



EMEL
ENGAGED MINDS,
EMPOWERED LIVES

EXPLORAREA SĂNĂTĂȚII MINTALE ȘI A STĂRII DE BINE ÎN RÂNDUL COPIILOR DE GIMNAZIU DIN MEDIILE RURAL ȘI URBAN MIC DIN ROMÂNIA

AUTORI:

Prof. Dr. Assoc. Kaltrina Kelmendi – Institutul de Psihologie, Universitatea din Prishtina
Prof. Dr. Aliriza Arenliu – Institutul de Psihologie, Universitatea din Prishtina

CONTRIBUITORI:

Dr. Bianca Balea – Fundația Noi Orizonturi

ORGANIZAȚII PARTENERE:

Fundația Noi Orizonturi (România)
TOKA (Kosovo)

Institutul de Psihologie, Universitatea din Prishtina (Kosovo)

CUPRINS

1. REZUMAT	1
Etapa calitativă	1
Etapa cantitativă	2
Constatări	2
Recomandări	3
Concluzie	3
2. INTRODUCERE	4
Sănătatea mintală și starea de bine ale copiilor și adolescenților din România: prezentare generală	4
Factori de risc	5
Lacune în ceea ce privește prevenția și educația psihologică	6
Studiul actual	6
3. METODOLOGIE	8
Designul cercetării	8
Etapa calitativă	8
Etapa cantitativă	9
Strategia de eșantionare și mărimea eșantionului	11
Colectarea datelor	13
4. REZULTATE	15
Rezultate din cercetarea calitativă	15
Percepțiile legate de sănătatea mintală	15
Strategii de a face față	16
Mediul școlar: Resurse și bariere	17
Relațiile cu colegii	20
Experiențe online	21
Sursele de informații și căutarea de ajutor despre sănătatea mintală	22

Sursele de stigmat	23
Asemănări și diferențe între grupurile țintă	26
Rezultatele din etapa cantitativă a studiului	27
Atitudinile față de sănătatea mintală	29
Valori în direcția sănătății mintale	31
Comportamente de căutare de ajutor	33
Sănătatea mintală în rândul copiilor și al adolescenților	34
5. ANALIZE COMPARATIVE	38
Genul	38
Reședință	38
Clasa	39
Încadrarea în muncă a părinților	40
Educația parentală	42
6. DISCUȚIE	44
Interpretarea constatărilor în lumina literaturii de specialitate existente	44
Implicațiile pentru conceperea serviciilor și echitate	46
Cum sunt influențate rezultatele de marginalizarea socioeconomică și geografică	48
7. RECOMANDARE ȘI CONCLUZII	49
8. REFERINȚE	52

1. REZUMAT

Acest raport descrie felul în care copiii și adolescenții din zonele urbane și rurale ale României percep și gestionează sănătatea mintală. Raportul este conceput pe baza unei combinații de metode exploratorii secvențiale: în **etapa calitativă**, am organizat în total șapte focus grupuri în județele Cluj, Hunedoara și Iași – care au reunit studenți, părinți, profesori și părți interesate locale – pentru a explora perspectivele lor asupra sănătății mintale, nevoilor percepute, stigmatului și practicilor de a face față (coping); în **etapa cantitativă**, am realizat un studiu cu 928 de elevi din clasele 5-8 utilizând diferiți indicatori care să măsoare cunoștințele despre sănătatea mintală, atitudinile, stigmatul, comportamente de căutare de ajutor, stresul psihologic și violența în școli. Împreună, aceste faze revelează principalele provocări cu care se confruntă tinerii, strategiile pe care le folosesc pentru a le face față și lacunele în ceea ce privește serviciile, care le afectează starea de bine în diferite medii socioeconomice.

Etapa calitativă

Design de cercetare și participanți: Șapte focus grupuri (copii, părinți, profesori, părți interesate) din mediul urban (Cluj, Hunedoara) și rural (Iași) (martie-aprilie 2025), au fost analizate tematic conform procesului în șase pași al lui Braun și Clarke. Discuțiile s-au concentrat asupra percepțiilor sănătății mintale, strategiilor de a face față, stigmatului, mediului școlar și rețelelor de sprijin.

Tematici esențiale:

- Percepția și stigmatul: Tinerii definesc în mod obișnuit sănătatea mintală utilizând termeni precum „probleme”, „mă simt trist(ă)”, „mă simt stresat(ă)” sau „mă simt deprimat(ă)”, puțini dintre ei menționând aspecte pozitive precum reziliența sau echilibrul. Stigmatul adânc înrădăcinat și grijile despre confidențialitate îi rețin pe mulți dintre ei să ceară ajutor, chiar și atunci când recunosc că se confruntă cu dificultăți.
- Strategiile de a face față: Majoritatea adolescenților se bazează pe metode autodidacte, de exemplu ascultă muzică, desenează sau încearcă aplicații de mindfulness, și adesea se retrag sau își distrag atenția pentru a gestiona stresul. Sprijinul formal sau ghidat este rar, astfel elevii sunt lăsați să facă față singuri provocărilor.
- Mediul școlar: Elevii doresc adulți grijulii și care le respectă confidențialitatea (precum consilieri școlari) pe care îi pot aborda fără teamă; totuși, neîncrederea și preocupările legate de confidențialitate subminează adesea aceste relații. Între timp, bullyingul și excluderea socială rămân frecvente, agravând sentimentele de izolare.
- Familia și sprijinul colegilor: Deși mulți relatează că părinții îi tratează în mod echitabil și că se bucură de prietenii amuzante și în care beneficiază de sprijin, puțini dintre ei se simt confortabil să-și împărtășească preocupările emoționale profunde de teama că vor fi judecați sau că vor dezamăgi. În zonele rurale, tinerii menționează, de asemenea, o lipsă a serviciilor locale și o mai mare izolare socială.
- Sursele de informații: Informațiile despre sănătatea mintală provin din diferite surse, de la prieteni, din mijloacele de comunicare socială și din discuții școlare ocazionale, care conduc la o confuzie între ideea de „stigmat” și eforturile concrete de combatere a stigmatului. Resursele de încredere, verificate și centralizate sunt rare.



Aceste constatări au subliniat zone de intervenție, inclusiv reducerea stigmatului, consolidarea încrederii în structurile de sprijin, îmbunătățirea strategiilor de a face față în mod ghidat și adaptarea serviciilor la nevoile specifice ale școlarilor din zona rurală.

Etapa cantitativă

Design de cercetare și indicatori: Studiu transversal (N = 928; clasele 5-8) care evaluează cunoștințele, atitudinile, stigmatul, căutarea de ajutor (MHLS, K6+, KIDSCREEN), violența/bullyingul cibernetic și datele demografice, bazate pe constatările din etapa calitativă.

Constatări

- **Sănătatea generală și starea de bine:** Majoritatea elevilor (peste 80%) își autoevaluează sănătatea generală ca fiind „bună” sau foarte bună și relatează niveluri moderate până la ridicate de energie și stare de bine fizică. Cu toate acestea, 20-25% din ei, afirmă că adesea se simt triști, singuri sau constrânși de lipsa timpului liber, sugerând că autoevaluările pozitive maschează zone de nefericire semnificativă.
- **Stresul psihologic:** Simptomele legate de anxietate (nervozitate, neliniște) afectează 60-70% dintre elevi cel puțin o anumită perioadă; simptomele de depresie (deznădejde, efort, inutilitate) afectează aproximativ 35-50% dintre elevi la un anumit nivel. Stresul crește modest în funcție de clasă și prezintă o ușoară creștere în mediul rural; există diferențe minimale în funcție de gen sau de încadrarea în muncă a părinților.
- **Atitudinile, stigmatul și căutarea de ajutor:** Deși majoritatea elevilor înțeleg corect conceptele esențiale ale sănătății mintale, mulți confundă încă „stigmatul” cu eforturile de combatere a stigmatului. Peste jumătate dintre ei se simt confortabil să discute despre preocupările lor cu prietenii sau cu familia, dar mai puțini ar aborda un profesionist. Variațiile pe subgrupuri sunt neglijabile, indicând un consens larg în privința acestor atitudini.
- **Tendințe în funcție de clasă:** Atitudinile față de sănătatea mintală și calitatea vieții autoevaluate prezintă un ușor declin de la clasa a 5-a până la clasa a 8-a, în timp ce stresul psihologic crește, subliniind că este important să se introducă sprijin și educație pe tema sănătății mintale încă dintr-o fază timpurie în învățământul secundar.
- **Încadrarea în muncă a părinților și mediul urban/rural:** Elevii ai căror părinți au fiecare un loc de muncă relatează scoruri ale calității vieții puțin mai mari, deși elevii din mediul urban și cei din mediul rural prezintă niveluri generale similare de stres. Totuși, tinerii din mediul rural indică factori de stres unici, precum lipsa de servicii și izolarea socială.

În ansamblu, rezultatele calitative arată că, în ciuda faptului că majoritatea elevilor își autoevaluează sănătatea în mod pozitiv și înțeleg conceptele de bază ale sănătății mintale, nivelurile ridicate de anxietate și stres rămân prevalente deoarece stigmatul blochează căutarea de ajutor, comportamentele de a face față se bazează pe strategii proprii fără ghidare, iar sprijinul de încredere rămâne neutilizat. Rezultatele sondajului reflectă aceste constatări, documentând un stres larg răspândit, subliniind totodată că factorii de protecție esențiali sunt legăturile familiale puternice și relațiile între colegi.



Recomandări

- **Educația prin serviciu în folosul comunității:** Încurajați dezvoltarea comunităților conduse de elevi sau proiectele școlare bazate pe reflecții ghidate pentru a exersa empatia, colaborarea și abilitățile de a face față stresului, reducând stigmatul printr-o implicare vizibilă.
- **Practici școlare:** Integrați subiecte scurte despre sănătatea mintală în cadrul lecțiilor; stabiliți căi confidențiale prin care elevii să poată cere ajutor; implicați familiile și partenerii din comunitate; monitorizați tendințele de stare de bine prin sondaje simple și adaptați politicile (de exemplu volumul de lucru, pauzele).
- **Implicarea profesorilor și a familiei:** Instruiți profesorii să adopte abordări bazate pe empatie și evitarea judecăților; organizați ateliere pentru părinți și furnizați-le resurse digitale, în special familiilor din contexte vulnerabile (ex. migranți), pentru a recunoaște stresul și a păstra conexiunile.
- **Politici și sprijinul ONG-urilor:** Sprijiniți cadre flexibile de educație prin serviciu în folosul comunității, furnizați resurse și ghidare moderată, asigurați acces echitabil (în special în zone rurale) și asistați procesul de monitorizare și evaluare. ONG-urile pot furniza seturi de instrumente adaptabile și expertiză pentru reflecții și pot pune școlile în legătură cu profesioniști din domeniul sănătății mintale.
- **Echitatea și adaptarea:** Adaptați activitățile la contextele urban/rural și la diferite circumstanțe familiale; utilizați instrumente digitale acolo unde este necesar; sprijiniți eforturile prin formare și rețele de sprijin.

Limitele cercetării

Datele transversale auto-raportate limitează deducțiile cauzale și pot reflecta erori date de răspunsurile colectate în acest fel; constatările calitative din grupurile selectate pot să nu fie generalizabile; lipsa unui studiu longitudinal limitează înțelegerea schimbărilor care pot să apară în timp.

Concluzie

Prin constatările calitative aprofundate despre percepții, lacunele în ceea ce privește comportamentele de a face față stresului și barierele pe care le întâlnesc elevii în primirea de sprijin, coroborate cu indicatori cantitativi care arată un stres larg răspândit într-o stare de bine generală, acest studiu subliniază că sunt necesare abordări integrate și experiențiale, în special educație prin serviciu în folosul comunității, pentru a forma abilități de sănătate mintală, a reduce stigmatul și a consolida sistemele de sprijin. Acțiunile coordonate întreprinse de școli, profesori, responsabili de elaborarea politicilor și ONG-uri, bazate pe o monitorizare continuă a datelor, vor fi esențiale pentru a îmbunătăți sănătatea mintală a tinerilor din diferite medii.



2. INTRODUCERE

Sănătatea mintală și starea de bine ale copiilor și adolescenților din România: prezentare generală

Preocupările legate de sănătatea mintală în rândul copiilor și al adolescenților din România sunt semnificative și tot mai numeroase, aproximativ 9% dintre copiii români având nevoie anual de îngrijiri de sănătate mintală (Kovess et al., 2015; UNICEF, 2023). Printre probleme de sănătate mintală cu cea mai mare prevalență la această populație se numără tulburările de conduită (24,19%), tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (22,65%), tulburările anxioase (19,23%), tulburarea de spectru autist (14,47%) și episoadele depresive (9,14%), tulburările de alimentație și fobia școlară fiind prezente, de asemenea, dar mai puțin frecvent (UNICEF, 2020). Studiile indică faptul că adolescenții relatează rate mai mari de tristețe și o sănătate mintală scăzută comparativ cu colegii lor europeni; de exemplu, 33% dintre adolescenții români cu vârsta cuprinsă între 11 și 15 ani au relatat că se simt triști mai mult de o dată pe săptămână, comparativ cu o medie de 13% în alte țări (UNICEF, 2020; Ciuca și Baban, 2016). În plus, aproape o jumătate dintre adolescenții români incluși în studiu (48,9%) au relatat că au avut gânduri suicidare cel puțin o dată și peste o pătrime (27,1%) s-au simțit triști persistent (UNICEF, 2020). Mai mult, dovezile din cercetare arată că multe probleme de sănătate mintală se dezvoltă timpuriu, 50% dintre acestea apărând la vârsta de 15 ani, iar 75% apărând până la vârsta adultă (UNICEF, 2022). Pe lângă aceasta, utilizarea rețelelor sociale este asociată cu multe probleme de sănătate mintală în rândul tinerilor, inclusiv cu singurătate, depresie, lipsa stimei de sine, probleme legate de imaginea corporală, perfecționism, dependența de internet, comportamentele riscante și un nivel scăzut de fericire (Iovu et al., 2019; Maftei și Dan, 2023; Rosiora et al., 2025).

Accesul la servicii de sănătate mintală rămâne limitat și inegal distribuit, majoritatea resurselor fiind concentrate în zone urbane și existând un deficit considerabil de profesioniști din domeniul sănătății mintale (UNICEF, 2020; Ciuca și Baban, 2016). Sistemul public se concentrează în principal mai degrabă asupra tratamentului decât asupra îngrijirii preventive și multe familii trebuie să recurgă la servicii private din cauza caracterului inadecvat al serviciilor publice (UNICEF, 2020). Din punct de vedere juridic, copiii au dreptul la îngrijiri de sănătate mintală, dar barierele practice, precum disponibilitatea limitată a serviciilor, lipsa conștientizării și stigmatul social împiedică accesul și utilizarea lor (UNICEF, 2020; Eurochild, 2024; Manescu et al., 2023). În ciuda strategiilor și cadrelor juridice existente care vizează să promoveze și să protejeze sănătatea mintală în rândul tinerilor, lacunele în materie de implementare și resursele insuficiente continuă să fie provocări pentru eficacitatea acestor măsuri (Uniunea Europeană, 2025).

Anumite grupuri de copii și adolescenți din România sunt deosebit de vulnerabile la problemele de sănătate mintală din cauza unei serii de factori sociali, economici și familiali (Aurelia Brîndușe et al., 2024; OECD, 2023). Copiii care trăiesc în zone rurale se confruntă cu vulnerabilități multiple, inclusiv cu acces limitat la servicii medicale atât de bază, cât și specializate, precum îngrijiri pediatrice și îngrijiri de sănătate mintală. Aceștia au mai multe șanse să se confrunte cu absența parentală din cauza migrației muncii, în aproximativ 8% dintre gospodăriile rurale existând un părinte care lucrează în străinătate. Această lipsă a îngrijirii parentale și accesul redus la servicii sunt asociate cu intensificarea comportamentelor riscante, precum consumul de alcool și tutun și o expunere mai mare la violență și insecuritate în comunitățile lor (UNICEF, 2020).



Copiii migranți și refugiați, inclusiv minorii neînsoțiți, constituie, de asemenea, un grup foarte vulnerabil. Deși legislația din România le dă dreptul la servicii de sănătate gratuite, în practică, accesul la acestea este adesea blocat de costuri ridicate, de lipsa înregistrării la un medic de familie, de barierele lingvistice și de metodele insuficiente de consiliere adaptate copiilor. Majoritatea sprijinului pentru sănătatea mintală pentru acești copii este furnizat de ONG-uri, ale căror servicii sunt adesea limitate în ceea ce privește aplicabilitatea și depind de o finanțare fluctuantă (UNICEF, 2020).

Printre alți factori de risc pentru problemele de sănătate mintală din rândul tinerilor români se numără istoricul psihiatric al familiei, nivelurile mai scăzute de educație ale părinților și expunerea la traume, în special în prima parte a copilăriei. Copiii cu un astfel de istoric sunt expuși unui risc considerabil mai mare de a dezvolta tulburări psihiatrice (Scheeringa et al., 2011). În plus, fetele au mai multe șanse să experimenteze depresie, potențial din cauza accesului redus la educație și la oportunități de încadrare în muncă, în timp ce băieții sunt mai predispuși la comportamente riscante și la tulburări de externalizare (UNICEF, 2020; UNICEF, 2022).

Stigmatul, lipsa conștientizării sănătății mintale și integrarea insuficientă a copiilor cu tulburări de sănătate mintală în programe educaționale și sociale cresc și mai mult riscurile pentru aceste grupuri vulnerabile, având adesea ca rezultat marginalizarea și abandonul școlar (UNICEF, 2020).

Există o lipsă critică de date epidemiologice de încredere privind prevalența și caracterul tulburărilor de sănătate mintală în rândul copiilor și al adolescenților din România (Mareci și Tudoricu, 2024). Statisticile existente sunt limitate, provin din surse inconsecvente și adesea nu sunt defalcate pe grupe de vârstă, gen sau zona de origine (rurală / urbană).

Această cercetare face parte din Pachetul de lucru 2 (WP2), care se concentrează asupra obținerii de informații despre experiențele trăite, percepțiile și obstacolele sistemice care au impact asupra sănătății mintale a copiilor din zone rurale și zone dezavantajate din punct de vedere economic din România. Informațiile obținute din WP2 vor servi drept bază esențială pentru crearea unui Protocol de elaborare a curiculei IMPACT în cadrul Pachetului de lucru 3 (WP3). Acestea vor contribui la asigurarea că viitoarele intervenții școlare sunt relevante pentru contextul local, incluzive și ancorate în strategii privind educația prin serviciu în folosul comunității, care capacitează educatorii să sprijine sănătatea mintală a elevilor.

Factori de risc

Interdependența complexă a factorilor de la mai multe niveluri socioecologice influențează sănătatea mintală în România. La nivel individual, adolescenții români prezintă rate ridicate de simptome depresive și de ideeație suicidară, combinate cu o alfabetizare redusă în ceea ce privește sănătatea mintală și cu autostigmatizare, care îngreunează căutarea de ajutor (Manescu et al., 2023). La nivel interpersonal, copiii afectați de migrația părinților sau de instituționalizare se confruntă cu riscuri crescute de excluziune socială și de probleme comportamentale, în timp ce interacțiunile negative cu colegii și sprijinul familial limitat exacerbează și mai mult provocările legate de sănătatea mintală. Din punct de vedere organizațional, școlile și locurile de muncă adesea nu dispun de resurse pentru sănătatea mintală și sunt medii în care stigmatul și discriminarea prevalează, reducând accesul la îngrijire și sprijin (Manescu et al., 2023). La nivelul comunității, disparitățile în ceea ce privește disponibilitatea serviciilor, în special în zonele rurale, combinate cu normele culturale care perpetuează stigmatul creează bariere considerabile în calea îngrijirilor de sănătate mintală. În cele din urmă, la nivel societal și al politicilor, sistemul de sănătate mintală din România suferă de o subfinanțare cronică și se bazează în mod continuu pe îngrijirea instituțională, confruntându-se cu o dezvoltare insuficientă a serviciilor bazate pe comunitate și cu inițiative



limitate de combatere a stigmatului, având ca rezultat mari nevoi neîndeplinite și discriminare sistemică (Manescu et al., 2023).

Lacune în ceea ce privește prevenția și educația psihologică

Potrivit raportului UNICEF (2022), în școli lipsesc, în mare măsură, promovarea sistematică a sănătății mintale și programele psihoeducaționale. Activitățile preventive sunt sporadice și limitate în mare parte la prezentări ocazionale, fără monitorizare sau evaluare. Programa oferă subiecte opționale de educație în domeniul sănătății la care au acces puțini elevi, iar grupele de vârstă mai tinere nu primesc aproape niciun conținut structurat referitor la starea de bine emoțională. În plus, părinților și profesorilor le lipsesc abilitățile, competențele sau resursele pentru a se implica într-o educație psihologică eficientă, astfel încât multe familii rămân neinformate despre recunoașterea și abordarea problemelor emergente (UNICEF, 2022).

Mulți tineri se simt înstrăinați sau incapabili să ceară ajutor în mod confidențial, în special dacă sprijinul parental este absent (de exemplu, părinții lucrează în străinătate). Mecanismele participative sunt slabe: copiii și adolescenții sunt implicați rar în conceperea campaniilor de prevenție sau a serviciilor, reducând relevanța și adoptarea lor.

Există un deficit notabil de profesioniști calificați, de psihiatri pediatri, de psihologi și de lucrători sociali, în special în specializările pentru copii și adolescenți (UNICEF, 2022). Consilierii școlari sunt alocați unui număr nesustenabil de mare de elevi (unul la 800 de elevi sau mai mulți), conducând la o acoperire inadecvată. Programele de dezvoltare profesională continuă specifice sănătății mintale a copiilor/adolescenților și oportunitățile de consolidare a competențelor (de exemplu, pentru lucrul cu tineri afectați de conflicte sau marginalizați) nu sunt disponibile în mod sistematic.

