

# 從實證觀點談「按摩處置」對於癌痛病人之成效

簡淑慧<sup>1\*</sup> 廖美南<sup>2</sup> 李淑慧<sup>3</sup> 林永昌<sup>4</sup>

<sup>1</sup>長庚科技大學護理系(所)副教授兼系主任 <sup>2</sup>長庚醫療財團法人行政中心醫學  
研究發展部組長兼長庚大學護理學系所副教授 <sup>3</sup>林口長庚紀念醫院護理部  
血液腫瘤科督導 <sup>4</sup>林口長庚紀念醫院血液腫瘤科主治醫師兼科主任

**摘要：**25%新診斷癌症病人、33%接受癌症治療及75%惡性化病人於患病過程經歷中度到重度的疼痛，其會嚴重影響到病人的活動力及生活品質，透過教導病人及家屬非侵入性護理疼痛處置—「按摩」，最能發揮腫瘤護理人員於疼痛處置中的角色及功能。按摩可能透過閘門控制理論、促進副交感神經活動、改變身體化學物質、產生機械性效應及促進睡眠之機轉達到緩解疼痛，同時，按摩對於癌症病人其它生理及心理症狀不適、降低壓力或提升免疫力有其正向效益。為了符合實證護理及達到按摩之最大效益，經過訓練之護理人員或家屬，須確實遵守標準化安全性評估及按摩流程、環境準備、考量合適之按摩時段、方式及時間長短、按摩合併其它輔助治療，臨床實務者才能將「按摩」有效性轉譯應用於臨床照護中，進而提升對癌痛病人及其家屬之照護品質。

**關鍵詞：**癌痛、按摩處置成效、實證護理。

## 前言

約25%新診斷癌症病人、33%接受癌症治療及75%惡性化或轉移病人，經歷中度到重度的疼痛(National Comprehensive Cancer Network [NCCN], 2007)。而轉移性的癌症病人(50%–74%)，往往比非轉移性的癌症病人(15%)，更容易出現疼痛的情形，並會影響到病人的活動力及生活品質(Coleman, 2006)，因此，美國的國家共識計畫(National Consensus Project)為提昇緩和照護品質，更將「疼痛」列入照護八大範疇架構及臨床指引中(Ferrell et al., 2007)。於美國腫瘤護理學會約每4年對會員所做的「研究優

先排序」調查結果顯示，「疼痛」在2000年、2004年和2008年的調查中，均被認為是很重要議題，其排序分別為第一、第五及第二序位(Doorenbos et al., 2008)。顯然地，對於臨床實務者而言，「疼痛處置」仍是一大挑戰。如何教導病人及家屬正確之止痛藥使用、副作用處置，以及配合非侵入性護理疼痛處置，例如「按摩」，應該最能發揮腫瘤護理人員於疼痛處置中的角色及功能。

理論上，90%癌痛可經由藥物或侵入性治療達到緩解(de Leon-Casasola, 2008)；然而，臨床上少於50%癌症病人能真正達到有效之疼痛控制，其可能原因為病人擔心藥物副作用或成癮問題(Hanks et al., 2010)，或是護理人員缺乏選擇疼痛藥物之正確知識(Ferrell, Virani, Grant, Vallerand, & McCaffery, 2000)。故近年來病人或臨床實務者，嘗試使用輔助療法(complementary alternative medicine, CAM)以緩解疼痛。研究指出，癌症病人或家屬很常用「按摩」來緩解疼痛(Gansler, Kaw, Crammer, & Smith, 2008)，且32%醫師會將癌痛病人轉給按摩治療師以緩解疼痛(Boutin, Buchwald, Robinson, & Collier, 2000)，NCCN(2007)更將「按摩」列入癌痛臨床照護指引。然而，於現今講求實證為導向之醫護照護，輔助療法仍會被質疑其成效，可能與其缺乏假模擬過程(sham procedure)以減少安慰效應、嚴謹選樣標準及研究設計、足夠之樣本數及標準化流程、控制可能干擾變項，以及測量過程誤差等有關(Falkensteiner, Mantovan,

接受轉載：103年10月22日 doi:10.6224/JN.61.6.23

\*通訊作者地址：簡淑慧 33303桃園龜山鄉文化一路261號  
電話：(03)2118999-3136

E-mail: swjane@gw.cgust.edu.tw

**引用格式** 簡淑慧、廖美南、李淑慧、林永昌(2014)·從實證觀點談「按摩處置」對於癌痛病人之成效·*護理雜誌*，61(6)，23–28。[Jane, S. W., Liao, M. N., Lee, S. H., & Lin, Y. C. (2014). The effects of a massage intervention in patients with cancer pain: An evidence-based approach. *The Journal of Nursing*, 61(6), 23–28.] doi:10.6224/JN.61.6.23

