

# Ce ar face sănătatea mintală mai accesibilă pentru tinerii din mediul rural

CONCLUZII ALE CERCETĂRII CONDUSE DE REȚEAUA DE  
PROMOTORI AI SĂNĂȚĂII MINTALE ÎN MEDIUL RURAL



Erasmus+

# Ce ar face sănătatea mintală mai accesibilă pentru tinerii din mediul rural

## Rezumat executiv

Acest raport analizează accesul tinerilor din mediul rural la sprijin pentru sănătate mintală prin combinarea a două surse complementare de date: răspunsurile la un chestionar online la care au răspuns 250 de tineri și concluziile rezultate din focus grupuri cu 361 de tineri. Împreună, acestea oferă o imagine descriptivă a problemelor și o înțelegere mai profundă a modului în care tinerii percep serviciile existente, barierele de acces, normele sociale din comunitate și condițiile în care ar fi dispuși să ceară ajutor. Chestionarul evidențiază niveluri ridicate de stres emoțional și bariere recurente precum lipsa serviciilor locale, costurile, distanța, lipsa informațiilor, rușinea și teama de judecată, iar focus grupurile arată că aceste dificultăți sunt trăite într-un context mai larg de izolare, lipsă de oportunități, infrastructură socială slabă și implicare limitată a autorităților locale.

Principala concluzie a raportului este că sănătatea mintală a tinerilor din mediul rural nu poate fi abordată doar din prisma existenței sau inexistenței a unui psiholog în comunitate. Datele arată că accesul este blocat simultan de bariere materiale, instituționale și culturale: serviciile sunt puține, departe sau greu de utilizat, tinerii nu știu întotdeauna unde să meargă, costurile și transportul descurajează accesul, iar stigma, rușinea, lipsa de încredere și frica de a fi judecați fac ca inclusiv serviciile existente să fie uneori evitate.

Focus grupurile confirmă și extind această concluzie, arătând că pentru mulți tineri din mediul rural, sănătatea mintală este inseparabilă de calitatea vieții în comunitate. Lipsa spațiilor de socializare, a activităților pentru tineri, a serviciilor de bază și a unor adulți de încredere contribuie direct la sentimentul de izolare și la întârzierea cererii de ajutor.

Raportul arată, de asemenea, că tinerii nu cer doar mai multe servicii, ci doresc servicii pe care să le poată folosi efectiv, care să fie apropiate de comunitate, accesibile financiar, confidentiale, prietenoase cu tinerii și furnizate de persoane în care pot avea încredere. Atât în chestionar, cât și în focus grupuri, apar constant aceleași nevoi: consiliere gratuită sau accesibilă, sprijin în școli, servicii în proximitate, posibilitatea accesului online atunci când distanța este mare, informații clare despre unde și cum se poate cere ajutor, precum și prezența unor specialiști empatici, care nu judecă și respectă confidențialitatea. În paralel, tinerii subliniază rolul activităților comunitare, sportive, educaționale și de socializare în prevenirea singurătății, anxietății și retragerii sociale.

De aceea, accesibilitatea sănătății mintale în mediul rural trebuie abordată simultan pe **patru dimensiuni**:

1. disponibilitatea și proximitatea serviciilor, astfel încât sprijinul să existe practic

2. **accesibilitatea practică și financiară**, inclusiv eliminarea barierelor birocratice, a costurilor excesive și a dependenței de deplasări lungi
3. **acceptabilitatea socială**, prin reducerea stigmei, creșterea alfabetizării emoționale și consolidarea încrederii în specialiști
4. **prevenția și sprijinul comunitar**, prin școli, activități pentru tineri, spații sigure, inițiative locale și rețele de suport care reduc izolarea și normalizează cererea de ajutor.

Mesajul central al raportului este că tinerii din mediul rural nu cer un lux, ci condiții minime pentru a putea cere ajutor la timp, fără rușine, fără costuri prohibitive și fără a depinde de un traseu birocratic sau de norocul de a întâlni persoana potrivită. Pentru ca acest lucru să devină posibil, politicile publice trebuie să construiască un sistem de sprijin care este în același timp apropiat, credibil, coordonat și relevant pentru viața tinerilor din comunitățile rurale.

# Capitolul 1. Metodologie, despre date, profilul respondenților și limite metodologice

Deși în ultimii ani tema sănătății mintale a devenit mai vizibilă în spațiul public, realitatea tinerilor din comunitățile rurale rămâne marcată de distanță față de servicii, costuri, lipsă de informații, rușine, teamă de judecată și oportunități reduse de sprijin emoțional, social și comunitar. În același timp, pentru mulți tineri din mediul rural, sănătatea mintală nu este trăită ca o problemă separată de restul vieții lor, ci ca parte a unui context mai larg de izolare, lipsă de activități, infrastructură socială slabă și implicare redusă a instituțiilor locale.

Raportul se bazează pe două surse complementare de date: un chestionar aplicat tinerilor și o serie de focus grupuri desfășurate cu 361 de participanți din mediul rural. Folosite împreună, aceste două surse permit identificarea unor tipare recurente și înțelegerea mai profundă a sensurilor pe care tinerii le atribuie experiențelor lor. Chestionarul oferă o bază descriptivă și comparabilă între răspunsuri, iar focus grupurile adaugă explicație, nuanță și context social. Împreună, ele conturează o imagine mult mai completă decât ar putea oferi fiecare instrument separat.

## Designul cercetării

Raportul folosește un **design mixt, exploratoriu**, care combină date cantitativ-descriptive și calitativ-interpretative. Alegerea acestei abordări pornește de la natura subiectului investigat. Accesul la sănătate mintală nu poate fi înțeles adecvat doar prin frecvențe și procente, deoarece barierele reale sunt și logistice și relaționale, culturale și instituționale. Prin urmare, a fost necesară combinarea unui instrument standardizat de colectare a răspunsurilor individuale cu un proces de consultare colectivă, capabil să surprindă limbajul, normele și interpretările pe care tinerii le construiesc împreună despre această temă.

Din punct de vedere metodologic, cercetarea are un caracter **aplicat și orientat spre politici publice**. Scopul ei este construirea unei diagnoze credibile, argumentate și utile pentru decidenți, lucrători de tineret, asistenți sociali, specialiști în sănătate mintală etc. Mai precis, cercetarea urmărește:

- să identifice barierele concrete de acces la servicii de sănătate mintală pentru tinerii din mediul rural
- să exploreze normele sociale și percepțiile care influențează cererea de ajutor
- să documenteze condițiile în care tinerii ar accesa sprijin psiho-emoțional
- să evedențieze rolul resurselor non-clinice și comunitare în prevenție și bunăstare.

## Componenta 1: chestionarul

Prima componentă a cercetării sunt cele 250 de răspunsuri la chestionarul privind accesibilitatea sănătății mintale pentru tinerii din mediul rural. Chestionarul include variabile socio-demografice de bază, întrebări despre starea emoțională

recentă, experiența cu dificultăți de sănătate mintală, existența și utilizarea serviciilor, barierele de acces, percepțiile privind stigmatizarea, nivelul de informare și nevoile de sprijin. În plus, chestionarul conține câmpuri deschise în care respondenții descriu experiențe, obstacole și soluții, ceea ce îl face util nu doar pentru analiză descriptivă, ci și pentru interpretarea calitativă a unor teme recurente.

Avantajul principal al chestionarului este că permite identificarea unor tipare relativ stabile între răspunsuri, precum ce dificultăți emoționale sunt raportate, ce bariere apar cel mai frecvent, cum este percepută comunitatea, ce tipuri de sprijin sunt dorite. Limita sa principală este că nu poate surprinde întotdeauna contextul social al răspunsurilor și nici modul în care tinerii își negociază în grup propriile interpretări despre sănătatea mintală. Din acest motiv, chestionarul a fost completat metodologic prin focus grupuri.