Studiul actual

Acest studiu a utilizat un design de cercetare bazat pe o combinație de metode secvențiale exploratorii, care combină metode calitative și metode cantitative pentru a explora provocările legate de sănătatea mintală cu care se confruntă copiii și adolescenții din România. Prima fază calitativă a fost desfășurată pentru a înțelege percepțiile și preocupările legate de sănătatea mintală, stigmat și căutarea de ajutor, precum și resursele disponibile, din perspectiva adolescenților, a profesorilor, a părinților și a părților interesate locale, prin discuții de tip focus grup. Cunoștințele obținute din faza calitativă au stat la baza elaborării și a conceperii studiului privind sănătatea mintală a copiilor și a adolescenților din populații mai largi.

Această abordare permite ca programele privind sănătatea mintală concepute pentru școli să se bazeze pe experiențele și nevoile reale ale tinerilor din România, făcându-le astfel adecvate și relevante din punct de vedere cultural. Studiul are o abordare colaborativă, care implică copii, adolescenți, educatori și profesioniști din domeniul sănătății mintale și care promovează un sentiment de asumare a proprietății în rândul participanților, dar crește totodată probabilitatea de a executa și a sprijini cu succes intervențiile.

În ansamblu, conceptul cercetării a furnizat un cadru metodologic solid pentru a crea programe eficiente privind sănătatea mintală în școli, care vizează să îmbunătățească accesul, conștientizarea și rezultatele pentru grupurile vulnerabile.



Obiectivele studiului au fost:

1. Explorarea percepțiilor, a practicilor, a provocărilor și a preocupărilor legate de sănătatea mintală a copiilor și de starea de bine în rândul copiilor, al îngrijitorilor și al educatorilor din medii rurale și urbane și din medii socioeconomice vulnerabile din România și din Kosovo. Acest raport se concentrează asupra României.
2. Evaluarea impactului pe care îl au genul și vulnerabilitățile (de exemplu, statutul socioeconomic (SES) dizabilitățile, copiii aflați în îngrijire alternativă) asupra percepțiilor, practicilor și preocupărilor legate de sănătatea mintală și starea de bine a copiilor, identificând riscurile și oportunitățile asociate.
3. Dezvoltarea de metodologii, mecanisme și resurse care vizează să sporească încrederea în sine și inteligența socio-emoțională în rândul copiilor pentru a depăși barierele din calea sănătății mintale și a promova reziliența în mediile școlare și familiale, printr-un model de participare activă a copiilor numit „cluburi IMPACT”.



3. METODOLOGIE

Designul cercetării

Prima etapă a studiului a început cu date calitative pentru a explora experiențele în profunzime, fiind urmată de date cantitative pentru a valida, în linii mari, constatările. Implicarea dintr-o fază timpurie a părților interesate a permis instrumente relevante din punct de vedere cultural și a încurajat încrederea, sprijinind elaborarea unor programe eficiente privind sănătatea mintală pentru copii și adolescenții români (Fetters, Curry și Creswell, 2013; Jones et al., 2020).

Etapa calitativă

Eșantionarea și participanții

Datele au fost colectate prin intermediul a șapte focus grupuri desfășurate în trei județe din România și al unui forum online:

- **Cluj (zonă urbană, martie 2025):** Două focus-grupuri, în persoană – cu elevi (I), părinți și profesori (II) – au explorat definițiile locale ale sănătății mintale, nevoile percepute, stigmatul și practicile frecvente de a face față (mecanismele de coping).
- **Hunedoara (zonă urbană mică, aprilie 2025):** Un al doilea set de focus grupuri în persoană, cu elevi, părinți și profesori, au pus în oglindă discuțiile din Cluj, permițând realizarea unei comparații între un context urban mai mic și unul mai mare.
- **Iași (zonă rurală, martie 2025):** Un al treilea set de focus grupuri în persoană, cu elevi, părinți și profesori, a explorat provocările unice ale vieții rurale, inclusiv lipsa serviciilor și izolarea socială.
- **Forumul mixt al părților interesate (online, aprilie 2025):** Reprezentanți ai școlilor, serviciilor de sănătate locale, ONG-urilor și inspectoratelor școlare județene din toate cele trei locații s-au reunit online pentru a integra perspective mai ample în materie de politici și programe.

Fiecare sesiune a fost condusă de cercetătorul principal (care a ghidat dialogul, a asigurat alinierea la obiectivele cercetării și a încurajat participarea deschisă) și a fost sprijinită de un asistent responsabil pentru luarea de notițe detaliate și pentru coordonarea logistică.

În total, 73 de persoane și-au împărtășit experiențele și perspectivele în timpul fazei calitative (a se vedea tabelul 1). Acestea au inclus 31 de copii școlari – 10 din Dej (zonă urbană), 10 din Lupeni (zonă urbană mică) și 11 din Pârcovaci (zonă rurală) –, dintre care 22 au fost fete, asigurând un echilibru între medii. Alți 31 de participanți au fost părinți și profesori, organizați în trei grupuri mixte (11 în Dej, 10 în Lupeni și 10 în Pârcovaci), 15 părinți și 16 profesori contribuind cu informații despre dinamica în familie și în sala de clasă. În cele din urmă, un forum online al părților interesate format din 11 membri a reunit reprezentanți ai inspectoratelor școlare județene, ai serviciilor de sănătate locale și ai ONG-urilor, asigurând că provocările și oportunitățile la nivel de sistem sunt luate în considerare împreună cu experiențele din teren.



TABELUL 1. EȘANTION DE FOCUS GRUPURI

FOCUS GRUPURI CU COPII	Nr.	Gen (fete)	Părinți
Zonă urbană (Dej)	10	6	
Zonă urbană mică (Lupeni)	11	9	
Zonă rurală (Pârcovaci)	11	7	
FOCUS GRUP CU PĂRINȚI ȘI PROFESORI			
Zonă urbană (Dej)	11	8	6
Zonă urbană mică (Lupeni)	10	7	4
Zonă rurală (Pârcovaci)	10	9	5
FOCUS GRUP CU PĂRȚI INTERESATE			
Părți interesate	11		

Abordare analitică

Metodologia acestei părți a studiului s-a bazat pe o abordare calitativă utilizând analiza tematică pentru a identifica și a interpreta sistematic tiparele în cadrul datelor colectate. Datele care constau din discuții în cadrul focus grupurilor au fost analizate urmând un proces din șase pași subliniat de Braun și Clarke (2006): familiarizarea cu datele, generarea codurilor inițiale, căutarea tematicilor, revizuirea tematicilor, definirea și denumirea tematicilor și elaborarea raportului final. Această abordare a fost aleasă datorită flexibilității și eficacității sale în ceea ce privește colectarea unor informații detaliate și bogate, relevante pentru întrebările cercetării. S-a recurs la un proces de codificare inductiv, care permite apariția tematicilor în mod natural din date, fără a impune categorii preconceptuate. Pe tot parcursul analizei, reflexivitatea a fost menținută pentru a reduce la minimum subiectivitatea cercetătorului și a asigura credibilitatea constatărilor.

Principalele tematici care au apărut din cercetarea calitativă au fost: percepția (înțelegerea) sănătății mintale; strategiile de a face față în direcția sănătății mintale; bullyingul și excluziunea socială; mediul școlar; colaborarea între școală și familie; sprijinul din afara școlii, stigmatul și sursele de stres.

Etica și consimțământul

Consimțământul în cunoștință de cauză a fost obținut de la toți participanții, asigurându-i de anonimitatea lor și de confidențialitatea contribuțiilor lor. Participanților li s-a comunicat că se pot retrage din studiu în orice moment fără nicio consecință.

Etapa cantitativă

Un design de cercetare exploratorie secvențială începe cu o etapă calitativă pentru a explora un fenomen în profunzime, care stă apoi la baza dezvoltării etapei cantitative ulterioare.



Această abordare permite constatări calitative pentru a ghida crearea de instrumente sau ipoteze pentru testarea cantitativă, crescând validitatea și relevanța rezultatelor. Abordarea este utilă în special atunci când teoria existentă sau măsurile existente sunt limitate (Creswell, 2014; Creswell și Plano Clark, 2017). Prin urmare, constatările din fazele calitative ale studiului au stat la baza conceperii chestionarului, care a inclus o secțiune privind cunoștințele, atitudinile, stigmatul și valorile legate de sănătatea mintală. În plus, au fost măsurate și comportamentele de căutare a ajutorului, violența și bullyingul cibernetice, precum și stresul psihologic.

Printre scalele utilizate în studiu s-au numărat:

Instrumentul de evaluare a alfabetizării în ceea ce privește sănătatea mintală și învățarea socio-emoțională (SEL) a fost utilizat pentru a evalua diferitele dimensiuni legate de sănătatea mintală (O'Connor și Casey, 2015), inclusiv:

Întrebările legate de cunoștințe au fost formulate pe baza modelului PERMA, un cadru teoretic introdus de Martin Seligman pentru a înțelege și a promova starea de bine. Modelul include cinci elemente esențiale: **emoțiile pozitive, implicarea, relațiile, semnificația și împlinirea**. Acesta postulează că îmbunătățirea acestor dimensiuni poate conduce la un nivel crescut de fericire și la starea de bine generală (Seligman, 2011). Pe lângă întrebările aliniate la modelul PERMA, chestionarul a inclus elemente care evaluează cunoștințele participanților despre sănătatea mintală, educația prin serviciu în folosul comunității și implicare. Toate întrebările au fost structurate ca alegeri multiple cu un singur răspuns corect.

Atitudinile față de sănătatea mintală: Cercetătorii au elaborat trei întrebări legate de atitudini pentru a evalua perspectivele participanților referitoare la sănătatea mintală, empatie și implicarea în comunitățile lor, drept componentă esențială a proiectului actual și a educației prin serviciu în folosul comunității. Elementele explorează atitudini esențiale precum confortul când vine vorba de căutarea de ajutor, respectul față de persoane indiferent de starea lor de sănătate mintală și convingerea că a-i ajuta pe ceilalți și a lucra împreună pot spori starea de bine colectivă. În plus, acestea explorează conștientizarea emoțională, precum capacitatea de a recunoaște atunci când cineva se confruntă cu dificultăți și responsabilitatea personală în a lua atitudine împotriva bullyingului sau excluziunii. Alte elemente reflectă autoreglarea și autocontrolul, inclusiv utilizarea unei comunicări pașnice și stabilirea de obiective pentru a sprijini sănătatea emoțională. Împreună, aceste întrebări conturează o perspectivă multidimensională asupra atitudinilor care sprijină sănătatea mintală, comportamentul pro-social și o mentalitate orientată spre comunitate.

Stigmatul față de sănătatea mintală a fost măsurat cu ajutorul a șapte elemente adaptate pe baza scării atitudinilor adolescenților față de bolile mintale grave (ATSMI-AV) dezvoltată de Watson, Miller și Lyons (2005). Fiecare enunț a fost notat pe o scară Likert cu 5 puncte de la 1 = *Nu sunt deloc de acord* până la 5 = *Sunt complet de acord*, scorurile mai mari reflectând un stigmat mai puternic. Printre exemplele de astfel de elemente se numără „Majoritatea oamenilor cu boli mintale se pot recupera dacă sunt ajutați”, „M-aș simți inconfortabil să stau lângă o persoană care are o problemă de sănătate mintală” și „Persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt periculoase, de obicei”.

Comportamentul bazat pe valori a fost măsurat cu ajutorul a trei scenarii scurte, cu mai multe opțiuni, care acoperă (1) includerea unui coleg care are o problemă de sănătate mintală, (2) modalități sănătoase de a face față stresului și (3) rezolvarea în mod respectuos a conflictelor. În fiecare scenariu, o opțiune a fost asociată cu valoarea dorită, a lua atitudine pentru un coleg exclus, a vorbi cu o persoană de încredere și, respectiv, a utiliza comunicarea non-violentă. Răspunsurile au fost notate cu 1 pentru opțiunea asociată cu valoarea și cu 0 pentru oricare altă opțiune, apoi au fost însumate la un total de 0-3, unde scorurile mai mari arată un sprijin mai solid pentru aceste valori adaptive și pro-sociale.



Căutarea de ajutor: Cele patru elemente evaluează intențiile de a căuta ajutor pentru preocupări legate de sănătatea mintală, inclusiv a vorbi cu prieteni, familia, un profesor și a ști unde să ceară ajutor (Whilson, et al., 2005)

Violența a fost măsurată utilizând instrumente referitoare la victimizarea în mediul școlar din studiul desfășurat de Benbenishty și Astor (2005). *Fizică* („Un elev te-a împins sau te-a îmbrâncit”), *verbală* („Te-a insultat”), *relațională* („Cineva a răspândit zvonuri despre tine în școală”) și *sexuală* („a făcut comentarii cu tentă sexuală”). Categoriile de frecvență indicate în tabelele anterioare („Nu s-a întâmplat în ultima lună / O dată sau de două ori / De trei sau mai multe ori” sau, în mod similar, „Niciodată / O dată sau de două ori / De mai multe ori”)

Bullyingul cibernetic a fost măsurat tot prin instrumente dezvoltate de Benbenishty și Astor (2005). Elemente precum „Cineva te-a luat peste picior, te-a deranjat sau te-a amenințat la telefon/pe internet”, „Cineva a răspândit zvonuri/bârfe (pe internet, prin e-mail, pe platformele sociale). Categoriile de frecvență raportate („Nu s-a întâmplat în ultima lună / O dată sau de două ori / De trei sau mai multe ori”)

Stresul psihologic a fost măsurat utilizând Scara Kessler de evaluare a stresului psihologic (K6+). Aceasta este o autoevaluare cu 6 elemente care măsoară stresul psihologic, menită să fie utilizată ca instrument rapid pentru a evalua riscul de boală mintală gravă la populația generală. La primul element critic, participanții trebuie să indice cât de des au avut șase sentimente sau experiențe diferite în ultimele 30 de zile utilizând o scară Likert cu 5 puncte: 4 (Tot timpul), 3 (Majoritatea timpului), 2 (Uneori), 1 (Puțin) și 0 (Niciodată).

Chestionarul KIDSCREEN (elemente N-10) a fost utilizat pentru a evalua sănătatea subiectivă și starea de bine psihologică, mintală și socială a copiilor și adolescenților (HRQoL). Participanții indică dacă au experimentat aceste sentimente, utilizând scara Likert cu 5 puncte, de la deloc (1) până la extrem de mult (5). Un punct forte al chestionarelor KIDSCREEN este că sunt desfășurate simultan în 13 țări europene, ceea ce permite comparații interculturale semnificative în ceea ce privește calitatea vieții legată de sănătate.

Etapa cantitativă a acestui studiu a utilizat o abordare structurată pentru a colecta date măsurabile privind experiențele elevilor și rezultatele de la clasa a 5-a până la clasa a 8-a. Utilizând o eșantionare intenționată s-au colectat date de la toate cele 10 școli implicate în proiect, iar cerințele au fost:

- Fiecare școală trebuie să aplice chestionarul cel puțin într-o clasă de la fiecare nivel (clasele V-VIII).
- Este esențial ca, la fiecare nivel, să fie reprezentați atât băieți, cât și fete.
- Numărul minim de elevi de inclus este 60 pentru școlile din zonele rurale și 90 pentru cele din zonele urbane, pentru a avea o repartizare egală.

Strategia de eșantionare și mărimea eșantionului

Aproximativ 20 de elevi au fost selectați din fiecare sală de clasă, culminând cu un total estimat de 928 de participanți (fete N=475 și băieți N=403). Selectarea școlilor a fost realizată luând în considerare școala în care sunt planificate intervențiile, în timp ce sălile de clasă au fost alese printr-o eșantionare bazată pe conveniență (Tabelul 2 prezintă datele demografice ale eșantionului de studiu din faza cantitativă).



TABELUL 2. CARACTERISTICILE DEMOGRAFICE ALE EȘANTIONULUI CANTITATIV DIN ROMÂNIA

GEN	NR.	%
Fete	475	51,4
Băieți	403	43,6
Preferă să nu declare	42	4,5
Altul	4	0,4
ZONĂ		
Urbană	408	44
Rurală	520	56
CLASA		
V	225	24,2
VI	207	22,3
VII	246	26,5
VIII	250	26,9
PERFORMANȚĂ ACADEMICĂ		
Insuficientă	31	3,3
Slabă	69	7,4
Bună	107	11,5
Foarte bună	211	22,7
Excelentă	503	54,2
EDUCAȚIA MAMEI		
Nicio educație formală	6	0,6
Învățământ primar	73	7,9
Liceu	390	42
Licență, masterat, doctorat	277	29,8
Nu o cunosc	163	17,6
Lipsă	9	1,0
EDUCAȚIA TATĂLUI		
Nicio educație formală	4	0,4
Învățământ primar	17	1,8
Liceu	515	55,5



Licență, masterat, doctorat	184	19,8
Nu o cunosc	195	21
Lipsă	13	1,4
ÎNCADRAREA ÎN MUNCĂ A MAMEI		
Da	671	72,3
Nu	237	25,5
Lipsă	20	2,2
ÎNCADRAREA ÎN MUNCĂ A TATĂLUI		
Da	815	87,8
Nu	76	8,2
Lipsă	37	4,0

Colectarea datelor

S-au colectat date utilizând coduri QR sau linkuri online către chestionare. Datele au fost colectate în timpul perioadei școlare normale pentru a asigura accesul ușor și perturbări minime. Într-o oră de dirigentie, elevii care aveau smartphone-uri au scanat un cod QR sau au făcut clic pe un link partajat pentru a deschide chestionarul. Când sondajul a fost aplicat într-un laborator de informatică în timpul orei de TIC, fiecare elev a accesat linkul de pe calculatorul alocat.

Odată ce sondajul a fost deschis, elevii au răspuns la el în mod independent. Dacă cineva a întâlnit termeni nefAMILIARI sau a avut nevoie de o clarificare, a ridicat mâna și profesorul i-a furnizat o explicație neutră, fără a-i sugera cum să răspundă. Imediat ce toate întrebările obligatorii au fost completate a apărut un mesaj de confirmare: „Te-ai descurcat excelent! Îți mulțumim pentru participare!”. În cazul în care orice întrebare a rămas necompletată sau răspunsul a fost dat într-un format incorect (de exemplu, doar două cifre pentru anul nașterii), elevii au fost atenționați să-și corecteze răspunsurile înainte de a le trimite.

Pentru a menține o atmosferă calmă, toată lumea a rămas așezată la locul său până când a terminat ultimul elev. Participarea a fost în întregime voluntară; aceasta nu a fost o evaluare notată, iar elevii au putut să nu participe sau să întrerupă completarea chestionarului în orice moment, fără consecințe.

Această metodă a facilitat distribuirea și colectarea eficientă ale răspunsurilor, încurajând rate de implicare mai mari în rândul participanților.

Etica și consimțământul

Consimțământul parental a fost esențial, iar formularele de consimțământ au fost distribuite și colectate cu 1-2 zile înaintea colectării datelor. Acest interval de timp le-a dat părinților posibilitatea amplă de a înțelege obiectivele și implicațiile studiului înainte de a-și acorda consimțământul pentru participarea copiilor lor.



Analize statistice (descriptive, inferențiale)

Datele colectate din chestionare au fost analizate utilizând un software statistic pentru a identifica tendințele, relațiile și tiparele din rândul variabilelor. Statisticile descriptive au furnizat o prezentare generală cuprinzătoare a caracteristicilor demografice ale participanților, precum și frecvențele legate de cunoștințele și înțelegerea sănătății mintale, a atitudinilor, a valorilor și a comportamentelor de căutare de ajutor, în timp ce statisticile inferențiale au evaluat diferențele dintre datele demografice și constructele psihologice.



4. REZULTATE

Rezultate din cercetarea calitativă

Principalele tematici care au apărut din cercetarea calitativă au fost: percepția (înțelegerea) sănătății mintale; strategiile de a face față în direcția sănătății mintale; bullyingul și excluziunea socială; mediul școlar; colaborarea între școală și familie; sprijinul din afara școlii, stigmatul și sursele de stres.

Percepțiile legate de sănătatea mintală

Unii elevi au încă doar o înțelegere limitată a „sănătății mintale”. Mulți doar au *auzit* termenul utilizat de profesori, pe platformele sociale sau pe YouTube și îl asociază în principal cu *probleme*, precum tristețe, furie, traume sau chiar atacuri de panică declanșate de presiunea academică. Câțiva o definesc într-un mod mai degrabă pozitiv („a fi împăcat cu tine însuși”, „a face ceea ce-ți place”). Stigmatul îi reține pe majoritatea să caute în mod deschis ajutor, deși unii relatează o mică schimbare: ei se duc acum mai des la psihologul școlar, utilizează chatboti de IA pentru a se simți ascultați și solicită spații mai ample și fără judecăți pentru a discuta despre sănătatea mintală. Așa cum au observat unii dintre participanți:

„Nu știu ce înseamnă. Am auzit profesorii vorbind despre asta (sănătate mintală); dirigintele nostru ne spune să nu ne înfuriem și să găsim modalități pentru a ne calma.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

„Majoritatea copiilor asociază sănătatea mintală cu idei precum *a fi împăcat cu tine însuși* sau *a face ceea ce-ți place și te ajută să crești*.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

„Conceptul de «stare de bine» a fost descris mai intuitiv: «a te simți fericit», «confortabil» și «în jurul unor oameni apropiați», «când ai un prieten», «când ești înțeles», «când poți simți bucurie pentru altcineva»” – FG Copii, Pârovaci, Iași (zonă rurală)

Similar, părinții și profesorii au descris sănătatea mintală în termeni de echilibru emoțional, stare de bine și capacitatea de a-ți gestiona emoțiile și gândurile. Ei au subliniat relaxarea, progresul și auto-acceptarea („felul în care copiii reușesc să se accepte pe ei înșiși – corpul lor, cine sunt”). Totuși, este important de accentuat că unii participanți au relatat unele convingeri care reduc la minimum problemele de sănătate mintală ale copiilor sau echivalează starea de bine doar cu succesul academic. Concepțiile greșite sunt numeroase:

„Copiii nu au probleme reale”, „Trebuie să le dăm totul pentru a-i face să fie fericiți”, „Notele mari aduc o stare de bine”. – FG Părinți Lupeni 11 aprilie 2025 (zonă urbană)

Pe de altă parte, consilierii școlari din discuția purtată în cadrul focus grupurilor au relatat că copiii și adolescenții dau dovadă de emoții și provocări psihologice frecvente care sunt legate de anxietate, bullying, presiuni familiale și probleme acasă. Consilierii școlari au observat: „Foarte mulți copii anxioși, foarte mulți copii cu atacuri de panică... este vizibil cu claritate atunci când intră în cabinet că nu este o problemă fizică reală, ci stres.” – FG Părți interesate



Similar, părțile interesate au identificat semnele timpurii ale problemelor de sănătate mintală legate de: izolare, agresivitate, tulburări ale somnului, abandonul școlar, lipsa de interes, lipsa de sensibilitate.

