

## **Appendix 3. Light foot massage procedures**

### **Light foot massage sequence outline**

In this research, light foot massage is used as placebo reflexology. Accordingly, it avoids putting pressure on specific reflexology areas. The light foot massage procedures are as follows:

1. Ankle stretch ‘under’
2. Ankle stretch ‘over’
3. Ankle loosening
4. Side-to-side
5. Spinal twist
6. Metatarsal kneading
7. Toe rotation
8. Put oil on your hand and enfold foot
9. Hand-over-hand circulation for the Achilles tendon
10. Thumb stroking to the plantar surface of the foot
11. Palm stroking to the plantar surface of the foot
12. Stretching toes apart
13. Pulling toes
14. Stretching back of the leg
15. Foot circulation
16. Enfolding foot

The details for procedure 1-7 are described in Appendix 2. Foot reflexology procedures. The other procedures are shown below.

### **Enfolding foot**

Place one of your hands on...[the] sole and the other on the top of...[the] foot... slide your hands in a warm enfolding stroke slowly along top and bottom until your fingertips slide off the tips of...[the] toes; repeat a few times... (Thomas 1989, p 42).



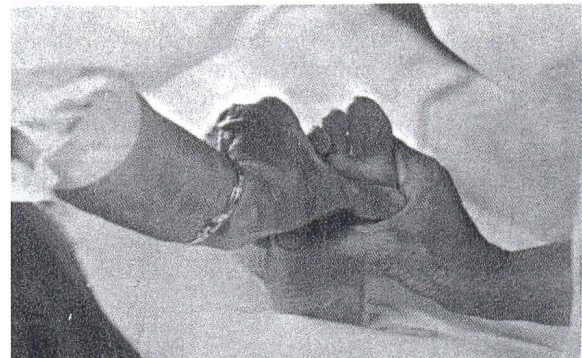
### **Hand-over-hand circulation for the Achilles tendon**

Lift...[the] foot, and pull toward yourself with the flat part of each hand, press up into the tendon as you pull; as you pull down with your hands, be sure the foot is well supported...pull not slap at the tendon (Inkeles 1987, p 117).



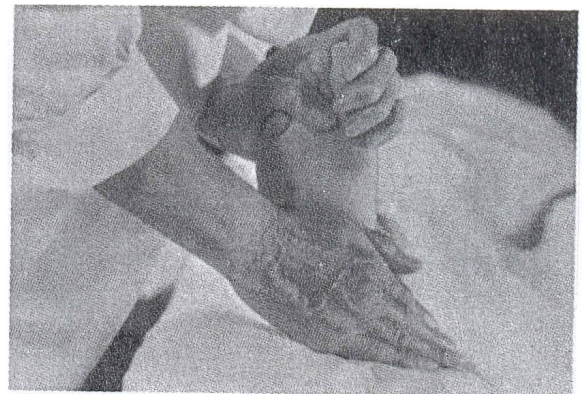
### **Thumb stroking to the plantar surface of the foot**

The thumbs are placed at the base of the toes, the right at the inner border, the left at the outer border of the plantar surface; the fingers rest lightly on the dorsum of the foot; the thumbs stroke firmly in opposite directions from the borders of the foot, passing in the center; the stroking progresses from the base of the toes to the heel...return to the starting position with a superficial stroke, do this movement two times (Wood 1981, p 66).



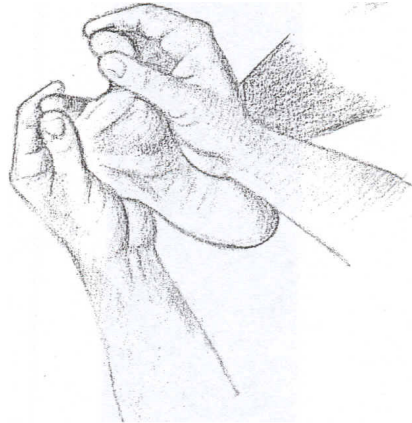
### **Palm stroking to the planter surface of the foot**

The left hand on the dorsum of the foot gives support; the ulnar border of the right hand is placed firmly on the plantar surface at the base of the toes (the hand is in supination); as the hand strokes firmly down to the heel with deep pressure, it is pronated and made to fit well into the arch, finishing with the palm flat on the table; do this movement four times (Wood 1981, p 66-67).



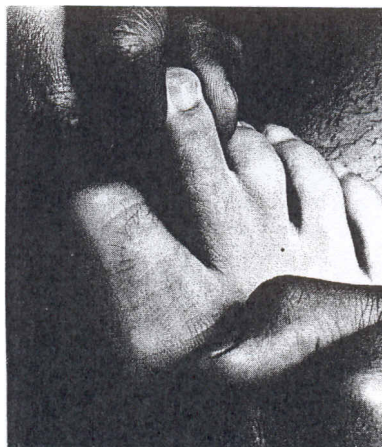
### **Stretching toes apart**

'Hold two adjacent toes between the thumbs and fingers of your hands and slowly pull them apart from each other, stretching the web of skin...stretch all toes in this way' (Thomas 1989, p 89).