Aici puteți accesa chestionarul: <https://forms.gle/uTDZqEv1EfEaw98F7>

## Componenta 2: focus grupurile

A doua componentă a cercetării este formată din focus grupuri la care au participat 361 de tineri din mediul rural. Focus grupurile au fost organizate pe baza unui ghid de facilitare structurat în jurul a patru domenii tematice:

1. accesul și disponibilitatea serviciilor de sănătate mintală
2. percepții, atitudini și nivel de conștientizare
3. nevoi și preferințe privind modul de livrare a sprijinului psiho-emoțional
4. accesul la activități de prevenție și sprijin social.

Aceste domenii au fost folosite de către Promotorii Sănătății Mintale în Mediul Rural pentru a ghida discuțiile din cadrul evenimentelor organizate de aceștia, astfel încât să fie surprinse atât percepțiile individuale, cât și dinamica socială a problemelor discutate.

Focus grupurile au produs atât răspunsuri narrative, cât și liste de probleme, idei-cheie, asocieri tematice și preferințe legate de servicii, relația cu specialistul, activitățile comunitare și rolul școlii sau al autorităților locale. Acest tip de material surprinde ce spun tinerii, ce legături fac între diferite dimensiuni ale vieții rurale și ce limbaj folosesc atunci când vorbesc despre sprijin, stigmat și nevoi. Aceste întrebări au fost folosite în cadrul focus grup-urilor:

### 1. Accesul și disponibilitatea serviciilor de sănătate mintală

Obiectiv: Identificarea infrastructurii existente și a barierelor de acces percepute de tineri.

Întrebări pentru facilitare:

- Ce servicii de sănătate mintală sunt disponibile în comunitatea voastră (publice, private, online)?
- Cât de accesibile sunt aceste servicii pentru un tânăr din punct de vedere al distanței, costului și programului?
- Ce dificultăți ați întâmpina dacă ați avea nevoie de sprijin psihologic?

- Care sunt principalele motive pentru care tinerii nu accesează servicii specializate, chiar dacă au nevoie?
- Ce tip de sprijin ar trebui dezvoltat sau introdus pentru a răspunde mai bine nevoilor reale?

## **2. Percepții, atitudini și nivel de conștientizare**

Obiectiv: Explorarea normelor sociale, a stigmatului și a gradului de alfabetizare emoțională.

Întrebări pentru facilitare:

- Cum este înțeleasă și definită sănătatea mintală în comunitatea voastră?
- Ce atitudini observi în jurul tău atunci când cineva vorbește despre stări emoționale dificile sau tulburări mintale?
- În ce măsură consideri că există stigmat social față de cei care apelează la sprijin psihologic?
- Cât de informați sunt tinerii din comunitate cu privire la semnele de suferință psihologică și opțiunile de ajutor?
- Ce ar ajuta la creșterea nivelului de conștientizare și la reducerea prejudecăților?

## **3. Nevoi și preferințe privind modul de livrare a sprijinului psiho-emoțional**

Obiectiv: Identificarea condițiilor în care tinerii s-ar simți confortabil să acceseze sprijin.

Întrebări pentru facilitare:

- În ce condiții ai apela la sprijin psihologic sau emoțional? Ce te-ar încuraja să faci acest pas?
- Ce tip de relație ai prefera cu persoana care oferă sprijin (vârstă, formare, gen, relație cu comunitatea)?
- Ce format de sprijin ți se pare mai potrivit: individual, de grup, online, față în față, informal etc.?
- Ce elemente ale spațiului (fizic sau virtual) ar fi importante pentru ca tu să te simți în siguranță și ascultat?
- Cum ar trebui să fie promovate astfel de servicii pentru ca tinerii să le perceapă ca fiind accesibile și relevante?

## **4. Acces la activități de prevenție și sprijin social**

Obiectiv: Evaluarea resurselor de susținere non-clinică și a impactului lor asupra stării de bine.

Întrebări pentru facilitare:

- Ce tipuri de activități extrașcolare sau comunitare sunt disponibile în localitatea ta?
- În ce măsură aceste activități contribuie la reducerea stresului, singurătății sau anxietății în rândul tinerilor?

- Ce obstacole te împiedică să participi mai des la astfel de activități (logistice, sociale, personale)?
- Ce fel de inițiative sau spații sociale lipsesc în comunitate și ar fi utile pentru susținerea sănătății mintale?
- Ce rol pot avea școala, autoritățile locale sau ONG-urile în dezvoltarea unor activități de prevenție emoțională?

## Logica de integrare a celor două surse de date

Informațiile dintr-o sursă au fost comparate și puse în dialog cu informațiile din cealaltă, pentru a verifica dacă temele se confirmă, se completează sau se nuanțează reciproc. De exemplu, chestionarul a indicat bariere precum costul, distanța, rușinea și lipsa informațiilor: focus grupurile au confirmat toate aceste bariere, dar au arătat și că ele sunt înscrise într-un context mai larg de lipsă de oportunități, de lipsă de servicii comunitare și de absență a unor spații sociale pentru tineri. În mod similar, chestionarul a arătat că tinerii vor servicii accesibile și confidentiale; focus grupurile au explicat mai precis ce înseamnă pentru ei „accesibil”, „de încredere” și „sigur”.

Această comparare este una dintre cele mai importante calități ale cercetării. Ea crește validitatea concluziilor, deoarece reduce riscul ca interpretarea să fie construită pe baza unui singur tip de material. Când aceeași temă apare și în răspunsuri individuale, și în discuții de grup, și în liste spontane de probleme sau nevoi, avem un indiciu că ea reprezintă o problemă recurentă.

## Despre valoarea analitică a focus grupurilor

Focus grupurile au o valoare aparte în această cercetare, deoarece arată că sănătatea mintală este percepută de tineri ca problemă medicală, dar și ca problemă relațională și comunitară. Participanții vorbesc, pe lângă despre psiholog și consilier, și despre părinți, profesori, biserică, transport, activități pentru tineri, lipsa spațiilor de socializare, frică, rușine, neîncredere, izolare și nevoia de activități care reduc stresul și singurătatea. Acest lucru lărgeste substanțial cadrul de interpretare și arată că politicile publice eficiente trebuie să combine dimensiunea clinică cu cea educațională, comunitară și preventivă în mod intersecțional.

În special, focus grupurile au fost utile pentru a înțelege:

- de ce stigma funcționează ca barieră de acces
- de ce proximitatea și încrederea contează la fel de mult ca existența formală a serviciului
- de ce tinerii preferă adesea sprijin individual, față în față, oferit de o persoană empatică și apropiată de universul lor
- de ce activitățile comunitare, sportul, voluntariatul și socializarea sunt percepute ca elemente de prevenție a suferinței emoționale.

## Limite metodologice

Ca orice cercetare aplicată, și această analiză are limite. În primul rând, nici chestionarul, nici focus grupurile nu formează un eșantion probabilistic reprezentativ la nivel național. Datele au valoare mare pentru diagnoză și pentru formularea de recomandări, dar nu trebuie interpretate ca estimări statistice pentru toți tinerii din mediul rural din România. În al doilea rând, distribuția participanților nu este echilibrată teritorial, iar unele comunități sau județe sunt mai bine reprezentate decât altele.

