin aplicarea modelului ciclului răspunsului sexual. ✓ Fiecare grup identifică: factorii biologici implicați; factorii psihologici și relaționali relevanți; posibile răspunsuri sau intervenții profesionale adecvate. ✓ Sesiune scurtă de prezentare în plen, în cadrul căreia grupurile împărtășesc concluziile, cu accent pe implicațiile practice pentru îngrijire și sprijinirea persoanelor vârstnice.
Pauză	10 minute	
Instrument de reflecție holistică privind bunăstarea sexuală și încheierea activității	30 minute	✓ Utilizarea ghidată a Instrumentului de reflecție holistică privind bunăstarea sexuală, prin reflecție individuală sau în grup. ✓ Discuție privind barierele și factorii facilitatori în abordarea sexualității în contexte profesionale. ✓ Concluzii-cheie: fiecare participant formulează o idee importantă dobândită și o acțiune concretă pe care intenționează să o aplice în practica profesională. ✓ Sinteza realizată de facilitator, care corelează reflecțiile participanților cu principiile îngrijirii și comunicării centrate pe persoană.
Comunicarea și ciclul răspunsului sexual – Activitate de joc de rol	30 minute	✓ Participanții lucrează în perechi: unul dintre participanți își asumă rolul persoanei vârstnice, iar celălalt rolul profesionistului. ✓ Participanții exersează o comunicare empatică și respectuoasă privind preocupări sensibile legate de sexualitate. ✓ Profesionistul explorează situația adresând întrebări bazate pe modelul ciclului răspunsului sexual. ✓ Participanții identifică factorii care pot influența situația prezentată (biologici, psihologici, relaționali și sociali). ✓ După aproximativ 7 minute, participanții își schimbă rolurile și lucrează pe un alt scenariu. ✓ Urmează o scurtă discuție de reflecție (debriefing), axată pe provocările întâlnite în comunicare și pe aplicarea abordării centrate pe persoană.



Exercițiul 1

Aplicarea ciclului răspunsului sexual – Fișă de lucru bazată pe studii de caz

1. Obiective

La finalul activității, participanții vor fi capabili să:

- ✓ recunoască modul în care diferitele etape ale răspunsului sexual pot fi influențate la vârsta înaintată;
- ✓ distingă influențele medicale, psihologice, relaționale și sociale asupra bunăstării sexuale;
- ✓ formuleze răspunsuri profesionale adecvate și respectuoase în abordarea preocupărilor legate de sănătatea sexuală;
- ✓ reflecteze asupra propriilor atitudini și asupra posibilelor stereotipuri sau presupuneri legate de vârstă.

2. Instrucțiuni

Această activitate este concepută ca un exercițiu de analiză a studiilor de caz, desfășurat în grupuri mici.

- Împărțiți participanții în grupuri de câte 3–5 persoane.
- Atribuiți fiecărui grup un scenariu de studiu de caz.
- Solicitați participanților să citească cu atenție scenariul și să îl analizeze împreună

3. Scenariile

Cazul 1

Maria are 72 de ani și se află într-o relație de lungă durată de peste 40 de ani.

În ultimii ani, a început să evite intimitatea sexuală deoarece contactul sexual a devenit dureros și inconfortabil. Se simte stânjenită să discute despre această problemă cu partenerul său și nu a menționat-o niciodată medicului. Partenerul interpretează evitarea intimității ca pe o respingere emoțională, iar acest lucru a generat tensiuni în relația lor.

Cazul 2

John are 68 de ani și trăiește cu diabet zaharat și hipertensiune arterială.

În ultimul an, s-a confruntat cu dificultăți de erecție și cu o stare accentuată de oboseală. Se simte rușinat și s-a retras treptat atât din apropierea fizică, cât și din cea emoțională față de partenera sa, evitând complet manifestările de afecțiune. Nu a discutat despre aceste schimbări cu niciun profesionist din domeniul sănătății.

Cazul 3

Helen are 75 de ani și a rămas văduvă în urmă cu cinci ani.



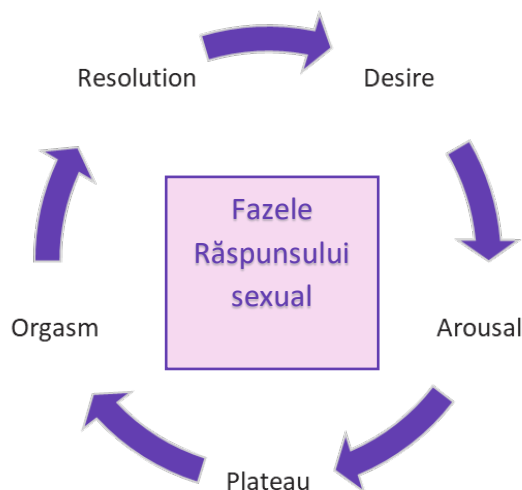
Recent, a dezvoltat o relație apropiată din punct de vedere emoțional cu un bărbat pe care l-a cunoscut la un centru comunitar. Deși simte afecțiune și se bucură de compania acestuia, este anxioasă la gândul că familia și prietenii ar putea judeca faptul că are o relație romantică la vârsta sa. Nu știe cum să gestioneze intimitatea în această nouă relație și se întreabă ce este „adekvat” sau „potrivit” la această etapă a vieții.

Cazul 4

George are 80 de ani și a fost diagnosticat cu deficit cognitiv ușor.

În ultima perioadă, a început să manifeste un nivel crescut de afecțiune fizică față de o altă persoană rezidentă în centrul de îngrijire în care locuiește. Membrii personalului se simt nesiguri cu privire la modul în care ar trebui să gestioneze această situație, iar familia sa este îngrijorată că George ar putea fi confuz sau vulnerabil. Până în prezent, nu a avut loc nicio discuție structurată privind nevoile sale emoționale și relaționale.

4. Modelul fazelor răspunsului sexual



5. Participant analysis questions

Fiecare grup analizează studiul de caz repartizat utilizând următoarele întrebări orientative:

1. Care etapă sau care etape ale ciclului răspunsului sexual pot fi afectate? (de exemplu: dorința, excitația/confortul fizic, satisfacția, semnificația emoțională a experienței)
2. Ce factori pot contribui la această situație?
 - factori medicali sau fiziologici;
 - factori psihologici sau emoționali;
 - factori relaționali;
 - factori sociali sau culturali.
3. Care ar fi un răspuns profesional adecvat?

Luați în considerare: comunicarea cu persoana; evaluarea situației și a nevoilor acesteia; oferirea de sprijin și reasigurare; orientarea către alți specialiști sau servicii, atunci când este necesar; adaptarea mediului sau a condițiilor de îngrijire pentru a sprijini bunăstarea persoanei.

6. Plenary reflection

După discuțiile în grup, invitați fiecare grup să prezinte pe scurt:

- problema principală identificată;
- factorii care influențează bunăstarea sexuală;
- o posibilă intervenție profesională de sprijin.

Facilitatorii trebuie să sublinieze că pot exista mai multe interpretări valide și că scopul activității nu este identificarea unui singur răspuns corect, ci dezvoltarea unei gândiri reflexive și centrate pe persoană.

7. Key learning messages

- Bunăstarea sexuală rămâne o componentă importantă a calității vieții și la vârsta înaintată.
- Dificultățile legate de intimitate reflectă adesea interacțiunea dintre factori biologici, psihologici și sociali, mai degrabă decât existența unei cauze unice.
- Comunicarea deschisă și respectuoasă poate contribui semnificativ la reducerea suferinței emoționale și a stigmatizării.
- Profesioniștii au un rol esențial în identificarea nevoilor persoanelor vârstnice, sprijinirea autonomiei acestora și facilitarea accesului la îngrijiri și intervenții adecvate.
- O abordare holistică și centrată pe persoană este în concordanță cu principiile îmbătrânirii sănătoase, respectării demnității și promovării incluziunii.





Exercițiul 2

Instrument de reflecție asupra bunăstării sexuale holistice

1. Obiective

Această fișă de lucru îi sprijină pe participanți să:

- ✓ recunoască natura multidimensională a bunăstării sexuale la vârste înaintate;
- ✓ exploreze influențele biologice, psihologice, relaționale și sociale asupra intimității;
- ✓ reflecteze asupra propriilor presupuneri și atitudini profesionale față de sexualitate în procesul de îmbătrânire;
- ✓ consolideze abordările centrate pe persoană și bazate pe respect în practica profesională.

2. Instrucțiuni

Citiți domeniile de reflecție enumerate mai jos.

1. Alegeți o situație profesională reală sau un scenariu ipotetic referitor la o persoană vârstnică din lista de mai jos.
2. Analizați modul în care fiecare dimensiune a bunăstării sexuale poate fi relevantă în situația respectivă.
3. Notați pe scurt ideile individual sau discutați-le într-un grup restrâns.
4. Concentrați-vă pe înțelegerea experienței persoanei, mai degrabă decât pe identificarea unui singur răspuns „corect”.

Cazul 1

Anna are 70 de ani și locuiește singură de când soțul ei a decedat, în urmă cu opt ani. Recent, a început să dezvolte o relație apropiată de prietenie cu un vecin, iar cei doi petrec mult timp împreună. Anna se bucură de compania acestuia, dar nu este sigură dacă intimitatea ar fi „potrivită” la vârsta ei. De asemenea, se teme că propriii copii adulți ar putea reacționa negativ dacă ar afla că ia în considerare posibilitatea de a avea din nou o relație romantică. În același timp, Anna se confruntă cu o dispoziție afectivă scăzută și cu sentimente ocazionale de singurătate, în special seara.