### **Stroking the toes**

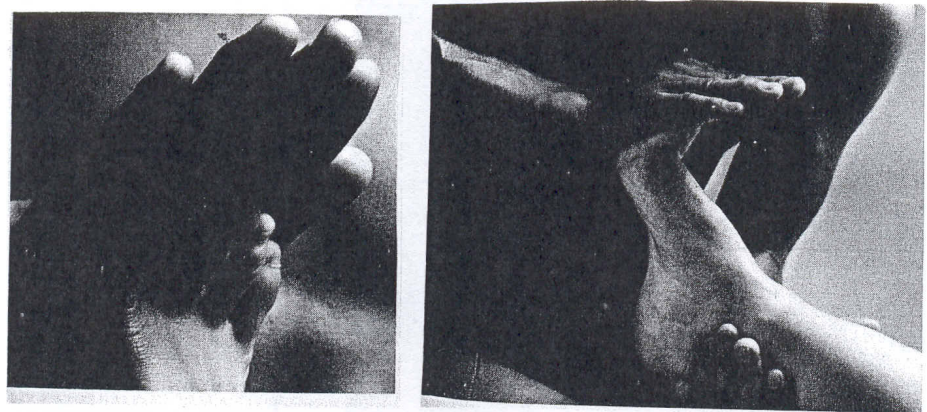
Anchor the middle of the foot with one hand, and pull up the sides of each toe...pull rapidly, almost snapping your fingers off the tip of each toe...put pressure on the sides of the toe without actually pulling hard on the toe itself (Inkeles 1987, p 118).





## The toe press

To do this, you need to press almost straight down from the toes without bending the whole foot back and flattening the arch...[support] one hand below the ankle...keep your fingers together, and press down over...[the] toes, bending them all the way back to the point of resistance; as you press down on the toes, the foot will arch gracefully under your fingers...[hold the stretch for a few seconds, then release] repeat this movement three times (Inkeles 1987, p 117).



## Foot circulation

Cup your hands so they fit the contours of...[the] foot...and press one down the foot from the base of the toes to the calf above the ankle; you can go even higher if you like; when you reach the top position, begin at the toes with your other hand pressing up the same way; as the second hand begins to ascend, the first hand returns to the starting position (Inkeles 1987, p 120).



## Appendix 4. Demographic data questionnaire

Number of questionnaire

### Part I Demographic Data

Name.....

...

Contact

number.....

1. Gender  male  female

2. Age.....years

3. Marital status  single  couple

divorced/separated/widowed

4. Education  no formal  primary school

secondary school  university/college

5. Financial difficulty?  no  yes

6. Period of hypertension  1-5 years  6-10 years

10-15 years  more than 15 years

7. Do you take any medication?  no  yes please list

medication

dose

how often

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....

8. Period of treatment for hypertension

- 1-5 years       6-10 years  
 10-15 years       more than 15 years

9. Which of the following medical conditions have you had diagnosed by a doctor?

(please tick ✓ one or more boxes)

- heart disease       diabetes  
 stroke       kidney disease  
 others.....  
 none of the above

10. How often do you have/take

- Fat/salty foods     never     <1/wk     1-6/wk     daily

- Alcohol             never     <1/wk     1-6/wk     daily

- Recreation/relaxation     never     <1/wk     1-6/wk

daily.....

- Exercise             never     <1/wk     1-6/wk     daily

.....

- Smoking       no       yes how many a day?.....  
quit when.....

11. Levels of blood pressure, LDL cholesterol, and triglyceride

Date	Blood pressure (mmHg) before/after		LDL cholesterol (mg/dl)	Triglyceride (mg/dl)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				



### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ สกุล.....

เบอร์โทรศัพท์.....

1. เพศ  ชาย  หญิง

2. อายุ.....ปี

3. สถานภาพสมรส  โสด  คู่

หย่า/แยก/หม้าย

4. การศึกษา  ไม่ได้รับการศึกษา  ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา  มหาวิทยาลัย/วิทยาลัย

5. ท่านวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานะการเงินหรือไม่?  ไม่  ใช่

6. ระยะเวลาของการเป็นความดันโลหิตสูง  1-5 ปี  6-10 ปี

10-15 ปี  มากกว่า 15 ปี

7. ท่านรับประทานยาหรือไม่?