Cu toate acestea, consistența internă a temelor este puternică. Aceleași idei reapar între instrumente și între grupuri: lipsa serviciilor apropiate, costurile, rușinea, neîncrederea, rolul școlii, lipsa activităților pentru tineri, nevoia de spații sigure și importanța prevenirii prin comunitate și apartenență. Această convergență oferă soliditate concluziilor și justifică folosirea lor în construcția unor propuneri de politici publice.

## Volumul datelor din chestionar

Pentru componenta cantitativ-descriptivă a cercetării, baza de analiză este constituită din răspunsurile colectate prin chestionarul privind accesibilitatea sănătății mintale pentru tinerii din mediul rural. Am primit **254 de răspunsuri individuale**. În această cercetare, fiecare formular completat a fost tratat ca **unitate individuală de analiză**, ceea ce înseamnă că interpretările descriptive privind profilul respondenților, barierele de acces și preferințele de sprijin se raportează la fiecare răspuns înregistrat în mod separat.

Din punct de vedere al calității datelor, baza este suficient de consistentă pentru analiză descriptivă și interpretativă. Totuși, în procesul de prelucrare a fost necesară o **curățare minimală** a răspunsurilor. Am avut 4 răspunsuri din partea unor persoane cu vârstă peste 35 de ani. Din acest motiv, pentru analiza acestui chestionar a fost utilizată o bază ușor curățată, de **250 răspunsuri valide**, raportate la vârsta maximă de 35 de ani, fără ca această operațiune să modifice concluziile generale ale analizei.

Profilul respondenților arată o concentrare puternică în rândul adolescenților și tinerilor aflați încă în educație. Din totalul celor 250 răspunsuri, **136 respondenți se identifică drept feminin, 113 drept masculin, iar 1 respondent se identifică prin altă categorie de gen**. Din perspectiva vârstei, distribuția este clar centrată pe adolescență și tinerețe timpurie: **137 respondenți au sub 18 ani, alți 97 au între 18 și 24 de ani, 12 au între 25 și 29 de ani, iar 4 respondenți au între 30 și 34 de ani**.

Din punct de vedere ocupațional, profilul respondenților este relevant pentru tema raportului. **222 de respondenți se declară, integral sau parțial, elevi/studenti**, ceea ce confirmă că baza surprinde în primul rând experiența tinerilor aflați încă în contact cu sistemul educațional. În paralel, **33 de respondenți menționează și statut de angajat(ă), 4 se identifică drept NEET**. În câteva cazuri apar combinații de statut, de exemplu elev/student și angajat, care reflectă parcursuri de tranziție specifice pentru tineri. Această structură este importantă pentru interpretare, deoarece indică faptul că raportul surprinde mai ales experiențele tinerilor pentru care școala, liceul, facultatea și primele contacte cu piața muncii reprezintă cadre de viață încă active.

Din punct de vedere teritorial, chestionarul are o acoperire geografică relativ largă. După standardizarea răspunsurilor privind județul, rezultă că sunt reprezentate **88 de comunități din 28 de județe**. Distribuția comunităților este inegală, unele localități sunt puternic reprezentate, în timp ce multe altele apar cu un singur răspuns, ceea ce înseamnă că baza este mai potrivită pentru identificarea unor **teme recurente și a unui model general de acces** decât pentru comparații statistice între localități.

## Ce fel de date avem și ce putem susține pe baza lor

Datele din acest chestionar sunt potrivite pentru patru tipuri de concluzii:

- **concluzii descriptive**, despre cine a răspuns și ce profile domină baza
- **concluzii tematice**, despre principalele bariere, nevoi și percepții recurente
- **concluzii interpretative**, despre felul în care tinerii înțeleg accesibilitatea serviciilor
- **concluzii de orientare pentru politici publice**, adică despre direcțiile de intervenție care apar în mod repetat în răspunsuri.

## Capitolul 2. Constatări principale

### 1. Nivel ridicat de distress emoțional

Răspunsurile din chestionar arată o frecvență mare a stresului constant, lipsei de motivație, problemelor de somn, anxietății și gândurilor negative despre sine. În unele cazuri apar și mențiuni privind gânduri suicidale, ceea ce arată că lipsa accesului la sprijin nu este problemă marginală și are potențial risc sever.

Datele arată un tablou repetitiv de suferință psihologică. Cele mai frecvente dificultăți menționate sunt **stresul constant** (125 de răspunsuri, **50%**), **lipsa de motivație** (101 răspunsuri, **40%**), **anxietatea** (92 de răspunsuri, **36,8%**) și **problemele de somn** (79 de răspunsuri, **31,6%**). La acestea se adaugă **tristețea prelungită** (76 răspunsuri, **30,4%**), **singurătatea** (83 răspunsuri, **33,2%**) și **gândurile negative despre sine** (104 răspunsuri, **41,6%**). În 17 răspunsuri, adică în aproximativ **6,8%** din baza brută, apar și **gânduri suicidale**, ceea ce indică existența unor situații de vulnerabilitate severă. Doar 28 de respondenți, adică circa **11,2%**, au bifat varianta „niciuna dintre acestea”.

În răspunsurile deschise, tinerii vorbesc despre „stres”, „lipsa validării de sine”, „bullying”, „lipsa de speranță”, „probleme de familie” și „singurătate” ca despre experiențe obișnuite, nu excepționale.

Focus grupurile confirmă această imagine și o contextualizează. Participanții leagă stările emoționale dificile de singurătate, probleme familiale, bullying, presiune școlară, lipsa activităților, incertitudine legată de viitor și sentimentul că nu au cu cine vorbi. Apar formulări care asociază sănătatea mintală cu „depresie”, „izolare”, „anxietate”, „lipsa de sprijin”, „frica” și „rușinea”, ceea ce arată că tinerii recunosc suferința emoțională ca realitate prezentă în comunitățile lor.

### 2. Tinerii descriu atât o lipsă de servicii, cât și o lipsă de servicii *potrivite*

Mulți respondenți spun că nu există servicii în localitate sau că primul sprijin disponibil este departe. Totodată, simpla existență formală a unui consilier școlar nu este percepută automat ca soluție suficientă. În răspunsurile deschise apar observații despre specialiști care nu sunt disponibili constant, care nu inspiră încredere sau care nu înțeleg suficient experiențele tinerilor.

Distresul emoțional este însoțit de percepția unei **oferte insuficiente sau inadecvate de servicii**. Formula „**niciun serviciu**” apare în 200 de răspunsuri, adică în **80%** din total. În paralel, „**consilier școlar**” apare în 143 răspunsuri (**57,2%**), iar „**servicii online**” în 46 de răspunsuri (**18,4%**). Acest lucru arată că, pentru mulți tineri, sprijinul disponibil este fie absent, fie limitat la forme parțiale, fie perceput ca insuficient.

Răspunsurile narrative sunt mai clare în această privință. Un respondent spune explicit că „**nu există niciun sprijin emoțional și dacă există sunt doar pe hârtie**”, iar altul cere „**consilieri prezenți și specializați, nu doar pe foi**”. Pentru tineri, existența formală a unui serviciu nu înseamnă automat acces practic.

În cadrul focus grupurilor apar idei precum „**consilierul nu este prezent, nu este cunoscut**”, „**în online există [servicii], dar nu sunt gratuite**”, „**nu sunt accesibile din cauza transportului**” și „**autoritățile nu se implică**”. Tinerii vorbesc despre lipsa serviciilor de proximitate și despre faptul că, în multe comunități, ajutorul specializat există mai degrabă teoretic decât practic.

Privind calitatea serviciilor pe care le-au accesat, tinerii ne spun următoarele: 15% ne spun că sunt „foarte bune”, 17% ne spun că sunt „decente”. 62% ne spun „nu știu, nu am accesat”. Un respondent ne spune „sincer, simțeam că aveam la vârsta 17 ani o capacitate mai mare de înțelegere asupra vieții decât propriul psiholog”.