Atât educatorii, cât și părinții au recunoscut că copiii din ziua de azi sunt tot mai sensibili la ton și la autoritate și răspund mai bine la abordări flexibile și empaticе.

Strategii de a face față

Evitarea și retragerea ca mecanism zilnic de a face față

În toate notele din cadrul focus grupurilor, copiii au descris în mod repetat *retragerea* – fie emoțională, fie fizică – ori de câte ori apăreau sentimente negative sau situații sociale stresante. Evitarea a luat mai multe forme: a trece sub tăcere tristețea pentru „a nu mă simți mai rău”, distanțarea de colegii care puneau presiune pe ei sau îi manipulau și îndepărtarea sau plânsul în privat. Deși comportamentele arată diferit, ele au un scop comun: reducerea disconfortului emoțional imediat prin limitarea expunerii la conversații sau relații stresante.

„Nu vorbesc despre tristețea mea pentru că mă face să mă simt mai rău.” – FG 1 Copii, Lupeni (zonă urbană mică)

„De obicei nu vorbesc cu nimeni.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

„Uneori îi spun doar pisicii mele – oamenii s-ar putea să nu înțeleagă.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

Evitarea a fost raportată și de consilierii școlari ca modalitate de a face față pentru unii dintre copii.

„Copil care a ajuns în punctul de a nu veni deloc la școală, mama nu a mai știut ce să facă.” – FG Părți interesate

Unii copii au menționat că evită gândurile negative („Încerc să uit”) și distracția („Fa ceva ce-mi place”) – FG Copii, Pacovaci, Iași (zonă rurală)

Strategii pozitive și auto-dirijate de a face față

În toate grupurile, copiii descriu un set bogat de instrumente, în mare parte autoconceput pentru reglarea stresului și a emoțiilor. Printre strategiile obișnuite se numără:

- **Modalități creative sau senzoriale** – ascultă muzică la căști, desenează, scriu într-un jurnal, fredonează, dansează.
- **Activitate fizică și natură** – mers, ciclism, sporturi, pescuit, „a merge afară” pur și simplu sau „datul în leagăn”.
- **Mindfulness silențios** – închid ochii pentru a-și imagina scene plăcute, respiră conștient, își încheștează pumnii, iau pauze scurte și chiar apelează la un pui de somn recuperator.
- **Sprijin social și umor** – vorbesc cu prieteni apropiați, spun glume pentru a disipa furia și se bucură de sentimentul de apartenență pe care îl oferă prietenii.

„Îmi pun căștile și muzica mă calmează.” – FG 1 Copii, Lupeni



„În clasă închid ochii și-mi imaginez că sunt pe plajă.” – FG 3 Copii, Dej

„Desenez sau merg afară și mă dau pe leagăn când sunt stresat.” – FG 3 Copii, Dej

„Am învățat singur exerciții de respirație de pe internet.” – FG 1 Copii, Lupeni

„Pentru a se relaxa, copiii apelează la: telefon, plimbări pe jos (de preferință singuri), vorbesc cu oameni apropiați, curățenie, gătit, muzică” – FG Copii, Pâcovaci, Iași (zonă rurală)

Părinții și profesorii au discutat, de asemenea, despre diferite strategii de a face față pe care copiii și adolescenții le folosesc pentru a face față problemelor de sănătate mintală. Unele dintre acestea dezvoltă modalități funcționale de a face față, precum sport, activități de recreere sau plimbări pe jos, alții au nevoie de mai multă ghidare și sprijin în ceea ce privește gestionarea stresului. „Copiii învață tehnici de a se calma singuri atunci când sunt anxioși.” – FG Lupeni,

Bullyingul și excluziunea socială

Copiii, părinții și profesorii descriu în mod consecvent bullyingul ca o parte de rutină a vieții școlare de zi cu zi, extinzându-se de pe coridoare în conversațiile online și invers, modelând siguranța emoțională a copiilor. Participanții subliniază că:

- **Bullyingul este omniprezent și normalizat** – insultele verbale, bătaia de joc și excluderea de către colegi sunt descrise ca „obișnuite pe coridoarele școlii și în spațiile online”, unii copii considerând că „colegii de clasă care își bat joc de tine” sunt pur și simplu o parte din mediul școlar.
- **Agresivitatea online pare mai ușoară, dar cea față în față doare mai mult** – copiii observă că colegii „pot fi mai agresivi online.” Totuși, confruntările în persoană lasă „un impact emoțional mai puternic”, intensificând sentimentele de stres și izolare.
- **Destăinuirea poate declanșa victimizarea** – împărtășirea poveștilor personale devine adesea „combustibil” pentru ridiculare suplimentară, consolidând un climat în care copiii își protejează vulnerabilitățile.
- **Excluziunea socială agravează stresul emoțional** – marginalizarea („simți că nimeni nu te va accepta”) este experimentată nu doar temporar, ci ca o presiune psihologică susținută: „prea multă presiune asupra gândurilor tale... simți că ești în altă lume, mai rea.”
- **Compararea socială** este, de asemenea, ceva care a fost subliniat de profesori și părinți, care apare adesea atât în mediile școlare, cât și în mediile online (de exemplu, platforme sociale sau aplicații de mesagerie), unde copiii devin conștienți de ce au sau realizează ceilalți. „Sănătatea mintală este afectată de compararea constantă (de exemplu, corpul, statutul social).” – FG Părinți și profesori, Dej, România

Mediul școlar: Resurse și bariere

Sursele de emoții pozitive și stare de bine la școală

Deși elevii asociază în principal sănătatea mintală cu probleme, ei recunosc că există momente care îi fac „să se simtă bine sau foarte bine”. Aceste emoții pozitive apar atunci când:

- **Se bucură de relații bazate pe sprijin** – îi apreciază pe profesorii care pot fi abordați, în special pe cei tineri, și pe colegii care îi fac să se simtă acceptați.



- **Se implică în activități preferate** – subiecte precum educația fizică aprind entuziasmul și dau o senzație de stare de bine.

Profesorii – încredere limitată și limite clare

Elevii spun că comportamentul profesorilor are impact asupra întregii atmosfere din școală: câțiva educatori (de exemplu, profesorul de desen) par să fie abordabili, totuși majoritatea elevilor ezită să le împărtășească profesorilor problemele personale, percependu-i ca fiind neimplicați sau improbabil să ajute. Ca urmare, mulți aleg tăcerea sau se îndreaptă în schimb către părinți, consolidând o limită în relațiile elev-profesor.

„Unii profesori nu iau măsuri.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

„Mai bine taci și nu vorbești cu părinții.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

Lipsa unei persoane de încredere

Mulți copii ezită să se destăinuie oricui – prietenilor, profesorilor sau chiar consilierului școlar – pentru că se tem de judecată, expunere sau că vorbele lor vor ajunge la părinți. Absența unei persoane de încredere, a unui adult care nu judecă, îi lasă să poarte singuri sentimente intense.

„Când sunt foarte fericit sau foarte supărat, de obicei nu vorbesc cu nimeni.” – FG 1 Copii, Lupeni (zonă urbană mică)

„Mi-e teamă că consilierul școlar îi va spune mamei mele ce am vorbit.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

„Unii copii merg la un psiholog privat pentru că nu au încredere în cel de la școală.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

Elevii și-au exprimat neîncrederea în majoritatea profesorilor: „Ne-au spus că pe vremea lor așa ceva nu exista”, „nu suntem înțeleși”, „nu suntem crezuți”. – FG Copii, Pâcovaci, Iași (zonă rurală)

Psihologii școlari: doriți, dar invizibili

Elevii își imaginează o „persoană resursă” care observă stresul, se oferă să ajute „fără a fi intruziv” și „arată ca un prieten”. Ei vor informații clare despre unde să găsească acest psiholog, împreună cu vizite opționale în clasă, pentru ca elevii să poată alege să aibă conversații mai profunde. Totuși, mulți își amintesc că școala numai *o dată* a avut un psiholog sau simt că nu au niciun adult de încredere la care să apeleze, subliniind o prăpastie între nevoie și disponibilitate. Au existat două exemple extreme: într-o școală trimiterea la psihologi școlari trecea prin cancelarie, iar în altă școală elevii știau că există un psiholog școlar dar relatau că apelează rar la serviciile lui.

„Avem nevoie de cineva care să nu ne judece și să ne facă să ne simțim confortabil, ca un prieten.” – FG 1 Copii, Lupeni (zonă urbană mică)



Colaborarea între școală și familie

Profesorii și părinții au subliniat importanța colaborării între familii, școli și comunitate pentru sănătatea mintală a copiilor. Parteneriatele eficiente între profesori și părinți sunt esențiale, făcându-se apel la inițiative comune și la implicarea părinților în autoeducație.

„Sprijinul real vine din colaborarea între școală, familie și comunitate. Este nevoie de inițiative comune și ca părinții să-și asume responsabilitatea pentru autoeducație (de exemplu, participarea la webinare).” – FG Părinți și profesor, Lupeni

Similar, părțile interesate au subliniat necesitatea unei comunicări constante și semnificative între părinți, profesori și copii pentru a încuraja sănătatea mintală. Un participant a declarat că „Comunicarea între familie, școală și copil este esențială. Doar împreună poate copilul să fie sprijinit.” Ei au subliniat și bariere semnificative, inclusiv educația parentală insuficientă, constrângerile de timp și o lipsă de empatie sau de implicare din partea unor educatori. Așa cum a observat un participant, „Unii vin la școală ca la un simplu job, nu ca vocație.” Pentru a aborda aceste provocări, o soluție propusă a fost să se furnizeze formare pentru profesori care să vizeze cultivarea empatiei și punerea în aplicare a unor metode de predare mai adaptabile. Așa cum a exprimat cineva, „Nu mai suntem în comunism. Copilului nu ar trebui să-i fie teamă la fiecare oră.”

Sursele de sprijin din afara școlii

Atunci când sunt supărați, copiii se bazează cel mai des pe relațiile apropiate – părinți, bunici, frați și surori și, în special, pe prieteni de încredere al căror umor și prezență le ușurează stresul. Câțiva caută ajutor la un diriginte care „este și psiholog” și mulți cred că școlile ar trebui să observe și să abordeze în mod proactiv problemele elevilor, inclusiv problemele de familie pe care profesorii s-ar putea să nu le vadă.

„Când mă simt rău, vorbesc cu părinții sau bunicii mei.” – FG 1 Copii, Lupeni (zonă urbană mică)

„Uneori merg la diriginte pentru că este și psiholog.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

Părinții ca confidenți selectivi

Copiii menționează adesea părinții, în special mamele, ca fiind primii adulți la care *ar putea* apela, totuși mulți ezită să împărtășească o tristețe sau un stres mai profunde. Ei spun că le-ar plăcea ca părinții să observe și să fie abordați delicat atunci când se simt supărați, dar rar inițiază ei înșiși conversația. Teama de judecată sau de escaladare (de exemplu, implicarea școlii, a părinților sau chiar a poliției) limitează și mai mult deschiderea.

„Când mă simt rău, uneori vorbesc cu părinții sau frații mei.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

Mediul familial: Sprijin esențial, dar și o sursă semnificativă de stres

Copiii, părinții și profesorii sunt de acord că o familie poate fi atât un pilon de sprijin, cât și o sursă de presiune. În general, mediul de acasă formează în mod profund sănătatea mintală a copilului, oferind confort atunci când este înclinat spre sprijin, dar amplificând stresul atunci când relațiile sunt tensionate sau așteptările sunt ridicate.



- **Sprijin crucial, dar inconsecvent** – Deși sprijinul emoțional de acasă este considerat esențial, unii părinți admit că „nu știu cum să abordeze stările emoționale ale copiilor lor”, lăsând nevoile lor neîndeplinite.
- **Dinamică tensionată acasă** – Certurile frecvente sau un părinte care „vine acasă obosit și furios” amplifică stresul copiilor; presiunile din partea fraților și a familiei se adaugă stresului zilnic.
- **Așteptările academice de acasă** – A sta treaz după miezul nopții pentru a studia sau alte cerințe de performanță contribuie la oboseala și îngrijorarea cronice.
- **Neglijarea nevoilor emoționale** – Adolescenții au relatat că uneori comportamentele lor sunt înțelese greșit și că nevoile lor emoționale nu sunt luate în considerare, ceea ce poate conduce la acțiunea într-un mod care nu este aprobat de familia lor.
- **Lipsa monitorizării parentale** – este considerată unul dintre aspectele importante în ceea ce privește provocările legate de sănătatea mintală
- **Frații mai mici** sunt considerați, de asemenea, o presiune constantă pentru adolescenți

„Frații mai mici creează o presiune constantă.” FG Lupeni,

„Tata vine acasă obosit și furios, ridică vocea.” – FG 3 Copii, Dej

„Sprijinul emoțional este esențial, dar noi părinții nu știm întotdeauna.” – FG Părinți și profesori, Dej

„Familiiile utilizează o combinație de strategii axate pe problemă și strategii axate pe emoții pentru a gestiona stresul.” – FG Părinți și profesori, Lupeni,

„Părinții au nevoie în mod activ să stabilească și să aplice limite timpului în fața ecranelor.” – FG Dej, Ro

Relațiile cu colegii

Prietenii: Sprijin emoțional principal, dar ambivalent

Prietenii domină peisajul emoțional al elevilor – adesea prima (și unica) lor sursă de confort, umor și un sentiment de apartenență. A râde cu colegii apropiați ajută la diminuarea furiei și a stresului, încurajând mândria și conexiunea între elevi. Totuși, bazarea pe prieteni este selectivă: numai câțiva se confesează deschis despre tristețe sau anxietate și unii se simt iritați sau răniți de colegii care îi tachinează sau le răspund cu negativitate. Astfel, prietenii funcționează atât ca un amortizor esențial împotriva stresului, cât și ca un declanșator potențial al acestuia, în funcție de nivelul de încredere și de dinamica de moment.

„Prietenii te fac să simți că aparții, dar dacă încep zvonuri, este cel mai rău.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)



Presiunea colegilor și conformarea socială

În toate grupurile, elevii descriu o presiune intensă – online și offline – de a arăta, a se îmbrăca, a asculta muzică și a se comporta conform normelor colegilor. Bătăia de joc la adresa înălțimii, a hainelor sau a alegerilor de playlist afectează stima de sine; unii chiar adoptă comportamente riscante (de exemplu, fumat) pentru a se acomoda. Compararea continuă creează „prea multă presiune asupra gândurilor tale”, lăsându-i pe mulți simțindu-se excluși sau blocați în „altă lume, mai rea.”

„Dacă ești scund și alții îți bat joc de tine, începi să nu-ți placă de tine.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

„Vărul meu s-a comportat frumos până când a intrat într-un grup și a început să fumeze.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

„Unii se simt forțați să se comporte sau să arate într-un anumit fel din cauza prietenilor și colegilor.” – FG 1 Copii, Lupeni (zonă urbană mică)

„Dacă nu ai haine de marcă, ești exclus din grup”, „Dacă porți blugi mulați, fie ești curvă (dacă ești fată), fie ești homosexual (dacă ești băiat).” – FG Copii, Pâcovaci, Iași (zonă rurală)

Unii prezintă rezistență: „Nu-mi pasă ce cred alții”, „Dacă ne-am îmbrăca toți la fel, ce personalitate am mai avea?” – FG Copii, Pâcovaci, Iași (zonă rurală)

Profesorii și părinții au exprimat adesea preocupări referitoare la presiunea colegilor și la comportamentele agresive în rândul copiilor. Ei au observat cum copiii se simt adesea presăți să se conformeze unor norme de grup, chiar dacă comportamentele respective sunt dăunătoare. În plus, copiii sunt supuși adesea tachinării verbale, excluderii sau intimidării fizice atât în școală, cât și în medii comunitare.

Experiențe online

Bullyingul online și experiențele dăunătoare pe platformele sociale

Copiii descriu un mediu digital în care profilurile false, meme-urile editate și comentariile ostile sunt frecvente. Deși mulți băieți susțin că „nu au probleme” online, fetele relatează mai des insulte directe și utilizarea abuzivă a fotografiilor. Conflictele par mai grele emoțional în mediul offline, totuși anonimitatea și cultura comparării pe platformele sociale declanșează stres și îndoieli de sine, determinându-i pe unii să se retragă din conversații online.

„Bullyingul online este frecvent – oamenii pot fi mai agresivi online decât în viața reală.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

A fost menționat un caz recent de bullying online printr-un cont de mesagerie anonim; răspândește „ură” și bârfe. Impactul este considerabil: „Toată lumea vorbea despre asta”, „scriau și minciuni”, „Am fost furios, neputincios”. – FG Copii, Pâcovaci, Iași (zonă rurală)

Similar, profesorii, părinții și părțile interesate au relatat îngrijorări tot mai multe cu privire la bullyingul cibernetic în rândul copiilor și al adolescenților. Ei îl descriu ca fiind un



comportament dăunător care apare prin intermediul telefoanelor, al aplicațiilor de mesagerie și al platformelor sociale. S-a observat că bullyingul nu se mai oprește la poarta școlii; copiii sunt vizați tot mai mult în mediul online prin insulte, excluderea din conversații de grup, distribuirea de imagini private și răspândirea de zvonuri. Unii părinți recunosc că nu înțeleg pe deplin platformele digitale pe care le utilizează copiii lor, ceea ce face și mai provocatoare detectarea sau prevenirea unor astfel de incidente.

Dependența digitală

Atât profesorii, cât și părinții au exprimat frecvent îngrijorarea referitoare la dependența tot mai mare a copiilor lor de dispozitivele digitale, precum smartphone-uri, tablete și computere. Ei au descris dependența digitală ca o bazare excesivă pe ecrane pentru amuzament, interacțiune socială și reglare emoțională – adesea în detrimentul învățării, a activității fizice și a comunicării față în față.

„Petrec mult timp pe telefon, nu știu cum să-și gestioneze timpul”, a spus un părinte (FG Părinți și profesori, Dej)

Similar, participanții au subliniat utilizarea excesivă a tehnologiei ca factor semnificativ care contribuie la agitație, lipsa de atenție și retragerea socială în rândul copiilor. Un participant a observat că „Copiii devin agitați, nu pot fi atenți nici în clasă”. În plus, au fost exprimate îngrijorări cu privire la accesul necontrolat la internet și la jocuri, care a fost legat de influențe negative asupra comportamentului și de modelarea valorilor, părinții observând că „modelele lor sunt cele de pe internet... modele agresive”. Unii părinți au raportat că copiii lor își petrec tot timpul liber în fața ecranelor, în timp ce profesorii nu sunt adesea consultați în privința sănătății sau a educației digitale. Asistenții medicali și-au exprimat disponibilitate de a furniza sprijin educațional, menționând că „Suntem aici, avem materiale, dar nimeni nu ne invită să intrăm în clase. Nu mai putem intra nici în timpul «Săptămânii Școala Altfel».”

Sursele de informații și căutarea de ajutor despre sănătatea mintală

Copiii preiau cunoștințe fragmentate din mai mult canale: profesori, ore de educație civică și biologie, familie, medici, cărți, YouTube, TikTok, Instagram și chiar ChatGPT. Deși școala rămâne o sursă principală, mare parte a învățării are loc online, unde sfaturile utile se combină cu conținutul înșelător. Majoritatea elevilor discută încă rar despre sănătatea mintală cu prietenii, astfel că înțelegerea lor rămâne parțială și uneori sunt confuzi.

„Am auzit profesorii vorbind despre el; dirigintele nostru ne spune să nu ne înfuriem și să găsim modalități pentru a ne calma.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

„Sursele de informații variază: unii au auzit de ea la școală, de la medici, în familie, în cărți sau pe YouTube.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

Printre factorii de protecție identificați de părinți și profesori se numără legăturile de familie puternice, relațiile cu adulți de încredere, mediile școlare bazate pe sprijin și accesul la servicii psihosociale, toate esențiale pentru încurajarea rezilienței. Părinții și profesorii au subliniat activitățile de apropiere (bonding) ca fiind esențiale.

„Îmbrățișările, afecțiunea și încurajarea sinceră sunt considerate resurse de sprijin solide.” – FG Părinți și profesori, Lupeni



Copiii răspund bine la empatie. O mamă care joacă Minecraft cu fiul ei folosește această activitate pentru a se conecta și a stabili limite: „Mă joc Minecraft cu el. Vorbim altă limbă.” – FG Părinți și profesori, Dej

„Relațiile bazate pe sprijin și abilitățile de a face față ajută la atenuarea stresului.” – FG Părinți și profesori, Lupeni

Similar, profesorii și părinții au evidențiat importanța sprijinului din alte rețele, inclusiv profesori, psihologi școlari și colegi.

„Programele comunitare și grupurile de colegi pot oferi ajutor suplimentar.” – FG Părinți și profesori, Lupeni

O parte interesată a menționat că absența unei rețele de sprijin funcționale îi face pe copii să fie nesiguri cu privire la pe cine să abordeze pentru ajutor.