Cazul 2

Peter are 73 de ani și trăiește cu boala Parkinson de mai mulți ani. Mobilitatea sa s-a redus treptat și se simte adesea obosit. El și partenera sa continuă să țină foarte mult unul la celălalt, însă intimitatea fizică a devenit mai dificilă din cauza rigidității, oboselii și modificărilor de coordonare. Uneori, Peter se simte frustrat și își face griji că devine o povară pentru partenera sa. Cei doi vorbesc rareori în mod deschis despre intimitate în ultima perioadă.



Cazul 3

Elena are 67 de ani și s-a pensionat recent din activitatea sa de profesoară. De la pensionare, a observat schimbări în modul în care își percepe corpul și propria atractivitate. A luat puțin în greutate și se simte mai puțin încrezătoare în ceea ce privește aspectul său fizic. Deși relația cu partenerul ei continuă să fie una bazată pe sprijin reciproc, Elena evită uneori intimitatea deoarece se simte stânjenită de propriul corp și se teme că nu mai este atrăgătoare.

Cazul 4

Victor are 79 de ani și locuiește într-un centru rezidențial de îngrijire după decesul soției. Recent, a dezvoltat o relație apropiată și afectuoasă cu o altă persoană rezidentă. Cei doi petrec adesea timp împreună, discutând, ținându-se de mână și stând unul lângă celălalt. Cu toate acestea, centrul dispune de spații private limitate, iar unii membri ai personalului se simt inconfortabil în fața manifestărilor de afecțiune dintre rezidenți. Victor simte uneori că nevoile sale emoționale și relaționale nu sunt pe deplin recunoscute și respectate în cadrul instituțional.

3. Sarcini de lucru

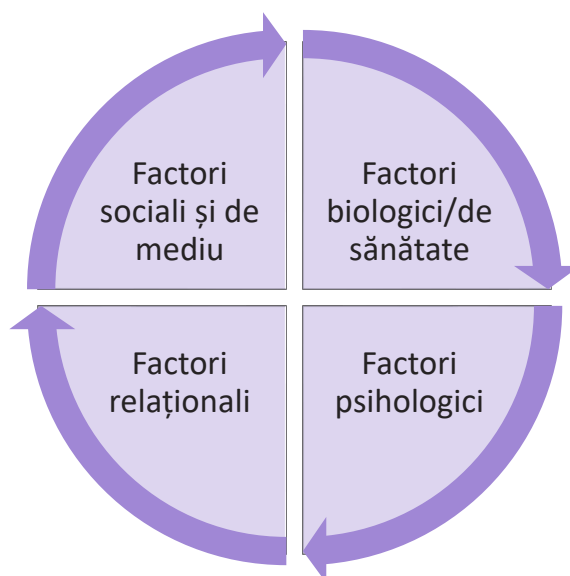
Pasul 1 – Identifică contextul

Descrieți pe scurt persoana vârstnică sau situația asupra căreia reflectați:

- Intervalul de vârstă și contextul de viață (de exemplu, locuiește în comunitate, într-o relație de cuplu, într-un centru de îngrijire):
- Aspecte relevante privind starea de sănătate sau schimbările survenite în viață:
- Principala preocupare legată de intimitate, sexualitate sau apropiere emoțională:

Pasul 2 – Explorați dimensiunile holistice ale bunăstării sexuale

Reflectați asupra fiecărei dimensiuni și identificați posibilele influențe.



Factori biologici/ de sănătate (de exemplu, boli cronice, medicație, durere, modificări hormonale sau funcționale)	Notițe:
Factori psihologici (de exemplu, dispoziție, anxietate, imagine corporală, stimă de sine, singurătate, experiențe anterioare)	Notițe:
Factori relaționali (de exemplu, relația de cuplu, comunicarea, pierderea unei persoane dragi, rolurile de îngrijire, apropierea emoțională)	Notițe:
Factori sociali și de mediu (de exemplu, intimitatea și viața privată, atitudinile culturale, regulile instituționale, dinamica familială, stigmatizarea)	Notițe:



Pasul 3 – Răspuns profesional centrat pe persoană

Pe baza reflecțiilor de mai sus, luați în considerare următoarele aspecte:

- Ce nevoi sau dorințe ar putea avea această persoană?
- Care ar putea fi un prim pas respectuos în comunicarea profesională?
- Există forme de sprijin, servicii către care persoana ar putea fi îndrumată sau schimbări ale mediului care ar putea contribui la îmbunătățirea stării sale de bine?

4. Întrebări de reflecție

1. Care dimensiune a bunăstării sexuale este cel mai frecvent neglijată în contextul dumneavoastră profesional?
2. Ce presupuneri sau prejudecăți legate de îmbătrânire și sexualitate ar putea influența modul în care profesioniștii răspund unor astfel de situații?
3. Cum poate o abordare centrată pe persoană să schimbe modul în care este gestionată această situație?
4. Care este o acțiune concretă pe care ați putea să o aplicați în practica dumneavoastră profesională în urma acestei reflecții?

5. Note pentru formator (Ghid pentru facilitarea activității – dacă este cazul)

- ✓ Alocați 20–30 de minute, în funcție de mărimea grupului și de nivelul de aprofundare a discuțiilor.
- ✓ Subliniați faptul că participanții pot utiliza cazuri ipotetice, pentru a evita dezvăluirea unor informații personale.
- ✓ Mențineți o atmosferă lipsită de judecăți de valoare și bazată pe confidențialitate.
- ✓ În etapa de reflecție și discuție finală, concentrați-vă asupra aspectelor învățate și a implicațiilor pentru practica profesională, nu asupra experiențelor personale.
- ✓ Încheiați activitatea prin corelarea reflecțiilor cu comunicarea centrată pe persoană și îngrijirea holistică a persoanelor vârstnice.





Exercițiul 3

Comunicare și fazele răspunsului sexual – Joc de rol

1. Obiective

Această activitate ajută participanții să:

- ✓ să răspundă cu empatie la preocupările sensibile legate de sexualitate;
- ✓ să exploreze bunăstarea sexuală într-un mod structurat, utilizând ciclul răspunsului sexual.

2. Instrucțiuni

Participanții lucrează în perechi. Un participant interpretează rolul persoanei vârstnice, iar celălalt participant interpretează rolul profesionistului (medic, asistent medical, psiholog, asistent social, îngrijitor).

Jocul de rol se desfășoară în două etape:

Pasul 1 – Răspundeți la îngrijorare

Persoana vârstnică își prezintă situația.

Profesionistul trebuie să:

- ✓ recunoască și să valideze preocuparea exprimată;
- ✓ normalizeze discuțiile despre sexualitate;
- ✓ răspundă într-un mod respectuos.

Pasul 2 – Explorarea bunăstării sexuale

Profesionistul continuă conversația explorând experiența persoanei prin întrebări legate de etapele ciclului răspunsului sexual: dorință, excitație, platou, orgasm și rezoluție emoțională.

Participanții vor încerca să identifice posibili factori care pot influența experiența persoanei, precum: starea de sănătate, medicația, bunăstarea emoțională, dinamica relației și mediul de viață.

După aproximativ 7 minute, participanții schimbă rolurile și lucrează pe baza unui nou scenariu.

Scenariul 1

Aveți 72 de ani și sunteți căsătorit(ă) de peste 40 de ani. În ultimii câțiva ani, ați observat că simțiți foarte rar dorința de intimitate sexuală. Partenerul/partenera dumneavoastră interpretează uneori acest lucru ca pe o respingere, ceea ce a creat tensiuni în relația de cuplu.

În ultima perioadă, v-ați simțit, de asemenea, mai obosit(ă) și mai puțin motivat(ă) în general. Nu sunteți sigur(ă) dacă aceste schimbări sunt „doar o parte a procesului de îmbătrânire” sau dacă există și alte cauze.

Ați venit la un consult medical de rutină și menționați, cu o oarecare ezitare, că intimitatea a devenit dificilă în relația dumneavoastră de cuplu.



Scenariul 2

Aveți 68 de ani și sunteți într-o relație de lungă durată. În ultimul an, activitatea sexuală a devenit inconfortabilă din cauza uscăciunii și a durerii ocazionale în timpul contactului sexual.

Din acest motiv, dumneavoastră și partenerul/partenera ați început să evitați intimitatea, deși apropierea emoțională continuă să fie importantă pentru dumneavoastră.

Vă simțiți stânjenit(ă) să abordați acest subiect, însă ați dori să aflați dacă există soluții care ar putea contribui la creșterea confortului în timpul intimității.

Scenariul 3

Aveți 74 de ani și ați fost diagnosticat recent cu hipertensiune arterială și diabet zaharat de tip 2. În ultimul an, ați observat că erecțiile apar mai greu și că, uneori, sunt dificil de menținut.

Vă îngrijorează faptul că ar putea exista o problemă gravă și vă simțiți frustrat, deoarece intimitatea a reprezentat întotdeauna o parte importantă a relației dumneavoastră.

Menționați această problemă în timpul unui consult medical, dar nu sunteți sigur cât de deschis ar trebui să vorbiți despre acest subiect.

Scenariul 4

Aveți 80 de ani și locuiți într-un centru rezidențial de îngrijire. În ultimele luni, ați dezvoltat o relație apropiată cu o altă persoană rezidentă.

Vă face plăcere să petreceți timp împreună, să vă țineți de mână și să stați unul lângă celălalt, însă vă îngrijorează faptul că personalul centrului sau membrii familiei v-ar putea judeca dacă relația ar deveni mai intimă.

Nu sunteți sigur(ă) ce este considerat acceptabil în acest mediu și ați dori să primiți sprijin și reasigurare.

1. Ghid adițional

În timpul jocului de rol, profesionistul trebuie să:

1. Recunoască și să valideze preocuparea exprimată

Exemple de formulări:

„Vă mulțumesc că ați împărtășit acest lucru cu mine.”

