

AMBS

Codzienne zażywanie leków przez całe życie jest trudnym zadaniem. Chcielibyśmy znaleźć sposób ułatwienia tej czynności. Poniżej wymieniono kilka wskazanych przez nastolatków powodów, które utrudniają im codzienne zażywanie leków zgodnie z planem. Przeczytaj uważnie każde stwierdzenie. Zaznacz pole po prawej stronie, które odzwierciedla, w jakim stopniu zgadzasz lub nie zgadzasz się z każdym z nich.

	Zdecydowanie się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Nie mam pewności	Zgadzam się	Zdecydowanie się zgadzam
1. Uważam, że lek jest trudny do przełknięcia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Uważam, że mam za dużo pigułek do zażywania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nie lubię smaku leku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uważam, że ten lek ma zbyt wiele skutków ubocznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nie chcę zażywać leku w szkole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mam poczucie, że przeszkadza to w wykonywanych przeze mnie czynnościach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jestem zapominalski(-a) i nie za każdym razem pamiętam, żeby zażyć lek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nie jestem zbyt zorganizowany(-a) co do tego, kiedy i jak zażywać lek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nie chcę, żeby inni ludzie zauważali, że zażyvam lek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czasami po prostu nie mam ochoty zażywać leku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ciężko jest mi trzymać się ustalonego planu zażywania leku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nie podoba mi się, jak lek wpływa na mój wygląd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Jestem zmęczony(-a) zażywaniem leku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Życie z chorobą jest dla mnie męczące	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Czasami nie zdaję sobie sprawy, kiedy skończyły się pigułki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Myli mi się, jak należy przyjmować lek (w czasie posiłku czy nie, popijając wodą czy nie itp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Czasami trudno jest pójść do apteki, aby zrealizować receptę, zanim skończy się lek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czy są jeszcze jakieś inne rzeczy, które nie zostały wymienione, a które utrudniają codzienne przyjmowanie leku zgodnie z planem?					