Un participant a observat că „Numărul consilierilor este prea mic, iar părinții fie nu cunosc, fie nu acceptă problemele.” Deși unii copii găsesc încredere în consilierii școlari, ei pot să nu aibă aceeași încredere în profesori sau în părinți. Un participant a subliniat că „Profesorul poate fi esențial dacă este deschis, empatic. Dacă nu, copilul se închide.” În plus, este important de observat că mulți copii refuză sprijinul chiar și atunci când este accesibil, adesea din cauza unei lipse de încredere sau sentimentelor de copleșire de către presiunile din partea colegilor sau a familiei.

Sursele de stigmat

Teama de judecată îi face pe mulți copii să nu vorbească despre sănătatea mintală sau subiecte sensibile. În comunitățile restrânse, îngrijorările că vestea „se va răspândi peste tot” împiedică destăinuirea; la școală, colegii își bat joc sau îi exclud pe cei care caută ajutor. Acest climat consideră într-o anumită măsură consilierea ca fiind rușinoasă, unii elevi rămânând reticenți la ideea de a aborda un psiholog sau chiar proprii prieteni.

„Râd de tine, te exclud, îți dau porecle.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

Experiențele trecute negative le-au afectat încrederea: „Am spus ceva și ei au râs de mine”, „M-am simțit trist, dezamăgit, inutil.” – FG Copii, Pâcovaci, Iași (zonă rurală)

Deși există un consilier de încredere, majoritatea elevilor consideră că vocea lor nu contează în școală: „Nu ni se cere opinia”, „Nu suntem auziți.” – FG Copii, Pâcovaci, Iași (zonă rurală)

Profesorii au subliniat, de asemenea, că vulnerabilitățile sănătății mintale sunt stigmatizate și că discuțiile despre sănătatea mintală sunt tabu. Profesorii se luptă să inițieze conversații, ceea ce întârzie o intervenție timpurie.

„Teama de a fi judecat («oh, tu ești cel fără mamă»).” – FG Părinți și profesori, Dej

„Majoritatea părinților nu vor să o admită, poate primesc semnale de la școală, dar nu le acceptă.” – FG Părinți și profesori, Lupeni

Focus grupul cu părți interesate a reflectat problema continuă a stigmatizării sănătății mintale. Participanții au observat că există o preconcepție prevalentă potrivit căreia a căuta consiliere este un semn ne a fi „nebun”, mulți părinți având această perspectivă. Acest stigmat are adesea ca rezultat faptul că părinții refuză să le permită copiilor să se implice în activități de sprijin psihologic sau emoțional. În plus, în școli există o lipsă semnificativă de informații



despre sănătatea mintală. Un participant a scos în evidență că „Sănătatea mintală nu este discutată la școală, nici chiar în ora de dirigenție; deși avem materiale, nimeni nu ne invită să mergem în clase.” Pentru a aborda aceste preocupări, participanții au sugerat ca sănătatea și educația privind starea de bine să fie inclusă ca subiecte școlare formale, completate cu activități concrete și resurse adaptate.

Sursele de stres

Stresul începe la școală – teama de note proaste, teste surpriză, multe teme, profesori nerăbdători care țipă sau întrerup elevii și bătaia de joc din partea colegilor – și îi urmărește apoi pe copii acasă, unde părinți oboseți sau iritabili adaugă presiune. Neînțelegerea în familie, presiunile din partea fraților, bârfele, acuzațiile false, telefoanele sparte, spamul pe WhatsApp și nopțile de studiu lungi drenează energia și diminuează somnul. Aceste cerințe care se suprapun îi fac pe unii elevi „să tremure efectiv de frică”, în timp ce alții se retrag, plâng, vorbesc urât sau chiulesc cu totul de la ore.

„Profesorii anunță notele cu voce tare și colegii râd – inima îmi bate tare.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

„Pur și simplu tremuram de frică înainte de ora de chimie.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

Unii au menționat că profesorii le reamintesc constant de examen, ceea ce le sporește anxietatea:

„Mă simt trist, agitat”, „Simt că aș lovi pe cineva”, „Simt că nu sunt suficient de bun”, „Mă compar cu alții”. – FG Copii, Pâncovaci, Iași (zonă rurală)

„Unii copii stau până la miezul nopții sau ora 1 pentru a studia – apoi sunt epuizați a doua zi.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

„Un coleg de clasă mi-a spart telefonul; m-a stresat foarte tare.” – FG 1 Copii, Lupeni (zonă rurală mică)

„Când mai mulți oameni se ceartă și îmi aud numele, mă simt anxios.” – FG 3 Copii, Dej (zonă urbană)

Atât profesorii, cât și părinții au împărtășit o înțelegere similară a surselor de stres. Ei au identificat mai mulți declanșatori-cheie care au efect negativ asupra stării de bine și sănătății mintale, inclusiv tensiunile din familie, așteptările nerealiste în privința performanței academice, presiunile din partea colegilor, expunerea la violență, problema somnului și oboseala, compararea socială și bullyingul cibernetic.

„Sunt foarte oboseți pentru că se culcă foarte târziu din cauza telefonului.” – FG Părinți, Lupeni, 11 aprilie 2025 (zonă urbană mică)

„Oboseala cauzată de statul pe telefon noaptea; „Sunt foarte oboseți...” – FG Părinți și profesori, Dej, 14 aprilie (zonă urbană)

Mulți observă că „școala este o sursă principală de stres, în special atunci când copii au multe teme sau se simt presați să ia note mari.” – FG Părinți și profesori, Dej, 14 aprilie, zonă urbană



„Elevii simt că școala este ca o „închisoare”... presiune pentru clasele superioare. Notele pot fi un factor de stres cât timp părinții îi presează să ia întotdeauna 10.” – FG Părinți și profesori, Dej, 14 aprilie (zonă urbană)

În tabelul 3, este prezentată o analiză comparativă a tematicilor în rândul celor trei grupuri țintă.

TABELUL 3: TEMATICI COMPARATIVE ÎN RÂNDUL CELOR TREI GRUPURI ȚINTĂ

TEMATICA PRINCIPALĂ	COPII	PROFESORI ȘI PĂRINȚI	PĂRȚI INTERESATE
Percepțiile legate de sănătatea mintală	Înțelegere limitată; adesea o conexiune cu probleme; puține perspective pozitive; stigmatul limitează căutarea de ajutor	O definesc ca echilibru emoțional și auto-acceptare; unii reduc la minimum problemele sau asociază starea de bine cu notele	Observă concepțiile greșite; identifică semnele timpurii (izolare, agresivitate, probleme de somn, neimplicare)
Strategii de a face față	Evitare frecventă; metode autodidacte (muzică, desen, activitate fizică, mindfulness, umor cu colegii); reticență în a căuta ajutor	Observă evitarea; încurajează sportul, timpul liber, tehnici de gestionare a stresului; observă nevoia de mai multă ghidare	Sprijină programe care predau abilități de a face față; sprijină formarea profesorilor/părinților
Bullyingul și excluziunea socială	Bullyingul de rutină online/offline; compararea socială intensifică stresul; destăinuire selectivă	Recunosc bullyingul persuasiv și presiunea din partea colegilor; îngrijorare cu privire la intervenția insuficientă	Politici recomandate de combatere a bullyingului, medii sigure, inițiative de cetățenie digitală
Mediul școlar	Încredere limitată în profesori; doresc consilieri vizibili și abordabili; nesiguri în privința locului în care pot găsi sprijin	Recunosc nevoia unor adulți abordabili; implicare combinată; puțini consilieri și formare/timp limitat(ă)	Identifică personalul de consiliere insuficient; căi de trimitere neclare; apel la consolidarea capacităților și sprijin din partea politicilor
Colaborare	Se sprijină pe familie/prieteni, dar ezită să inițieze; apreciază comunicarea care oferă sprijin atunci când este disponibilă	Accentuează parteneriatele între școală, familie și comunitate; fac apel la inițiative comune și auto-educația părinților	Subliniază comunicarea continuă; propun parteneriate structurate și formarea profesorilor în ceea ce privește empatia



Sprijin în afara școlii	Se bazează pe membrii de familie apropiați, prieteni; ocazional profesioniști externi când sunt de încredere; utilizarea silențioasă a unor instrumente digitale	Încurajează implicarea familiei; observă o eficacitate variabilă; sprijinul colegilor este văzut ca fiind esențial, dar uneori riscant	Susțin rețele comunitare mai largi; creșterea serviciilor disponibile; integrarea profesioniștilor din domeniul sănătății în școli
Informarea și căutarea de ajutor	Cunoștințe fragmentate din partea școlii și online; înțelegere parțială; discuții rare cu colegii	Furnizează informații prin intermediul claselor/atelierelor; alfabetizarea digitală a părinților variază; subliniază factori de protecție	Recomandă o programă formală privind sănătatea mintală; dezvoltarea de resurse de încredere; monitorizarea informațiilor greșite
Stigmatul	Teama de judecată împiedică destăinuire; elevii ar merge la consilier, dar se simt neînțeleși sau judecați	Recunosc stigmatul și discuțiile tabu; întârzierea intervențiilor atunci când părinții/profesorii evită să accepte problemele	Identifică stigmatul cultural; propun campanii de sensibilizare; integrează sănătatea mintală în discursul normal
Sursele de stres	Presiune academică, bătaie de joc din partea colegilor, așteptări din partea familiei, distracții digitale, diminuarea somnului; stres emoțional	Observă oboseala și anxietatea copiilor din cauza temelor, așteptărilor, tensiunilor din familie, utilizării excesive a instrumentelor digitale	Subliniază factorii de stres sistemici (cerințe academice ridicate, servicii psihosociale limitate); recomandă programe holistice

Asemănări și diferențe între grupurile țintă

Asemănări: Toate grupurile recunosc că sănătatea mintală este adesea înțeleasă greșit și stigmatizată și sunt de acord că relațiile bazate pe sprijin sunt importante pentru a încuraja starea de bine. Copiii, profesorii/părinții și părțile interesate observă fiecare că resursele de consiliere limitate și modalitățile de sprijin neclare îngreunează căutarea de ajutor. Există un consens potrivit căruia presiunea academică, bullyingul (online și offline), dinamica din familie și distracțiile digitale contribuie considerabil la stres. Fiecare grup recunoaște că încrederea, empatia și comunicarea deschisă sunt de bază pentru sprijinul eficient și consideră că predarea abilităților de a face față are valoare, indiferent dacă este autodidactă sau ghidată prin programe pentru adulți.

Diferențe: Copiii vorbesc din experiența lor personală, subliniind o înțelegere fragmentată, o reticență în a căuta ajutor și se bazează pe canale auto-dirijate sau pe colegi. Profesorii și părinții își combină observațiile cu unele concepții greșite, înțelegând echilibrul emoțional, dar adesea punând semnul egal între starea de bine și succesul academic; ei își observă propriile constrângeri (timp, formare) asupra răspunsului lor. În plus, deși copiii admit adesea că nu au niciun adult cu care să vorbească la școală, profesorii spun că ei caută și primesc sprijin din partea



profesorilor. Părțile interesate privesc problemele la nivel de sistem, concentrându-se asupra măsurilor politice: creșterea numărului de consilieri, formalizarea educației privind sănătatea mintală, clarificarea mecanismelor de trimitere și reducerea factorilor de stres structurali. În timp ce copiii descriu felul în care resimt aceste dinamici în viața de zi cu zi, adulții observă tipare și părțile interesate prioritizează soluții structurale. Asemănările și diferențele sunt prezentate în tabelul 4.

TABELUL 4. ASEMĂNĂRI ȘI DIFERENȚE ÎNTRE PRINCIPALELE TEMATICI

ASPECT	ASEMĂNĂRI	DIFERENȚE
Înțelegere	Toți sunt de acord că sănătatea mintală este înțeleasă greșit și stigmatizată; relațiile bazate pe sprijin contează	Copiii privesc experiențial și ezitant; părinții/profesorii înțeleg în sens larg, dar au unele concepții greșite; părțile interesate se concentrează asupra factorilor sistemici
Resurse	Consens cu privire la personalul de consiliere limitat și nevoia de sprijin	Copiii simt lipsa în mod direct; profesorii/părinții observă constrângeri legate de timp/formare; părțile interesate vizează politici și consolidarea capacităților
Factori de stres	Acord că presiunea academică, bullyingul, dinamica din familie și problemele din mediul digital cauzează stres	Copiii descriu impactul personal; adulții observă tipare; părțile interesate abordează intervenții structurale

Rezultatele din etapa cantitativă a studiului

Această secțiune prezintă principalele rezultate din etapa cantitativă a studiului, care a inclus întrebări despre cunoștințele, atitudinile, stigmatul și valorile legate de sănătatea mintală. În plus, au fost măsurate și comportamentele de căutare a ajutorului, experiențele de violență și bullyingul cibernetic, precum și stresul psihologic.

Cunoștințele despre sănătatea mintală

Figura 1 prezintă răspunsurile corecte referitoare la cunoștințele copiilor despre sănătatea mintală. În următoarea secțiune, sunt elaborate dimensiuni specifice ale acestor cunoștințe.

Alfabetizarea în ceea ce privește sănătatea mintală și auto-conștientizarea

Copiii dau dovadă de o înțelegere variabilă a sănătății mintale: aproape nouă din zece (88,5%) o definesc „Cum ne gândim la provocările vieții și cum le simțim și le gestionăm”, indicând că majoritatea privesc sănătatea mintală mai degrabă în termeni funcționali și adaptivi, decât ca fiind absența problemelor. Numai un mic procent asociază sănătatea mintală cu „a nu avea nicio problemă” (5,3%), „doar despre a fi fericit” (4,8%) sau consideră că se aplică „doar



adultilor” (1,4%). Similar, atunci când au fost întrebați despre cauzele principale ale problemelor de sănătate mintală, 84,8% au identificat corect „un motiv profund în spatele provocărilor emoționale”, în timp ce mai puțin de unul din zece atribuie problemele unor factori triviali. Auto-conștientizarea este, de asemenea, bine înțeleasă: 81,1% selectează „a-ți cunoaște sentimentele, punctele forte și nevoile”. Cu toate acestea, un subgrup moderat confundă auto-conștientizarea cu concentrarea continuă asupra altora (7,9%) sau o interpretează greșit ca ascunderea ori ignorarea emoțiilor (aproximativ 11% combinate).

Abilitățile de reglare emoțională și de comunicare

Atunci când sunt întrebați direct despre reglarea emoțiilor, două treimi (67,1%) aleg „controlarea și gestionarea emoțiilor în moduri sănătoase”, dar o treime sprijină strategiile fals adaptive, precum „a pretinde că totul este bine” (13,9%), „ignorarea emoțiilor” (9,7%), sau „a lăsa furia să explodeze liber” (9,3%). Acest lucru indică faptul că, în timp ce mulți apreciază reglarea adaptivă, o proporție considerabilă se bazează pe evitare sau pe exprimarea necontrolată. În paralel, comunicarea non-violentă este identificată corect de 87,6% ca „a vorbi calm și a asculta cu respect”, deși proporții mici o confundă cu tăcerea în condiții de stres (6,8%) sau cu tactici agresive (4,0%).

Dinamica relațională și comportamentul de căutare de ajutor

Copiii recunosc, în general, conceptele relaționale esențiale, dar adesea confundă semnalele de alertă cu caracteristicile sănătoase. De exemplu, 67,2% identifică corect „a te simți presat sau controlat” drept un semnal de alarmă timpuriu al unei relații nesănătoase, dar 32,8% selectează greșit indicatori pozitivi (precum „respectarea reciprocă a sentimentelor” sau „a avea încredere unul în altul”). În contextul unui abuz emoțional, 82,8% știu „să caute ajutor vorbind cu un adult de încredere sau apelând la un serviciu de sprijin”, dar aproximativ 17% încă înclină spre păstrarea tăcerii („a ține secret”, „a ignora”) sau spre autoînvinovărire. Prietenia pașnică este bine definită de 86,5% ca „O prietenie bazată pe încredere, respect și grijă”, deși aproape 10% consideră că prietenia înseamnă să fii de acord în privința a tot, revelând o concepție greșită și rigidă.

Stigmatul și bunăstarea digitală

Puțin peste o jumătate dintre elevi (52,8%) definesc corect stigmatul ca fiind „convingeri care rănesc persoanele care au probleme de sănătate mintală”, dar mulți confundă stigmatul cu comportamentele de combatere a stigmatului: 20,2% cred că stigmat înseamnă „a arăta blândețe față de toată lumea” și 19,2% consideră că înseamnă „a vorbi deschis despre emoții”. În domeniul digital, 67,5% recunosc că platformele sociale pot afecta sănătatea mintală prin „stres, presiune și comparare”, dar aproximativ o treime se concentrează asupra beneficiilor potențiale sau aspectelor neutre (de exemplu, „a ajuta oamenii să-și regleze mai bine emoțiile” sau „a face pe toată lumea să se simtă în siguranță”), sugerând fie o părținare pozitivă, fie o interpretare greșită a întrebării axate pe caracterul dăunător.

Implicarea civică și învățarea în comunitate

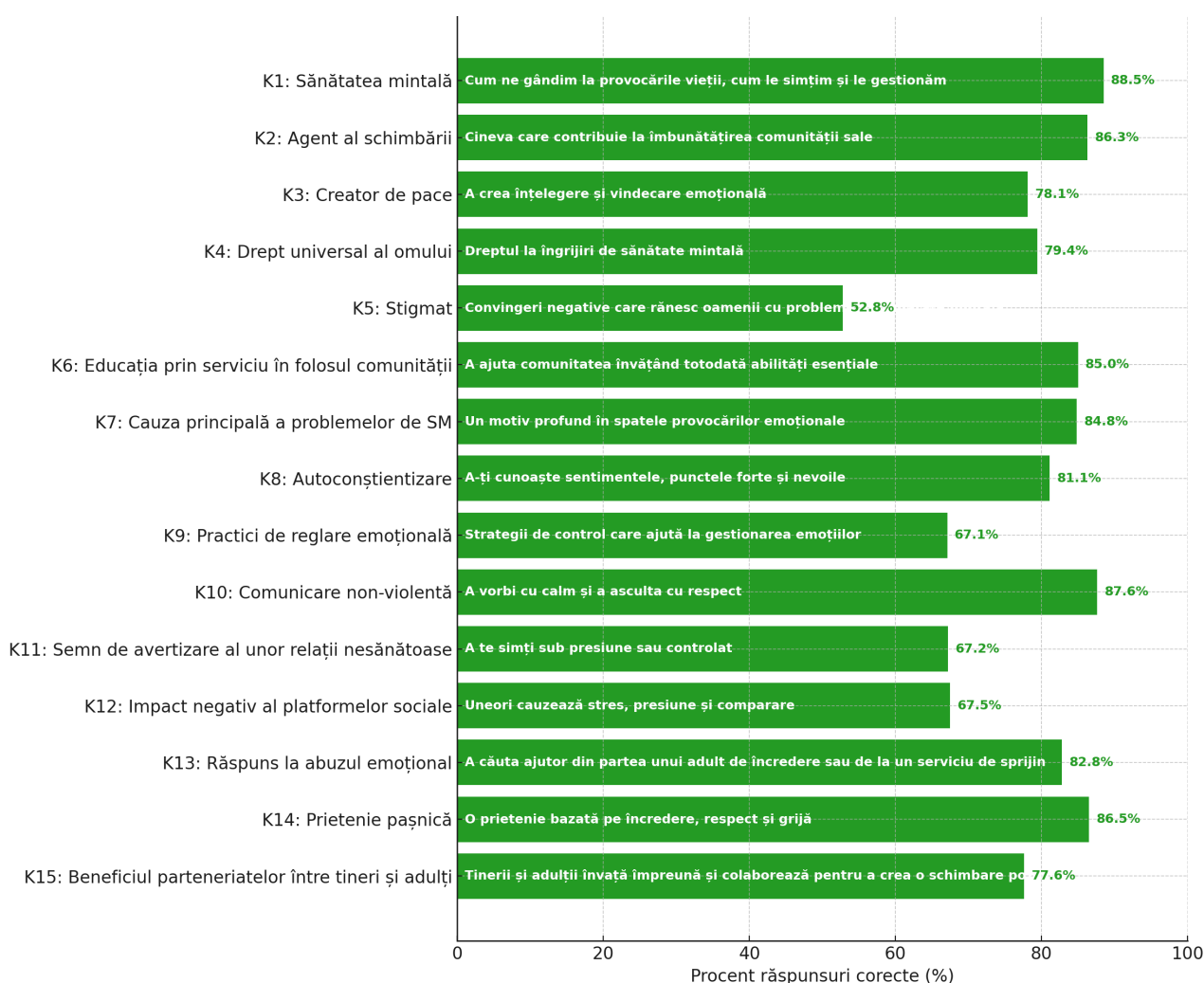
Răspunsurile arată o înțelegere puternică a conceptelor civice: 86,3% identifică corect un „agent al schimbării” ca fiind cineva care contribuie la îmbunătățirea comunității lor; 85,0% înțeleg educația prin serviciu în folosul comunității ca „a ajuta comunitatea învățând totodată abilități esențiale”, iar 77,6% consideră parteneriatele dintre tineri și adulți ca fiind colaborative, în care „tinerii și adulții învață împreună și colaborează pentru a crea o schimbare pozitivă”. Cu toate acestea, aproximativ 10,8% privesc parteneriatele în mod ierarhic („adulții iau toate deciziile”), indicând că unii au o perspectivă mai descendentă.



Valori, consolidarea păcii și drepturi

Participanții adoptă în mare măsură valori incluzive axate pe vindecare: 78,1% definesc consolidarea păcii orientată către sănătatea mintală ca fiind „a lucra pentru a crea înțelegere și vindecare emoțională”, iar 79,4% recunosc „dreptul la îngrijirea sănătății mintale” ca un drept universal al omului. Totuși, unii înțeleg greșit consolidarea păcii ca fiind „ignorarea problemelor” (8,8%) sau „a riposta atunci când cineva este rău” (8,5%), iar o minoritate interpretează greșit drepturile, înțegându-le ca „a câștiga o dispută” sau „a nu te simți trist niciodată”.

