

**Supplementary material: Thai fibromyalgia survey questionnaires (FSQ)**

**แบบสอบถามกลุ่มอาการไฟโบรไมอัลเจียสำหรับผู้ตอบเอง**  
 กรุณาทำเครื่องหมาย x หรือ / ในกล่องหน้าคำตอบที่ท่านเลือก

<p>คำถามที่ 1: ในรอบ <b>1 สัปดาห์</b>ที่ผ่านมา ท่านมีอาการปวดในตำแหน่งต่อไปนี้หรือไม่</p> <p>บริเวณที่ 1</p> <p>    กรามซ้าย <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    ไหล่ซ้าย <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    แขนซ้ายท่อนบน (เหนือข้อศอกขึ้นมา) <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    แขนซ้ายท่อนล่าง (ตั้งแต่ข้อศอกลงไป) <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>บริเวณที่ 2</p> <p>    กรามขวา <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    ไหล่ขวา <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    แขนขวาท่อนบน (เหนือข้อศอกขึ้นมา) <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    แขนขวาท่อนล่าง (ตั้งแต่ข้อศอกลงไป) <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>บริเวณที่ 3</p> <p>    สะโพกและก้นซ้าย <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    ขาซ้ายท่อนบน (เหนือข้อเข่าขึ้นมา) <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    ขาซ้ายท่อนล่าง (ตั้งแต่ข้อเข่าลงไป) <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>บริเวณที่ 4</p> <p>    สะโพกและก้นขวา <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    ขาขวาท่อนบน (เหนือข้อเข่าขึ้นมา) <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    ขาขวาท่อนล่าง (ตั้งแต่ข้อเข่าลงไป) <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>บริเวณที่ 5</p> <p>    คอ <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    หลังส่วนบน <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    หลังส่วนล่าง <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    ทรวงอก <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p> <p>    ท้อง <input type="checkbox"/> ปวด <input type="checkbox"/> ไม่ปวด</p>	<p>คำถามที่ 2: ในรอบ <b>1 สัปดาห์</b>ที่ผ่านมา ท่านมีอาการ “อ่อนล้า” ในระดับใด?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการเล็กน้อยหรือเป็นครั้งคราว</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการปานกลางหรือเป็นบ่อยครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการรุนแรง เป็นตลอดเวลา รบกวนชีวิตประจำวัน</p> <p>คำถามที่ 3: ในรอบ <b>1 สัปดาห์</b>ที่ผ่านมา ท่านมีอาการ “รู้สึกไม่สดชื่นเมื่อตื่นนอน” ในระดับใด?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการเล็กน้อยหรือเป็นครั้งคราว</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการปานกลางหรือเป็นบ่อยครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการรุนแรง เป็นตลอดเวลา รบกวนชีวิตประจำวัน</p> <p>คำถามที่ 4: ในรอบ <b>1 สัปดาห์</b>ที่ผ่านมา ท่านมีอาการ “หลงลืมหรือไม่มีสมาธิ” ในระดับใด?</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการเล็กน้อยหรือเป็นครั้งคราว</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการปานกลางหรือเป็นบ่อยครั้ง</p> <p><input type="checkbox"/> มีอาการรุนแรง เป็นตลอดเวลา รบกวนชีวิตประจำวัน</p> <p>คำถามที่ 5: ในรอบ <b>6 เดือน</b>ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่</p> <p>    ปวดหัว <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>    ปวดหรือเกร็งท้องน้อย <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>    ซึมเศร้า <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p>คำถามที่ 6: เมื่อพิจารณาจากคำถามในแบบสอบถามนี้ โดยทั่วไปท่านมีอาการต่าง ๆ มา <b>อย่างน้อย 3 เดือน</b></p> <p><input type="checkbox"/> ใช่ <input type="checkbox"/> ไม่ใช่</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Supplemental material for “Reliability, validity and agreement of the Thai self-reported fibromyalgia survey questionnaire among patients with chronic musculoskeletal pain”

*Journal of Southeast Asian Medical Research, 2023*