Privind barierele, tinerii ne spun că principalele motive pentru care nu accesează aceste servicii sunt lipsa timpului (31%), rușinea/teama de judecată (27%), costul (22%), lipsa încrederii în specialiști (21%), distanța (15%), familia/comunitatea și lipsa informațiilor (13%).

La răspunsul narativ, tinerii ne spun „i-am zis mamei, dar nu a interesat-o”, „am încercat să merg la consilier și a început să îmi povestească viața în loc să se concentreze pe problemele mele”, „consilierul nu a ținut discuțiile confidențiale”, „psiholog nereserios ce nu ținea discuția privată”. Unii respondenți au intrat în mai multe detalii:

„Am avut ocazia cu câțiva ani în urmă să iau parte la întâlniri de grup cu un psiholog, în cadrul unor evenimente/workshopuri. Acele întâlniri au fost un real sprijin, am simțit înțelegere, căldură și sprijin. Mai recent, acum 2-3 luni am simțit nevoia de a merge la un specialist și am apelat la singura resursă gratuită la care am avut acces: consilierul școlar din unitatea de învățământ în care lucrez. De data aceasta am fost puțin dezamăgită, mi s-a părut că nu îmi ascultă până la capăt problemele, că încearcă să îmi ofere soluții care nu au relevanță pentru situația mea (o problemă medicală cronică). Îmi cunosc destul de bine situația medicală, am apelat la consiliere pentru a mă ajuta cu gestionarea stresului și emoțiilor, nu pentru a-mi da sfaturi medicale. Mă tem să merg la un psiholog pentru că nu dispun de mulți bani și nu aș vrea să îi irosesc încercând diverși terapeuți până ce găsesc pe cineva cu care să pot rezona.”

„În clasa a 11-a am avut o perioadă foarte dificilă deoarece mă confruntam cu o formă de anxietate cauzată de sentimentul de singurătate și la un moment dat m-am gândit să merg la consilierul școlar pentru a discuta cu doamna consilier. Prima ședință a fost relativ OK având în vedere faptul că am putut vorbi cu dânsa, dar următoarele ședințe au fost bazate pe faptul că eu ar trebui să mă așez doar pe școală și să nu bag de seamă restul chestiilor din jurul meu, din cauza asta am decis să nu mai merg la dânsa deoarece mi s-a părut că nu suntem pe aceeași undă de lucru. În urma unor proiecte Erasmus bazate pe sănătate mintală am avut norocul de a putea discuta cu

un psiholog și după câteva discuții cu aceasta am realizat cum îmi pot rezolva problemele!”

„Există consilier școlar în școala din comună, care nu vine așa des, dar își face activitatea. Sunt la liceu în urban mic, într-un orașel la 16 km distanță și există și acolo 2 consilieri școlari, care nu prea fac activități, dar măcar sunt acolo în caz de vreo problemă. În rest, ar fi psihologul de la spitalul din oraș și în rest psihologii specializați și cu cabinetele lor ar fi în municipiu, la aproape 50 de km distanță de mine.”

„Când am avut ocazia să primesc ajutor din partea consilierilor școlii, în unele cazuri nu am simțit că există un interes real, fiindcă majoritatea acestora erau în același timp și profesori de anumite materii, simțeam cumva că acele ore de consiliere erau doar o completare a unei norme de lucru. Conta numărul de ore “lucrate”, nu neapărat rezultatul final.”

### 3. Accesul este blocat de un cumul de bariere

Costul este important, dar datele arată că la fel de importante sunt rușinea, teama de judecată, lipsa timpului, lipsa de informații și lipsa încrederii în specialiști. O politică publică limitată la „mai multe servicii” sau „mai multe decontări” nu va fi suficientă.

Răspunsurile din chestionar arată că problema accesului are o dimensiune teritorială. Chiar atunci când respondenții menționează existența unui psiholog, acesta este adesea în altă localitate, la 10-30 km sau chiar mai departe (29% au răspuns cu „în localitate, 27% au răspuns cu „la 10-30 km”, 32% au răspuns cu „nu știu”, iar 10% au răspuns cu „peste 30 km”. În răspunsurile deschise revin constant idei precum **„transportul și lipsa specialiștilor”, „serviciile există doar la oraș”** sau nevoia de **„cabinete mobile”**. Pentru mulți tineri din rural accesul este condiționat de deplasare, de bani pentru drum și de disponibilitatea unor adulți sau a familiei să susțină logistic mersul la specialist.

Un respondent formulează această realitate: **„serviciile în sănătate mintală există doar la oraș și nu e ok așa”**. Alții spun că ar fi nevoie ca **„fiecare sat să beneficieze de sprijin”**, măcar prin **„cabinete mobile”** și specialiști care să vină periodic în comunitate. Din perspectiva politicilor publice, tinerii ne spun că accesul în rural nu poate fi rezolvat exclusiv prin infrastructură urbană și trimiteri la oraș.

### 4. Stigma rămâne o barieră activă

Problemele de sănătate mintală sunt frecvent descrise ca fiind tolerate, dar ascunse, considerate tabu sau ridiculizate. Răspunsurile deschise arată că teama de

bârfă, ironie, etichetare sau reacții negative din partea familiei și comunității descurajează cererea de ajutor.

Una dintre cele mai consistente teme din răspunsuri este stigmatizarea. Atunci când au fost întrebați cum sunt privite problemele de sănătate mintală în comunitate, respondenții au indicat cel mai des că acestea sunt „**tolerate, dar ascunse**” (88 de răspunsuri, **35,2%**). Alte 50 de răspunsuri (**19,8%**) le descriu ca fiind „**ridiculate**”, iar 46 (**18,2%**) drept „**considerate un tabu**”. Doar 58 de răspunsuri, adică aproximativ **22,9%**, spun că problemele de sănătate mintală sunt „**acceptate și discutate**”.

Datele acestea ne spun că **gratuitatea, de una singură, nu ar rezolva problema**. Chiar și dacă serviciile ar fi mai ieftine sau gratuite, mulți tineri tot nu ar merge mai departe dacă nu ar ști unde să apeleze, dacă s-ar teme că vor fi judecați, dacă nu ar avea încredere în specialist sau dacă familia ar descuraja cererea de ajutor. Un răspuns formulează foarte limpede această logică: „**dacă aș avea pe cineva care să îmi fie alături și dacă costurile ar fi mai mici**”, ar fi mai ușor să ceară ajutor. Alții spun că ar avea nevoie „**să i se dea încredere**” că persoana la care apelează chiar îl poate ajuta.

În focus grupuri apar în mod repetat noțiuni precum „frică”, „rușine”, „lipsa de încredere”, „judecată”, „neaccesibile”, „sprijin privat”, „sprijin emoțional”, „lipsa fondurilor”. Aceste asocieri arată că, în experiența tinerilor, bariera (pe lângă cea geografică sau financiară) este și una de statut social și siguranță emoțională. Tinerii se întreabă simultan dacă există psihologul și dacă se pot duce la el fără consecințe sociale și fără sentimentul că vor fi umiliți sau expuși. Stigmatizarea e prezentată ca o formă activă de control social care întârzie sau blochează cererea de ajutor.

## 5. Tinerii cer servicii gratuite, sigure, apropiate și confidentiale

Un mesaj foarte puternic din răspunsurile deschise este că tinerii au nevoie de un spațiu sigur, de persoane calde, de specialiști care respectă confidențialitatea și de locuri unde pot vorbi fără teama că vor fi judecați. Accesibilitatea este descrisă atât ca proximitate geografică și ca proximitate relațională și emoțională.