FIGURA 1: CUNOȘTINȚELE DESPRE SĂNĂTATEA MINTALĂ: RĂSPUNSURI CORECTE



Atitudinile față de sănătatea mintală

Figura 2 prezintă atitudinile copiilor față de sănătatea mintală. În următoarea secțiune sunt elaborate dimensiunile specifice ale atitudinilor, inclusiv valorile principale, comportamentele pro-sociale, colaborarea cu comunitatea și comportamentele de căutare de ajutor.



Valori principale puternic susținute

Participanții prezintă un consens ridicat în privința atitudinilor fundamentale: 78,5% sunt de acord că toată lumea merită respect și demnitate indiferent de statutul sănătății mintale (Q2), iar 72,4% sunt de acord că este important să se ia atitudine pentru cei care sunt excluși sau hărțuiți (Q6). Aceste rezultate indică o bază valorică solidă pentru inițiativele de combatere a stigmatului și a politicilor de advocacy.

Comportamentul pro-social și beneficiul reciproc

Majoritatea elevilor recunosc că, ajutându-i pe ceilalți, își sprijină propria stare de bine: 58,4% sunt de acord (Q4) și 64,1% sunt de acord cu un element repetat similar (Q5). Totuși, aproximativ o pătrime rămân neutri și în jur de 10-12% nu sunt de acord. Această situație sugerează că, în timp ce mulți înțeleg beneficiul reciproc al unei acțiuni pro-sociale, o minoritate substanțială încă nu l-a experimentat sau internalizat.

Colaborarea cu comunitatea și autocontrolul

În jur de 58,9% sunt de acord că a lucra împreună ca o comunitate sporește starea de bine (Q3), iar 55,9% se simt încrezători că pot determina schimbări pozitive în comunitatea lor (Q7). Totuși, aproximativ 30% sunt neutri și 10-12% nu sunt de acord. Această ambivalență sugerează că mulți participanți observă potențial în acțiunea colectivă, dar nu au încrederea și experiența necesare pentru a o adopta pe deplin.

Disponibilitatea abilităților: Căutarea de ajutor, comunicare și planificare

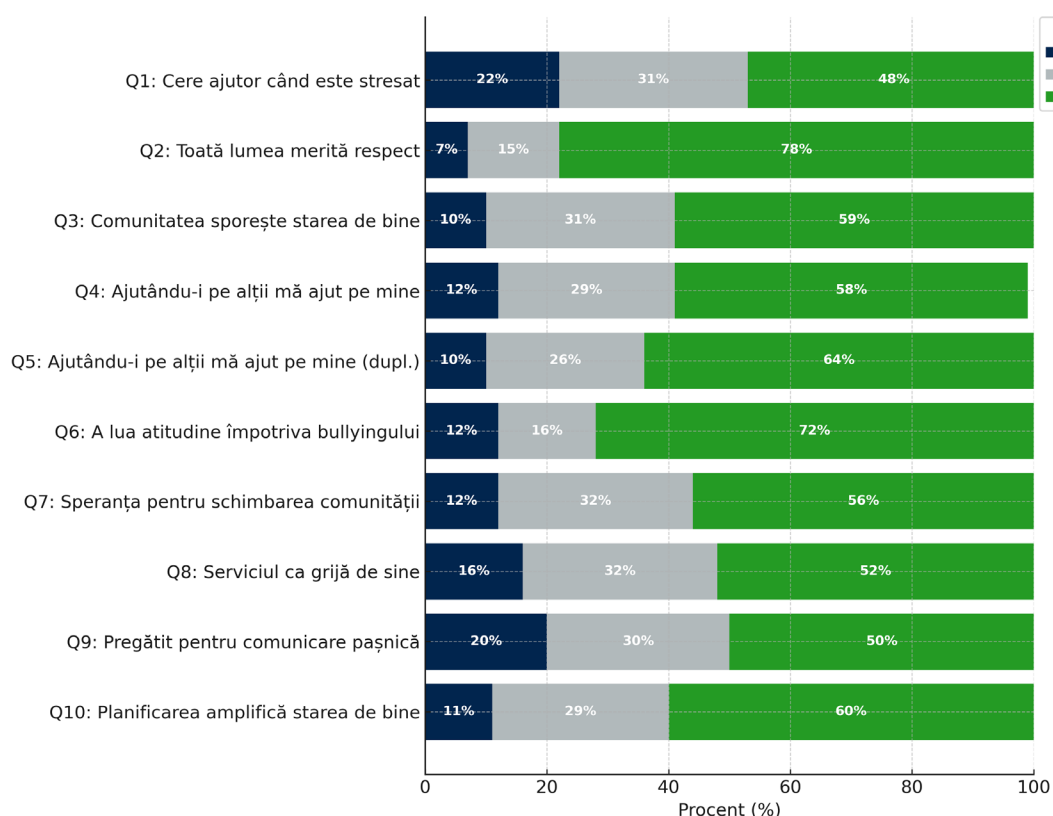
- **Confortul în a căuta ajutor (Q1):** Numai 47,8% sunt de acord că se simt confortabil să ceară ajutor atunci când sunt stresați sau triști; 21,5% nu sunt de acord, iar 30,7% sunt neutri. Acest lucru indică faptul că mai mult de jumătate dintre participanți fie nu au încredere, fie nu se simt siguri să ceară susținere.
- **Comunicarea pașnică (Q9):** Aproximativ 49,8% sunt de acord că se simt pregătiți să utilizeze comunicarea pașnică în conflicte, în timp ce 20,1% nu sunt de acord, iar 30,2% rămân neutri. Acest lucru reflectă o discrepanță între recunoașterea importanței comunicării non-violente și a se simți pregătiți să o aplice.
- **Planificarea și stabilirea de obiective (Q10):** 59,8% sunt de acord că planificarea și stabilirea de obiective le ajută starea de bine emoțională; 28,9% sunt neutri, iar 11,3% nu sunt de acord. În timp ce o majoritate apreciază stabilirea de obiective, aproape 30% sunt indeciși.

Serviciul în folosul comunității ca grijă de sine (Q8)

Aproximativ 51,7% sunt de acord că serviciul în folosul altora este o modalitate de a avea grijă de propria stare de bine, dar 32,5% sunt neutri, iar 15,7% nu sunt de acord. Acest lucru sugerează că mulți nu au făcut o legătură directă între activitățile de serviciu în folosul comunității și starea de bine personală.



FIGURA 2: ATITUDINILE FAȚĂ DE SĂNĂTATEA MINTALĂ



Valori în direcția sănătății mintale

Figura 3 prezintă răspunsurile referitoare la valorile copiilor în direcția sănătății mintale. În secțiunea următoare sunt elaborate dimensiuni specifice ale valorilor, inclusiv comportamentele de spectator, practicile de a face față stresului și comunicarea și gestionarea conflictelor.

Comportamentul de spectator și incluziunea (V1):

Când au fost întrebați cum ar răspunde în momentul în care observă că cineva este exclus – de exemplu din cauza unei probleme de sănătate mintală – aproape trei pătrimi dintre participanți (73,4%) indică faptul că ar ajuta în mod activ la includerea persoanei respective și că ar lua atitudine pentru ea. Această majoritate puternică reflectă o normă pro-socială predominantă și se aliniază la constatările anterioare despre importanța luării unei atitudini pentru colegii excluși. Totuși, aproximativ unul dintre patru respondenți nu ar interveni în mod pozitiv: 13,1% ar sta pe margine fără să facă nimic, 8,5% ar ignora pur și simplu situația, iar 5,0% chiar ar susține excluderea persoanei.

Practici de a face față stresului (V2):

În ceea ce privește răspunsul la stres, 42,1% dintre participanți relatează că, de obicei, vorbesc cu un prieten sau cu un adult de încredere atunci când se simt stresați, indicând, pentru mulți, o înclinare sănătoasă către a căuta ajutor. Totuși, o proporție mai mare (52,5%) tind către internalizare: 33,9% „țin totul în interior”, iar 18,6% „își ascund sentimentele”. O mică proporție (5,3%) îi învinovătesc pe alții. Faptul că peste jumătate se bazează în principal pe

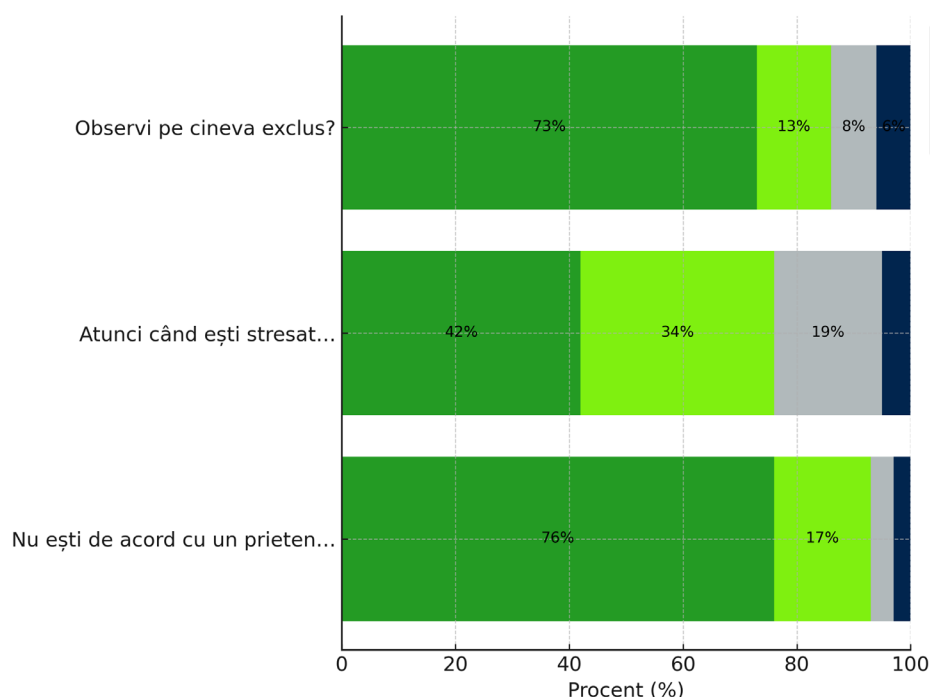


evitare sau suprimare sugerează o discrepanță între recunoașterea valorii sprijinului și practicarea efectivă a destăinuirii emoționale.

Gestionarea conflictelor și comunicarea (V3):

Când se confruntă cu un dezacord cu un prieten, o majoritate clară (75,5%) aleg să utilizeze comunicarea non-violentă și să asculte cu respect, reflectând o puternică înțelegere teoretică a rezolvării constructive a conflictelor. Cu toate acestea, aproximativ unul din șase (17,0%) ar pleca fără să vorbească, 5,6% ar țipa și s-ar înfuria, iar 1,8% ar posta online despre subiect. Deși aceste abordări mai puțin constructive reprezintă o proporție mai mică de răspunsuri, subliniază că a cunoaște abordarea „potrivită” nu se traduce întotdeauna în încredere sau într-o practică consecventă.

FIGURA 3: VALORI DESPRE SĂNĂTATEA MINTALĂ



Stigmatul la adresa problemelor de sănătate mintală

Suținerea puternică a respectului pentru persoanele cu provocări legate de sănătatea mintală:

Peste 80% sunt de acord că persoanele care se confruntă cu provocări legate de sănătatea mintală merită același respect ca oricine altcineva. Acest consens covârșitor reprezintă o bază solidă: intervențiile pot să se bazeze pe această valoare comună pentru a promova incluziunea, a reduce stigmatul și a încuraja comportamentele de sprijin (a se vedea figura 4 pentru mai multe detalii).



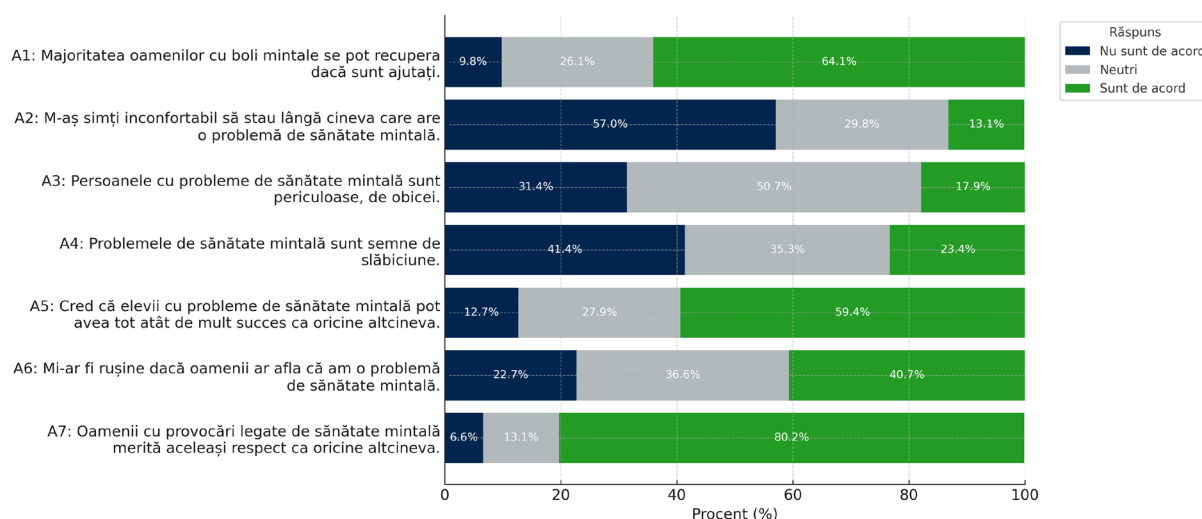
Optimismul față de recuperare și succesul egal:

Aproximativ 64% consideră că majoritatea oamenilor cu boli mintale se pot recupera dacă sunt ajutați, deși aproximativ 26% rămân neutri, iar 10% nu sunt de acord. Similar, aproape 60% sunt de acord că elevii cu probleme de sănătate mintală pot avea la fel de mult succes ca alții, aproximativ 28% fiind neutri și 13% nefiind de acord. Deși o majoritate este optimistă, grupul neutru destul de mare arată incertitudine.

Stereotipurile persistente și stigmatul personal

- **Periculozitate:** Jumătate dintre respondenți sunt neutri în privința faptului că persoanele cu probleme de sănătate mintală sunt periculoase; aproximativ 31% resping în mod activ acest stereotip, dar 18% sunt de acord într-o anumită măsură.
- **Vulnerabilitate:** În jur de 41% sunt de acord că problemele de sănătate mintală sunt un semn de vulnerabilitate, însă 23% sunt de acord, iar 35% sunt neutri.
- **Rușinea (autostigmatizarea):** Aproximativ 41% sunt de acord că s-ar simți rușinați dacă oamenii ar ști că au o problemă de sănătate mintală, în timp ce 37% sunt neutri și 23% nu sunt de acord că s-ar simți rușinați.

FIGURA 4: STIGMATUL ASOCIAT CU SĂNĂTATEA MINTALĂ



Comportamente de căutare de ajutor

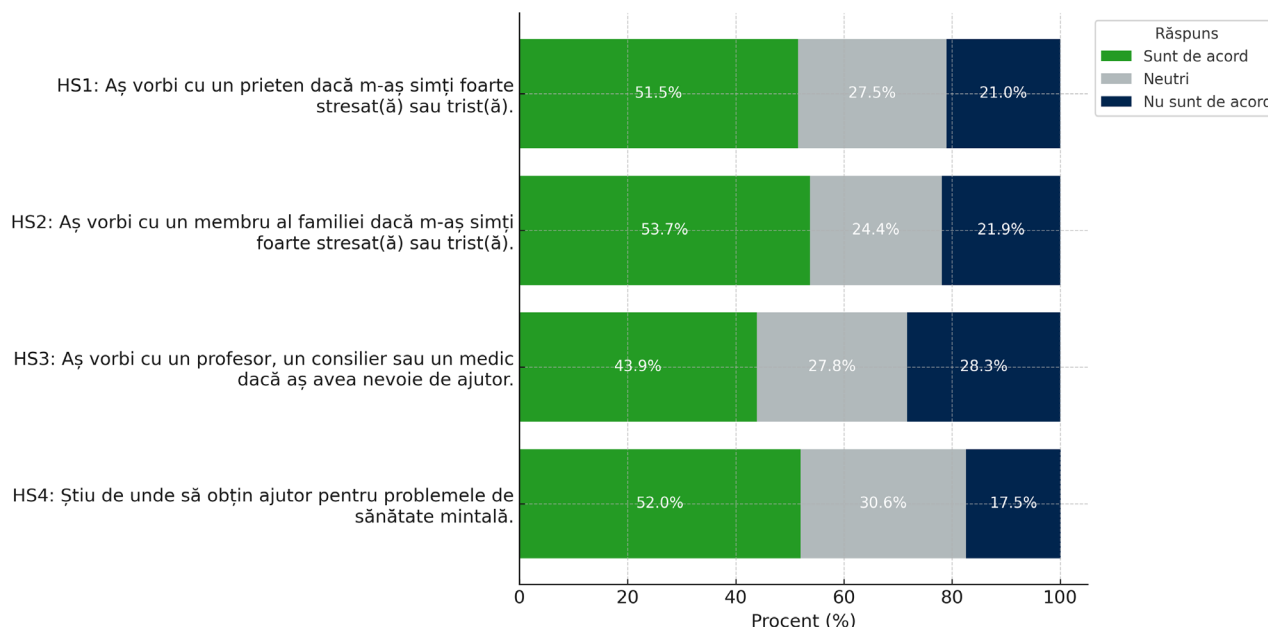
Confortul cu prietenii / familia: Peste jumătate sunt de acord că ar vorbi cu un prieten (51,5%) sau cu un membru al familiei (53,7%) atunci când sunt foarte stresați sau triști, deși în jur de 21-22% nu sunt de acord, iar aproximativ 24-28% sunt neutri.

Căutarea de ajutor profesional: Mai puțini (43,9%) simt că ar vorbi cu un profesor, un consilier sau un medic, dacă este necesar; 28,3% nu sunt de acord, iar 27,8% sunt neutri, indicând o mai mare reticență sau incertitudine către ajutorul profesional.



Conștientizarea surselor de ajutor: O majoritate (52,0%) știe unde să obțină ajutor pentru problemele de sănătate mintală, dar 30,6% sunt neutri și 17,5% nu sunt de acord, arătând că există lacune de conștientizare pentru o minoritate semnificativă (pentru mai multe detalii, a se vedea figura 5)

FIGURA 5: COMPORTAMENT DE CĂUTARE A UNUI AJUTOR



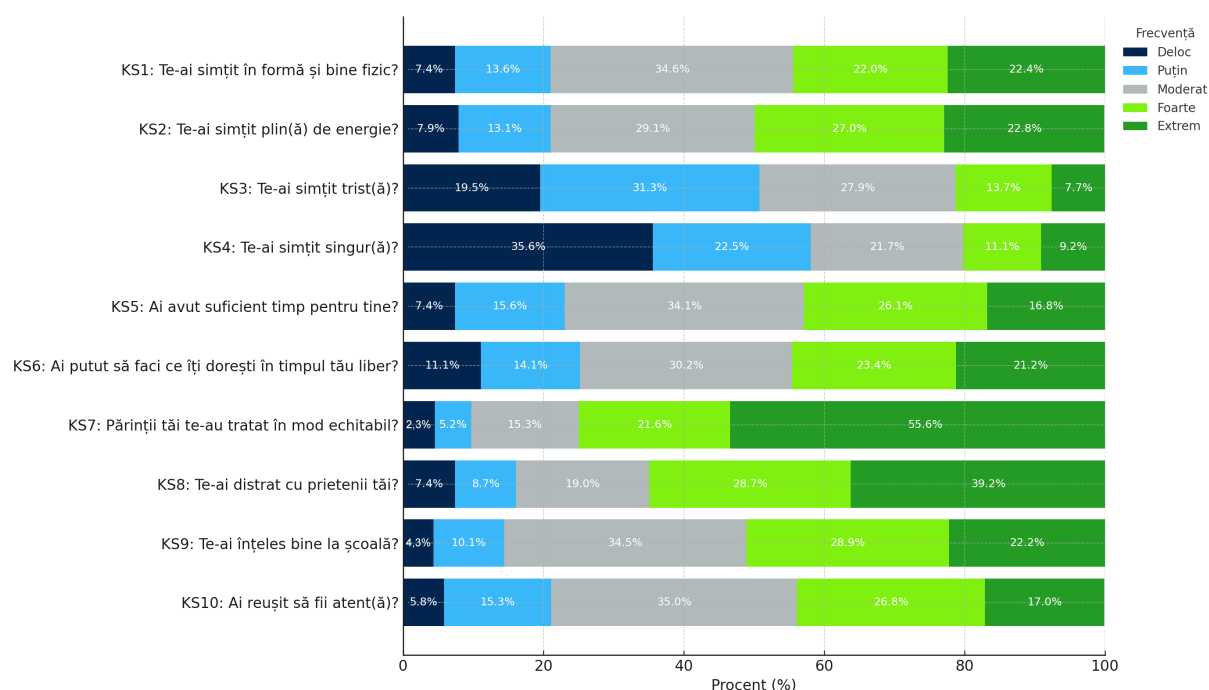
Sănătatea mintală în rândul copiilor și al adolescenților

Elevii relatează, în general, o stare de bine moderată până la ridicată în mai multe zone: majoritatea se simt în formă fizică și energici, se bucură de un tratament echitabil din partea părinților și se distrează cu prietenii (a se vedea figura 6). Provocările emoționale (tristețe, singurătate) tind să fie ușoare până la moderate pentru majoritatea, deși aproximativ unul din cinci experimentează niveluri mai ridicate de singurătate sau tristețe.

Deși mulți au suficient timp personal și se pot ocupa de activitățile dorite în timpul liber, aproximativ o pătrime se simt constrânși. Ajustarea și atenția la școală sunt moderate, de asemenea: majoritatea se descurcă rezonabil de bine și pot acorda atenție, dar în jur de 15-20% se confruntă cu dificultăți notabile.