„Multe persoane se confruntă cu schimbări similare la vârsta înaintată.”

„Este perfect firesc și potrivit să discutăm despre intimitate și sexualitate.”

2. Explorați situația utilizând modelul ciclului răspunsului sexual.

Exemple de întrebări orientative:

Dorință (Desire): interesul pentru intimitate, apropierea emoțională, starea de spirit și motivația.



Excitație (Arousal): confortul fizic, lubrifierea sau erecția, influența medicației ori a afecțiunilor de sănătate.

Platou (Plateau): rezistența fizică, oboseala și barierele din mediul înconjurător care pot influența experiența sexuală.

Orgasm (Orgasm): nivelul de satisfacție sau modificările în percepția plăcerii sexuale, precum și efectele medicației.

Rezoluție (Resolution): conexiunea emoțională, sentimentele resimțite după intimitate, compania și manifestările de afecțiune.



Instrumente Practice

Modul 6



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Planul lecției

Modul 6	Alte-isme în lucrul cu persoanele vârstnice și foarte vârstnice
Grup țintă	Educatori pentru adulți, profesioniști din domeniul sănătății, asistenți sociali, personal de îngrijire, grupuri țintă extinse, precum cursanții/stagiarii din domeniul îngrijirii și al profesiilor sociale, personalul de menaj și de servicii, voluntarii, rudele (opțional, în funcție de context).
Durata	2.5 ore
Rezultatele învățării	Beneficii pentru participanți? 1. Sensibilizare și conștientizare: vizibilizarea mecanismelor „invizibile”. 2. Consolidarea capacității de reflecție: autorefecție profesională în locul reproducerii inconștiente a normelor. 3. Dezvoltarea abilităților practice pentru activitatea de zi cu zi. 4. Dezvoltarea capacității de luare a deciziilor etice. 5. Consolidarea practicii sensibile la diferențele culturale și incluzive și aplicarea ei în activitatea de zi cu zi. 6. Dezvoltarea capacității de a iniția schimbări structurale.
Pregătire	Pregătiți • o sală suficient de mare pentru 12–18 persoane (rezervați-o din timp, dacă este necesar); • un videoproiector, un laptop și un flipchart cu hârtie, precum și o trusă de materiale pentru facilitator; • eventual, un adaptor pentru laptop; • tipăriți fișele de lucru; • pregătiți formularele de evaluare sau sondajul cu cod QR; • pregătiți ecusoanele cu nume. Redactați o scrisoare de invitație cu informații despre eveniment, inclusiv detalii despre conținut și program. La fața locului • Așezați scaunele în cerc în mijlocul sălii și puneți mesele pe margine, lângă perete. • Verificați echipamentele tehnice și prezentarea. • Faceți pauze atunci când este necesar.
Listă	1. Scrisoarea de invitație 2. Materialele de moderare 3. Fișele de lucru pregătite și tipărite 4. Cartonașele de moderare pregătite



Planul lecției | Față în față

Teme și activități	Durață (minute)	Metode	Echipamente și materiale
Deschidere și așteptări – prezentarea agende și crearea unui spațiu de discuție respectuos.	10 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 1: „Recunoaște «ochelarii norme»” • Vizibilizarea alterizării și a presupunerilor normative • Introducere accesibilă în temă	30 min	1. Lucru individual (5 min) 2. Grupuri mici (10 min) 3. În plen (10 min) 4. Reflecție în plen (5 min)	Fișa de lucru 1, câte un exemplar pentru fiecare participant, flipchart, panou pentru afișare
Exercițiul 2: „Studiu de caz”	30 min	Lucru în grupuri mici (10 min) Discuție în plen (20 min)	Patru fișe de lucru, fiecare cu câte un studiu de caz
Input teoretic	10 min	Prelegere	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 3: „Train the Trainer – Transferul în practică”	60 min	Lucru în grupuri mici, prezentare	Fișa de lucru 3, panou pentru afișare, flipchart, materiale de moderare
Mesaje-cheie și încheiere	10 min	Discuție și notarea rezultatelor	Flipchart.





Exercițiul 1

„Recunoaște «ochelarii norme»”

Durată: 35 de minute

Format: Partea 1: lucru individual; Partea 2: grupuri mici; Partea 3: discuție în plen

Materiale necesare: fișe de lucru pregătite, materiale de prezentare, flipchart sau panou pentru afișare

Obiective de învățare:

1. Vizibilizarea alterizării și a presupunerilor normative
2. Introducere accesibilă în temă

Desfășurare

1. Lucru individual (5 min):

Evalueați afirmații precum:

- „Aveți soț?”
- „La vârsta asta, nu mai contează.”
- „Sigur e doar o fază.”

2. Grupuri mici (10 min):

- Ce este problematic aici?
- Ce normă se ascunde în spatele afirmației?
- Pe cine exclude?

3. În plen (10 min):

Gruparea răspunsurilor pe categorii:

- Heteronormativitate
- Norme legate de vârstă
- Evaluare morală

4. Reflecție în plen (5 min):

- Ce tipare ies în evidență?
- Ce afirmații de acest fel cunoașteți din activitatea de zi cu zi?
- Ce înseamnă asta pentru relația cu rezidenții/pacienții?

Dacă este cazul, aprofundare: alegeți 2–3 afirmații și reformulați-le într-un mod sensibil și incluziv.
Exemplu: în loc de „Aveți soț?” → „Doriți să-mi povestiți despre persoanele importante din viața dumneavoastră?”



Dacă este cazul, întrebare de transfer: „Cum ați desfășura voi înșivă acest exercițiu cu o echipă?”

Rezultate: participanții recunosc că afirmațiile aparent banale nu sunt neutre, ci normative (rezultat: „*Acum ascult altfel.*”); pot numi normele din spatele afirmațiilor (rezultat: „*Înțeleg de ce poate fi problematic.*”); devin mai sensibili la efectul asupra persoanelor vizate (schimbare de perspectivă); reflectează asupra propriei atitudini și își dezvoltă noi abilități de limbaj („*Știu cum să o spun altfel.*”); și exersează, în cadrul exercițiului, competențe de facilitare pe care le pot duce mai departe în organizația lor.



Fișă de lucru – „Recunoaște «ochelarii norme»”

Partea 1: Lucru individual (5 minute)

Citiți afirmațiile de mai jos și marcați-le spontan:

✓ = neproblematic

? = nesigur

! = problematic

Afirmații:

1. „Aveți soț?”
2. „La vârsta dumneavoastră, sexualitatea nu mai contează.”
3. „Sigur e doar o fază.”
4. „Ce drăguți sunt împreună.”
5. „Fiica dumneavoastră vine des în vizită, nu-i așa?”
6. „Sunteți deja prea în vârstă pentru asemenea subiecte.”
7. „Vrem doar să vă protejăm.”
8. „În cultura dumneavoastră așa ceva e destul de neobișnuit, nu-i așa?”
9. „Nu arătați deloc a femeie lesbiană.”
10. „Nu acesta e locul potrivit pentru așa ceva.”
11. „Ei nu au o familie a lor.”
12. „Nu vorbiți serios.”
13. „Pe vremuri nu era totul atât de complicat.”
14. „Aici îi tratăm pe toți la fel.”
15. „Nu e nevoie să abordăm asta separat.”

Partea 2: Lucru în grupuri mici (10 minute)

Faceți schimb de idei în grup.

Întrebări-cheie:

1. Ce afirmații ați marcat ca problematice și de ce?
2. Ce norme sau presupuneri se ascund în spatele lor? (de exemplu, heteronormativitate, norme legate de vârstă, atribuiri culturale)
3. Cine ar putea fi exclus sau rănit de aceste afirmații?
4. Ce afirmații par „inofensive” la prima vedere, dar sunt totuși problematice?





Exercițiul 2

Studii de caz

Cazul 1: „Vrem doar să îi protejăm”

Situația:

Doamna M. (82 de ani) locuiește într-un cămin pentru persoane vârstnice și are demență în stadiu incipient. Are o relație apropiată, inclusiv intimă din punct de vedere fizic, cu o persoană care locuiește în același cămin. Echipa nu este sigură dacă doamna M. „este cu adevărat capabilă să își dea consimțământul”. O asistentă propune ca cei doi să fie separați fizic, „pentru protecția lor”.

Sarcina de lucru:

Analizați cazul în grup.

Întrebări-cheie pentru reflecție:

- Unde se manifestă alterizarea?
- Ce presupuneri despre vârstă, sexualitate sau afectare cognitivă devin vizibile?
- Ce principii etice sunt afectate (autonomie, binefacere etc.)?
- Cum poate fi evaluat consimțământul în mod responsabil în acest caz?
- Care sunt opțiunile de acțiune?

Vă rugăm să notați câteva idei pentru fiecare întrebare.

Întrebările sunt doar o sugestie. Nu trebuie să răspundeți în scris la toate.

Alegeți o persoană care ține evidența timpului și o persoană care notează ideile.



După 15 minute vă întoarceți
în plen

Cazul 2: „Nu acesta e locul potrivit”

Situația:

Domnul K. (76 de ani) primește vizite regulate de la partenerul său de viață, alături de care este de mulți ani. Unii dintre ceilalți rezidenți se plâng personalului că vizitele sunt „neplăcute” și „nepotrivite”. O asistentă îi cere domnului K. să „facă aceste vizite mai discrete”.

Sarcina de lucru:

Discutați cum ar putea echipa să reacționeze în mod adecvat.

Întrebări-cheie pentru reflecție:

- Ce forme de alterizare se pot recunoaște?
- Ce rol joacă ideile heteronormative?
- Ale cui nevoi au prioritate aici și de ce?
- Cum ar putea arăta o abordare incluzivă?