În răspunsurile privind tipul de sprijin dorit, apar recurent următoarele opțiuni: **consiliere gratuită** (101, **40,4%**), **informații clare** (92 de mențiuni, **36,4%**), **sprijin în școli** (77, **30,4%**), **activități comunitare** (68, **26,9%**) **psihoterapie** (63, **24,2%**), **grupuri de suport** (44, **17,4%**) și **servicii online** (35, **14%**). Mulți respondenți au selectat sau descris mai multe nevoi simultan.

În plan calitativ, tinerii cer **servicii pe care le pot folosi efectiv**. Ei cer acces gratuit sau accesibil, claritate procedurală, contact facil, specialiști apropiați de vârsta lor, respectarea confidențialității și existența unui „**safe space**”. Un respondent spune

explicit că tinerii „**au nevoie de un safe space**” și că psihologul trebuie să fie „o persoană caldă”, apropiată de vârstă și capabilă să respecte confidențialitatea. Altul cere „**grupuri discrete de ajutor**”, în care identitatea participanților să fie protejată. Apar și mențiuni de cazuri în care consilierul școlar nu respectă confidențialitatea discuțiilor din cabinet și împărtășește informații sensibile cu profesori, părinți sau alți elevi.

Focus grupurile spun că persoana care oferă sprijin trebuie să fie „de încredere”, „înțelegătoare”, „să nu judece”, „să știe să asculte”, „calificată”, „confidențială”, uneori „apropiată de vârsta noastră”. De asemenea, formatul preferat este predominant individual și față în față, pentru că oferă mai multă conexiune, libertate de exprimare și siguranță, considerând că accesibilitatea trebuie definită și logistic, și relațional.

## 6. Școala apare constant ca punct de intervenție

Mulți respondenți indică școala ca locul cel mai potrivit pentru prim acces la sprijin (consiliere gratuită, informare, activități recurente, ateliere, grupuri de suport și campanii de conștientizare). În același timp, răspunsurile arată că simpla existență a consilierului școlar nu este suficientă. Un respondent povestește că „**prima ședință a fost relativ OK**”, dar apoi a renunțat pentru că a simțit că specialistul nu era „**pe aceeași undă de lucru**” cu el. Alt respondent cere explicit un „*psiholog real*” și „**10 ședințe gratuite... fără toată hârțogăraia**”. Îngrijorările tinerilor privind serviciile de sănătate mintală din școli se concentrează pe **calitate, continuitate și adecvare** a intervenției.

În focus grupuri apar și critici: consilierul școlar nu este mereu prezent, nu este suficient de cunoscut, nu este suficient de pregătit, nu respectă confidențialitatea sau nu este perceput ca accesibil. Răspunsurile ne arată că școala este încă insuficient dezvoltată pentru a funcționa ca principal nod de sprijin emoțional în rural.

## 7. Online-ul este util, dar nu înlocuiește complet serviciile locale

Serviciile online sunt văzute ca utile, mai ales când distanța și costurile sunt mari. Pentru o parte dintre respondenți, online-ul poate reduce pragul de acces și poate oferi mai multă discreție. Totuși, răspunsurile arată că el nu este perceput ca substituit complet pentru prezența locală. Întâlnirile fizice, spațiile comunitare și activitățile nonformale au un impact mai mare în comunități unde lipsesc încrederea și informația. Un respondent afirmă explicit că, deși campaniile de informare online sunt benefice, în comunitatea sa „**ar putea face o diferență întâlnirile fizice, atelierele... într-un cadru nonformal, dar sigur**”.

Așadar, online-ul trebuie înțeles ca **instrument complementar**. Pentru rural, tinerii par să ceară un model hibrid: acces online unde e nevoie, dar și prezență fizică în școală, în comunitate, la cămin cultural, la medicul de familie sau prin servicii mobile.

## 8. Familia și comunitatea pot fi fie barieră, fie factor de protecție

În unele cazuri, familia sau partenerul apar ca factori care au făcut posibil accesul la ajutor. Un respondent spune simplu: **„M-a încurajat familia”**. În alt răspuns, persoana descrie cum partenerul a încurajat-o să meargă la specialist și chiar s-a oferit să susțină costurile, ceea ce a făcut o diferență majoră în traseul său de recuperare.

Totuși, mai frecvent familia apare ca spațiu de neînțelegere, ironizare sau blocaj. Un respondent povestește că, atunci când a încercat să discute despre ce simte, familia **„a luat-o în glumă”**, iar acest lucru l-a făcut să nu mai vrea să încerce **„nici măcar la persoane specializate”**. Alții vorbesc despre lipsa de încurajare din partea familiei și a prietenilor sau despre faptul că problema este tratată cu superficialitate. Concluzia este că familia este un **gatekeeper** major: ea poate deschide drumul către ajutor sau îl poate închide.

## 9. Nivelul perceput de informare este scăzut

Pe scala 1-5 privind nivelul de informare al tinerilor din comunitate despre suferința psihologică și opțiunile de ajutor, media rezultată este de aproximativ **2,6 din 5**. Mai important decât media este distribuția: **199 de răspunsuri** se află în zona inferioară a scalei, la valorile **1, 2 sau 3**. Cu alte cuvinte, respondenții descriu comunitățile lor ca fiind slab sau cel mult moderat informate.

Răspunsurile deschise confirmă această percepție. Tinerii cer în mod repetat „informare”, „workshop-uri”, „ateliere”, „campanii” și „discuții deschise”. Un respondent spune că ar ajuta dacă „mai multe persoane, specialiști sau doar tineri” ar vorbi despre importanța sănătății mintale, iar altul cere „conferințe online anonime și gratuite” pentru a clarifica diferența dintre probleme emoționale reale și auto-dagnosticări superficiale.

## 10. Există acceptare de principiu a importanței sănătății mintale, dar nu și normalizare deplină

Chestionarul arată un contrast important. Pe de o parte, **208 de respondenți** sunt de acord cu afirmația că „**sănătatea mintală e la fel de importantă ca cea fizică**”. De asemenea, **138** răspund că „**ajutorul specializat chiar ajută**”. Răspunsurile ne sugerează că, la nivel declarativ, există o bază de acceptare normativă a subiectului.

Pe de altă parte, miturile nu au dispărut. **20 respondenți** sunt de acord cu afirmația „**doar persoanele slabe merg la psiholog**”, iar **30** consideră că „**problemele emoționale trec de la sine**”. Aceste proporții nu sunt majoritare, dar sunt suficient de vizibile pentru a arăta că normele stigmatizante coexistă cu limbajul mai modern despre sănătate mintală. Cu alte cuvinte, există acceptare declarativă, dar nu încă o normalizare deplină a cererii de ajutor.

## 11. Calitatea relației cu specialistul contează la fel de mult ca existența serviciului

O altă constatare puternică este că tinerii nu evaluează serviciile doar prin existență, ci și prin **calitatea relației cu specialistul**. Există exemple pozitive: un respondent spune că „**mi-a plăcut cât de ușor a fost să vorbesc cu terapeutul**”, iar altul descrie o experiență „foarte plăcută” cu un specialist perceput drept „de nota 10”. Aceste răspunsuri ne arată că atunci când interacțiunea este bună, efectul poate fi semnificativ.

În același timp, există și exemple de eșec relațional: consilierul care minimalizează problema, specialistul în care nu ai încredere, experiența de a nu fi ascultat sau frica privind faptul că discuția nu va rămâne confidențială.