ไม่

ใช่ กรุณาให้รายละเอียด

ชื่อยา

จำนวน

กี่ครั้ง/วัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8. ระยะเวลาของการรักษาความดันโลหิตสูง

1-5 ปี

6-10 ปี

10-15 ปี

มากกว่า 15 ปี

9. โรคใดต่อไปนี่ที่ท่านได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์? (กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓

ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าชื่อโรคดังกล่าว)

โรคหัวใจ

เบาหวาน

หลอดเลือดสมองแตก/ตัน (stroke)

โรคไต

อื่น ๆ .....

ไม่มีโรคใด ๆ ดังกล่าวข้างต้น

10. บ่อยแค่ไหนที่ท่านบริโภค/มี?

- อาหารไขมัน/เค็ม  ไม่เคย  <1/สัปดาห์  1-6/สัปดาห์  ทุกวัน

- แอลกอฮอล์  ไม่เคย  <1/สัปดาห์  1-6/สัปดาห์  ทุกวัน

- สันทนาการ/การผ่อนคลาย  ไม่เคย  <1/สัปดาห์  1-6/สัปดาห์

ทุกวัน ระบุกิจกรรม.....

- การออกกำลังกาย  ไม่เคย  <1/สัปดาห์  1-6/สัปดาห์  ทุกวัน

ระบุกิจกรรม.....

- การสูบบุหรี่  ไม่สูบ  สูบ จำนวนเท่าไรต่อวัน?.....

เลิกสูบ เมื่อ.....

11. ระดับความดันโลหิต, โคลเลสเตอรอลและไตรกลีเซอไรด์

วันที่	ระดับความดันโลหิต (มม ปรอท)		LDL โคลเลสเตอรอล (มก/ดล)	ไตรกลีเซอไรด์ (มก/ดล)
	ก่อน/หลังการบำบัด			
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

**Appendix 5. The World Health Organization quality of life  
questionnaire: BREF**

**(English – Thai version)**

**WHOQOL-BREF (English)**

**Your general quality of life**

Please read each question, assess your feelings, and circle the number on the scale for each question that gives the best answer for you.

1. How would you rate your quality of life? (Circle one number only)

- Very poor.....1
- Poor.....2
- Neither poor nor good.....3
- Good.....4
- Very good.....5

2. How satisfied are you with your health? (Circle one number only)

- Very dissatisfied.....1
- Dissatisfied.....2
- Neither satisfied nor dissatisfied.....3
- Satisfied.....4
- Very satisfied.....5

Please circle one number on each line.

	Not at all	A little	A moderate amount	Very much	An extreme amount
1. To what extent do you feel that physical pain prevents you from doing what you want to do?	1	2	3	4	5
2. How much do you need any medical treatment to function in your daily life?	1	2	3	4	5
3. How much do you enjoy life?	1	2	3	4	5
4. To what extent do you feel your life to be meaningful?	1	2	3	4	5

Please circle one number on each line.

	Not at all	A little	A moderate amount	Very much	Extremely
1. How well are you able to concentrate?	1	2	3	4	5



	Not at all	A little	A moderate amount	Very much	Extremely
2. How safe do you feel in daily life?	1	2	3	4	5
3. How healthy is your physical environment?	1	2	3	4	5

Please circle one number on each line.

	Not at all	A little	Moderately	Mostly	Completely
1. Do you have enough energy for everyday life?	1	2	3	4	5
2. Are you able to accept your bodily appearance?	1	2	3	4	5
3. Have you enough money to meet your needs?	1	2	3	4	5
4. How available to you is the information that you need in your day-to-day life?	1	2	3	4	5

	Not at all	A little	moderately	Mostly	Completely
5. To what extent do you have the opportunity for leisure activities?	1	2	3	4	5

3. How well are you able to get around? (Circle one number only)

Very dissatisfied.....1

Dissatisfied.....2

Neither satisfied nor dissatisfied.....3

Satisfied.....4

Very satisfied.....5

The following questions ask you to say how good or satisfied you have felt about various aspects of your life **over the last two weeks**.

Please circle one number on each line

	Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
1. How satisfied are you with your sleeping?	1	2	3	4	5

Please circle one number on each line.

	Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither satisfied nor dissatisfied	Satisfied	Very satisfied
2. How satisfied are you with your ability to perform your daily living activities?	1	2	3	4	5
3. How satisfied are you with your capacity to work?	1	2	3	4	5
4. How satisfied are you with yourself?	1	2	3	4	5
5. How satisfied are you with your personal relationships?	1	2	3	4	5
6. How satisfied are you with your sex life?	1	2	3	4	5
7. How satisfied are you with the support that you get from friends?	1	2	3	4	5

	Very dissatisfied	Dissatisfied	Neither	Satisfied	Very satisfied
8. How satisfied are you with the conditions of your living place?	1	2	3	4	5
9. How satisfied are you with your access to health services?	1	2	3	4	5
10. How satisfied are you with your transport?	1	2	3	4	5

The following question refers to how often you have felt or experienced certain things **in the last two weeks**.

