**Autism Speaks**

**Upitnik o potrebama roditelja dece sa autizmom Upitnik je razvijen od strane Ejmi Deniels (Amy Daniels) i SEAN (Southeast European Autism Network)**

**Pristanak za učestvovanje u anketi**

*Poštovani ,*

*Društvo za dečju i adolescentnu psihijatriju i srodne struke Srbije (DEAPS) u saradnji sa Organizacijom Autism Speaks (*[*www.autismspeaks.org*](http://www.autismspeaks.org/)*), sprovodi istraživanje u cilju boljeg razumevanja potreba dece sa autizmom i izazova i poteškoća sa kojima se ova deca i njihove porodice susreću tokom traženja i dobijanja pomoći. Iako neće biti trenutno vidljivih rezultata Vašeg učešća u anketi, rezultati će biti iskorišćeni u istraživačke svrhe odnosno analize situacije kada su u pitanju osobe s autizmom i njihove porodice, što će biti osnov za eventualno buduće planiranje odgovarajućih mera u cilju poboljšanja brige o deci sa autizmom i njihovim porodicama. Vaše učešće u anketi je dobrovoljno, a dobijeni podaci će biti isključivo iskorišćeni u istraživačke svrhe; s tim u vezi ne očekujemo da Vaše učešće u ovom istraživanju nosi bilo kakav rizik po lično vas ili vaše dete*.

*Ukoliko pristanete na učešće, biće Vam potrebno oko maksimalno 30 minuta za izradu ankete.*

*Molimo Vas da pitanja pročitate i na njih odgovorite pažljivo, i da znakom “X”jasno označite odgovor koji ste odabrali. Molimo Vas da ne preskačete ni jedno pitanje, jer su nam sve informacije koje dobijemo veoma značajne!*

*Učešće u anketi je dobrovoljno i anketa je anonimna! Ukoliko imate bilo kakva pitanja, ne oklevajte da ih postavite Doc. Dr Milici Pejović Milovančević na milica.pejovic@imh.org.rs*

*Upoznat sam sa gore navedenim informacijama , i dobio sam odgovore na sva pitanja koja sam postavio. Pristajem na učešće u istraživanju.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicijali učesnika*

*Hvala!*

*Anketu možete poslati na* [*milica.pejovic@imh.org.rs*](mailto:milica.pejovic@imh.org.rs)

**OBLAST 0: OSNOVNI PODACI**

**0.1** Uneti ime grada

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**0.2** Način popunjavanja upitnika

1. \_\_\_\_\_Lično (sa ispitivačem)

2.\_\_\_\_\_ Lično (samostalno)

3. \_\_\_\_\_Telefonom

4. \_\_\_\_\_Elektronskom poštom

5. \_\_\_\_\_Drugo (Precizirati:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**0.3** Format izrade

1. \_\_\_\_\_Na papiru

2. \_\_\_\_\_Elektronski

**0.4** Mesto izrade ankete

1. \_\_\_\_\_Kod kuće

2. \_\_\_\_\_U ustanovi

3. \_\_\_\_\_Drugo (Precizirati: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**0.5** Naziv ustanove (Navesti naziv, ukoliko je primenljivo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**0.6** Datum izrade ankete (datum/mesec/godina)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OBLAST 1: DEMOGRAFSKE KARAKTERISTIKE PORODICE**

**1.1** Koji je Vaš stepen obrazovanja?

1. Osnovna škola

2. Srednja škola

3. Pohađao fakultet

4. Završio fakultet

5. Više od diplome fakulteta

**1.2** Koji je stepen obrazovanja vašeg supruga/supruge?

1. Osnovna škola

2. Srednja škola

3. Pohađao fakultet

4. Završio fakultet

5. \_ Više od diplome fakulteta

6. Nije primenljivo

**1.3.** U kakvom ste srodstvu sa detetom\*?

1. Majka

2. Otac

3. Baba/Deda

4.\_\_\_\_\_ Drugo (Precizirati: )

*\* U daljem tekstu “Vaše dete”*

**OBLAST 2 : KARAKTERISTIKE DETETA**

*Ova pitanja se odnose na Vašu zabrinutost o razvoju Vašeg deteta sa autizmom i period neposredno posle postavljanja dijagnoze.*