## Ce cer tinerii, în termeni concreți

### Din răspunsuri reies câteva cereri evidente:

- scăderea birocrăției pentru accesarea serviciilor de sănătate mintală
- consiliere gratuită sau subvenționată
- psiholog sau psihoterapeut disponibil în sau aproape de comunitate
- servicii mobile sau periodice pentru satele izolate
- sprijin psiho-emoțional de calitate în școli
- activități de informare și destigmatizare pentru tineri, părinți și profesori
- servicii confidentiale, prietenoase și adaptate vârstei
- combinații între servicii locale, online și comunitare.

Datele susțin ideea că sănătatea mintală a tinerilor din rural trebuie tratată intersecțional, combinând:

- sănătatea
- educația
- politicile de tineret
- serviciile sociale
- dezvoltarea comunitară locală.

Prin urmare, răspunsul trebuie să fie intersectorial. Dacă intervenția rămâne exclusiv la nivelul cabinetelor individuale din urban, inegalitatea dintre rural și urban se va adânci.

# Recomandări

## 1. Recomandări legislative

### 1.1. Introducerea dreptului de acces autonom, de la 16 ani, la ședințe gratuite

Modificarea cadrului legal astfel încât minorii care au împlinit 16 ani să poată accesa, fără acord parental, la ședințe de intervenție psihologică/psihoterapeutică, atunci când nu există indicație de internare, tratament invaziv sau risc vital imediat.

Această schimbare este justificată direct de concluziile cercetării: o parte semnificativă dintre tineri indică familia și comunitatea ca bariere de acces, iar focus grupurile arată că frica de reacția părinților sau teama de expunere socială blochează cererea de ajutor exact în cazurile în care sprijinul ar trebui să fie cel mai ușor de accesat. În aceste condiții, condiționarea accesului de acordul parental produce excludere pentru tocmai acei adolescenți care au cea mai mare nevoie de un cadru confidențial și sigur.

Cadrul legal actual nu răspunde adecvat momentului în care apar, în practică, dificultățile emoționale și psihice la adolescenți și tineri. Legea nr. 95/2006 păstrează pragul de 18 ani pentru exprimarea consimțământului informat, iar excepțiile deja prevăzute pentru minorii de peste 16 ani nu includ sănătatea mintală. În consecință, tinerii care au nevoie de sprijin psihologic sau psihoterapeutic depind de acordul parental chiar și în situațiile în care familia este parte din problemă sau reprezintă principala barieră de acces.

O modificare a art. 661 din Legea nr. 95/2006 ar permite adolescenților care au împlinit 16 ani să acceseze independent servicii ambulatorii de sănătate mintală de intensitate redusă și medie, inclusiv evaluare psihologică, consiliere psihologică, psihoterapie și consultație psihiatrică ambulatorie, în baza evaluării capacității lor de decizie de către profesionist. UNICEF arată că aproximativ 15% dintre copii și adolescenți sunt afectați de tulburări de sănătate mintală, cu debut frecvent în jurul vârstei de 14 ani. Analiza națională realizată în 2025 arată, de asemenea, că 22,8% dintre elevii de gimnaziu sunt la risc de tulburare emoțională în mediul școlar. În mediul rural, unde trăiesc peste 46% dintre copiii din România, barierele sunt și mai puternice, iar dependența de familie pentru acces la servicii amplifică excluderea.

O astfel de schimbare ar trebui însoțită de anumite garanții, lucru care se întâmplă și în alte state UE: evaluarea capacității de decizie la primul contact, explicarea limitelor confidențialității și activarea mecanismelor de protecție doar în situații de risc major, precum suicid, auto-vătămare severă, abuz sau exploatare.

### 1.2. Recunoașterea psihologului ca furnizor independent în sistemul public

Actualul model de organizare a serviciilor de sănătate mintală este excesiv medicalizat. Psihologii nu pot contracta direct cu CNAS ca furnizori independenți, iar

accesul la serviciile lor este condiționat, de regulă, de intervenția unui medic psihiatru. Această organizare nu reflectă natura tuturor dificultăților de sănătate mintală și nici nevoia de intervenție timpurie pentru probleme ușoare sau moderate. Pentru tineri, această condiționare înseamnă mai mulți pași, mai mult timp de așteptare și, uneori, evitarea accesării serviciilor din cauza stigmei asociate consultului psihiatric. În plus, numărul serviciilor disponibile ajunge să depindă indirect și de disponibilitatea medicilor, nu doar de cea a psihologilor.

Recunoașterea psihologului ca furnizor independent în sistemul public ar permite contractarea directă cu CNAS și includerea serviciilor psihologice ca servicii de bază. O astfel de măsură ar crește numărul de puncte de acces, ar reduce timpii de așteptare și ar permite orientarea cazurilor către nivelul adecvat de intervenție: psihologic sau medical.

Recomandăm introducerea explicită a posibilității ca **adolescenții și tinerii să poată accesa direct psihologi aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate**, fără a fi obligați să treacă mai întâi prin medicul de familie și/sau medicul psihiatru pentru sprijin. În prezent, serviciile psihologice apar în cadrul CNAS ca **servicii de sănătate conexe actului medical**, legate de anumite specialități clinice, iar regula generală este accesul pe baza biletului de trimitere.

Din perspectiva politicilor publice, acest model este prea birocratic pentru cazurile de stres emoțional ușor și moderat, care reprezintă exact zona în care intervenția timpurie este cea mai eficientă. Cercetarea arată că tinerii evită serviciile și din cauza traseelor complicate, a neclarității și a neîncrederii. Prin urmare, pentru primul pachet de 10 ședințe, accesul ar trebui să se bazeze pe **prezentare directă** și pe o evaluare inițială realizată de psiholog, nu pe traversarea unui traseu medical lung.

### **1.3. Clarificarea rolului consilierului școlar și delimitarea intervenției psihologice**

În prezent, sistemul educațional din România tratează consilierea școlară ca principal răspuns la nevoile de sănătate mintală ale tinerilor. Această abordare produce o confuzie de fond între consilierea psihopedagogică și intervenția psihologică propriu-zisă. Deși rolul consilierului școlar este unul important, el are, prin definiție, o funcție educațională, preventivă și de orientare, nu una clinică sau psihoterapeutică. În practică, această limită este frecvent depășită. În lipsa unor servicii specializate accesibile, consilierii școlari ajung să lucreze cu situații care țin de anxietate, depresie, criză emoțională sau dificultăți familiale complexe, fără ca acest tip de intervenție să fie susținut adecvat de resurse, de norme clare și de trasee funcționale de trimitere. Capacitatea sistemului este, în plus, insuficientă. În anul școlar 2025–2026, România avea aproximativ 3.539 de consilieri școlari, ceea ce înseamnă un raport mediu de un consilier la 756 de elevi, peste pragul legal de 500. Nici gradul de utilizare nu indică un serviciu suficient de adecvat sau de credibil pentru tineri. Analiza națională din 2025 arată că, deși majoritatea elevilor știu că există consilier școlar, doar 17% au apelat efectiv la acest serviciu. Aici intervin nu doar problema de capacitate, ci și cea a confidențialității și a încrederii.

Este nevoie, așadar, de o delimitare clară, la nivel legislativ și operațional, între consilierea școlară și serviciile psihologice clinice. Aceasta presupune definirea explicită a limitelor rolului consilierului școlar, introducerea psihologului clinician și a

psihoterapeutului ca furnizori distincti pentru tineri, crearea unui mecanism formal de trimitere din școală către servicii specializate și stabilirea unor standarde clare de confidențialitate. Consilierea școlară trebuie consolidată, dar nu poate fi tratată ca substitut pentru serviciile de sănătate mintală.