Müller, & Them, 2011; Kutner et al., 2010)。應用觸摸或背部護理以增進個案舒適感，一直是護理專業強調的核心價值及關懷行為。如何以實證護理觀點將「按摩」應用於臨床照護，是未來須努力之重點。故本文介紹按摩之機轉、種類及標準化流程、實證成效及其臨床應用，期許能將按摩有效性轉譯至臨床照護，進而提升對癌痛病人及其家屬之照護品質。

### 按摩於緩減疼痛之機轉

按摩雖然被證實有其正向效益(Cassileth & Keefe, 2010; Ernst, 2009; Jane, Wilkie, Liao, Beaton, & Lin, 2013)，但其真正之機轉並未被探討。Moyer、Rounds和Hannum(2004)於按摩統合分析(meta-analysis)研究提出，按摩對於緩解疼痛有五個可能機轉。(一)閘門控制理論：依疼痛神經傳導四步驟機轉(傳導、傳送、認知、調節)，當局部組織因溫度、機械或化學性刺激後，誘發較細、傳導速度較慢之A- $\delta$ 和C神經纖維疼痛接受器產生動作電位，進而將疼痛衝動送至脊髓後角。當同時進行按摩時，會誘發較粗、傳導速度較快之觸覺A- $\alpha$ (負責傳送來自肌肉本體感覺)和A- $\beta$ (負責傳送來自皮膚處、壓覺)神經纖維，並會比疼痛纖維以更快的傳導速度到達脊髓後角，其會調節位於脊髓第二、三層之膠狀質細胞(substantia gelatinosa)，關閉脊髓閘門以減少疼痛衝動傳送到大腦，這就是學者Melzack及Wall(1965)所提出之閘門控制理論。(二)促進副交感神經活動：按摩時會刺激皮下神經組織以誘發副交感神經活動，進而減少壓力神經荷爾蒙分泌(例如：降低口中壓力指標chromogranin A, CgA; Osaka et al., 2009)。此外，Nordschow及Bierman(1962)研究發現，按摩會降低腦下垂體及大腦皮質之交感神經興奮性，進而產生生理、心理放鬆狀態。(三)改變身體化學物質：按摩後會減少物質P(substance P; Field et al., 2002)、增加血清張力素(serotonin)及腦啡肽(endorphins)等神經傳導物質之分泌(Kaada & Torsteinbo, 1989)，而腦啡肽及血清張力素是屬於抑制性神經傳導物質，故能協助緩減疼痛。(四)產生機械性效應：按摩時透過皮膚或肌肉組織之擠壓動作，產生機械性效應，以避免受傷部位組織沾粘或產生肉芽組織(例如，燒傷)，並可促進局部血液循環，間接減輕疼痛感(Field et al., 1998;

Williams, Vadgama, Franks, & Mortimer, 2002)。 (五)促進睡眠：物質P會促進疼痛，且在睡眠缺乏時分泌會增加。而按摩後能降低焦慮及物質P分泌，以促進睡眠進而減輕疼痛感(Sturgeon, Wetta-Hall, Hart, Good, & Dakhil, 2009)。

### 按摩種類、安全性評估及標準化流程

依按摩發展起源地之不同，東、西方文化中常見之按摩種類，請見表一(Hughes, Ladas, Rooney, & Kelly, 2008; Sagar, Dryden, & Wong, 2007)。考量按摩之安全性，在美國至少須接受500小時訓練課程，而在加拿大須至少有2,200小時之訓練課程，且按摩須由通過認證之按摩治療師執行(Sagar et al., 2007)。然而，考量癌症病人居家持續性照護品質及按摩師認證的可近性，學者指出訓練家屬(Stephenson, Swanson, Dalton, Keefe, & Engelke, 2007)或護理師(Jane et al., 2011)執行按摩，是可行、安全且具有正向效益。