**2.1** Koja je *trenutna* dijagnoza Vašeg deteta?

1. Autizam ili Autistični poremećaj

2. Aspergerov sindrom

3. Pervazivni razvojni poremećaj, nespecifikovan

4. Pervazivni razvojni poremećaj

5. Autistični spektar poremećaja

6. Drugo (Precizirati: \_)

**2.2** Kog je pola Vaše dete?

1.\_\_\_\_\_ Muškog

2.\_\_\_\_\_ Ženskog

**2.3** Kolika je trenutna starost Vašeg deteta?

1.\_\_\_\_\_ Godina

2.\_\_\_\_\_ Meseci

**2.4** Kakve su govorne sposobnosti Vašeg deteta?

1. Ne govori

2. Koristi samo pojedinačne reči (npr. “Mehurići”)

3. Koristi rečenice sastavljene od dve-tri reči (npr. “Tata cipela”)

4. Koristi rečenice od četiri ili više reči (npr. “Ja želim još soka”)

5. Koristi složene rečenice (npr: “Umoran sam i hoću da spavam”)

***PRVE TEGOBE VAŠEG DETETA***

**2.5** Želeli bismo da Vam postavimo neka pitanja o ranom razvoju Vašeg deteta. Koliko je bilo staro Vaše dete kad ste se prvi put zabrinuli za njegov razvoj?

Meseci

**2.6** Postoji mnogo razloga zbog kojih bi roditelj mogao da bude zabrinut kada je u pitanju razvoj deteta. U nastavku je data lista različitih ponašanja zbog kojih bi se roditelj mogao zabrinuti. Razmislite o inicijalnim razlozima za zabrinutost *i označite sve što se odnosi na Vas*.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Zabrinutost | 1.Da | 2.Ne |
| a. | Dete je imalo zdravstvene probleme kao što su krize svesti, zaostajanje u rastu, ili problem sa stomakom |  |  |
| b. | Dete nije imalo kontakt očima dok razgovara ili se igra sa drugima |  |  |
| c. | Nije se odazivalo na poziv, ili nije reagovalo na zvuke |  |  |
| d. | Činilo se da ne razume neverbalnu komunikaciju, npr. šta je značio određeni ton Vašeg glasa, ili izraz lica, ili drugi “govor tela” |  |  |
| e. | Imalo je problem u ponašanju, kao što je problem sa spavanjem ili hranjenjem, prevelika aktivnost, lutanje, izlivi besa, agresivno ili destruktivno ponašanje |  |  |
| f. | Imalo je problem sa koordinacijom pokreta ili savladavanjem grubih motornih veština kao što je hodanje |  |  |
| g. | Progovorilo je kasnije od uobičajenog za većinu dece |  |  |
| h. | Uopšte nije govorilo |  |  |
| i. | Nije govorilo dobro kao druga deca istog uzrasta |  |  |
| j. | Izgubilo je govorne veštine koje je prethodno bilo razvilo |  |  |
| k. | Činilo se da ne razume ono što ste mu Vi ili drugi odrasli govorili |  |  |
| l. | Imalo je problem sa savladavanjem finih motornih veština kao što je upotreba makaza ili crtanje bojicama |  |  |
| m. | Imalo je teškoće da se igra ili udružuje sa drugima, ili se igralo samo “u svom svetu” |  |  |
| n. | Insistiralo na jednoličnosti i opiralo se promenama |  |  |
| o. | Imalo je problem u učenju novih veština, kao što je navikavanje na toalet, ili samostalno oblačenje |  |  |
| p. | Imalo je problem u učenju novih stvari kao što su slova i brojevi |  |  |
| q. | Imalo je neuobičajene pokrete kao što je lepršanje rukama, hodanje na prstima, ili okretanje oko sebe |  |  |