4. How often do you have negative feelings such as a blue mood, despair, anxiety, depression? (Circle one number only)
- Never.....1
- Seldom.....2
- Quite often.....3
- Very often.....4
- Always.....5

Thank you very much for completing the questionnaire.

แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF)

		แย่มาก	แย่	กลาง ๆ	ดี	ดีมาก
1 (G1)	ท่านคิดว่าท่านมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับใด	1	2	3	4	5

		ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	กลาง ๆ	พอใจ	พอใจมาก
2 (G2)	ท่านพอใจกับสุขภาพของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5

คำถามต่อไปนี้ถามถึงประสบการณ์ในบางสิ่งบางอย่างที่แน่นอนว่ามากเพียงใดในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมา

		ไม่ เลย	เล็กน้อย	ปานก กลาง	มา ก	มากที่สุด
3 (F1.4 )	ท่านรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของคุณไม่ดีพอที่จะทำให้ท่านทำในสิ่งที่ต้องการแคลไหนด	5	4	3	2	1
4 (F11. 4)	ท่านมีความจำเป็นในการรักษาทางการแพทย์บางอย่างในชีวิตประจำวันมากเพียงใด	5	4	3	2	1
5 (F4.1 )	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิตมากเพียงใด	1	2	3	4	5
6 (F24. 2)	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านมีความหมายสักแค่ไหน	1	2	3	4	5
7 (F5.3 )	ท่านมีสมาธิเพียงใด	1	2	3	4	5
8 (F16. 1)	ท่านรู้สึกปลอดภัยเพียงใดในชีวิตประจำวัน	1	2	3	4	5
9 (F22. 1)	สภาพแวดล้อมของท่านดีต่อสุขภาพเพียงใด	1	2	3	4	5

คำถามต่อไปนี้ถามถึงประสบการณ์หรือความสามารถในการกระทำบางสิ่งบางอย่างที่แน่นอนว่า**สมบูรณ์**เพียงใด  
ในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมา

		ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	สมบูรณ์
10 (F2.1)	ท่านมีกำลังเพียงพอสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันเพียงใด	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองเพียงใด	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	ท่านมีเงินพอใช้จ่ายตามที่ต้องการเพียงใด	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	ท่านได้รับข่าวสารที่ต้องการในแต่ละวันเพียงใด	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	ท่านมีโอกาสจะได้พักผ่อนสบาย ๆ สักแค่ไหน	1	2	3	4	5

คำถามต่อไปนี้ถามท่านถึงความรู้สึกว่าดีหรือพึงพอใจเกี่ยวกับอะไรหลายอย่างในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา

		ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	กลาง ๆ	พอใจ	พอใจมาก
15 (F9.1)	ท่านสามารถจะไปไหนมาไหนได้ดีเพียงไร	1	2	3	4	5
16 (F3.3)	ท่านพอใจกับการนอนหลับเพียงใด	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	ท่านพอใจเพียงใดที่สามารถทำกิจกรรมประจำวันของท่านได้	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	ท่านพอใจต่อความสามารถของท่านในการทำงานเพียงไร	1	2	3	4	5
19	ท่านพอใจตนเองดีเพียงใด	1	2	3	4	5



(F6.3)						
20 (F13.3)	ท่านพอใจเพียงใดในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น ๆ	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	ท่านพอใจในชีวิตทางเพศของท่านแค่ไหน	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	ท่านพอใจที่ได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน ๆ แค่นั้น	1	2	3	4	5
		ไม่พอใจมาก	ไม่พอใจ	กลาง ๆ	พอใจ	พอใจมาก
23 (F17.3)	ท่านพอใจกับสภาพถิ่นที่อยู่อาศัยของท่านเพียงใด	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	ท่านพอใจกับการบริการสุขภาพที่ได้เพียงใด	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	ท่านพอใจกับการคมนาคมเพียงใด	1	2	3	4	5

คำถามต่อไปนี้ถามว่าบ่อยครั้งเพียงใดที่ท่านรู้สึกหรือมีประสบการณ์บางอย่างที่แน่นอนในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา

		ไม่เลย	นาน ๆ ครั้ง	ปานกลาง	บ่อย ๆ	เสมอ
26 (F8.1)	ท่านมีความรู้สึกในทางลบบ่อยแค่ไหน เช่น ความรู้สึกหดหู่ ผิดหวัง วิตกกังวล ซึมเศร้า	5	4	3	2	1

ขอขอบคุณสำหรับความร่วมมือของท่านในการตอบแบบสอบถาม