FIGURA 6: INSTRUMENTUL KIDS-SCREEN PRIVIND CALITATEA VIEȚII.



Atunci când au fost invitați să-și evalueze starea de sănătate generală (N = 928), numai o mică parte dintre respondenți și-au perceput sănătatea în mod negativ: 7,5% au descris-o ca „slabă”, iar 8,9% ca „acceptabilă”, însumând în total aproximativ 16% cu autoevaluări mai scăzute. În contrast, marea majoritate (30,9%) și-au evaluat sănătatea ca fiind „bună”, 29,3% ca „foarte bună” și 23,3% ca „excelentă”, însemnând că peste 83% dintre participanți își percep sănătatea în mod pozitiv.

Stresul psihologic

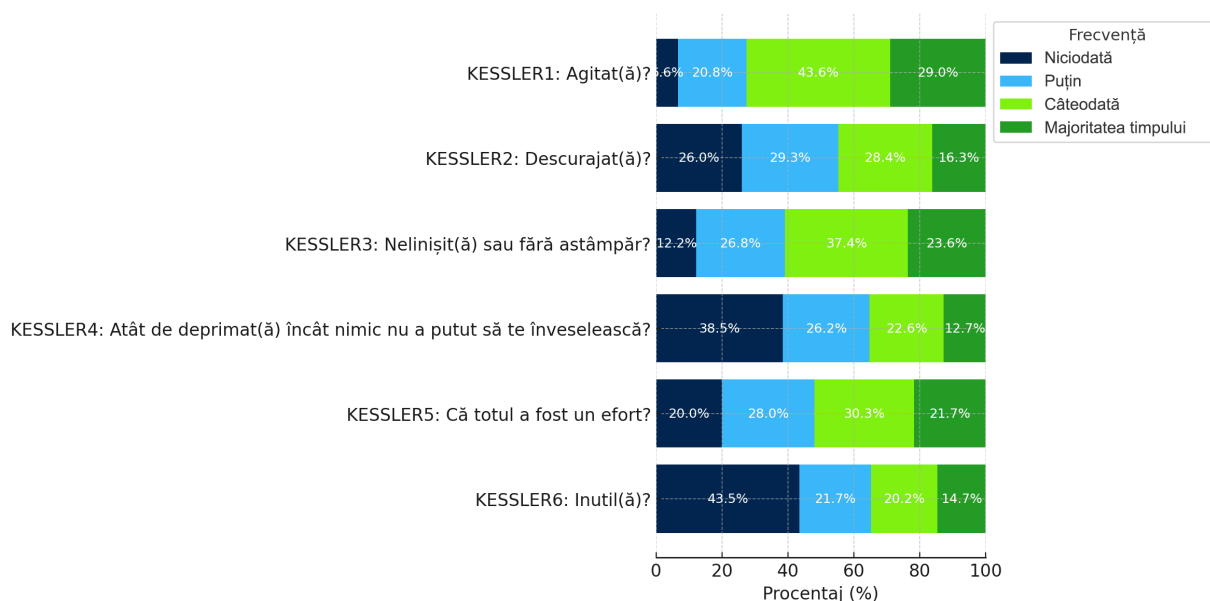
Simptome legate de anxietate: Nervozitatea este foarte frecventă: 43,6% se simt agitați „câteodată”, iar 29,0% „majoritatea timpului”, rămânând doar 27,4% care se simt agitați rar („niciodată” sau „puțin”). Neliniștea apare cu o prevalență similară: 37,4% „câteodată” 23,6% „majoritatea timpului”, totalizând 61,0% care se simt neliniștiți cel puțin într-o oarecare măsură.

Simptome depresive: Sentimentele de deznădejde apar „câteodată” sau „majoritatea timpului” pentru 44,7%; depresia profundă („atât de deprimat încât nimic nu ar putea să te înveselească”) afectează 35,3% cel puțin câteodată; sentimentele de inutilitate afectează 34,9% câteodată/majoritatea timpului. Oboseala sau o senzație că „totul a fost un efort” apare la 52,0% câteodată/majoritatea timpului.

Nuanța distribuției: Deși o minoritate substanțială experimentează stres moderat până la ridicat, o proporție importantă raportează simptome reduse sau niciun simptom: de exemplu pentru „inutilitate” 43,5% „niciodată”; pentru „atât de deprimat încât nimic nu ar putea să te înveselească” 38,5% „niciodată”. Pentru mai multe detalii, a se vedea figura 7.



FIGURA 7: STRESUL PSIHOLOGIC



Victimizarea și bullyingul cibernetic

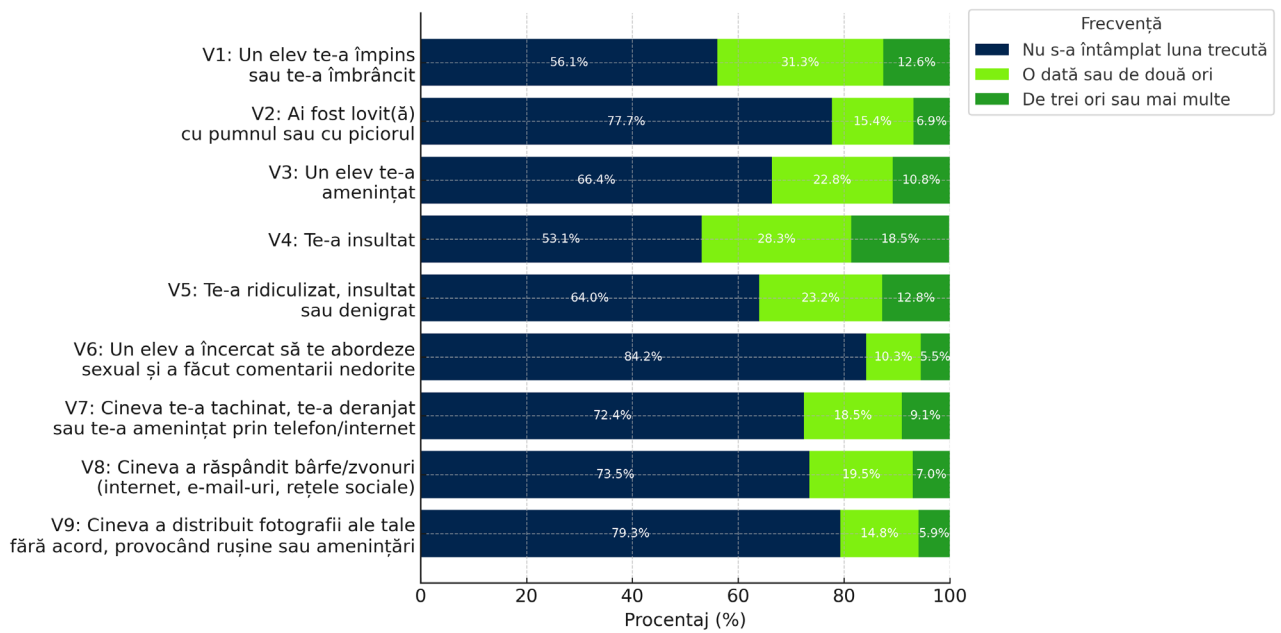
Pe parcursul lunii anterioare studiului, aproape jumătate dintre elevi au experimentat o oarecare formă de bullying în persoană – fie au fost împinși sau îmbrânțiți (44%), fie au fost insultați (47%) – și aproximativ unul din trei s-a confruntat cu ridiculizare sau amenințări. Majoritatea incidentelor au avut loc doar o dată sau de două ori, dar o proporție notabilă de elevii a îndurat agresiuni repetate: aproximativ unul din cinci a fost insultat de trei ori sau mai mult și unul din opt a experimentat mai multe episoade de împingere/îmbrâncire.

Hărțuirea digitală este larg răspândită, de asemenea: aproximativ 28% dintre elevii au relatat că au fost tachinați sau amenințați prin telefon sau pe internet, iar în jur de 27% au fost ținta unor bârfe sau zvonuri răspândite online. Chiar și distribuirea de fotografii fără acord a afectat unul din cinci, 6% confruntându-se cu mai multe incidente de acest fel.

Violența fizică (lovirea cu un pumn sau un picior) a fost mai puțin frecventă (22%), iar comentariile sau abordările cu tentă sexuală nedorite au afectat aproximativ 16% dintre elevi. Deși majoritatea nu s-a confruntat cu aceste comportamente mai severe, cei care le-au experimentat au făcut-o în mod repetat. Pentru mai multe detalii, a se vedea figura 8.



FIGURA 8: VICTIMIZAREA ȘI BULLYINGUL CIBERNETIC

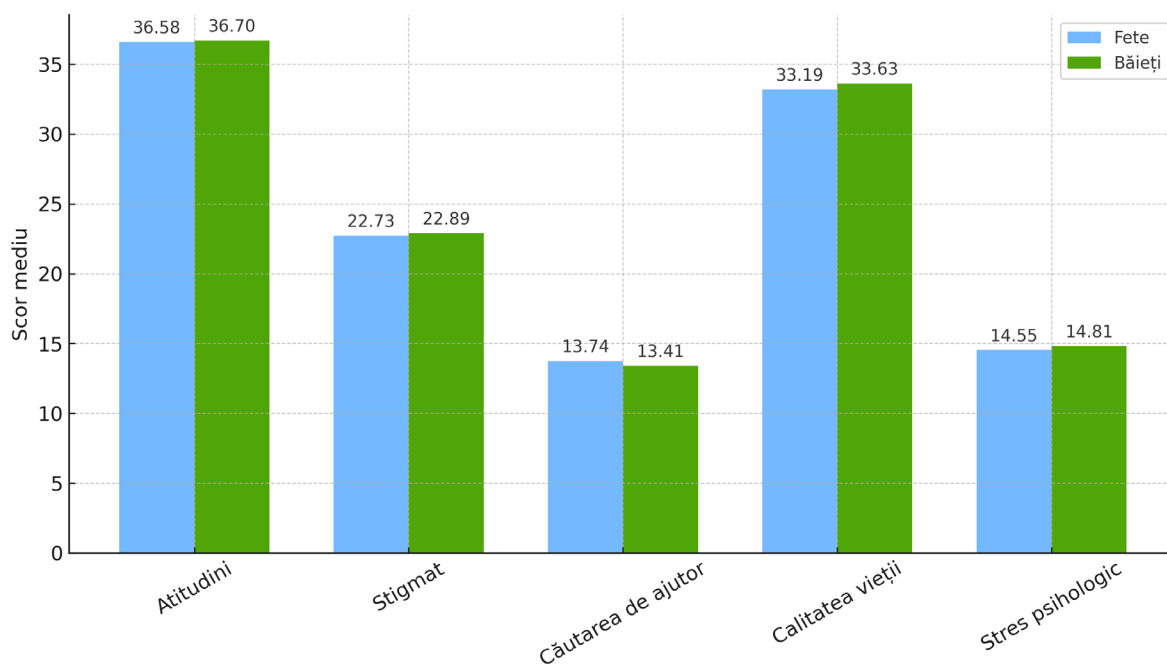


5. ANALIZE COMPARATIVE

Genul

Am comparat patru aspecte legate de sănătatea mintală în rândul elevilor, între băieți și fete, utilizând un test "t" cu eșantion independent. Am constatat că fetele și băieții au obținut scoruri aproape identice la toți cei patru indicatori. Cu alte cuvinte, nu au existat diferențe notabile între genuri (a se vedea figura 9). Acest lucru înseamnă că inițiativele de creștere a sensibilității față de sănătatea mintală, reducere a stigmatului, încurajare a căutării de ajutor și învățare a comportamentelor sănătoase în ceea ce privește timpul în fața ecranelor pot fi concepute pentru a include toți elevii. Orice sprijin specific ar trebui să se concentreze asupra nevoilor individuale și ale comunității, nu asupra presupunerii că sunt necesare abordări diferite pentru fete și, respectiv, băieți.

FIGURA 9: COMPARAȚIE MEDIE A CONSTRUCȚIILOR DESPRE SĂNĂTATEA MINTALĂ, ÎN FUNCȚIE DE GEN



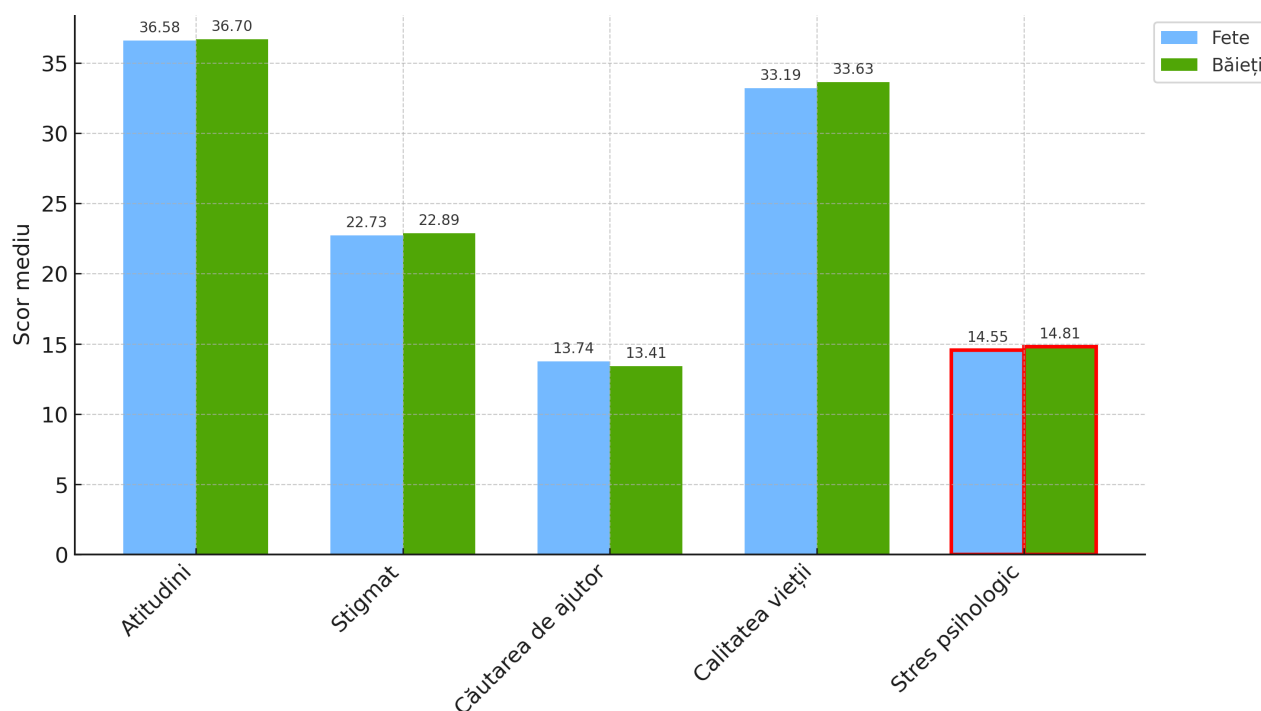
Reședință

Elevii din zone urbane și rurale au scoruri medii foarte similare la cei patru indicatori legați de atitudinile față de sănătatea mintală, stigmat, căutarea de ajutor și calitatea vieții. Niciuna dintre diferențe nu a atins pragul de semnificație statistică, iar diferențele medii observate sunt mici. Acest lucru sugerează că, în acest eșantion, mediul (urban, respectiv rural) nu este



asociat cu diferențe semnificative în ceea ce privește atitudinile față de sănătatea mintală, nivelurile de stigmat, disponibilitatea de a căuta ajutor și calitatea vieții (a se vedea figura 10). Totuși, scorurile privind stresul psihologic au arătat diferențe semnificative, în special în rândul copiilor din mediile rurale, care au relatat rate mai mari ale stresului psihologic în comparație cu cei din zone urbane. Aceasta este o constatare importantă în ceea ce privește modelele de prevenție și intervenție.

FIGURA 10: COMPARAȚIE MEDIE A CONSTRUCȚIILOR DESPRE SĂNĂTATEA MINTALĂ, ÎN FUNCȚIE DE ZONA URBANĂ ȘI RURALĂ

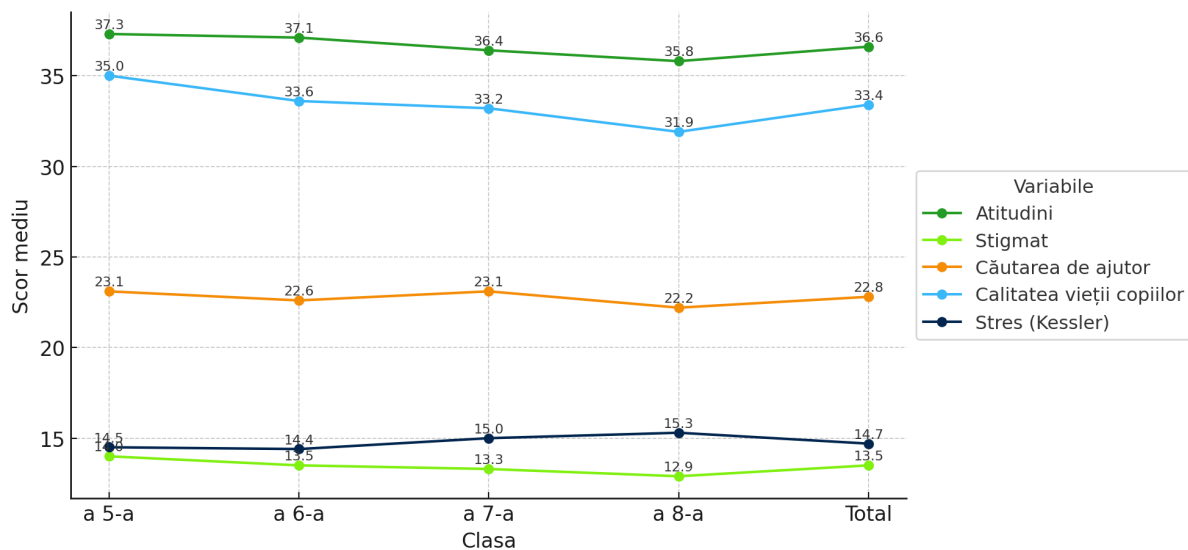


Clasa

Am analiza cinci indicatori cheie – atitudinile, stigmatul, căutarea de ajutor, comportamentul legat de ecrane și stresul general – în clasele 5 - 8 (total N = 928). În medie, atitudinile și stigmatul rămân în mare parte stabile din clasa a 5-a până în clasa a 8-a. Căutarea de ajutor prezintă un mic declin, iar stresul psihologic prezintă o creștere ușoară pe măsură ce elevii trec în clase superioare. Scorurile legate de consecințele utilizării ecranelor scad, de asemenea, moderat. Deși aceste tendințe sunt consecvente, diferențele de la an la an sunt mici. Acest lucru sugerează că, deși nivelul clasei are legătură cu mici schimbări în aceste zone, mulți alți factori influențează atitudinile, comportamentele și starea de bine ale elevilor. Școlile și familiile pot observa, în special, scăderea ușoară a comportamentului de căutare de ajutor și creșterea ușoară a stresului în jurul anilor școlari de mijloc și pot decide să acorde mai mult sprijin și resurse de gestionare a stresului în timpul acestei perioade de tranziție.



FIGURA 11: COMPARAȚIE MEDIE A CONSTRUCȚIILOR DESPRE SĂNĂTATEA MINTALĂ, ZONA URBANĂ ȘI ZONA RURALĂ



Încadrarea în muncă a părinților

Am examinat dacă copiii au avut perspective diferite în privința indicatorilor psihosociali esențiali în funcție de statutul încadrării în muncă a părinților (nu comparativ cu da). Testele t cu eșantion independent au arătat scoruri medii identice pentru atitudini, stigmat, intențiile de a căuta ajutor, calitatea vieții și stresul psihologic între cele două grupuri, toate valorile p fiind peste 0,05 și intervalele de încredere fiind zero. Astfel, nu există nicio dovadă că statutul încadrării în muncă a părinților este asociat cu diferențe în ceea ce privește acești indicatori (Figura 11). Similar, am comparat copiii pe baza statutului încadrării în muncă a mamei (șomeră comparativ cu angajată). Din nou, scorurile medii au fost similare în ambele grupuri și niciuna dintre diferențe nu a atins pragul de semnificație statistică. Deși stresul psihologic a fost puțin mai mare (cu aproximativ 0,6 puncte) în grupul în care mama era angajată, această diferență nu a atins pragul de semnificație ($p = 0,062$), iar intervalul de încredere include zero, indicând că diferența s-ar putea datora șansei. Prin urmare, statutul încadrării în muncă al mamei nu apare conectat cu diferențe ale acestor indicatori în eșantionul nostru (Figura 12).

Am comparat, de asemenea, mediile acestor indicatori prin crearea unei variabile dihotomice pentru încadrarea în muncă a părinților. 1) atunci când ambii părinți erau angajați 2) când niciun părinte nu era angajat. Pentru prima ipoteză, am constatat că nu există nicio diferență semnificativă în scorurile medii atunci când niciunul dintre părinți nu era încadrat în muncă. În mod interesant, pentru cea de-a doua ipoteză, copiii au relatat o calitate a vieții semnificativ mai mare atunci când ambii părinți erau angajați.