**2.7 Ko** je bila prva osoba koja je ispoljila zabrinutost da nešto nije u redu sa razvojem deteta?

1. Ja

2. Moj suprug/supruga

3. Drugi član porodice/rođak

4. Lekar ili drugi zdravstveni radnik

5. Učitelj

6. Drugo (Precizirati: \_)

***DIJAGNOZA***

**2.8** Koliko je bilo staro Vaše dete kada je postavljena dijagnoza „Autizam“?

Meseci

**2.9** Ko je bio ***prvi*** ko je Vašem detetu postavio ovu dijagnozu?

1. Lekar opšte prakse

2. Pedijatar

3. Pedijatar subspecijalista (npr. razvojni pedijatar)

4. Psiholog

5. Psihijatar/dečji psihijatar

6. Neurolog /dečji neurolog

7. Medicinska sestra

8. Tim profesionalaca

9. Drugo (Precizirati: \_)

**2.10** Koliko je od Vas udaljena zdravstvena ustanova gde je detetu postavljena dijagnoza?

Manje od 25 kilometara

Između 25 – 50 kilometara

Između 50 – 100 kilometara

Više od 100 kilometara

Van države

**OBLAST 3 : ISKUSTVA SA RAZLIČITIM SLUŽBAMA**

*Ova pitanja se odnose na zdravstvenu zaštitu, edukaciju i ostale usluge ili lečenje koji su ranije pruženi Vašem detetu ili ih trenutno koristi, a koje izlaze u susret njegovim potrebama.*

***USLUGE ZDRAVSTVENOG SISTEMA***

**3.1** Da li je Vašem detetu ***ikada*** pružena neka od ovih vrsta tretmana?

*Označite sve što odgovara.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Usluge/Lečenje | 1. Da | 2. Ne |
| a. | Bihejvioralna intervencija ili modifikacija ponašanja |  |  |
| b. | Senzorna integrativna terapija |  |  |
| c. | Kognitivna terapija |  |  |
| d. | Okupaciona terapija |  |  |
| e. | Fizikalna terapija |  |  |
| f. | Trening socijalnih veština |  |  |
| g. | Tretman govora ili jezika |  |  |
| h. | Farmakoterapija / lekovi |  |  |
| i. | Drugo (Precizirati: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |  |
| j. | Ne znam |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.2** Da li Vaše dete ***trenutno*** dobija neki od navedenih tretmana? | | | **3.3** Koliko sati nedeljno Vaše dete koristi ove tretmane? | **3.4** Da li morate da platite da bi Vaše dete dobilo ove tretmane? |
| a. | Bihejvioralna intervencija ili modifikacija ponašanja | 1.\_\_\_\_\_ Da  2.\_\_\_\_\_ Ne |  | 1. Da, u potpunosti  2. Da, delimično  3. Ne |
| b. | Senzorna integrativna terapija | 1.\_\_\_\_\_ Da  2.\_\_\_\_\_ Ne |  | 1. Da, u potpunosti  2. Da, delimično  3. Ne |
| c. | Kognitivna terapija | 1.\_\_\_\_\_ Da  2.\_\_\_\_\_ Ne |  | 1. Da, u potpunosti  2. Da, delimično  3. Ne |
| d. | Okupaciona terapija | 1.\_\_\_\_\_ Da  2.\_\_\_\_\_ Ne |  | 1. Da, u potpunosti  2. Da, delimično  3. Ne |
| e. | Fizikalna terapija | 1.\_\_\_\_\_ Da  2.\_\_\_\_\_ Ne |  | 1. Da, u potpunosti  2. Da, delimično  3. Ne |
| f. | Trening socijalnih veština | 1.\_\_\_\_\_ Da  2.\_\_\_\_\_ Ne |  | 1. Da, u potpunosti  2. Da, delimično  3. Ne |
| g. | Terapija jezika ili govora | 1.\_\_\_\_\_ Da  2.\_\_\_\_\_ Ne |  | 1. Da, u potpunosti  2. Da, delimično  3. Ne |
| h. | Farmakoterapija/lekovi | 1.\_\_\_\_\_ Da  2.\_\_\_\_\_ Ne |  | 1. Da, u potpunosti  2. Da, delimično  3. Ne |
| i. | Ostalo | 1.\_\_\_\_\_ Da  2.\_\_\_\_\_ Ne |  | 1. Da, u potpunosti  2. Da, delimično  3. Ne |
| j. | Ne znam |  |  |  |