考量癌症病人疾病進展或治療複雜性，為了確保病人在按摩過程之安全性及成效，國內學者(Jane 2011; Jane, Wilkie, Gallucci, Beaton, & Huang, 2009; Jane, 2013)提出建構標準化安全性評估及按摩流程(protocol)。(一)按摩前安全性評估：先透過骨頭掃描或電腦斷層確定骨轉移部位，檢查局部是否有管路、開放性傷口、水腫，並諮詢主治醫師接受按摩之合適性。另外，應排除有以下按摩禁忌症者：包括系統性(炎症—發燒、深度靜脈曲張、心衰竭、中毒者、24小時內潛水者、精神障礙)及局部性(皮膚發炎或放射線治療部位、局部瘀斑或表淺之腫瘤組織、骨折處)問題(Gecsed, 2002)。(二)按摩前病人及環境準備：穿著寬鬆衣服、按摩前排空膀胱、按摩前2小時避免進食、使用無刺激性及易吸收之按摩油(例如甜杏仁油)、維持環境安靜、舒適(可視情況使用烤燈或電風扇)。(三)按摩過程：依個案狀況調整按摩方式，以輕柔方式且避免拉扯或按壓骨轉移、脊椎壓迫、骨質疏鬆關節處，或局部可能會產生瘀斑、出血、週邊神經病變之部位，例如有觸誘發痛(allodynia)的部位。對於有噁心/嘔吐患者，應避免搖晃之按摩動作(Hughes et al., 2008; Sagar et al., 2007)。(四)按摩後：持續追蹤病人是否有局部疼痛加劇、骨折或其它不適合併症之情形，特別是有骨轉移患者。

表一 按摩種類及按摩技巧說明

按摩種類	按摩技巧說明
* 穴位按摩 acupressure	基於中國經絡系統，修補陰、陽、身體的氣血，經由拇指和手指的壓力刺激皮膚上的穴位、經絡，調節能量並釋放流動中內啡肽 (endorphins) 而抑制疼痛。
* 指壓 shiatsu	為日式的穴位和經絡按摩，其被認為是維持重要能源通道的一種形式。施加壓力於身體的穴位，以激發能量的流動稱為氣，從而除去氣堵塞或過度活動，以恢復氣枯竭的地區，並伸展和活動四肢以促進氣的流動。
* 推拿 tui na	基於氣通過經絡途徑，經由手按摩身體的肌筋膜及肌腱組織重新調整肌肉、骨骼和韌帶間的關係。
* 足底反射區療法 reflexology	人體的手部和足部有對應身體內所有的器官、腺體、肌肉和骨骼，治療師找出堵塞的區域或反射點，然後用手指和拇指按摩該區域或反射點，以協調身體機能，並有癒合和放鬆的效果。
★ 精油按摩 aromatherapy massage	由芳香植物的花、莖、樹皮所萃取出的精油 (essential oil) 或含有化學和營養的成分做為媒介，配合按摩過程以吸收進入人體，依精油不同療效加上按摩效果，達成效果以恢復體力、穩定情緒等。
★ 瑞典式按摩法 Swedish massage	手法包括：觸摸法 (effleurage, 小力道、輕微舒緩的按摩法)，揉捏法 (perissage, 大一點的力道來回揉捏並施壓，刺激深層肌肉，增加血液循環)，摩擦法 (friction, 用拇指和指頭進行圓形按壓的動作，減少肌肉痙攣)，叩擊法 (tapotement, 快速的動作輕打肌肉組織) 和顫動法 (vibration, 用手快速動作來輕拍肌肉，有快速震動的感覺)，持續 30-90 分鐘。
★ 手動式淋巴引流 manual lymphatic draining (MLD)	通常用於手術後淋巴水腫，手指採用輕柔、緩慢、輕觸固定於局部，以環狀及推擠手法，將受傷腫脹之局部淋巴液推送到未受傷區域，使把腫脹區域中累積過多的流體移走。先按摩近端淋巴管使其淋巴管擴張，再按摩遠端淋巴管，促進正常遠端到近端淋巴的流動。
★ 肌筋膜觸發點治療 (肌療法) myofascial trigger point therapy (myotherapy)	使用手動的壓力，摩擦深層組織以伸展和放鬆筋膜或緊縮的結締組織、肌筋膜觸發點 (myofascial trigger point)，以緩解疼痛。