- Ce soluții structurale ar fi posibile?

Întrebările sunt doar o sugestie. Nu trebuie să răspundeți în scris la toate.

Alegeți o persoană care ține evidența timpului și o persoană care notează ideile.

➡ După 15 minute vă întoarceți
În plen

Cazul 3: „În cultura dumneavoastră e altfel”

Situația:

Doamna A. (79 de ani) provine dintr-o familie cu istorie de migrație. O îngrijitoare evită să vorbească cu ea despre relații de cuplu sau sexualitate, motivând că „sigur e tabu în cultura ei”. Doamna A. pare însă tot mai retrasă.

Sarcina de lucru (15 minute):

Analizați situația și găsiți modalități alternative de acțiune. Notați-vă ideile pe cartonașe, câte un cuvânt-cheie pe fiecare cartonaș.

Întrebări ghid pentru discuție:

1. Care este problema aici?
2. Ce înseamnă „culturalizarea” în acest caz?
3. Care sunt riscurile pentru doamna A.?
4. Cum s-ar putea pune întrebări într-un mod sensibil și deschis?
5. Ce rol joacă comunicarea centrată pe persoană?

Întrebările sunt doar o sugestie. Nu trebuie să răspundeți în scris la toate.

Alegeți o persoană care ține evidența timpului și o persoană care notează ideile.

➡ După 15 minute vă întoarceți
În plen

Cazul 4: „La noi toți sunt la fel”

Situația:

Declarația de misiune a instituției spune: „Îi tratăm pe toți la fel”. Cu toate acestea, nu există formulare neutre din punctul de vedere al genului, iar temele LGBTQI+ nu sunt abordate în viața de zi cu zi. O rezidentă spune că se simte „nevăzută”.

Sarcina de lucru:

Evaluați situația la nivel structural.

Întrebări-cheie pentru reflecție:

1. Ce se înțelege aici prin „tratament egal” și care este problema?
2. Unde se manifestă tokenismul sau invizibilitatea?

3. Ce bariere structurale există?
4. Ce anume trebuie schimbat (limbaj, reguli, servicii)?
5. Cum poate fi pusă în practică o incluziune reală?

Întrebările sunt doar o sugestie. Nu trebuie să răspundeți în scris la toate.

Alegeți o persoană care ține evidența timpului și o persoană care notează ideile.

➡ După 15 minute vă întoarceți
în plen





Exercițiul 3

„Transferul în propria instituție”

Scopul exercițiului

Participanții dezvoltă o **mini-intervenție concretă și realistă** prin care pot introduce tema alterizării în propria instituție.

Accent: implementare în locul teoriei

Pasul 1: Clarificarea punctului de plecare (10 minute)

Gândiți-vă la propria instituție.

Întrebări-cheie:

- Unde întâlniți, în activitatea de zi cu zi, situații care au legătură cu alterizarea? (de exemplu, limbajul, relația cu rezidenții, regulile, nesiguranțele din echipă)
- Ce situații sunt tipice sau se repetă?
- Unde este nevoie de clarificări sau de reflecție în echipă?

Notați o situație concretă:

Pasul 2: Alegerea mini-intervenției (10 minute)

Alegeți o **metodă potrivită** (nu trebuie să inventați nimic nou!):

- ☐ Reflecție pe baza unor afirmații (ca în Exercițiul 1)
- ☐ Discuție de caz (ca în Exercițiul 2)
- ☐ Scurtă prezentare introductivă + discuție
- ☐ Exercițiu de schimbare a perspectivei („Cum se simt persoanele vizate?”)

La ce altceva vă mai puteți gândi?

Pasul 3: Planificarea mini-sesiunii de formare (20 de minute)

Planificați o sesiune scurtă (10–15 minute) pentru echipa voastră.

Structură orientativă:

- **Tema / scopul sesiunii:**
→ Ce ar trebui să fi înțelese colegii la final?
- **Introducere (2–3 minute):**
→ Cum îi aduceți pe colegi în temă? (de exemplu, o afirmație, o întrebare, un caz scurt)
- **Partea principală (5–7 minute):**
→ Ce ar trebui să facă, concret, colegii? (să discute, să reflecteze, să evalueze)



- **Încheiere (2–3 minute):**
→ Care este concluzia centrală?

Pasul 4: Prezentarea planului (5–10 minute)

Pasul 5: Feedback (5 minute)

Întrebări-cheie:

- Ce a fost ușor de înțeles și de pus în practică?
- Ce a stârnit reflecția?
- Unde a fost neclar sau prea complex?
- A părut atitudinea apreciativă și deschisă?

Dacă mai este timp pentru o parte practică:

Scopul exercițiului

Participanții:

- transferă tema în mod concret în propria practică;
- dezvoltă intervenții scurte și realiste pentru activitatea de zi cu zi;
- câștigă încredere în facilitarea grupurilor;
- învață să adapteze flexibil metodele existente;
- își dau seama că schimbarea începe adesea cu mici impulsuri în echipă.

De reținut

Nu trebuie să organizați o formare amplă: o intervenție de 10 minute, bine plasată, poate declanșa deja schimbarea.

Întrebare de transfer

Când și în ce context ați putea pune concret în practică mini-intervenția voastră? (de exemplu, la ședința de echipă, la predarea turei, în cadrul unei formări continue)

Instrumente Practice

Modul 7



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060

Planul lecției

Planul lecției | Față în față

Teme și activități	Durată	Metode	Echipamente și materiale
Deschidere și așteptări – prezentarea agendei și a rezultatelor învățării pentru Modulul 7	5 min	Prezentar	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Input teoretic – De ce contează metodologia? Principiile comunicării incluzive (limbaj, atitudine, mediu)	20 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 1 – Comunicare: ce să faci și ce să eviți Obiectiv: identificarea și exersarea tehnicilor de comunicare incluzivă, pe baza unor scenarii din viața reală. Activitate: participanții lucrează în grupuri mici, cu un set de cartonașe de comunicare. Pentru fiecare afirmație, decid dacă reprezintă o practică profesională incluzivă (CE SĂ FACI) sau o comunicare problematică (CE SĂ EVIȚI), își explică raționamentul și propun, acolo unde este cazul, o alternativă mai respectuoasă. În plen, grupurile își discută răspunsurile și le compară cu fișa de răspunsuri a facilitatorului.	25 min	Discuție în grupuri mici, sortare de cartonașe, joc de rol	Cartonașe „Comunicare: ce să faci și ce să eviți”, flipchart



PAUZA 1	10 min	–	–
Input teoretic – Crearea unor spații sigure, adaptarea la realități diferite (declin cognitiv, dizabilitate, diversitate culturală)	15 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Exercițiul 2 – Analiza unor situații complexe Obiectiv: analiza unor situații delicate (relații între rezidenți, opoziția familiei) și construirea unui răspuns în echipă. Activitate: grupurile mici analizează un scenariu de caz complex, care implică intimitate, relații, consimțământ, îngrijorări ale familiei sau diversitate la vârste înaintate. Folosind fișa de reflecție structurată, participanții identifică principalele probleme, părțile implicate și principiile etice în joc și elaborează un plan de răspuns pas cu pas. Grupurile își prezintă și discută recomandările în plen.	25 min	Analiză de studii de caz, discuție în grupuri mici, împărtășire în plen	Cartonașe cu situații complexe
PAUZA 2	10 min	–	–
Exercițiul 3 – Exersarea facilitării prin foto-expresie Obiectiv: experimentarea instrumentului de foto-expresie și exersarea facilitării unei scurte discuții pe o temă sensibilă. Activitate: participanții lucrează în grupuri mici și facilitează, pe rând, o scurtă discuție folosind imagini de foto-expresie și	30 min	Exersarea facilitării în grupuri mici, observare între colegi	Set de imagini pentru foto-expresie, cartonașe cu scenarii de facilitare

cartonașe cu scenarii de facilitare. Un participant are rolul de facilitator, iar ceilalți joacă rolul participanților. Observatorii completează formularul de observare între colegi și oferă feedback privind stilul de comunicare, tehnicile de formulare a întrebărilor, gestionarea grupului și abordarea subiectelor sensibile.			
Input teoretic – Recomandări pentru educatori și profesioniști, considerații etice, lucrul în echipă	10 min	Prezentare	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Mesaje-cheie și încheiere – discutarea întrebărilor finale și feedback	5 min	Prezentare, discuție de grup	Laptop, videoproiector, prezentare PowerPoint
Formular de feedback	5 min	Evaluarea modulului	Formulare de feedback tipărite sau cod QR



Exercițiul 1

EXERCIȚIUL 1 – Cartonașe „Ce să faci și ce să NU faci” în comunicare

Do or Don't

1 „LA VÂRSTA DUMNEAVOASTRĂ, NU AR MAI TREBUI SĂ VĂ FACEȚI GRIJI PENTRU ASTFEL DE LUCRURI.”

Explicați de ce este un „de făcut” sau un „de evitat” și găsiți o alternativă dacă este un „de evitat”.

Do or Don't

2 „EXISTĂ O PERSOANĂ IMPORTANTĂ ÎN VIAȚA DUMNEAVOASTRĂ DESPRE CARE AȚI DORI SĂ VORBIȚI?”

Explicați de ce este un „de făcut” sau un „de evitat” și găsiți o alternativă dacă este un „de evitat”.

Do or Don't

3 CĂTRE UN REZIDENT CARE PARE TRIST: „PROBABIL SUNTEȚI DOAR SINGUR(Ă) DE CÂND A MURIT SOȚUL DUMNEAVOASTRĂ.”

Explicați de ce este un „de făcut” sau un „de evitat” și găsiți o alternativă dacă este un „de evitat”.