**3.5** Deca sa problemima u razvoju i učenju mogu dobijati različite tretmane od strane različitih stručnjaka, da bi im se pomoglo. Da li je Vaše dete ***ikada*** bilo uključeno u rad sa nekim od navedenih stručnjaka da bi mu se pomoglo u razvoju? Označite sve što odgovara.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Pružalac usluge | 1. Da | 2. Ne |
| a. | Audiolog |  |  |
| b. | Bihejvioralni terapeut |  |  |
| c. | Razvojni pedijatar |  |  |
| d. | Pedagog |  |  |
| e. | Neurolog |  |  |
| f. | Nutricionista |  |  |
| g. | Psihijatar/dečji psihijatar |  |  |
| h. | Psiholog |  |  |
| i. | Drugo (Precizirati:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |  |

**3.6** Da li Vaše dete ***trenutno*** radi sa nekim od terapeuta koji su navedeni, u cilju poboljšanja funkcionisanja? Označite sve što odgovara.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Pružalac usluge | 1. Da | 2. Ne |
| a. | Audiolog |  |  |
| b. | Bihejvioralni terapeut |  |  |
| c. | Razvojni pedijatar |  |  |
| d. | Pedagog |  |  |
| e. | Neurolog |  |  |
| f. | Nutricionista |  |  |
| g. | Psihijatar |  |  |
| h. | Psiholog |  |  |
| i. | Drugo (Precizirati:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |  |

***OBRAZOVANJE***

**3.7** Koju školu Vaše dete ***trenutno*** pohađa?

1. Vrtić

2. Državna osnovna škola

3. Privatna škola

4. Specijalna škola za decu sa posebnim potrebama

5. Školuje se kod kuće

6. Ne ide u školu

**3.8** Da li Vaše dete dobija bilo kakvu ***dodatnu*** pomoć u učenju zbog postojanja razvojnog poremećaja?

1. Da

2. Ne

3. Ne znam

**3.9** Koju vrstu dodatne pomoći u učenju Vaše dete trenutno dobija? Označite sve što odgovara.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Pomoć u učenju | 1. Da | 2. Ne |
| a. | Specijalna učionica za decu sa autizmom |  |  |
| b. | Specijalna učionica za decu sa posebnim potrebama |  |  |
| c. | Pedagoški asistent |  |  |
| d. | Lični pratilac |  |  |
| e. | Asistent van škole |  |  |
| f. | Drugo (Precizirati:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |  |
| g. | Nije primenljivo |  |  |

***OSTALE USLUGE/POMOĆ***

**3.10** Da li Vi***trenutno*** dobijate bilo kakvu pomoć ili edukaciju koja se odnosi na potrebe Vašeg deteta, ili na njegovo lakše prihvatanje različitih stručnih tretmana?

1. Da (Precizirati: )

2. Ne

**3.11** Da li Vaše dete ***trenutno*** dobija bilo kakvu pomoć države zbog autizma?

1. Da (Precizirati: )

2. Ne

**3.12** Da li ste Vi ili neko drugi od članova porodice ***trenutno*** uključeni u bilo kakvu vrstu zaštite ili podrške porodici, ili drugu vrstu organizacije zbog autizma koji ima Vaše dete?

1. Da

2. Ne

3. Ne znam

**3.13** Kome se najčešće obraćate radi dobijanja informacija o autizmu? Označite sve što odgovara.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Izvori informacija | 1. Da | 2. Ne |
| a. | Internet |  |  |
| b. | Lekar opšte prakse/Pedijatar koji leči vaše dete |  |  |
| c. | Nastavnik Vašeg deteta |  |  |
| d. | Drugi roditelji koji imaju decu sa autizmom |  |  |
| e. | Drugi stručnjaci (npr. zdravstveni specijalisti, terapeuti koji rade sa Vašim detetom |  |  |
| f. | Drugo(Precizirati:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |  |

**OBLAST 4 : VAŠA ZAPAŽANJA**

***Pristupačnost i neprepoznate potrebe***

*Ova pitanja se odnose na sve tipove usluga koje detetu mogu koristiti ili biti potrebne, kao što je zdravstvena zaštita, pregledi stomatologa, specijalizovane terapije, savetovanje, medicinska oprema, specijalna edukacija i rane intervencije. Ove usluge se mogu dobiti u klinikama, školama, različitim centrima za brigu o deci, kroz programe lokalne zajednice, kod kuće, i na drugim mestima.*

**4.1** Tokom poslednjih dvanaest meseci, da li je bilo ikakvih problema ili odlaganja u dobijanju pomoći za Vaše dete zato što ono ***nije ispunjavalo kriterijume*** za dobijanje takve pomoći?