註：\* 發源於東方文化；★ 發源於西方文化。

### 按摩實證成效及其臨床應用

根據上述文獻分析，經專業認證按摩治療師或受過訓練之護理師 (或家屬)，根據標準化流程為病人進行按摩，是安全並有其正向效益。然而，為了達到按摩之最大效益，於臨床應用時須考量以下四項因素。(一)按摩方式：按摩效果依技巧、速度及力道強度之不同而異。例如：短而快速之揉捏法或叩擊法，會產生興奮效果；長而緩和之觸摸法，則會產生鎮靜效果。對於癌症病人，建議使用輕柔且較能達到安輔鎮靜之背部按摩或瑞典式按摩，且按摩時盡可能結合多種按摩手法 (例如觸摸法、擠壓、摩擦法、叩擊法)。因為長時間使用同一種按摩技巧，易產生神經適應之情形，就無法達到刺激皮下組織之效果 (Jane et al., 2013)。(二)按摩時間長度/次數：一次 10 分鐘的背部按摩 (一天兩次)，能減輕癌症病人之疲倦及焦慮感，而焦慮感緩解有助於減輕疼痛感 (黃等, 2001)。一次 15 分鐘的背部按摩 (李、呂、黃, 2008)，則能減輕癌症病人疼痛感，但若希望能有較

穩定之效益，則建議至少為 30 分鐘全身按摩 (Jane et al., 2011; Jane et al., 2013)。研究發現，一次按摩成效約可以維持 18~24 小時，若人力有限，可以考量間隔 24 小時提供一次按摩 (李等, 2008; Jane et al., 2009)。(三)按摩時段：按摩是透過皮膚觸覺刺激以促進身心放鬆，進行過程儘量選擇較不會被醫療干擾之傍晚時段或睡前，讓個案較能完全放鬆的享受按摩之舒適感。(四)按摩加乘效果：為了增加按摩之效果，臨床上可以考慮合併其它輔助療法。例如：音樂治療或精油按摩，特別是具有鎮靜效果的岩蘭精油及薰衣草精油 (李等, 2008; Wilkinson, Aldridge, Salmon, Cain, & Wilson, 1999)。

### 結 論

應用「按摩」此非侵入性護理疼痛處置或輔助療法，最能展現腫瘤護理人員於癌痛處置中的獨特角色及功能。雖然，現有研究因為研究設計、按摩方式或劑量、測量指標及時間等之差異，其成效不一

致。但整體而言，由經過訓練之護理人員或癌症病人家屬，遵守標準化安全評估及按摩流程進行按摩，是可行、安全，且具有降低生理及心理不適症狀或增進免疫力之正向效益。為了符合實證護理及達到按摩之最大效益，宜考慮進行過程病人安全性評估、環境準備、每次按摩約10–30分鐘，且選擇較適合癌症患者之長而緩和之背部或全身按摩、考慮合併精油或音樂治療以加乘按摩效益，臨床實務者才能將「按摩」有效性轉譯應用於臨床照護，進而提升對癌痛病人及其家屬之照護品質。