Do or Don't

4 „CE PRONUME FOLOSIȚI? VREAU SĂ MĂ ASIGUR CĂ MĂ ADRESEZ CORECT DUMNEAVOASTRĂ.”

Explicați de ce este un „de făcut” sau un „de evitat” și găsiți o alternativă dacă este un „de evitat”.

Do or Don't

5 SĂ RÂZI STÂNJENIT ȘI SĂ SCHIMBI SUBIECTUL ATUNCI CÂND UN REZIDENT VORBEȘTE DESPRE VIAȚA LUI SEXUALĂ.

Explicați de ce este un „de făcut” sau un „de evitat” și găsiți o alternativă dacă este un „de evitat”.

6 „MULTE PERSOANE CONSTATĂ CĂ NEVOILE LOR INTIME SE SCHIMBĂ PE MĂSURĂ CE ÎMBĂTRÂNESC. EXISTĂ CEVA DESPRE CARE AȚI DORI SĂ DISCUTĂM?”

Explicați de ce este un „de făcut” sau un „de evitat” și găsiți o alternativă dacă este un „de evitat”.

Do or Don't



EXERCIȚIUL 1 – Cartonașe „Ce să faci și ce să NU faci” în comunicare

Do or Don't

7 **INTRAREA ÎN CAMERA UNUI REZIDENT FĂRĂ A BATE LA UȘĂ, CHIAR DACĂ UȘA ESTE ÎNCHISĂ.**

Explicați de ce este un „de făcut” sau un „de evitat” și găsiți o alternativă dacă este un „de evitat”.

Do or Don't

8 **„AȚI PREFERA CA UN ÎNGRIJITOR DE SEX MASCULIN SAU FEMININ SĂ VĂ AJUTE CU ÎNGRIJIREA PERSONALĂ?”**

Explicați de ce este un „de făcut” sau un „de evitat” și găsiți o alternativă dacă este un „de evitat”.

Do or Don't

9 **„CE DRĂGUȚ CĂ VĂ ȚINEȚI DE MÂNĂ LA VÂRSTA DUMNEAVOASTRĂ!”**

Explain why it's a do or a don't & find an alternative if don't

Do or Don't

10 **„ÎI ÎNTREB PE TOȚI OAMENII PE CARE ÎI SPRIJIN DESPRE STAREA LOR EMOȚIONALĂ ȘI BUNĂSTAREA LOR INTIMĂ – ACESTEA FAC PARTE DIN STAREA GENERALĂ DE SĂNĂTATE.”**

Explicați de ce este un „de făcut” sau un „de evitat” și găsiți o alternativă dacă este un „de evitat”.

Do or Don't

11 **SĂ ÎNTREBI O REZIDENTĂ: „CUM ÎL CHEMA PE SOȚUL DUMNEAVOASTRĂ?”**

Explicați de ce este un „de făcut” sau un „de evitat” și găsiți o alternativă dacă este un „de evitat”.

Do or Don't

12 **„AM OBSERVAT CĂ ÎN ULTIMA VREME PĂREȚI MAI RETRAS(Ă). ESTE CINEVA DE CARE VĂ ESTE DOR SAU AVEȚI CEVA PE SUFLET?”**

Explicați de ce este un „de făcut” sau un „de evitat” și găsiți o alternativă dacă este un „de evitat”.

Cartonaș	CE SĂ FACI / CE SĂ EVITĂ	De ce	Alternativă mai bună
1	❌ DE EVITAT	Minimalizează, e ageist, închide discuția	„Pentru mulți oameni, intimitatea rămâne importantă. Este un subiect despre care ați vrea să vorbit?”
2	✅ DE FĂCUT	Incluziv, deschis, lasă loc unor relații diverse	
3	❌ DE EVITAT	Presupune heterosexualitatea, presupune cauza tristeții	„Păreți trist/ă. Ați vrea să vorbit despre ce vă preocupă?”
4	✅ DE FĂCUT	Respectuos, creează siguranță pentru persoanele trans și non- binare	
5	❌ DE EVITAT	Transmite disconfort, distrage încrederea, umilește	Rămâneți calm/ă, ascultați, răspundeți cu seriozitate: „Vă mulțumesc că mi-ați spus.”
6	✅ DE FĂCUT	Normalizează subiectul, deschide dialogul	
7	❌ DE EVITAT	Încalcă intimitatea și dignitatea	
8	✅ DE FĂCUT	Respectă preferințele, lucru deosebit de important pentru rezidenții trans	
9	❌ DE EVITAT	Infantilizant, minimalizează o relație între adulți	„E minunat să vă văd atât de fericiți împreună.”
10	✅ DE FĂCUT	Normalizează, dă permisiunea de a vorbi	
11	❌ DE EVITAT	Heteronormativ, șterge alte posibilități	„A existat în viața dumneavoastră un partener sau o parteneră importantă?”
12	✅ DE FĂCUT	Deschis, grijuliu, invită la împărtășire fără presiune	





Exercițiul 2

NEVER
GETS
OLD

SITUAȚIA A

DOI REZIDENȚI AI CĂMINULUI DUMNEAVOASTRĂ, JEAN (82 DE ANI) ȘI MICHEL (79 DE ANI), AU DEZVOLTAT O RELAȚIE FOARTE APROPIATĂ ÎN ULTIMELE LUNI. IAU TOATE MESELE ÎMPREUNĂ, PETREC ORE ÎNTREGI ÎN GRĂDINĂ ȚINÂNDU-SE DE MÂNĂ, IAR PERSONALUL A OBSERVAT CĂ MICHEL ÎL VIZITEAZĂ ADESEA PE JEAN ÎN CAMERA LUI, NOAPTEA TÂRZIU. UNII MEMBRI AI PERSONALULUI CONSIDERĂ RELAȚIA EMOTIIONANTĂ. ÎN TIMP CE ALȚII SE SIMT INCONFORTABIL ȘI ÎNCEP SĂ FACĂ GLUME. FIICA LUI MICHEL ȘI-A EXPRIMAT ÎNGRIJORAREA FAȚĂ DE DIRECTOR, SPUNÂND: „TATĂL MEU ESTE VULNERABIL. NU ȘTIU CE AȘTEAPTĂ JEAN DE LA EL.” JEAN PREZINTĂ O UȘOARĂ AFECTARE COGNITIVĂ. ÎN TIMP CE MICHEL ESTE COMPLET INDEPENDENT.

Ce măsuri luați în echipă?

NEVER
GETS
OLD

SITUAȚIA B

MONIQUE, ÎN VÂRSTĂ DE 76 DE ANI, LOCUIEȘTE ÎN CENTRUL DUMNEAVOASTRĂ DE DOI ANI. RECENT, A ÎNCEPUT O RELAȚIE CU O ALTĂ REZIDENTĂ, CLAIRE, ÎN VÂRSTĂ DE 74 DE ANI. PAR FOARTE FERICITE ÎMPREUNĂ: PARTICIPĂ LA ACTIVITĂȚI, IAU MASA ÎMPREUNĂ ȘI SE SPRIJINĂ RECIPROC. FIUL LUI MONIQUE DOREȘTE SĂ SE ÎNTÂLNEASCĂ CU DUMNEAVOASTRĂ. ESTE FOARTE TULBURAT: „MAMA MEA A FOST CĂSĂTORITĂ CU TATĂL MEU TIMP DE 40 DE ANI. NU ESTE LESBIANĂ. ACEASTĂ FEMEIE ÎI FACE RĂU. VREAU SĂ LE SEPARAȚI.” MONIQUE A DECLARAT CĂ NU A FOST NICIODATĂ MAI FERICITĂ ȘI CĂ CLAIRE ESTE „CEL MAI BUN LUCRU CARE MI S-A ÎNTÂMPLAT ÎN ULTIMII ANI”.

În echipă, ce strategie implementați pentru a gestiona această situație?

NEVER
GETS
OLD

SITUAȚIA C

GINETTE, ÎN VÂRSTĂ DE 88 DE ANI, LOCUIEȘTE ÎN CĂMINUL DUMNEAVOASTRĂ PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE. ARE BOALĂ ALZHEIMER MODERATĂ. MEMORIA EI ESTE IMPREVIZIBILĂ: ÎN UNELE ZILE ÎȘI RECUNOAȘTE COPIII, IAR ÎN ALTELE NU. GINETTE A DEZVOLTAT O RELAȚIE APROPIATĂ CU UN ALT REZIDENT, ROBERT, ÎN VÂRSTĂ DE 85 DE ANI, CARE PREZINTĂ, DE ASEMENEA, TULBURĂRI COGNITIVE. PERSONALUL I-A OBSERVAT SĂRUTÂNDU-SE ȘI MANIFESTÂND GESTURI DE AFECȚIUNE. AMÂNDOI PAR CALMI ȘI LINIȘTIȚI ÎN PREZENȚA CELUILALT. NICIUNUL NU PREZINTĂ SEMNE DE SUFERINȚĂ SAU TRISTEȚE. CU TOATE ACESTE, UNII MEMBRI AI PERSONALULUI ÎȘI EXPRIMĂ ÎNGRIJORAREA: „POATE EA SĂ ÎȘI DEA CU ADEVĂRAT CONSIMȚĂMÂNTUL? DACĂ NU ÎNȚELEGE CE SE ÎNTÂMPLĂ? DACĂ ROBERT NU ÎNȚELEGE?” FIICA LUI GINETTE ESTE ȘOCATĂ ȘI SOLICITĂ CA RELAȚIA SĂ ÎNCETEZE IMEDIAT.

În grup, cum evaluați situația și cum reacționați?