1. Da

2. Ne

3. Ne znam

**4.2** Tokom poslednjih dvanaest meseci, da li je bilo ikakvih problema ili odlaganja u dobijanju pomoći za Vaše dete zato što takve usluge ***nisu dostupne*** u vašem mestu stanovanja?

1. Da

2. Ne

3. Ne znam

**4.3**  Tokom poslednjih dvanaest meseci, da li je bilo ikakvih problema ili odlaganja zbog postojanja lista čekanja, zastoja ili drugih problema sa zakazivanjem u zdravstvenom sistemu?

1. Da

2. Ne

3. Ne znam

**4.4** Tokom poslednjih dvanaest meseci, da li je bilo ikakvih problema ili odlaganja zbog problema vezanih za cenu usluga?

1. Da

2. Ne

3. Ne znam

**4.5** Tokom poslednjih dvanaest meseci, da li je bilo ikakvih problema ili odlaganja jer niste mogli da dobijete neophodne informacije?

1. Da

2. Ne

3. Ne znam

**4.6** Tokom poslednjih dvanaest meseci, da li je bilo ikakvih problema ili odlaganja iz bilo kog drugog razloga?

1. Da (Precizirati: )

2. Ne

3. Ne znam

**4.7** Da li ste, tokom poslednjih dvanaest meseci, često bili frustrirani pokušajima da dobijete usluge potrebne Vašem detetu?

1. Nikad

2. Ponekad

3. Obično da

4. Uvek

5. Ne znam

***UTICAJ NA PORODICU/OSOBE KOJE BRINU O DETETU***

*Ova pitanja se odnose na to kako autizam koje ima Vaše dete utiče na Vas i ostale članove porodice*

**4.8** Da li je, zbog autizma koji ima Vaše dete, Vaša porodica imala finansijske probleme?

1. Da

2. Ne

3. Ne znam

**4.9** Da li ste Vi, ili neko drugi od članova porodice, morali da napustite posao zbog autizma Vašeg deteta?

1. Da

2. Ne

3. Ne znam

**4.10** Da li ste Vi, ili neko drugi od članova porodice, morali da počnete da radite skraćeno zbog autizma Vašeg deteta?

1. Da

2. Ne

3. Ne znam

***STIGMATIZACIJA***

*Narednim pitanjima, označite da li se sa navedenim tvrdnjama : U potpunosti slažete, slažete, ne slažete ili se uopšte ne slažete.*

**4.11** Osećam se bespomoćnim jer imam dete sa autizmom.

1. Uopšte se ne slažem

2. Ne slažem se

3. Slažem se

4. U potpunosti se slažem

**4.12** Zabrinut sam šta bi bilo ako bi drugi ljudi saznali da imam dete sa autizmom.

1. Uopšte se ne slažem

2. Ne slažem se

3. Slažem se

4. U potpunosti se slažem

**4.13** Drugi ljudi me diskriminišu jer imam dete sa autizmom.

1. Uopšte se ne slažem

2. Ne slažem se

3. Slažem se

4. U potpunosti se slažem

**4.14** To što imam dete sa autizmom ima negativan uticaj na mene.

1. Uopšte se ne slažem

2. Ne slažem se

3. Slažem se

4. U potpunosti se slažem

***KVALITET ŽIVOTA***

*Narednim pitanjima želimo da saznamo kako Vi procenjujete Vaš, i kvalitet života Vašeg deteta.*

**4.15** Da bi porodica imala dobar zajednički život, koliko je važno da moje dete sa autizmom ima podršku za napredovanje u školi?