Recomandăm, de asemenea, și introducerea unei prevederi explicite potrivit căreia, pentru tinerii care accesează servicii de sprijin psihologic în mediul școlar, **conținutul ședințelor rămâne confidențial**, cu excepția situațiilor de risc sever pentru viață, integritate sau siguranță. Această recomandare este importantă pentru că datele arată că teama ca informațiile să ajungă la părinți, profesori, alți tineri sau alți adulți din comunitate reprezintă un obstacol major în cererea de ajutor. Focus grupurile și răspunsurile deschise subliniază repetat nevoia de respectare a confidențialității și de protejare a identității.

#### **1.4. Lărgirea actorilor care pot iniția accesul la ședințe psihologice**

Chiar dacă se introduce acces direct, este util ca sistemul să permită și **mai multe porți de intrare**, nu doar una singură. Se recomandă ca accesul la serviciile de sănătate mintală să poată fi facilitat nu doar de medicul de familie sau psihiatru, ci și de:

- consilierul școlar
- medicul școlar
- asistentul medical comunitar
- asistentul social/SPAS/DGASPC
- lucrătorii de tineret și organizațiile de tineret acreditate
- prin platforme publice telefonice sau digitale de orientare.

Această lărgire este justificată de datele din focus grupuri, care arată că tinerii nu gândesc accesul doar prin sistemul medical, ci și prin școală, comunitate, activități și persoane de încredere din apropiere.

#### **1.5. Crearea unei platforme publice naționale pentru programare și orientare**

Se recomandă realizarea unei **platforme publice unice**, ușor de utilizat, în care tinerii și familiile lor să poată identifica rapid psihologii și psihoterapeuții aflați în relație contractuală cu casele de asigurări sau acreditați în programele publice. Platforma ar trebui să permită filtrare după județ, localitate, servicii față în față/online, lucrul cu adolescenți, disponibilitate și limbă. O astfel de platformă ar răspunde direct uneia dintre cele mai constante nevoi exprimate atât în chestionar, cât și în focus grupuri: **informații clare despre unde mergi, cum ajungi și cine te poate ajuta**.

#### **1.6. Extinderea și reglementarea telepsihologiei pentru acces online și hibrid în zonele rurale**

Serviciile psihologice conexe actului medical pot fi acordate și la distanță. Datele din cercetare arată însă foarte clar că online-ul nu trebuie tratat ca înlocuitor

total al prezenței locale. De aceea, recomandarea este pentru un model **hibrid**: online-ul să reducă distanța și costurile, iar serviciile fizice să rămână disponibile prin școli, centre comunitare, cabinete periodice sau servicii mobile.

În condițiile în care geografia rămâne una dintre cele mai mari bariere de acces, serviciile online trebuie privite ca parte integrată a sistemului, nu ca soluție de avarie. Pentru tinerii din mediul rural, pentru cei care nu pot călători ușor sau pentru cei care au nevoie de acces rapid la sprijin, telepsihologia poate reduce semnificativ distanța dintre nevoie și serviciu.

Comisia Europeană susține dezvoltarea unor servicii accesibile și flexibile, inclusiv prin utilizarea tehnologiei digitale pentru extinderea accesului la intervenții. Totuși, în România, integrarea telepsihologiei în sistemul public rămâne limitată și neuniformă. Este necesară includerea explicită a psihoterapiei și consilierii psihologice online în pachetul de servicii decontate de CNAS, împreună cu standarde clare privind confidențialitatea, securitatea datelor și calitatea intervenției. În paralel, ar fi utilă dezvoltarea unor puncte de acces asistat pentru tinerii care nu au acasă condiții adecvate pentru desfășurarea unor ședințe online în siguranță și confidențialitate.

### **1.7. Mecanism de finanțare directă pentru tineri**

Costul serviciilor rămâne una dintre cele mai concrete bariere de acces. În absența unor mecanisme simple de finanțare, mulți tineri, mai ales cei din medii vulnerabile sau din mediul rural, rămân în afara sistemului. Sectorul privat este adesea inaccesibil, iar traseul public este prea birocratic și prea lent pentru a funcționa ca răspuns rapid. În acest context, un mecanism de finanțare directă, **sub forma unui pachet de servicii sau a unui voucher anual pentru un număr limitat de ședințe de consiliere psihologică sau psihoterapie** ar putea funcționa ca punct de intrare simplificat în sistem. Accesul ar trebui să fie direct, fără condiționare de evaluare medicală inițială, pentru dificultăți ușoare și moderate, cu posibilitatea de direcționare ulterioară către servicii medicale sau specializate, atunci când este nevoie. La nivel european, accentul este pus pe servicii low-threshold, adică servicii ușor accesibile, inclusiv financiar. Un astfel de mecanism ar reduce inegalitățile de acces, ar crește utilizarea serviciilor și ar permite intervenția înainte ca problemele să se agraveze.

### **1.8. Introducerea unui standard maximal de așteptare**

Recomandăm instituirea unui standard de acces potrivit căruia:

- prima ședință să aibă loc în maximum **7-10 zile** de la solicitare
- în cazuri de risc (auto-vătămare, violență, abuz, idei suicidare, criză acută), prima intervenție să aibă loc în **24-72 de ore**.

Fără un termen maximal, dreptul la 10 ședințe poate rămâne doar teoretic. Cercetarea arată că atunci când accesul este întârziat sau neclar, tinerii abandonează căutarea ajutorului.

## **2. Recomandări pentru școală și sistemul educațional**

### **2.1. Transformarea școlii în principală poartă de acces către servicii specializate, nu doar loc de informare**

Datele ne arată că școala este percepută de tineri ca principal spațiu de prim acces la sprijin. Se recomandă ca fiecare unitate școlară rurală sau grup de școli rurale să aibă acces efectiv la un consilier școlar funcțional, vizibil și integrat într-un traseu clar de orientare către sprijin specializat.

Recomandăm ca școlile să ofere și:

- informare despre accesul la cele 10 ședințe
- orientare și programare
- spații sigure pentru prima discuție
- activități regulate de alfabetizare emoțională și destigmatizare.

### **2.2. Standarde de calitate (în special de confidențialitate) pentru consilierii școlari**

Recomandăm instituirea și monitorizarea unor reguli de confidențialitate pentru consilierii școlari și personalul implicat în sprijin psiho-emoțional, precum și proceduri privind ce informații pot fi comunicate și în ce condiții. Răspunsurile tinerilor arată că neîncrederea în confidențialitate este o problemă recurentă și că, în lipsa acesteia, chiar și serviciile gratuite pot fi evitate.

### **2.3. Integrarea prevenției emoționale în viața școlii**

Recomandăm introducerea unor cursuri opționale, ateliere și activități recurente de sănătate mintală, gestionarea emoțiilor, bullying, relații sănătoase și orientare către servicii, pentru ca accesul la sprijin să nu fie activat doar în criză. Aceste activități pot fi organizate și prin parteneriat cu specialiști sau lucrători de tineret, în timpul sau în afara orarului școlar. Focus grupurile arată că tinerii cer în mod repetat workshop-uri, discuții deschise și activități nonformale prin care subiectul să devină mai puțin stigmatizat și mai bine înțeles.

## **3. Recomandări pentru autoritățile locale**

### **3.1. Dezvoltarea de puncte locale de acces și servicii comunitare de proximitate**

Autoritățile locale ar trebui să poată susține sau găzdui puncte de acces pentru sănătate mintală în școli, dispensare, biblioteci, centre comunitare sau cămine

culturale. Acolo unde nu este realist un serviciu permanent, recomandăm organizarea de **servicii mobile**, cabinete itinerante sau sesiuni periodice de consiliere. În răspunsurile tinerilor, ideea de „cabinete mobile”, „servicii de proximitate” și „specialiști care vin periodic în comunitate” apare des.