SITUAȚIA D

UN NOU REZIDENT, ALEX, ÎN VÂRSTĂ DE 70 DE ANI, SE VA MUTA ÎN CENTRUL DUMNEAVOASTRĂ SĂPTĂMÂNA VIITOARE. ALEX ESTE UN BĂRBAT TRANSGENDER. ARE BARBĂ ȘI VOCE GRAVĂ: ÎN DOSARUL SĂU ESTE TRECUT 'DL. ALEX DUBOIS'. ÎN TIMPUL VIZITEI DE PREADMITERE, ALEX I-A SPUS DIRECTORULUI CĂ A SUFERIT O MASTECTOMIE ÎN URMĂ CU CÂȚIVA ANI, DAR NU A EFECTUAT O INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ GENITALĂ. ACESTA A DECLARAT: 'VĂ SPUN ACEST LUCRU PENTRU CĂ ȘTIU CĂ CINEVA VA TREBUI SĂ MĂ AJUTE CU ÎNGRIJIREA PERSONALĂ. NU VREAU SĂ FIE O SURPRIZĂ. NU VREAU SĂ FIU NEVOIT SĂ MĂ JUSTIFIC ATUNCI CÂND SUNT DEZBRĂCAT ȘI VULNERABIL.' DIRECTORUL V-A TRANSMIS ACESTE INFORMAȚII VOUĂ, ECHIPEI DE ÎNGRIJIRE. NICIUNUL DINTRE VOI NU A BENEFICIAT DE INSTRUIRE PRIVIND SPRIJINIREA REZIDENTILOR TRANSGENDER.

În grup, ce pregătiri faceți pentru sosirea lui Alex? Cum reacționați atunci când vine momentul acordării îngrijirilor intime?



SITUAȚIA E

SUNTEȚI ASISTENT(Ă) LA DOMICILIU ȘI ÎI OFERIȚI SPRIJIN DOAMNEI KAUR, ÎN VÂRSTĂ DE 78 DE ANI, CARE A EMIGRAT DIN INDIA ÎN URMĂ CU 40 DE ANI. LOCUIEȘTE SINGURĂ ȘI BENEFICIAZĂ ZILNIC DE VIZITE PENTRU ÎNGRIJIRE PERSONALĂ ȘI COMPANIE. DOAMNA KAUR NU A DEZVĂLUIT NICIODATĂ DETALII DESPRE VIAȚA SA PERSONALĂ SAU ROMANTICĂ. ATUNCI CÂND AȚI ÎNTREBAT-O CU TACT DESPRE FAMILIA SA, A MENȚIONAT CĂ SOȚUL EI A DECEDAT CU CÂȚIVA ANI ÎN URMĂ ȘI CĂ NU ARE COPII. RECENT, AȚI OBSERVAT CĂ PARE DISTANTĂ ȘI NEFERICITĂ. AVEȚI IMPRESIA CĂ SE SIMTE IZOLATĂ SAU CĂ ÎȘI DOREȘTE COMPANIA CUIVA. ÎNSĂ, DE ÎNDATĂ CE ÎNCERCAȚI SĂ ABORDAȚI SUBIECTUL, DEVINE TĂCUTĂ ȘI SCHIMBĂ DISCUȚIA. ÎN UNELE CULTURI, DISCUTAREA ASPECTELOR PERSONALE SAU INTIME ÎN AFARA FAMILIEI ESTE PUTERNIC DESCURAJATĂ, DEȘI DORIȚI SĂ EVITAȚI ORICE INTRUZIUNE, PREOCUPAREA DUMNEAVOASTRĂ PENTRU STAREA EI DE BINE RĂMÂNE.

Cum puteți aborda această situație cu umilință culturală, respectând în același timp obligația dumneavoastră de a oferi îngrijire și sprijin adecvat?

Pas	Întrebări	Răspunsul echipei voastre
Pasul 1	Care este problema principală aici? Care sunt diferitele perspective implicate?	
Pasul 2	Cine trebuie implicat în abordarea acestei situații? (rezidentul, familia, personalul, conducerea, experți externi?)	
Pasul 3	Ce principii etice sunt în joc? (autonomie, demnitate, siguranță, viață privată, consimțământ, relațiile de familie?)	
Pasul 4	Ce măsuri trebuie luate și în ce ordine? (pași imediați, pe termen scurt, pe termen lung)	
Pasul 5	Cum documentați decizia și cum o comunicați tuturor celor implicați?	





Exercițiul 3

Formular de observare între colegi – exersarea facilitării

Numele facilitatorului: _____

Scenariu: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E

Aspect observat	Ce a funcționat bine?	Ce ar putea fi îmbunătățit?
Deschiderea – A explicat facilitatorul tema clar? A creat o atmosferă sigură?		
Folosirea imaginilor – A folosit facilitatorul eficient instrumentul de foto-expresie? Au fost imaginile utile?		
Formularea întrebărilor – A pus facilitatorul întrebări deschise și incluzive? A ascultat activ?		
Gestionarea grupului – A avut toată lumea ocazia să vorbească? Au fost respectate momentele de tăcere?		
Abordarea momentelor sensibile – A reacționat bine facilitatorul la eventualele momente de disconfort sau de emoție?		
Încheierea – A făcut facilitatorul o sinteză sau le-a mulțumit participanților în mod potrivit?		





SCENARIU A

Intimitatea si îmbătrânirea

SUBIECT: „CE ÎNSEAMNĂ INTIMITATEA PENTRU DUMNEAVOASTRĂ PE MĂSURĂ CE ÎMBĂTRÂNIȚI?”

CONTEXT: EȘTI FACILITATORUL UNEI DISCUȚII DE 10 MINUTE CU UN GRUP RESTRÂNS DE REZIDENȚI AI UNUI CĂMIN PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE. UNII REZIDENȚI POT PREZENTA TULBURĂRI COGNITIVE.* FOLOSII IMAGINILE DE TIP „PHOTO-EXPRESSION” PENTRU A-I AJUTA PE PARTICIPANȚI SĂ SE EXPRIME.

Scop: Ajutarea participanților să își împărtășească gândurile și sentimentele despre intimitate la vârsta înaintată.



SCENARIU B

Iubire si noile relatii

SUBIECT: „ESTE POSIBIL SĂ TE ÎNDRĂGOSTEȘTI LA ORICE VÂRSTĂ?”

CONTEXT: EȘTI FACILITATORUL UNEI DISCUȚII DE 10 MINUTE CU UN GRUP RESTRÂNS DE PERSOANE VÂRSTNICE DINTR-O REZIDENȚĂ CU SERVICII DE ASISTENȚĂ. UNELE PERSOANE ȘI-AU PIERDUT PARTENERII DE VIAȚĂ. UNELE SUNT SINGURE, IAR ALTELE SE AFLĂ ÎN RELAȚII NOI. FOLOSII IMAGINILE DE TIP „PHOTO-EXPRESSION” PENTRU A INIȚIA CONVERSAȚIA.

Scop: Crearea unui spațiu sigur, lipsit de judecată, în care oamenii să își poată împărtăși experiențele și speranțele.



SCENARIU C

Atingere si afectiune

SUBIECT: „IMPORTANȚA ATINGERII ȘI A AFECȚIUNII PE MĂSURĂ CE ÎMBĂTRÂNIM”

EȘTI FACILITATORUL UNEI DISCUȚII DE 10 MINUTE CU PERSONALUL UNUI CĂMIN PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE (INTERPRETAT DE CEILALȚI PARTICIPANȚI). ACEȘTIA DORESC SĂ ÎNȚELEAGĂ MAI BINE NEVOILE REZIDENȚILOR PRIVIND ATINGEREA ȘI AFECȚIUNEA. ÎNSĂ UNII SE SIMT INCONFORTABIL ÎN LEGĂTURĂ CU ACEST SUBIECT. FOLOSII IMAGINILE DE TIP „PHOTO-EXPRESSION” PENTRU A-I AJUTA PE PARTICIPANȚI SĂ SE EXPRIME.

Scop: Ajutarea personalului să își exploreze propriile atitudini și să înțeleagă perspectiva rezidenților.





SCENARIU D

Diversitate si incluziune

SUBIECT: „SĂ TE SIMȚI VĂZUT(Ă) ȘI RESPECTAT(Ă) PENTRU CINE EȘTI”

CONTEXT: EȘTI FACILITATORUL UNEI DISCUȚII DE 10 MINUTE CU UN GRUP RESTRÂNS DE REZIDENȚI AI UNUI CĂMIN PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE. UNII REZIDENȚI POT PREZENTA TULBURĂRI COGNITIVE.* FOLOSIȚI IMAGINILE DE TIP „PHOTO-EXPRESSION” PENTRU A-I AJUTA PE PARTICIPANȚI SĂ SE EXPRIME.

Scop: Ajutarea participanților să își exprime gândurile și sentimentele despre intimitatea la vârstă înaintată.



SCENARIU E

Iubire si relatii noi

SUBIECT: „ESTE POSIBIL SĂ TE ÎNDRĂGOSTEȘTI LA ORICE VÂRSTĂ?”

CONTEXT: EȘTI FACILITATORUL UNEI DISCUȚII DE 10 MINUTE CU PERSONALUL ȘI CONDUCEREA UNUI CĂMIN PENTRU PERSOANE VÂRSTNICE (INTERPRETAȚI DE CEILALȚI PARTICIPANȚI). CĂMINUL DUMNEAVOASTRĂ ÎȘI DOREȘTE SĂ DEVINĂ MAI INCLUZIV PENTRU REZIDENȚII LGBTQIAP+. FOLOSIȚI IMAGINILE DE TIP „PHOTO-EXPRESSION” PENTRU A-I AJUTA PE PARTICIPANȚI SĂ REFLECTEZE ASUPRA SEMNIFICAȚIEI EXPRESIEI „A TE SIMȚI VĂZUT(Ă)”. FOLOSIȚI IMAGINILE DE TIP „PHOTO-EXPRESSION” PENTRU A ÎNȚEȚA CONVERSAȚIA.