### 參考文獻

- 李美英、呂素珍、黃鳳玉 (2008) · 精油按摩之疼痛療效—以某醫學中心安寧病房為例 · 榮總護理, 25(1), 53–59。 [Lee, M. Y., Lu, S. J., & Huang, F. Y. (2008). Pain-relief effects of massage essential oil-A study in hospice unit. *VGH Nursing*, 25(1), 53–59.] doi:10.6142/VGHN.25.1.53
- 黃采薇、賴裕和、鄭安理、史麗珠、張正雄、向肇英 (2001) · 背部按摩對化學治療期間疲憊及焦慮之成效 · 台灣醫學, 5(4), 369–378。 [Huang, T. W., Lai, Y. H., Cheng, A. L., See, L. C., Chang, C. S., & Hsiang, C. Y. (2001). The effects of back massage on fatigue and anxiety during chemotherapy. *Formosan Journal of Medicine*, 5(4), 369–378.]
- Boutin, P. D., Buchwald, D., Robinson, L., & Collier, A. C. (2000). Use of and attitudes about alternative and complementary therapies among outpatients and physicians at a municipal hospital. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 6(4), 335–343. doi:10.1089/10755530050120709
- Cassileth, B. R., & Keefe, F. J. (2010). Integrative and behavioral approaches to the treatment of cancer-related neuropathic pain. *The Oncologist*, 15(2, Suppl.), 19–23. doi:10.1634/theoncologist.2009-S504
- Coleman, R. E. (2006). Clinical features of metastatic bone disease and risk of skeletal morbidity. *Clinical Cancer Research*, 12(20, Suppl.), 6243s–6249s. doi:10.1158/1078-0432.CCR-06-0931
- de Leon-Casasola, O. (2008). Implementing therapy with opioids in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35, 7–12. doi:10.1188/08.ONF.S1.7-12 10.1188/08.ONF.S1.7-12
- Doorenbos, A. Z., Berger, A. M., Brohard-Holbert, C., Eaton, L., Kozachik, S., LoBiondo-Wood, G., ... Varricchio, C. (2008). 2008 ONS research priorities survey. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), E100–E107. doi:10.1188/08.ONF.E100-E107
- Ernst, E. (2009). Massage therapy for cancer palliation and supportive care: A systematic review of randomized clinical trials. *Supportive Care in Cancer*, 17(4), 333–337. doi:10.1007/s00520-008-0569-z
- Falkensteiner, M., Mantovan, F., Müller, I., & Them, C. (2011). The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative care patients: A narrative review of the literature. *ISNR Nursing*, 2011, Article ID 929868. doi:10.5402/2011/929868
- Ferrell, B., Virani, R., Grant, M., Vallerand, A., & McCaffery, M. (2000). Analysis of pain content in nursing textbooks. *Journal of Pain and Symptom Management*, 19(3), 216–228.
- Ferrell, B., Connor, S. R., Cordes, A., Dahlin, C. M., Fine, P. G., Hutton, N., ... Zuroski, K. (2007). The national agenda for quality palliative care: The national consensus project and the national quality forum. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(6), 737–744. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.02.024
- Field, T., Diego, M., Cullen, C., Hernandez-Reif, M., Sunshine, W., & Douglas, S. (2002). Fibromyalgia pain and substance P decrease and sleep improves after massage therapy. *Journal of Clinical Rheumatology*, 8(2), 72–76. doi:10.1097/00124743-200204000-00002
- Field, T., Peck, M., Krugman, S., Tuchel, T., Schanberg, S., Kuhn, C., & Burman, I. (1998). Burn injuries benefit from massage therapy. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 19(3), 241–244. doi:10.1097/00004630-199805000-00010
- Gansler, T., Kaw, C., Crammer, C., & Smith, T. (2008). A population-based study of prevalence of complementary methods use by cancer survivors. *Cancer*, 113(5), 1048–1057. doi:10.1002/encr.23659
- Gecsed, R. A. (2002). Massage therapy for patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6(1), 52–54.
- Hanks, G., Cherny, N. I., Christakis, N. A., Fallon, M., Kaasa, S., & Portenoy, R. (2010). *Oxford textbook of palliative medicine* (4th ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Hughes, D., Ladas, E., Rooney, D., & Kelly, K. (2008). Mas-