1. Nije mnogo važno

2. Važno je

3. Veoma je važno

**4.16** Koliko sam zadovoljan podrškom koju moje dete ima za napredovanje u školi?

1. Potpuno nezadovoljan

2. Ni zadovoljan ni nezadovoljan

3. Veoma zadovoljan

**4.17** Da bi porodica imala dobar zajednički život, koliko je važno da moje dete sa autizmom ima podršku za napredovanje kod kuće?

1. Nije mnogo važno

2. Važno je

3. Veoma je važno

**4.18** Koliko sam zadovoljan podrškom koju moje dete ima za napredovanje kod kuće?

1. Potpuno nezadovoljan

2. Ni zadovoljan ni nezadovoljan

3. Veoma zadovoljan

**4.19** Da bi porodica imala dobar zajednički život, koliko je važno da moje dete sa autizmom ima podršku da stiče prijatelje?

1. Nije mnogo važno

2. Važno je

3. Veoma je važno

**4.20** Koliko sam zadovoljan podrškom koju moje dete ima da stiče prijatelje?

1. Potpuno nezadovoljan

2. Ni zadovoljan ni nezadovoljan

3. Veoma zadovoljan

**4.21** Da bi porodica imala dobar zajednički život, koliko je važno moja porodica ima dobre odnose sa službama koje rade sa mojim detetom?

1. Nije mnogo važno

2. Važno je

3. Veoma je važno

**4.22** Koliko sam zadovoljan odnosima sa službama koje rade sa mojim detetom?

1. Potpuno nezadovoljan

2. Ni zadovoljan ni nezadovoljan

3. Veoma zadovoljan

***IZAZOVI I PRIORITETI***

**4.23** Zainteresovani smo da saznamo I šta su za Vas najveći izazovi sa kojima se susrećete kada je u pitanju Vaše dete sa autizmom. Molimo Vas da izaberete ***tri najveća*** izazova sa liste.

1. Problematično ponašanje (npr. samopovređivanje, agresivno ponašanje, napadi besa)

2. Savladavanje veština važnih za svakodnevni život (npr: navikavanje na toalet, hranjenje)

3. Zdravstveni problemi (npr: dodatne fizičke bolesti ili psihijatrijska stanja)

4. Problemi sa spavanjem (npr. otežano uspavljivanje, noćna buđenja)

5. Problemi u vezi sa izborom hrane i hranjenjem

6. Teškoće u socijalnim interakcijama

7. Repetitivno ponašanje/ograničena interesovanja/insistiranje na istim stvarima

8. Problemi u komunikaciji

9. Zabrinutost za bezbednost deteta (npr: lutanje, penjanje)

10. Senzorni problemi

11. Drugo (Precizirati: )

**4.24** Koji su najveći izazovi sa kojima se suočavate u obezbeđivanju podrške za Vaše dete? Molimo Vas da izaberete ***tri najveća*** izazova sa liste.

1. Obezbeđivanje adekvatne zdravstvene zaštite za dete

2. Obezbeđivanje adekvatnog obrazovanja za dete

3. Obezbeđivanje adekvatne socijalne pomoći/podrške za dete

4. Obezbeđivanje zaštite osnovnih prava deteta

5. Obezbeđivanje mogućnosti predaha za mene i moju porodicu

6. Drugo (Precizirati: \_)

**4.25** Takođe nas zanima da saznamo, šta je, po Vašem mišljenju, prioritet za porodice pogođene autizmom u Vašoj zemlji. Molimo Vas da označite ***tri za Vas najvažnije*** stavke sa liste.

1. Unapređenje zdravstvene zaštite

2. Unapređenje obrazovanja

3. Unapređenje uslova Službe socijalne pomoći

4. Veća prava za osobe sa autizmom

5. Veće poštovanje već postojećih prava osoba sa autizmom

6. Veća dostupnost informacija o autizmu

7. Veća podrška kod kuće

8. Povećanje svesnosti lokalne zajednice

9. Veće mogućnosti za umrežavanje i interakcije roditelja dece sa autizmom

10. Drugo (Precizirati: \_)

**Hvala Vam na izdvojenom vremenu!**