Scop: Încurajarea reflecției asupra modului în care mediul și practicile pot transmite mesaje de incluziune sau de excludere.



Instrumente Practice

Modul 8



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060



Planul lecției

Modul 8	Demența și sexualitatea: aspecte importante
Grup țintă	Educatori pentru adulți, profesioniști din domeniul sănătății, asistenți sociali, personal de îngrijire. Pentru o interacțiune optimă, participanții ar trebui să lucreze în grupuri mici, de 3–5 persoane. Acest lucru permite participarea activă, împărtășirea perspectivelor și o discuție mai eficientă.
Durata	2.5 ore
Rezultatele învățării	Cursanții vor fi capabili să: • Explice modul în care modificările cognitive asociate demenței influențează intimitatea și exprimarea sexualității Înțelegere structurală • Diferențieze între autonomie, protejarea împotriva riscurilor, beneficiență și demnitatea de a-și asuma riscuri Competență etică • Aplice o abordare a evaluării consimțământului specifică situației și momentului Competență în evaluarea consimțământului • Recunoască vulnerabilitățile intersecționale (gen, LGBTQI+, cultură, starea de sănătate) Conștientizare incluzivă • Elaboreze un Plan de acțiune în 3 pași pentru situații etice complexe Încredere profesională
Pregătire	- Pregătiți sala cu scaunele și mesele aranjate pentru lucrul în grup. - Pregătiți videoproiectorul, laptopul și flipchartul. - Tipăriți fișele de lucru „Mit sau realitate”. - Pregătiți Instrumentul de reflecție asupra consimțământului și cardurile cu studii de caz. - Tipăriți fișele de lucru pentru Planul de acțiune în 3 pași. - Pregătiți formularele de evaluare sau chestionarul accesibil prin cod QR.
Listă	Tehnic: Verificarea prezentării PPTX și a videoproiectorului Exercițiul 1: Trei coli de flipchart și markere Exercițiul 2: Chestionare tipărite, carduri personale și



Planul lecției | Față în față

Subiecte și activități	Durata în minute	Metode	Echipament & materiale
Deschiderea și așteptările - Prezentarea agendei și crearea unui spațiu de discuție bazat pe respect.	5 min	Prezentare	Laptop, proiector, Prezentare PowerPoint
Prezentare teoretică: Sexualitatea, discriminarea pe criteriul vârstei și demența Sexualitatea ca parte a identității de-a lungul întregii vieți; stigmatizarea; modificările cognitive și nevoile relaționale.	15 min	Prezentare	Prezentare PowerPoint
Exercițiul 1 – Mit sau realitate Clasificare în grupuri mici și discuție în sesiunea plenară.	20 min	Lucru în grup + sesiune plenară.	Fișe de lucru tipărite, flipchart.
Prezentare teoretică: Consimțământul și complexitatea etică Consimțământul specific contextului; indicatori nonverbal; demnitatea de a-și asuma riscuri.	20 min	Prezentare	Prezentare PowerPoint
Exercițiul 2 – Consimțământul în practică Analiza unui studiu de caz folosind Instrumentul de reflecție asupra consimțământului și elaborarea unui răspuns proporțional.	30 min	Lucru în grup pe baza studiului de caz.	Carduri cu studii de caz, Instrumentul de reflecție asupra consimțământului.
Pauză scurtă – Participanții iau o scurtă pauză pentru a se odihni și a reflecta înainte de a continua.	10 min	Pauza informală	-





Exercițiul 1

Mit sau realitate

Durată: 20 de minute

Format: Lucru în grupuri mici (3–5 participanți)

Materiale necesare: Fișă de lucru tipărită, flipchart, marker

1. Scopul exercițiului

Această activitate urmărește:

- Să conteste presupunerile bazate pe discriminarea pe criteriul vârstei și pe stigmatizarea sexualității în contextul demenței
- Să consolideze abilitățile de gândire critică ale participanților
- Să încurajeze reflecția bazată pe dovezi, mai degrabă decât judecata reactivă
- Să pregătească participanții pentru o analiză etică mai aprofundată în activitățile următoare

Exercițiul sprijină trecerea de la răspunsuri bazate pe control la o practică centrată pe persoană și bazată pe drepturile acesteia.

2. Instrucțiuni pentru participanți

1. Lucrați în grupuri mici.
2. Citiți cu atenție fiecare afirmație.
3. Decideți dacă afirmația reprezintă un Mit sau o Realitate.
4. Oferiți o scurtă justificare pentru alegerea făcută.
5. Fiți pregătiți să prezentați pe scurt un exemplu în cadrul discuției plenare.

3. Fișa de lucru – Afirmații pentru clasificare

Pentru fiecare afirmație, bifați:

☐ Mit sau ☐ Realitate

- | | |
|----|--|
| 1. | Persoanele care trăiesc cu demență își pierd orice interes pentru intimitate. |
| 2. | Exprimarea sexualității în cazul demenței este întotdeauna nepotrivită sau patologică. |
| 3. | Capacitatea de a consimți trebuie evaluată pentru fiecare decizie în parte. |
| 4. | Protejarea împotriva riscurilor presupune interzicerea relațiilor intime în instituțiile de îngrijire. |



5.	Comportamentul hipersexual poate apărea ca urmare a unor modificări neurologice care afectează controlul impulsurilor.
6.	Dacă o persoană nu poate exprima verbal consimțământul, acest lucru necesită o evaluare atentă, dar nu înseamnă automat că consimțământul lipsește.
7.	Calmul emoțional și absența suferinței pot indica existența unui consimțământ contextual.
8.	Sexualitatea la vârsta înaintată include afecțiunea, tandrețea și apropierea emoțională.
9.	Dezacordul familiei justifică automat întreruperea unei relații.
10.	Dezinhibiția sexuală apărută brusc poate avea cauze medicale care necesită evaluare.

4. Ghid pentru facilitator

Clasificarea corectă?

- 1 → Mit
- 2 → Mit
- 3 → Realitate
- 4 → Mit
- 5 → Realitate
- 6 → Realitate
- 7 → Realitate
- 8 → Realitate
- 9 → Mit
- 10 → Realitate

Puncte-cheie pentru discuție:

- Sexualitatea persistă pe tot parcursul vieții, chiar dacă modul în care este exprimată se poate schimba.
- Demența nu elimină automat identitatea relațională sau nevoia de apropiere și conexiune.
- Protejarea împotriva riscurilor trebuie să fie proporțională și să nu se bazeze exclusiv pe disconfortul personalului.
- O schimbare bruscă a comportamentului ar trebui să determine o evaluare medicală.



5. Întrebări pentru reflecție

- Care afirmație a generat cele mai multe dezbateri?
- Care este cel mai frecvent mit în contextul dumneavoastră profesional?
- Cum ar putea influența aceste mituri practicile instituției?





Exercițiul 2

Instrument de reflecție asupra consimțământului și capacității de decizie

Durată: 30 de minute

Format: analiză de caz în grupuri mici

Materiale necesare: cartonașe cu studii de caz, fișa de lucru „Instrument de reflecție privind consimțământul”, flipchart

1. Scopul exercițiului

Această activitate urmărește:

- dezvoltarea abilităților de evaluare a consimțământului în raport cu fiecare decizie concretă;
- o mai bună înțelegere a capacității de discernământ fluctuante;
- exersarea unor răspunsuri de protecție proporționale;
- integrarea raționamentului etic în luarea deciziilor practice.

Exercițiul sprijină aplicarea unei abordări structurate și sensibile la context în privința consimțământului.

2. Instrucțiuni pentru participanți

Participanții lucrează în grupuri mici (3–5 membri).

Fiecare grup primește un scenariu de caz.

Folosind „Instrumentul de reflecție privind consimțământul”, grupurile trebuie:

1. să identifice tipul de comportament (risc scăzut / risc moderat / risc ridicat);
2. să evalueze dacă există îngrijorări privind capacitatea de discernământ;
3. să aplice cele patru întrebări de evaluare a consimțământului;
4. să identifice posibili factori medicali sau contextuali;
5. să propună un răspuns profesional proporțional.

Grupurile își prezintă pe scurt concluziile în plen (3–5 minute).

3. Scenarii de caz

Cazul 1 – O relație afectivă într-un centru de îngrijire

Maria (79 de ani) are boala Alzheimer în stadiu moderat și locuiește într-un centru rezidențial de îngrijire. A legat o relație apropiată cu Ion (82 de ani), un alt rezident. Se țin de mână, stau împreună la mese și, din când în când, se sărută. Fiica Mariei insistă ca relația să înceteze, susținând că mama ei „nu înțelege ce face”.



Când personalul vorbește cu Maria, ea spune: „Mă liniștește. Îmi place să fiu cu el.”

Pare relaxată emoțional și nu dă semne de suferință.

Cazul 2 – Comportament dezinhibat

Andrei (75 de ani) a fost diagnosticat cu demență. În ultimele două săptămâni, a început să facă comentarii sexuale explicite la adresa personalului și, o dată, a încercat să atingă în mod nepotrivit o îngrijitoare.

Comportamentul este nou. Pare impulsiv și râde atunci când este redirecționat.

Personalul este îngrijorat și nu știe dacă este vorba de o abatere intenționată sau de o schimbare neurologică.

Cazul 3 – Exprimarea de gen și disconfortul personalului

Alexandru (76 de ani), căruia apropiații îi spun Alex, are demență în stadiu moderat și locuiește într-un centru de îngrijire. De-a lungul vieții, Alex și-a exprimat uneori o identitate de gen nonconformă, deși acest lucru nu a fost discutat deschis în familie. Recent, Alex a început să ceară haine asociate în mod tradițional cu un alt gen și obiecte personale precum machiaj și bijuterii.