FIGURA 12: COMPARAȚIE MEDIE A CONSTRUCȚIILOR DESPRE SĂNĂTATEA MENTALĂ, ÎN FUNCȚIE DE ÎNCADRAREA ÎN MUNCĂ A TATĂLUI (DA/NU)

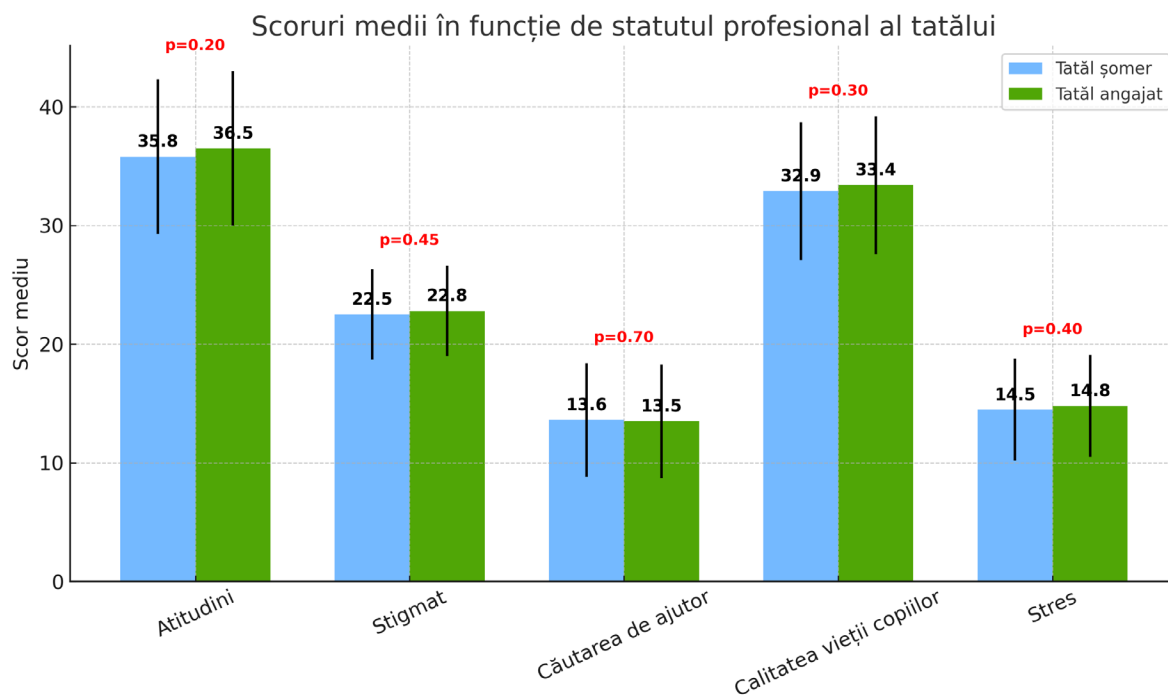
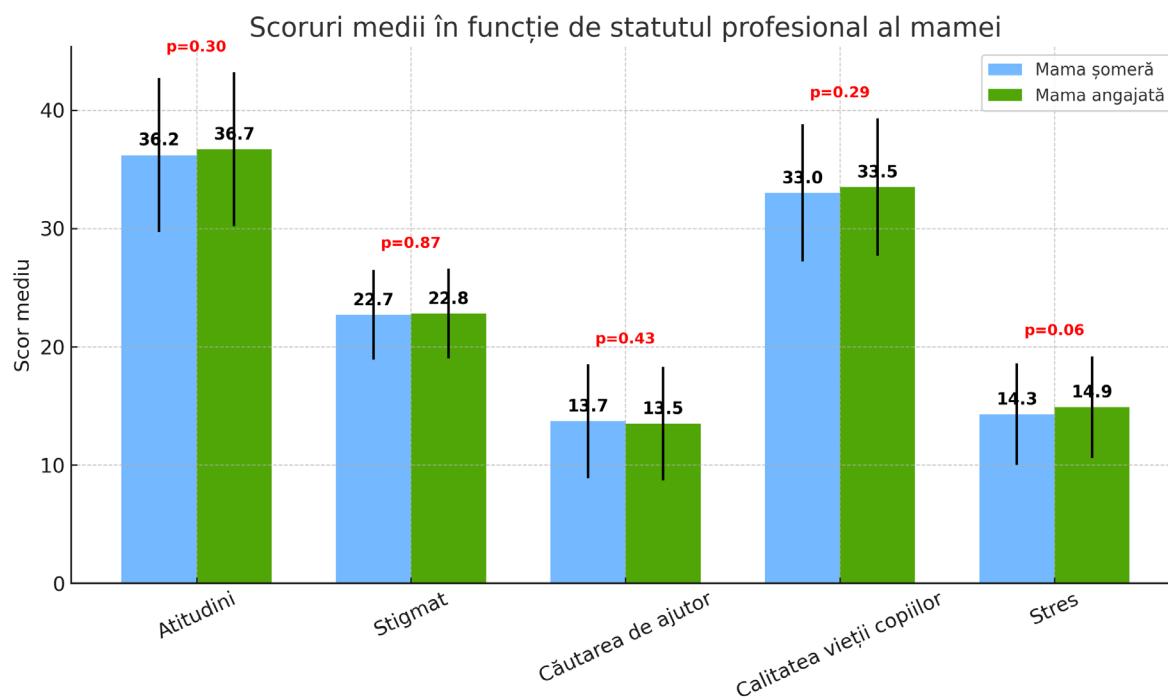


FIGURA 13: COMPARAȚIE MEDIE A CONSTRUCȚIILOR DESPRE SĂNĂTATEA MENTALĂ, ÎN FUNCȚIE DE ÎNCADRAREA ÎN MUNCĂ A MAMEI (DA/NU)



Educația parentală

Am examinat dacă copiii au avut perspective diferite în privința indicatorilor psihosociali esențiali în funcție de nivelul de educație parentală. Constatările arată că copiii a căror mamă are educație superioară tind să prezinte atitudini mai pozitive (atitudinile medii cresc constant de la „Nicio educație formală” până la „Licență/masterat/doctorat”), cele mai precise estimări având niveluri mai ridicate. Stresul (Kessler) este puțin mai mare atunci când mama are educație primară, dar scade notabil în rândul copiilor ale căror mame au un nivel de educație liceală sau terțiară. Scorurile pentru stigmat și căutarea de ajutor variază numai puțin între nivelurile de educație, cu incertitudine suprapusă, iar instrumentul „Kids Screen” arată o ușoară scădere în cazul copiilor a căror mame au educație primară, înainte de a crește din nou în cazul mamelor cu educație universitară, dar aceste tipare nu sunt semnificative statistic.

Similar, copiii ai căror tați au o educație superioară prezintă o tendință descendentă clară a stresului (cea mai mare pentru „Nicio educație formală”, scăzând constant până la „Licență/masterat/doctorat”), sugerând o asociere între educația paternă și stresul mai scăzut al copilului. Atitudinile tind, de asemenea, să crească în cazul educației tatălui, dar fără un sprijin statistic solid. Stigmatul crește brusc de la nivelul cel mai mic (nicio educație formală) la orice școlarizare formală, apoi rămâne constant, iar indicatorii privind căutarea de ajutor și timpul în fața ecranelor arată modificări minore, ne semnificative.

FIGURA 14: COMPARAȚIE MEDIE A CONSTRUCȚIILOR DESPRE SĂNĂTATEA MINTALĂ, ÎN FUNCȚIE DE NIVELUL DE EDUCAȚIE AL MAMEI

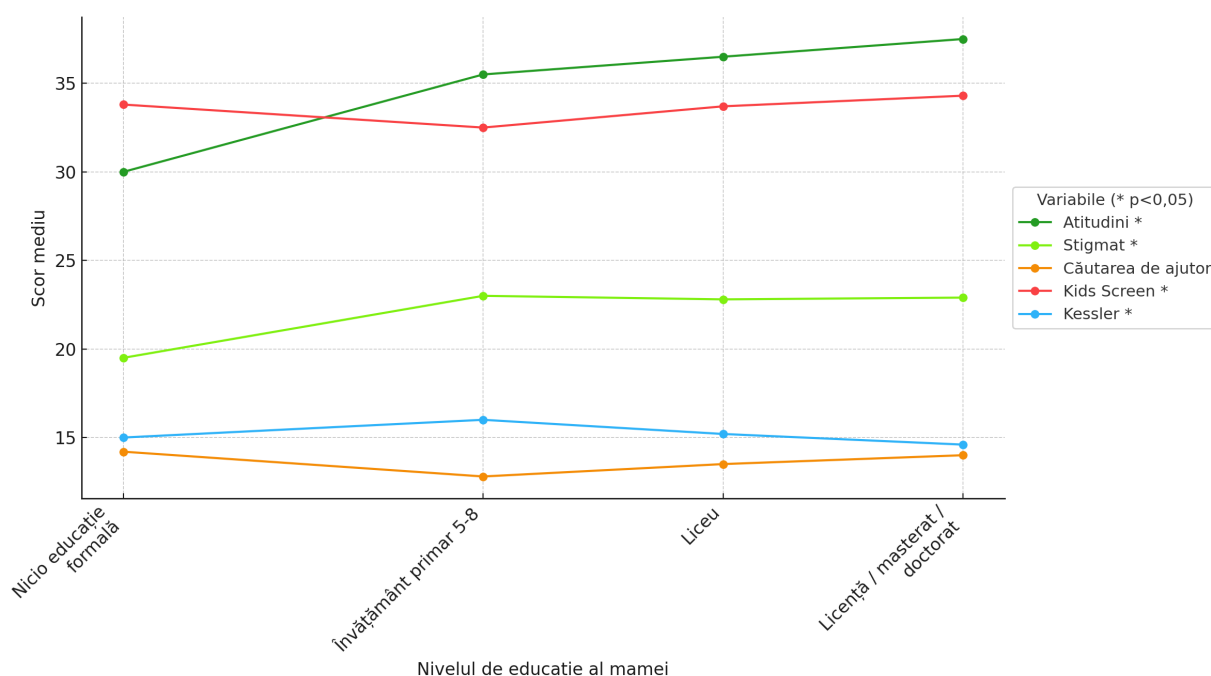
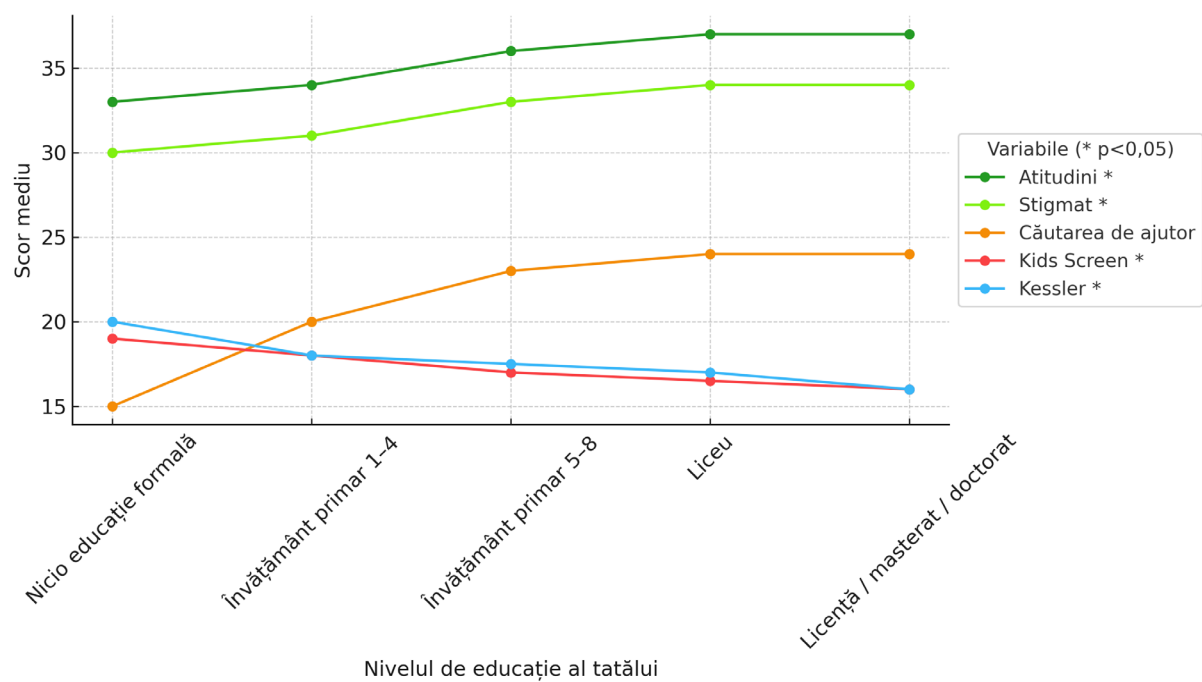


FIGURA 15: COMPARAȚIE MEDIE A CONSTRUCȚIILOR DESPRE SĂNĂTATEA MINTALĂ, ÎN FUNCȚIE DE NIVELUL DE EDUCAȚIE AL TATĂLUI



6. DISCUȚIE

Interpretarea constatărilor în lumina literaturii de specialitate existente

Alfabetizarea în ceea ce privește sănătatea mintală și concepțiile greșite

Rezultatele acestui studiu arată că majoritatea tinerilor selectează definiții funcționale ale sănătății mintale (de exemplu, „cum ne gândim la provocările vieții și cum le simțim și le gestionăm”), în timp ce, o minoritate are perspective simpliste sau problematice (de exemplu, „sănătatea mintală = absența problemelor”). Focus grupurile confirmă această înțelegere nuanțată, copiii raportând mai degrabă o înțelegere neclară a sănătății mintale, unii asociind starea de bine doar cu succesul academic. Acest tipar se aliniază cu studiile anterioare privind România, care documentează disparități între conștientizarea nominală și o înțelegere mai profundă (Ciuca și Baban, 2016; UNICEF, 2020). Literatura de specialitate internațională menționează în mod similar că o alfabetizare în ceea ce privește sănătatea mintală doar la suprafață nu garantează conceptualizări corecte, în special acolo unde narativele culturale reduc la minimum nevoile emoționale ale copiilor (Chua et al., 2022; Sampaio et al., 2022).

Stigmatul și căutarea de ajutor

În ceea ce privește rezultatele cantitative, aproximativ jumătate definesc corect stigmatul, dar mulți îl confundă cu comportamente de combatere a stigmatului; în timp ce mai puțin de jumătate se simt confortabil să caute ajutor profesional atunci când sunt stresați. Datele calitative explică această ambivalență: teama de a fi judecat, încălcările confidențialității și repercusiunile sociale descurajează destăinuirea („Mi-e teamă că consilierul le va spune părinților mei ce am zis”). Este important, de asemenea, să se sublinieze că aproape 50% dintre copii nu cer ajutor atunci când sunt stresați sau triști. Datele sugerează că mulți tineri mai degrabă nu înțeleg faptul că apelarea la un prieten, la un membru al familiei, sau la un profesionist este sigură și, probabil, de ajutor. Această convergență se aliniază cu rezultatele altor cercetări la nivel de România și Europa, în care stigmatul rămâne o barieră semnificativă (Eurochild, 2024; Kovess et al., 2015). De asemenea, se aliniază la dovezile mai ample care sugerează că intențiile de a căuta ajutor sunt adesea în urma recunoașterii nominale a nevoii (UNICEF, 2020; Ciuca și Baban, 2016). Integrarea arată că, chiar și atunci când tinerii știu unde să caute ajutor, ei se abțin din cauza neîncrederii și a fricii, subliniind că doar disponibilitatea crescută a serviciilor nu este suficientă fără a aborda stigmatul la nivel interpersonal și comunitar.

Strategiile de a face față și reglarea emoțională

Datele studiului indică faptul că aproximativ două treimi dintre elevi sprijină reglarea sănătoasă a emoțiilor în teorie, deși aproximativ o treime relatează strategii fals adaptive (evitare, suprimare). Focus grupurile descriu retragerea frecventă, tactici pozitive auto-dirijate (precum ascultarea de muzică, desen și mindfulness) și reticența de a vorbi despre stres. Aceste aspecte oglindesc constatările internaționale privind metodele combinate potrivit cărora tinerii cunosc adesea strategii sănătoase, dar au dificultate să le aplice consecvent, bazându-se pe evitare atunci când sprijinul este incert (Chang et al, 2025). În mediile din România, presiunea



din partea familiei și stresul școlar exacerbează dependența de mecanismele solitare de a face față situațiilor dificile sau de comportamentul de retragere, după cum observă UNICEF (2020). Astfel, datele noastre confirmă ceea ce subliniază literatura de specialitate, și anume disparitățile dintre cunoștințele conceptuale și practică, în special acolo unde infrastructura de sprijin este redusă.

Bullyingul și siguranța digitală

O prevalență ridicată a bullyingului în persoană și online a ieșit la iveală cantitativ; calitativ, tinerii descriu agresiunea online ca fiind mai ușor de aplicat, dar rănilor offline sunt mai profunde și se tem să le prezinte pentru că astfel ar agrava victimizarea. În plus, pregătirea redusă în utilizarea unei comunicări respectuoase și non-violente în conflicte sugerează că mulți elevi nu au abilitățile și încrederea necesare pentru a stinge tensiunile interpersonale. Aceste disparități pot perpetua, de asemenea, bullying, izolare socială și stres emoțional. Această constatare se aliniază la dovezile europene mai ample privind natura duală de bullying cibernetic și bullying tradițional (Eurochild, 2024) și subliniază că intervențiile de combatere a bullyingului trebuie să vizeze ambele domenii. Integrarea confirmă literatura de specialitate, care subliniază că intervențiile necesită mecanisme de raportare sigure și confidențiale, precum și răspunsuri de sprijin pentru a preveni escaladarea (UNICEF, 2020).

Contextul familial și școlar

Scorurile cantitative ale stresului arată că o minoritate notabilă experimentează un stres moderat până la ridicat, elevii din mediul rural fiind expuși unui risc mai mare. Constatările calitative atribuie stresul absenței parentale (migrației forței de muncă), presiunii academice și sprijinului de încredere limitat din școli. Aceste observații se aliniază la rapoartele despre vulnerabilitățile din mediul rural din România, inclusiv serviciile limitate, efectele migrării părinților și resursele școlare insuficiente pentru sănătatea mintală (UNICEF, 2020; Ciuca și Baban, 2016). La nivel internațional, modelele socio-ecologice subliniază felul în care instabilitatea în familie și constrângerile legate de resurse cresc stresul tinerilor din contexte marginalizate (Robins et al., 2024). Integrarea noastră confirmă că factorii structurali, nu doar atitudinile individuale, favorizează tiparele de stres observate.

Date demografice și constatări nule

Comparațiile în funcție de statutul încadrării în muncă a mamei și statutul încadrării în muncă a tatălui nu a arătat nicio diferență semnificativă în ceea ce privește indicatorii psihosociali. Datele calitative nu au evidențiat încadrarea în muncă drept un factor de stres, aliniindu-se la constatările cantitative nule. În contrast, educația părinților pare să fie mai informativă: o educație superioară a părinților este asociată cu un stres mai scăzut al copilului și cu atitudini mai pozitive, probabil prin intermediul unei alfabetizări mai mari în ceea ce privește sănătatea mintală, al resurselor și al mediilor familiale în care se oferă sprijin (Liu et al., 2024). În schimb, comportamentele de căutare de ajutor prezintă o mică variație în funcție de educație, sugerând că bariere sistemice sau culturale afectează toate grupurile în mod similar (Sawrikar et al., 2024), iar practicile legate de timpul în fața ecranelor prezintă, de asemenea, asocieri nuanțate cu educația părinților, indicând că este necesară o ghidare universală (Wiltshire et al., 2021). Literatura de specialitate existentă recunoaște că indicatorii privind SES (statutul socioeconomic) (inclusiv încadrarea în muncă) pot masca o dinamică familială nuanțată care influențează starea de bine a tinerilor (UNICEF, 2020). Prin urmare, constatările noastre întăresc nevoia de a examina mai degrabă factori contextuali specifici, precum nivelul de educație parentală, calitatea implicării, stabilitatea gospodăriei și accesul la servicii, decât doar statutul încadrării în muncă.



Implicațiile pentru conceperea serviciilor și echitate

Conceperea unei educații psihologice adecvate din punct de vedere cultural

Având în vedere alfabetizarea nuanțată în ceea ce privește sănătatea mintală, programele trebuie să abordeze nu numai definițiile, ci și concepțiile greșite nedescoperite calitativ. Modulele interactive bazate pe scenarii – create în colaborare cu tineri – pot clarifica concepte nuanțate (de exemplu, diferențierea stigmatului de comportamentele de sprijin) și pot aborda în mod direct narativele culturale care reduc la minimum nevoile emoționale ale copiilor. În plus, programe psihoeducaționale în sălile de clasă, care normalizează stresul, schimbările de dispoziție și dificultățile emoționale, și care învață în mod explicit că a cere ajutor este un semn de stres, nu de slăbiciune. Inițiativele de genul „Ambasador al colegilor” sau „Campion al sănătății mintale” în care elevi instruiți modelează comportamente bazate pe căutarea de ajutor, își împărtășesc propriile povești și își ghidează colegii de clasă către resurse. Ateliere pentru părinți și profesori pentru a consolida capacitatea adulților de a răspunde într-un mod care oferă sprijin, a reduce propriul lor stigmat și a invita în mod proactiv elevii să-și împărtășească îngrijorările și preocupările.

Modalități de a căuta ajutor confidențiale și care consolidează încrederea

Frica de destăinuire este extremă. Conceperea serviciilor trebuie să includă protocoale de confidențialitate clare, comunicarea transparentă cu elevii și familiile și stabilirea unor canale anonime (de exemplu, linii de ajutor digitale sau chatboți) pentru contactul inițial, întrucât unii tineri folosesc deja chatboți de IA pentru a fi ascultați. Formarea pentru consilierii școlari și profesori în ceea ce privește un răspuns empatic și fără judecată este esențială pentru a consolida încrederea. Aceste caracteristici abordează atât barierele cantitative (niveluri de confort scăzute), cât și temerile calitative.

Integrarea sprijinului auto-dirijat pentru a face față

Întrucât tinerii descriu strategii adaptive autodidacte (muzică, artă, mindfulness), dar apelează în mod implicit la evitare în condiții de stres, programele de reziliență trebuie să valideze și să blocheze aceste practici. De exemplu, „atelierele de reziliență” din școală pot include sesiuni ghidate de artă sau muzică, grupuri de mindfulness conduse de colegi și spații de reflecție structurate pentru a încuraja împărtășirea în locul retragerii. Includerea acestora în programă sau în activitățile extracuriculare valorifică punctele forte existente abordând în același timp disparitățile dintre teorie și practică.

