

แบบประเมินกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (SPAQ)

คำชี้แจง : แบบประเมินนี้ เป็นการสอบถามเกี่ยวกับเวลาที่ใช้ในการเคลื่อนไหวร่างกายใน 7 วันที่ผ่านมา เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายในการทำกิจกรรมต่างๆทั้งหมดในแต่ละวัน เช่นขณะทำงาน ขณะอยู่บ้าน ขณะเดินทาง ขณะใช้เวลารว่าง และออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬา เป็นต้น โดยจะขอให้ท่านประเมินความถี่และระยะเวลาในการทำกิจกรรมนั้น

รายละเอียดของกิจกรรม	ระยะเวลา	ระยะเวลาเฉลี่ยต่อสัปดาห์ (นาที)
1. กิจกรรมระดับเบา (กิจกรรมที่ใช้การออกกำลังกายน้อยทำให้ระดับการหายใจปกติระหว่างทำกิจกรรมนั้น สามารถพูดได้เป็นประโยคหรือร้องเพลงระหว่างทำกิจกรรมได้)		
1.1 การดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การล้างหน้า แปรงฟัน โกนหนวด การอาบน้ำ แต่งตัว เป็นต้น	วันละ ชั่วโมง.....นาที	
1.2 การดูแลทำความสะอาดบ้าน การกวาดถูบ้าน การล้างจาน การจัดข้าวของในบ้าน การซักเสื้อผ้า	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทุกวัน วันละชั่วโมง.....นาที <input type="checkbox"/> อื่นๆ ความถี่:วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา: วันละ..... ชั่วโมง.....นาที	
1.3 การทำสวน เช่น การตัดเล็มต้นไม้ การรดน้ำต้นไม้	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทุกวัน วันละชั่วโมง.....นาที <input type="checkbox"/> อื่นๆ ความถี่:วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา: วันละ..... ชั่วโมง.....นาที	
1.4 การเดินซื้อของ จ่ายตลาด	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทุกวัน วันละชั่วโมง.....นาที	

	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ความถี่:วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา: วันละ..... ชั่วโมง.....นาที่	
1.5 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มพิสัยข้อหรือความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทุกวัน วันละชั่วโมง.....นาที่ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ความถี่:วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา: วันละ..... ชั่วโมง.....นาที่	
1.6 การเดินเล่นและการเดินออกกำลังกายในบ้าน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทุกวัน วันละชั่วโมง.....นาที่ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ความถี่:วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา: วันละ..... ชั่วโมง.....นาที่	
1.7 การปั่นจักรยานเล่นเพื่อความเพลิดเพลิน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทุกวัน วันละชั่วโมง.....นาที่ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ความถี่:วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา: วันละ..... ชั่วโมง.....นาที่	
	ระยะเวลาโดยรวมของกิจกรรมระดับเบา	
2. กิจกรรมระดับปานกลาง (กิจกรรมที่ใช้กำลังกายปานกลาง ทำให้มีระดับการหายใจค่อนข้างเร็วระหว่างทำกิจกรรมสามารถพูดได้เป็นประโยคแต่ไม่สามารถร้องเพลงได้)		
2.1 การเดินขึ้นลงบันได	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ	

	<input type="checkbox"/> ทุกวัน วันละชั่วโมง.....นาที <input type="checkbox"/> อื่นๆ ความถี่:วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา: วันละ..... ชั่วโมง.....นาที	
2.2 การออกกำลังกายโดยการเดินเร็วๆ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทุกวัน วันละชั่วโมง.....นาที <input type="checkbox"/> อื่นๆ ความถี่:วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา: วันละ..... ชั่วโมง.....นาที	
2.3 การปั่นจักรยานเพื่อการออกกำลังกาย และการรำกระบอง หรือการออกกำลังกาย อย่างอื่นที่มีความหนักปานกลาง (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทุกวัน วันละชั่วโมง.....นาที <input type="checkbox"/> อื่นๆ ความถี่:วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา: วันละ..... ชั่วโมง.....นาที	
	ระยะเวลาโดยรวมของกิจกรรมระดับปานกลาง	
3. กิจกรรมระดับหนัก (กิจกรรมที่ใช้การออกกำลังกายมาก ทำให้ระดับการหายใจลึกและเร็ว สามารถพูดได้เพียงคำสั้นๆ 2-3 คำ ปนกับการหยุดพักหายใจแต่ไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้)		
3.1 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ เช่นการยกน้ำหนัก, การถ่วง น้ำหนักที่แขนหรือขาแล้วออกแรงต้าน	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ <input type="checkbox"/> ทุกวัน วันละชั่วโมง.....นาที <input type="checkbox"/> อื่นๆ ความถี่:วันต่อสัปดาห์ ระยะเวลา: วันละ..... ชั่วโมง.....นาที	

<p>3.2 การออกกำลังกายแอโรบิคแบบหนัก เช่น การวิ่ง การเต้นแอโรบิค หรือการออกกำลังกายอย่างอื่นที่มีระดับหนัก (ระบุ).....</p>	<p><input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำ</p> <p><input type="checkbox"/> ทุกวัน วันละชั่วโมง.....นาที</p> <p><input type="checkbox"/> อื่นๆ</p> <p>ความถี่:วันต่อสัปดาห์</p> <p>ระยะเวลา: วันละ..... ชั่วโมง.....นาที</p>	
	<p>ระยะเวลาโดยรวมของกิจกรรมระดับหนัก</p>	