Unii membri ai personalului se simt stânjeniți și nu știu cum să reacționeze, iar alții se întreabă dacă aceasta este identitatea autentică a lui Alex sau o consecință a declinului cognitiv. Când își poate exprima aceste preferințe, Alex este liniștit(ă); când este împiedicat(ă), devine agitat(ă) și suferă.

Membrii familiei consideră acest comportament o „confuzie” și le cer angajaților să îl descurajeze. Personalul nu știe cum să găsească echilibrul între respectul pentru identitate, demnitate și bunăstare, pe de o parte, și așteptările familiei și limitele profesionale, pe de altă parte.

Cum ar trebui să reacționeze personalul astfel încât să respecte identitatea, demnitatea și bunăstarea persoanei?

4. Instrument de reflecție privind consimțământul (fișă de lucru pentru participanți)

Pentru cazul primit, discutați și completați:

A. Clasificarea comportamentului

- ☐ Risc scăzut (afecțiune, ținut de mână, apropiere consimțită)
- ☐ Risc moderat (consimțământ neclar sau fluctuant, capacități cognitive inegale, comportament care poate provoca disconfort, context care nu este pe deplin înțeleș)
- ☐ Risc ridicat (constrângere, suferință, dezechilibru de putere, contact genital fără claritate privind consimțământul)

Explicați-vă raționamentul:

B. Evaluarea consimțământului – patru întrebări-cheie

1. Înțelege persoana natura relației sau a interacțiunii?
2. Poate persoana să evalueze posibilele consecințe?
3. Poate persoana să își exprime o alegere liberă?
4. Este consimțământul constant și lipsit de suferință, constrângere sau teamă?



C. Considerații privind capacitatea de discernământ

- Este capacitatea de discernământ evaluată în raport cu această decizie concretă?
- Ar putea fluctua?
- Este necesară o evaluare formală?

D. Factori medicali / contextuali

E. Răspunsul profesional proporțional

Care este intervenția cea mai puțin restrictivă și justificată din punct de vedere etic?

5. Discuția finală în plen (ghid pentru facilitator)

Cazul 1:

Modul de evaluare:

- Observați dacă ambele persoane par confortabile, relaxate și implicate.
- Urmăriți semnele de reciprocitate, constanță și absența suferinței.
- Luați în considerare stadiul demenței și capacitatea de a înțelege relația.
- Evitați presupunerile bazate exclusiv pe părerea familiei.

Reflecție etică:

- Echilibrați autonomia cu responsabilitățile de protecție.
- Evitați restricțiile inutile bazate pe vârstă sau diagnostic.
- Recunoașteți importanța bunăstării relaționale.

Răspuns:

- Sprijiniți relația dacă nu există indicii de prejudiciu sau constrângere.
- Asigurați intimitatea și demnitatea ambelor persoane.
- Comunicați deschis cu familia, recunoscându-i îngrijorările.
- Documentați clar observațiile și deciziile.

Cazul 2:

Modul de evaluare:

- Identificați posibii factori declanșatori (de exemplu, disconfort, confuzie, suprastimulare).
- Evaluați dacă comportamentul este persistent sau situațional.
- Luați în considerare posibile cauze medicale (de exemplu, o infecție, efectele medicamentelor).



- Observați dacă alte persoane suferă sau sunt afectate.

Reflecție etică:

- Echilibrați protecția celorlalți cu respectul față de persoană.
- Evitați judecata morală și concentrați-vă pe înțelegerea comportamentului.
- Asigurați-vă că răspunsurile sunt proporționale cu nivelul de risc.

Răspuns:

- Folosiți o comunicare calmă, fără confruntare.
- Redirecționați comportamentul într-un mod respectuos.
- Modificați mediul, dacă este nevoie (de exemplu, intimitate, stimulare redusă).
- Solicitați o evaluare medicală dacă comportamentul se schimbă brusc.
- Oferiți personalului îndrumare și sprijin.

Cazul 3:

Modul de evaluare:

- Observați starea emoțională a lui Alex și constanța preferințelor în timp.
- Explorați dacă exprimarea identității de gen îi aduce confort sau îi reduce suferința.
- Luați în considerare identitatea din trecut, dar acordați prioritate bunăstării și experienței trăite în prezent.
- Reflectați dacă restricțiile ar putea provoca prejudicii sau suferință.

Reflecție etică:

- Echilibrați autonomia și demnitatea cu responsabilitățile de protecție.
- Evitați presupunerile bazate pe valori personale sau pe propriul disconfort.
- Recunoașteți riscul discriminării sau al invalidării identității.

Răspuns:

- Sprijiniți alegerile lui Alex atunci când acestea nu provoacă prejudicii.
- Asigurați intimitatea și creați un mediu respectuos.
- Oferiți personalului îndrumare și spațiu pentru a reflecta asupra propriilor atitudini.
- Comunicați cu sensibilitate cu familia, explicând importanța demnității și a bunăstării.





Exercițiul 3

Cartonașe cu studii de caz și model de plan de acțiune în 3 pași

Durată: 35 de minute

Format: lucru în grupuri mici + prezentări în plen

Materiale necesare: fișa cu scenariul de caz, fișa de lucru „Plan de acțiune în 3 pași”, flipchart

1. Scopul exercițiului

Această activitate urmărește:

- consolidarea capacității de a lua decizii etice în situații complexe;
- aplicarea în practică a principiilor autonomiei, binefacerii, non-vătămării și dreptății;
- dezvoltarea unor răspunsuri de protecție proporționale;
- creșterea încrederii profesionale în situații de incertitudine.

2. Scenariu de caz

Maria (83 de ani) locuiește într-un centru de îngrijire de lungă durată și are demență vasculară (stadiu moderat). A legat o relație intimă cu Petru (85 de ani), care locuiește în aceeași instituție și prezintă o afectare cognitivă ușoară spre moderată.

Petrec mult timp împreună, se țin de mână și au fost văzuți sărutându-se. Personalul relatează că amândoi par liniștiți emoțional și se simt bine unul în prezența celuilalt.

Famiiliile lor au însă păreri diferite:

- Fiica Mariei consideră că mama ei „nu mai înțelege ce înseamnă o relație” și cere ca cei doi să fie despărțiți.
- Fiul lui Petru susține relația, spunând că tatăl lui „merită să aibă pe cineva alături”.

Instituția nu are o politică scrisă clară privind intimitatea dintre rezidenți.

Personalul se simte nesigur și este îngrijorat de consecințele legale și etice.

3. Instrucțiuni pentru participanți

Lucrați în grupuri de 3–5 participanți.

Folosind modelul „Plan de acțiune în 3 pași”, analizați cazul și pregătiți o scurtă prezentare (5 minute pentru fiecare grup).

Concentrați-vă pe răspunsuri proporționale, bazate pe drepturi și fundamentate etic.



4. Model de plan de acțiune în 3 pași (fișă de lucru pentru participanți)

PASUL 1 – Răspunsul profesional imediat

Luați în considerare:

1. Există semne vizibile de suferință, constrângere sau dezechilibru de putere?
2. Există semne de confuzie sau de neînțelegere?
3. Au fost excluse cauzele medicale reversibile?
4. Ce nivel de risc există (scăzut / moderat / ridicat)?

Scrieți evaluarea voastră.

PASUL 2 – Analiza etică

Bifați principiile implicate:

- ☐ Autonomia
- ☐ Binefacerea
- ☐ Non-vătămarea
- ☐ Dreptatea

Pentru fiecare principiu bifat, explicați pe scurt:

- Autonomia
- Binefacerea
- Non-vătămarea
- Dreptatea (inclusiv aspectele legate de ageism)
- Care este tensiunea etică centrală în acest caz?

PASUL 3 – Strategia pe termen lung

Elaborați un răspuns proporțional care să abordeze:

1. evaluarea capacității de discernământ (dacă este necesară);
2. documentarea;
3. strategia de comunicare cu familia;
4. clarificarea politicii instituționale;
5. sprijinirea intimității și a demnității;
6. consultarea multidisciplinară.

Planul structurat propus:

5. Prezentarea în plen

Fiecare grup prezintă:



1. principala dilemă etică identificată;
2. nivelul de risc evaluat;
3. intervenția proporțională propusă.

6. Ghid pentru discuția finală (facilitator)

Subliniați că:

- Un diagnostic de demență nu elimină automat autonomia relațională.
- Disconfortul familiei nu este, în sine, o justificare suficientă pentru restricții.
- Protecția proporțională presupune o evaluare structurată.
- Nesiguranța instituțională crește anxietatea profesioniștilor, iar elaborarea unor politici face parte din responsabilitatea etică.
- Opțiunea cea mai puțin restrictivă trebuie luată întotdeauna în considerare prima.



NEVER GETS OLD

Inter-Generational
Gender & Sexuality
Education

*Vă mulțumim că sprijiniți demnitatea, incluziunea și
bunăstarea sexuală la vârste înaintate.*



Cofinanțat de
Uniunea Europeană

Finanțat de Uniunea Europeană. Punctele de vedere și opiniile exprimate aparțin, însă, exclusiv autorului (autorilor) și nu reflectă neapărat punctele de vedere și opiniile Uniunii Europene sau ale Agenției Naționale pentru Programe Comunitare în Domeniul Educației și Formării Profesionale (ANPCDEFP). Nici Uniunea Europeană și nici ANPCDEFP nu pot fi ținute răspunzătoare pentru acestea. Număr Proiect: 2024-1-DE02-KA220-ADU-000244060