Inițiative cuprinzătoare de combatere a bullyingului

Conceperea serviciilor trebuie să abordeze atât bullyingul offline, cât și pe cel online. Programele ar trebui să combine educația în competențe digitale (recunoașterea agresiunii online și răspunsul la aceasta), cu mecanisme de raportare clare și confidențiale și protocoale de răspuns rapid în școli. Sistemele de sprijin din partea colegilor – ambasadori calificați ai elevilor – pot ajuta la eliminarea lacunelor de încredere. Aceste elemente răspund la constatarea integrată potrivit căreia tinerii se tem de escaladare dacă vorbesc despre bullying. În plus, formări legate de rezolvarea conflictelor, incluse în programă – schimburi simple de roluri, discuții ghidate și modele pas cu pas pentru „enunțuri Eu”, ascultarea activă și rezolvarea problemelor prin colaborare. Similar, dezvoltarea unor „colțuri de pace” în școli, în care elevii pot exersa dialogul calm în jurul unor probleme reale într-un mediu bazat pe sprijin cu ajutorul unui facilitator. În plus, se furnizează îndrumare continuă pentru profesori și



consilieri pentru a-i ajuta să integreze un limbaj de comunicare pașnică în feedbackul lor zilnic, în regulile clase și în programele de mediere între colegi.

Implicarea și sprijinul familiei

Intervențiile ar trebui să includă componente orientate spre părinți: ateliere sau resurse digitale care ghidează părinții, în special pe cei care muncesc în străinătate, cu privire la menținerea unei conexiuni emoționale și recunoașterea semnelor de stres. Serviciile de sprijin pentru familii ar putea oferi formate mai flexibile (sesiuni online) pentru a ajunge la părinții migranți. Acestea abordează informațiile calitative potrivit cărora absența parentală și lipsa înțelegerii amplifică stresul. Colaborarea cu organizațiile comunitare pentru a sprijini familiile cu resurse limitate promovează echitatea.

Disponibilitatea în mediul rural și accesul echitabil

Tinerii din zone rurale experimentează un stres mai mare și se confruntă cu lipsa serviciilor locale, necesitând strategii echitabile și direcționate. Echipele mobile specializate în sănătate mintală sau vizitele periodice pot furniza consiliere și educație în aceste zone. Colaborarea cu ONG-urile locale și centrele comunitare poate facilita grupurile de sprijin între colegi și atelierele de consolidare a rezilienței. Tele-serviciile dedicate sănătății mintale, împreună cu legăturile comunitare, pot ajuta la depășirea barierelor geografice. Aceste eforturi se aliniază la sugestiile UNICEF de a extinde serviciile în medii rurale.

Consolidarea capacităților pentru profesioniști

Abordarea deficitelor profesionale necesită formare adecvată: dezvoltare profesională continuă online pentru consilierii școlari, profesori și lucrătorii comunitari din domeniul sănătății, concentrându-se asupra sănătății mintale a copilului / adolescentului, sensibilităților culturale și îngrijirii bazate pe informații despre traume. Modelele de mentorat care pun în legătură specialiști urbani cu profesioniști din mediul rural pot încuraja schimbul de expertiză. Această abordare răspunde atât identificării cantitative a nevoii (disponibilitate redusă a serviciilor), cât și apelurilor calitative de a avea adulți empatici și mai bine formați.

Mecanismele participative și autocontrolul tinerilor

Datele calitative arată că tinerii nu sunt suficient de implicați în crearea serviciilor. Includerea tinerilor în procesul decizional, precum formarea de comitete consultative pentru programe școlare de sănătate mintală, poate face ca serviciile să fie mai relevante și poate crește participarea. Colaborarea cu tinerii în privința conținutului intervențiilor îi capacitează și îi ajută să abordeze sentimentele nuanțate despre colaborările comunitare, în care numai aproximativ o jumătate dintre tineri se simt încrezători că pot determina schimbări pozitive. Acest lucru promovează și echitatea prin faptul că le dă ocazia grupurilor marginalizate să se exprime.



Cum sunt influențate rezultatele de marginalizarea socioeconomică și geografică

Disparități între zona rurală și zona urbană

Rezultatele cantitative arată că elevii din mediul rural relatează niveluri mult mai mari de stres, pe care cercetarea calitativă le asociază cu probleme structurale: mai puțini profesioniști în domeniul sănătății mintale, număr limitat de consilieri școlari și provocări precum migrația părinților care reduc sprijinul. Studiile cu privire la zonele rurale din România confirmă aceste vulnerabilități (UNICEF, 2020; Ciuca și Baban, 2016). Prin urmare, marginalizarea geografică joacă un rol direct în rezultatele slabe privind sănătatea mintală din cauza accesului redus, izolării sociale și instabilității familiale. O concepere a serviciilor care se concentrează asupra echității trebuie să acorde prioritate disponibilității pentru comunitățile rurale.

Constrângeri socioeconomice

Un statut socioeconomic (SES) scăzut și factorii asociați, de exemplu educația parentală, resursele gospodăriei, apar indirect: în timp ce statutul dat de încadrarea în muncă a părinților nu a diferențiat rezultatele, rezultatele calitative subliniază că stresul financiar, absența parentală din cauza migrației economice și lipsa resurselor pentru anumite activități extracuriculare sau de sprijin cresc vulnerabilitatea. Aceste constatări se aliniază la dovezile mai ample potrivit cărora marginalizarea funcționează prin mecanisme precum supravegherea parentală redusă, accesul limitat la activități de sprijin și presiunea academică amplificată (UNICEF, 2020; Eurochild, 2024). Intervențiile trebuie să abordeze, prin urmare, factorii socioeconomi favorizanți de bază, de exemplu, furnizarea de programe gratuite sau cu cost redus, implicarea unor voluntari comunitari și integrarea sprijinului pentru sănătatea mintală în serviciile sociale existente pentru a ajunge la familiile cu un statut socioeconomic (SES) scăzut.

Migrarea forței de muncă și dinamica în familie

Migrația parentală pentru muncă, frecventă în mediul rural din România, a fost citată în datele calitative ca factor de stres esențial, conducând la sentimente de abandon sau singurătate în rândul copiilor. Deși comparațiile cantitative legate de încadrarea în muncă nu au reflectat această nuanță, integrarea datelor subliniază că natura încadrării în muncă (de exemplu, absența din cauza migrării) contează mai mult decât statutul încadrării în muncă. Conceperea serviciilor ar trebui să includă sprijin adaptat pentru copiii „lăsați în urmă”: grupuri de sprijin din partea colegilor, programe de mentorat și facilitarea comunicării cu părinții migranți.

Intersecționalitatea factorilor socioeconomi și geografici

Zonele rurale au adesea un statut socioeconomic mai redus și resurse limitate, crescând riscul. Programele trebuie să țină seama de acești factori; de exemplu, tele-serviciile (servicii online) de sănătate mintală ar trebui să abordeze accesul digital, iar disponibilitatea mobilității trebuie să abordeze problemele de transport. Planificarea activităților ar trebui să implice comunitatea pentru a crea soluții eficiente.



7. RECOMANDARE ȘI CONCLUZII

Școli

Promovați o cultură bazată pe acordarea de sprijin: Integrați sănătatea mintală în valorile școlii și în activitățile sale de rutină (de exemplu, scurte verificări ale stării de bine, canale prin care elevii să ceară ajutor confidențiale vizibile).

Permiteți educația prin serviciu în folosul comunității: Furnizați elevilor oportunități de a se implica în comunitate sau în proiecte școlare care consolidează empatia, colaborarea și rezolvarea problemelor; includeți reflecții cu privire la felul în care a-i ajuta pe alții are legătură cu propria stare de bine.

Implicați familiile și comunitatea: Găzduiți evenimente periodice accesibile sau comunicări pentru a implica părinții și partenerii locali în a înțelege și a sprijini sănătatea mintală a elevilor; valorificați aceste relații pentru a îmbunătăți activitățile de învățare bazate pe serviciu în folosul comunității.

Monitorizare și adaptare: Utilizați sondaje simple și periodice privind starea de bine pentru a monitoriza problemele emergente (de exemplu, perioadele cu stres maxim) și ajustați politicile școlii (de exemplu, volumul de muncă, pauzele) în mod corespunzător.

Profesori

Profesorii pot beneficia de pe urma formării în pedagogia bazată pe acordarea de prim ajutor pentru sănătatea mintală și pe informații despre traume, precum și în gestionarea pozitivă a clasei. Părinții pot beneficia și ei de pe urma cursurilor de formare în acordarea de prim ajutor pentru sănătatea mintală

Includeți subiecte legate de sănătatea mintală în predare: Includeți scurte discuții sau activități despre a face față, comunicare și gestionarea stresului în lecțiile zilnice, utilizând exemple cu care copiii se pot identifica.

Facilitați educația prin serviciu în folosul comunității și reflecția: Ghidați proiecte de serviciu în folosul comunității conduse de elevi și informări structurate, ajutând elevii să-și asocieze acțiunile cu abilități care le sprijină sănătatea mintală (de exemplu, empatie, reziliență).

Consolidarea încrederii și identificarea nevoilor: Mențineți un mediu de clasă abordabil, utilizați evaluări rapide sau observații pentru a identifica stresul și urmați căi de trimitere clare atunci când este necesar un sprijin mai aprofundat.

Colaborați cu familiile: Împărtășiți informații generale despre starea de bine (fără a încălca confidențialitatea) și invitați la implicarea adecvată a familiei în reflecții sau în activitățile de serviciu în folosul comunității pentru a consolida sprijinul acasă.



Responsabili de elaborarea politicilor

Promovați cadre flexibile de educație prin serviciu în folosul comunității. Recunoașteți și încurajați învățarea prin serviciu în folosul comunității ca parte din îndrumarea educațională, oferind îndrumări flexibile și resurse în așa fel încât școlile să-și poată adapta proiectele la propriul context.

Asigurați acces echitabil: Alocați fonduri sau sprijin pentru infrastructură (de exemplu, instrumente digitale pentru zonele rurale) pentru ca toate școlile să poată integra învățarea bazată pe serviciu în folosul comunității și activitățile în favoarea sănătății mintale, indiferent de mediu.

Promovați alfabetizarea în ceea ce privește sănătatea mintală și utilizarea datelor: Încurajați includerea unei conștientizări de bază a sănătății mintale în formarea profesorilor și în programă; sprijiniți sondajele periodice și anonimizate privind starea de bine pentru a obține informații pentru alocarea resurselor și ajustări ale politicilor.

Facilitați parteneriatele: Creați canale sau stimulente pentru ca școlile să colaboreze cu ONGuri, servicii de sănătate și organizații comunitare, asigurând rețele de trimitere și practici comune de evaluare.

Stabiliți un sistem de monitorizare bazat pe tehnologie care să monitorizeze constant indicatori cheie la nivelul școlii și al elevilor, climatul din școală, starea de sănătate mintală, utilizarea serviciilor de consiliere, bullyingul, violența și bullyingul cibernetic, utilizând sondaje rapide bazate pe aplicații pe telefon sau tabletă. Colectarea regulată de date bazată pe dispozitive facilitează identificarea riscurilor sau a beneficiilor emergente, stabilirea unor priorități de intervenție și monitorizarea tendințelor factorilor de protecție și de risc în timp. Aceste sisteme de monitorizare pot include și părinți.

Luați în considerare posibilitatea de a utiliza aplicații digitale pentru sănătatea mintală bazate pe dovezi, care ar putea fi folosite de elevi pentru a-și îmbunătăți cunoștințele despre problemele legate de sănătatea mintală.

Organizații locale

Conceperea educației prin serviciu în folosul comunității și reflecție despre sprijin: Furnizați seturi de instrumente adaptabile sau formare pentru a ajuta școlile și profesorii să ghideze proiecte ale elevilor legate de starea de bine, subliniind reflecția asupra abilităților de a asigura sănătatea mintală.

O punte către expertiză și resurse: Puneți școlile în legătură cu profesioniști din domeniul sănătății mintale pentru sesiuni comune sau trimiteri; furnizați materiale relevante din punct de vedere cultural (tipărite/electronice) referitoare la a face față, reducerea stigmatului și căutarea de ajutor.

Asistați monitorizarea și evaluarea: Ajutați școlile să colecteze și să interpreteze date simple privind starea de bine înaintea / ulterior activităților de învățare bazate pe serviciu în folosul comunității, făcând schimb de informații agregate (anonimizate) pentru a sta la baza îmbunătățirilor și sprijinului.

Promovați sustenabilitatea și rețelele: Oferiți sprijin de tip „formarea formatorului” pentru ca școlile să poată desfășura inițiative în mod independent și facilitați rețele în care școlile fac



schimb de bune practici în jurul învățării bazate pe serviciu în folosul comunității pentru sănătatea mintală.

Principii esențiale în rândul părților interesate

Educația prin serviciu în folosul comunității ca practică experiențială a bunăstării: Implicarea elevilor în activități de întraajutorare deliberate, cu reflecții ghidate, include empatie, reziliență și abilități sociale care sunt esențiale pentru sănătatea mintală.

Acțiuni de răspuns bazate pe date: Monitorizați cu regularitate indicatori simpli privind starea de bine pentru a detecta nevoile într-o fază timpurie și pentru a îmbunătăți activitățile sau politicile.

Puneți în aplicare un sistem de monitorizare bazat pe tehnologie (utilizând sondaje bazate pe aplicații pe telefon sau tabletă) pentru a monitoriza cu regularitate climatul din școală, starea de bine a elevilor, utilizarea consilierii, bullyingul, violența și bullyingul cibernetic (inclusiv opiniile părinților). Aceste date în timp real le permit școlilor să identifice riscurile emergente, să prioritizeze intervenții și să monitorizeze factorii de protecție și de risc în timp.

Sprijin confidențial, bazat pe încredere: Asigurați-vă că elevii se simt în siguranță să vorbească despre preocupările lor; păstrați căi clare de trimitere către specialiști pentru cei care au nevoie de ajutor mai aprofundat.

Echitatea și adaptarea: Adaptați educația prin serviciu în folosul comunității și acordați sprijin în diferite contexte (urban, rural, constrângeri în ceea ce privește resursele) în așa fel încât toți elevii să beneficieze.

Colaborarea și coordonarea: Aliniați eforturile între școli, profesori, responsabilii pentru elaborarea politicilor și ONG-uri pentru a pune în comun expertiză, resurse și informații de evaluare, maximizând astfel impactul.

Limitele cercetării

Designul de cercetare transversal cu autoevaluare limitează inferențele cauzale și poate fi afectat de biasurile de răspuns. Indicatorii standardizați pot să nu reflecte pe deplin diagnosticile clinice sau nuanțele culturale, iar informațiile calitative de la focus grupurile selectate pot să nu fie generalizate la toate contextele.



8. REFERINȚE



Benbenishty, R., and Astor, R. A. (2005). *School violence in context: Culture, neighborhood, family, school, and gender*. Oxford University Press.

Braun, V., and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.

Campos, L., et al. (2022). Adolescent Mental Health Literacy Questionnaire: Investigating psychometric properties and dimensions. Acest chestionar cuprinde elemente referitoare la cunoștințe, stereotipuri, căutarea de ajutor și strategiile de auto-ajutorare și a demonstrat o bună fiabilitate și validitate.

Chang, S., Vaingankar, J. A., Seow, E., Samari, E., Chua, Y. C., Luo, N., Verma, S., and Subramaniam, M. (2023). Understanding Emotion Regulation Strategies Among Youths: A Qualitative Study. *Journal of Adolescent Research*, 40(1), 44-65. <https://doi.org/10.1177/07435584231161002>

Chua, K. C., Hahn, J. S., Farrell, S., Jolly, A., Khangura, R., and Henderson, C. (2022). Mental health literacy: a focus on daily life context for population health measurement. *SSM-Mental Health*, 2, 100118. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2022.100118>

Ciuca, A., and Baban, A. (2016). Youth mental health context in Romania. *European Health Psychologist*, 18(3), 128-133. https://ehps.net/ehp/index.php/contents/article/download/1434/pdf_124/9203

Eurochild. (2024). *Children's Mental Health across Europe: Romania*. <https://eurochild.org/uploads/2024/05/Sub-report-Mental-Health-2024.pdf4>

European Union. (2025). 7.5 Mental health - National Policies Platform. <https://national-policies.eacea.ec.europa.eu/youthwiki/chapters/romania/75-mental-health>

Fetters, M. D., Curry, L. A., and Creswell, J. W. (2013). Achieving integration in mixed methods designs—principles and practices. *Health Services Research*, 48(6 Pt 2), 2134–2156. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12117>

Iovu, M. B., and Breaz, M. A. (2019). The prevalence and burden of mental and substance use disorders in Romania: Findings from the Global Burden of Disease Study 2016. *Psychiatria Danubina*, 31(4), 457-464.

Jones, D. E., Lindquist-Grantz, R., and DeJonckheere, M. (2020). A review of mixed methods community-based participatory research applications in mental health. *Journal of Social, Behavioral, and Health Sciences*, 14(1), 254-288.

Kovess, V., Carta, M. G., Pez, O., Bitfoi, A., Koç, C., Goelitz, D., ... and Otten, R. (2015). The school children mental health in Europe (SCMHE) project: design and first results. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP and EMH*, 11(Suppl 1 M7), 113.

Liu, Y., Song, Y., Wu, Y., Lu, H., Gao, Y., Tang, J., and Zheng, X. (2024). Association between parental educational involvement and adolescent depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*, 12, 538. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02039-3>

Maffei, A., and Opariuc-Dan, C. (2023). Perfect people, happier lives? When the quest for perfection compromises happiness: the roles played by substance use and internet addiction. *Frontiers in Public Health*, 11, 1234164.



Manescu, E. A., Henderson, C., Paroiu, C. R., and Mihai, A. (2023). Mental health related stigma in Romania: systematic review and narrative synthesis. *BMC psychiatry*, 23(1), 662. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05147-3>

Mareci, A., and Tudoricu, A. (2024). Dealing with Mental Health Issues in Urban Romania—A Study on Youth's Perception of Depression. In *Urban Dynamics, Environment and Health: An International Perspective* (pp. 457-476). Singapore: Springer Nature Singapore.

Robins, L. B., Rodgers, D., Barburoglu, Y., Griffith, J., and Arnold, C. L. (2024). Unlocking Adolescent Mental Health: Exploring Social Determinants and Depression With the Social Ecological Model. *Journal of Human Services*, 43(1), 115–136. <https://doi.org/10.52678/001c.122132>

Roșioară, A. I., Năsui, B. A., Ciuciuc, N., Sîrbu, D. M., Curșeu, D., Pop, A. L., ... and Popa, M. (2024). Status of Healthy Choices, Attitudes and Health Education of Children and Young People in Romania—A Literature Review. *Medicina*, 60(5), 725.

Sampaio, F., Gonçalves, P., and Sequeira, C. (2022). Mental Health Literacy: It Is Now Time to Put Knowledge into Practice. *International journal of environmental research and public health*, 19(12), 7030. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127030>

Sawrikar, V., Van Dyke, C. and Smith Slep, A.M. The Ws of Parental Help-Seeking: When, Where, and for What Do Parents Seek Help for Child Mental Health. *Child Psychiatry Hum Dev* (2024). <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01683-5>

[Seligman, M. E. P. \(2011\). Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. New York: Free Press.](#)

O'Connor, M. and Casey, L. (2015). The Mental Health Literacy Scale (MHLS): A new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Research*, 229(1-2), 511-516. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.05.064>

Watson, A. C., Miller, F. E., and Lyons, J. S. (2005). Adolescent attitudes toward serious mental illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(11), 769–772. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000185885.04349.99>

Wilson, C. J., Deane, F. P., Ciarrochi, J., and Rickwood, D. (2005). Measuring help-seeking intentions: properties of the general help seeking questionnaire. *Canadian Journal of Counselling*, 39(1), 15-28.

Wiltshire, C. A., Troller-Renfree, S. V., Giebler, M. A., and Noble, K. G. (2021). Associations among average parental educational attainment, maternal stress, and infant screen exposure at 6 months of age. *Infant behavior and development*, 65, 101644. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2021.101644>

UNICEF. (2020). *Child and Adolescent Mental Health in Romania: A Snapshot*. [https://www.unicef.org/romania/media/10916/file/Child%20and%20Adolescent%20Mental%20Health%20in%20Romania%20\(A%20Snapshot\).pdf\[2\]](https://www.unicef.org/romania/media/10916/file/Child%20and%20Adolescent%20Mental%20Health%20in%20Romania%20(A%20Snapshot).pdf[2])

UNICEF. (2023). *Romania 2023 Country Office Annual Report*. <https://www.unicef.org/media/152056/file/Romania-2023-COAR.pdf1>





**“ENGAGED MINDS, EMPOWERED LIVES:
CULTIVATING CHILD MENTAL HEALTH AWARENESS THROUGH
CIVIC ENGAGEMENT AND SERVICE LEARNING” (EMEL),**

**un proiect finanțat de Uniunea Europeană prin linia de finanțare CERV-2024-Child,
perioada de implementare: 1.01.2025- 31.12.2026.**

MULȚUMIRI SPECIALE ÎN REALIZAREA ACESTEI CERCETĂRI PENTRU:

**Școala Generală Nr.3 Lupeni, jud. Hunedoara; Școala Gimnazială “Avram Iancu” Dej, jud. Cluj;
Școala Gimnazială Pârcovaci, Jud. Iași; Școala Gimnazială Butea, jud. Iași; Școala Gimnazială
“Mihai Vodă”, Mihai Viteazu, jud. Cluj, Școala Gimnazială Șoimuș, jud. Hunedoara;
Școala Gimnazială “Aron Densușianu” Hăteș, jud. Hunedoara;
Colegiul Tehnic “Constantin Brâncuși” Petrila, jud. Hunedoara;
Școala Gimnazială “Col. Constantin Langa” Miroslava, jud. Iași;
Școala Gimnazială Nireș, jud. Cluj.**