Una dintre cele mai importante inegalități de acces se vede între urban și rural. Pentru mulți tineri din mediul rural, problema nu este doar costul sau lipsa de informare, ci absența efectivă a serviciilor în proximitatea comunității. Modelul actual, centrat pe cabinete localizate în mediul urban și pe deplasarea beneficiarului către serviciu, nu funcționează pentru o populație care depinde de transport, de resurse financiare și de sprijin familial pentru a ajunge la specialist.

Comunicatul Comisiei Europene privind o abordare cuprinzătoare a sănătății mintale arată că serviciile trebuie să fie echitabile, accesibile, bazate pe comunitate și orientate spre intervenție timpurie, astfel încât nimeni să nu fie lăsat în urmă. În România, acest model este încă slab dezvoltat. O soluție realistă este construirea unei rețele de servicii comunitare de sănătate mintală pentru tineri, cu accent pe mediul rural. Asta presupune introducerea funcției de psiholog comunitar, finanțată public, cu acoperire pe mai multe localități, și organizarea serviciilor în spații deja accesibile tinerilor, precum școli, centre comunitare sau cabinete de medicină de familie. O astfel de rețea ar aduce serviciul mai aproape de beneficiar, ar facilita intervenția timpurie și ar reduce decalajele dintre rural și urban.

### **3.2. Investiții în activități de prevenție și spații pentru tineri**

Datele ne arată că tinerii văd sănătatea mintală și prin prisma izolării, lipsei de activități și lipsei de spații de apartenență. Se recomandă ca autoritățile locale și școlile să susțină activități de suport care pot avea caracter preventiv:

- activități sportive și culturale
- grupuri de inițiativă și voluntariat
- centre de tineret și spații de întâlnire
- evenimente locale regulate pentru socializare și prevenție emoțională.

Tinerii percep aceste activități ca factori reali de reducere a stresului, singurătății și anxietății.

### **3.3. Campanii locale de destigmatizare adresate și adulților**

Recomandăm campanii și activități de informare și pentru părinți, profesori, personal medical și lideri comunitari. Familia și comunitatea apar în cercetare atât ca posibil factor de protecție, cât și ca sursă de blocaj. De aceea, schimbarea normelor sociale trebuie să vizeze și adulții pe lângă beneficiarii direcți ai serviciilor.

# Formula sintetică a recomandărilor

Pe baza concluziilor din chestionar și focus grupuri, recomandăm un pachet integrat de măsuri legislative, administrative, educaționale și comunitare pentru creșterea accesului tinerilor din mediul rural la sprijin pentru sănătate mintală.

## 1. Simplificarea accesului direct la sprijin

- introducerea dreptului de acces autonom, de la 16 ani, la un prim pachet de ședințe gratuite de sprijin psihologic, fără acord parental;
- reducerea birocrăției și eliminarea traseelor pentru accesul la intervenție timpurie;
- instituirea unui standard maximal de așteptare pentru prima ședință, astfel încât sprijinul să poată fi accesat rapid.

## 2. Reformarea modului în care sunt finanțate și organizate serviciile

- recunoașterea psihologului ca furnizor independent în sistemul public;
- posibilitatea accesului direct la psihologi aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;
- dezvoltarea unor mecanisme de finanțare directă pentru tineri, inclusiv sub formă de pachete de servicii sau vouchere pentru dificultăți emoționale ușoare și moderate;
- dezvoltarea unei platforme publice naționale pentru informare, orientare și programare la servicii psihologice.

## 3. Întărirea rolului școlii, fără a transforma consilierea școlară în substitut al serviciilor specializate

- clarificarea, la nivel legislativ și operațional, a diferenței dintre consilierea școlară și intervenția psihologică propriu-zisă;
- transformarea școlii în principală poartă de acces către servicii specializate, nu doar în spațiu de informare;
- instituirea unor standarde de calitate și de confidențialitate pentru consilierii școlari și personalul implicat în sprijin psiho-emoțional;
- integrarea prevenției emoționale în viața școlii prin ateliere, cursuri opționale, activități nonformale și orientare către servicii.

## 4. Crearea unor servicii de proximitate pentru mediul rural

- dezvoltarea de puncte locale de acces pentru sănătate mintală în școli, dispensare, biblioteci, centre comunitare sau cămine culturale;
- organizarea de servicii mobile, cabinete itinerante și sesiuni periodice de consiliere pentru comunitățile izolate;
- extinderea și reglementarea telepsihologiei, într-un model hibrid care să combine accesul online cu prezența fizică locală;

- lărgirea actorilor care pot iniția sau facilita accesul la sprijin: consilier școlar, medic școlar, asistent medical comunitar, asistent social, lucrători de tineret și platforme publice de orientare.

#### **5. Tratarea sănătății mintale ca temă de prevenție și dezvoltare comunitară**

- investiții în activități sportive, culturale, de voluntariat și în spații pentru tineri, ca forme de prevenție a izolării, singurătății și anxietății;
- dezvoltarea de activități de informare și destigmatizare pentru tineri, părinți, profesori, personal medical și lideri comunitari;
- abordarea sănătății mintale într-un cadru intersectorial, care să combine sănătatea, educația, politicile de tineret, serviciile sociale și dezvoltarea comunitară locală.

## Surse

[UNICEF Romania](#). (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%28A%20Snapshot%29.pdf>

[UNICEF Romania](#). (2023). Policy brief: Child and adolescent mental health in Romania.

<https://www.unicef.org/romania/media/10046/file/Policy%20Brief%3A%20Child%20and%20Adolescent%20Mental%20Health%20in%20Romania.pdf>

[UNICEF Romania](#), [Ministerul Educatiei](#), & [Comisia Europeana](#). (2025). Comprehensive analysis of the well-being and mental health of lower-secondary school students in Romania.

<https://www.unicef.org/romania/media/17036/file/Comprehensive%20analysis%20of%20the%20well-being%20and%20mental%20health%20of%20lower-secondary%20school%20students%20in%20Romania.pdf.pdf>

[Comisia Europeana](#). (2023). Communication from the Commission on a comprehensive approach to mental health (COM(2023) 298 final).

[https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com\\_2023\\_298\\_en.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-06/com_2023_298_en.pdf)

[UNICEF Office of Research Innocenti](#). (2021). Child and adolescent mental health in Europe: Policy brief.

<https://www.unicef.org/eu/media/2576/file/Child%20and%20adolescent%20mental%20health%20policy%20brief.pdf>

[World Health Organization](#), & [UNICEF](#). (2022). Adolescent health services: The missing link in universal health coverage.

[Guvernul României](#). (2006). Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății. <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/258978>

[Casa Națională de Asigurări de Sănătate](#). (2023). Contractul-cadru privind acordarea asistenței medicale în sistemul de asigurări sociale de sănătate.

[Ministerul Educației](#). (2024). Regulamente privind organizarea și funcționarea serviciilor de consiliere școlară și CJRAE.

[Edupedu](#). (2025). Analiza consilierilor școlari în România: cifre, rol și sistem. <https://www.edupedu.ro/analiza-consilierea-scolara-a-elevilor-din-romania-cifre-oficiale-contradictorii-rol-marginalizat-si-un-sistem-neunitar-in-2025-2026-unui-consilier-scolar-ii-revin-in-medie-756-de-elevi/>

[Eurohealthnet](#). (2023). EU Youth Strategy and mental health policy recommendations.