- sage therapy as a supportive care intervention for children with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35(3), 431–442. doi:10.1188/08.ONF.431-442
- Jane, S. W., Chen, S. L., Wilkie, D. J., Lin, Y. C., Foreman, S. W., Beaton, R. D., ... Liao, M. N. (2011). Effects of massage on pain, mood status, relaxation, and sleep in Taiwanese patients with metastatic bone pain: A randomized clinical trial. *Pain*, 152(10), 2432–2442. doi:10.1016/j.pain.2011.06.021
- Jane, S. W., Wilkie, D. J., Gallucci, B. B., Beaton, R. D., & Huang, H. Y. (2009). Effects of a full-body massage on pain intensity, anxiety, and physiological relaxation in Taiwanese patients with metastatic bone pain: A pilot study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(4), 754–763. doi:10.1016/j.jpainsymman.2008.04.021
- Jane, S. W., Wilkie, D. J., Liao, M. N., Beaton R. D., & Lin, Y. C. (2013). Effects of massage therapy on the relief of cancer pain. In W. C. Cho (Ed.), *Evidence-based non-pharmacological therapies for palliative cancer care* (pp. 53–87). New York, NY: Springer.
- Kaada, B., & Torsteinbo, O. (1989). Increase of plasma b-endorphins in connective tissue massage. *General Pharmacology*, 20 (4), 487–489. doi:10.1016/0306-3623(89)90200-0
- Kutner, J., Smith, M., Mellis, K., Felton, S., Yamashita, T., & Corbin, L. (2010). Methodological challenges in conducting a multi-site randomized clinical trial of massage therapy in hospice. *Journal of Palliative Medicine*, 13(6), 739–744. doi:10.1089/jpm.2009.0408
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150(3699), 971–979. doi:10.1126/science.150.3699.971
- Moyer, C. A., Rounds, J., & Hannum, J. W. (2004). A meta-analysis of massage therapy research. *Psychological Bulletin*, 130(1), 3–18. doi:10.1037/0033-2909.130.1.3
- National Comprehensive Cancer Network. (2007). *Clinical practice guidelines in oncology TM: Adult cancer pain*. Retrieved from [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/pain.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/pain.pdf)
- Nordschow, M., & Bierman, W. (1962). The influence of manual massage on muscle relaxation: Effect on trunk flexion. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 42, 653–657.
- Osaka, I., Kurihara, Y., Tanaka, K., Nishizaki, H., Aoki, S., & Adach, I. (2009). Endocrinological evaluations of brief hand massages in palliative care. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 15(9), 981–985. doi:10.1089/acm.2008.0241
- Sagar, S. M., Dryden, T., & Wong, R. K. (2007). Massage therapy for cancer patients: A reciprocal relationship between body and mind. *Current Oncology*, 14(2), 45–56. doi:10.3747/co.2007.105
- Stephenson, N. L., Swanson, M., Dalton, J., Keefe, F. J., & Engelke, M. (2007). Partner-delivered reflexology: Effects on cancer pain and anxiety. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 127–132. doi:10.1188/07.ONF.127-132
- Sturgeon, M., Wetta-Hall, R., Hart, T., Good, M., & Dakhil, S. (2009). Effects of therapeutic massage on the quality of life among patients with breast cancer during treatment. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15(4), 373–380. doi:10.1089/acm.2008.0399
- Wilkinson, S., Aldridge, J., Salmon, I., Cain, E., & Wilson, B. (1999). An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. *Palliative Medicine*, 13(5), 409–417. doi:10.1191/026921699678148345
- Williams, A. F., Vadgama, A., Franks, P. J., & Mortimer, P. S. (2002). A randomized controlled crossover study of manual lymphatic drainage therapy in women with breast cancer-related lymphoedema. *European Journal of Cancer Care*, 11(4), 254–261. doi:10.1046/j.1365-2354.2002.00312.x

# The Effects of a Massage Intervention in Patients With Cancer Pain: An Evidence-Based Approach

Sui-Whi Jane<sup>1\*</sup> • Mei-Nan Liao<sup>2</sup> • Shu-Hui Lee<sup>3</sup> • Yung-Chang Lin<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup>PhD, RN, Associate Professor and Director, Department of Nursing and Graduate Institute of Nursing, Chang Gung University of Science and Technology; <sup>2</sup>PhD, RN, Director, Administration Center of Medical Research Department, Chang Gung Medical Foundation, and Associate Professor, School of Nursing, Chang Gung University;

<sup>3</sup>MS, RN, Supervisor, Department of Nursing, Chang Gung Memorial Hospital, Linkou Branch;

<sup>4</sup>MD, Attending Physician and Director, Division of Hematology/Oncology, Department of Internal Medicine, Chang Gung Memorial Hospital, Linkou Branch.

**ABSTRACT:** Pain occurs in approximately 25% of patients with newly diagnosed cancer, 33% of patients undergoing cancer treatment, and 75% of patients in the advanced stages of cancer. Pain may disrupt activities of daily living and degrade quality of life. Educating patients and their caregivers about non-pharmacological pain management (i.e., massage) is a function of oncology nursing. Massage is one intervention used in pain relief. A number of pain-relief-related mechanisms of massage have been posited including: gate control, the promotion of para-sympathetic activity, influence on body chemistry, mechanical effects, and the promotion of restorative sleep. In addition to pain relief, massage has been shown to positively affect both physical and psychological-related symptom distress, to decrease stress, and to improve immunity. In order to reflect evidence-based nursing principles and achieve optimal efficacy, trained nurses or caregivers must follow standardized safety and massage protocols as well as establish an appropriate therapeutic environment, set an appropriate massage duration, use appropriate techniques, and consider the concurrent use of appropriate complementary alternative medicine techniques / therapies. As a result, clinicians may effectively translate current research evidence into best practices and improve the pain management efficacy of cancer patients and their caregivers.

**Key Words:** cancer pain, effects of massage intervention, evidence-based nursing.

---

Accepted for publication: October 22, 2014

\*Address correspondence to: Sui-Whi Jane, No. 261, Wen-Hwa 1st Rd., Kwei-Shan Township, Taoyuan County 33303, Taiwan, ROC.

Tel: +886 (3) 211-8999 ext. 3136; E-mail: swjane@gw.cgust.edu.tw