

精神病患者的幻聽評估工具

楊秋月¹ 蕭淑貞² 熊秉荃³

摘要：本文主要針對現存有關幻聽的評估工具進行回顧，作為護理人員評估幻聽的現象學、臨床特性、情緒行為反應、態度、信念、嚴重度的參考。以文獻回顧方式，檢視從1990-2004年的醫護、心理期刊中，符合本文設定條件共14篇；分析這些文獻顯示，幻聽評估工具有助於幻聽的評估。本文針對參考文獻在研究對象、資料收集、測量工具的檢定，提供護理專業未來運用幻聽評估工具的參考。

關鍵詞：幻聽、評估工具。

前 言

幻聽的存在除了影響病人的生活品質及自尊外，幻聽所帶來的痛苦，常使病人的情緒及行為受到影響，例如：受幻聽影響而出現攻擊行為（McNiel, Eisner, & Binder, 2000）、自殺行為（Rogers, Watt, Gray, MacCulloch, & Gournay, 2002）。除了自殺與攻擊之外，病患也會因沉浸於幻聽世界中，而出現怪異行為、社交退縮（Delespaul et al., 2002）。

過去我們僅能從個案主訴或某些幻聽徵象判定個案幻聽干擾，近來已能藉由MRI判定幻覺病人腦內狀況（Shergill, Brammer, Williams, Murray, & McGuire, 2000），儘管如此，仍然不符合經濟效益，既沒有時效性，又不能減輕病人的痛苦，如果能提供護理人員幻聽評估工具，除了協助護理人員評估，又能作為護理人員協助病人的方向，當可嘉惠病患。

對於精神科護理人員而言，目前國內使用的幻聽評估工具，有兩大方向值得思考：

一、幻聽評估工具的問題

幻聽的護理評估是護理獨特功能，精神科醫師也亟需護理人員提供護理觀察，然而台灣目前所使用的幻聽評估工具，大都納入活性症狀評量。過去與幻聽有關的測量包括簡短精神症狀量表（the Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS）、活性症狀量表（the Scale for the Assessment of Positive Symptom,

SAPS）、與活性及負性症狀量表（the Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS），這三個量表在台灣都有中譯本，主要是針對精神分裂症症狀之整體性評估，並非針對幻聽的評估，許多減輕病患幻聽干擾的介入性研究都會以這三個量表作為成果指標，但是可能因為不是針對幻聽專一性的評量，亦或是其它的問題，以致於這三個量表的成效指標之結果不一致（Pinto, La Pia, Mannella, Domenico, & Desimone, 1999; Sensky et al., 2000）。

以簡短精神症狀量表而言，共18題，有1題與幻覺有關的題目施測時間約15-30分鐘，資料收集須經由醫師、心理師、受過訓練者經由訪談及行為觀察收集精神病的症狀；活性症狀與負性症狀評估表則是有30題，施測時間約30-40分鐘，有1題與幻覺有關的題目，資料收集須有精神科臨床經驗，且受過精神科會談訓練者；活性症狀量表共34題，施測時間約15-20分鐘，與幻聽有關的題目有3題，也是須由受過訓練的精神科從業人員。雖然進行測量時可以將其中與幻聽的題項抽出，仍然無法解決資料收集的方法，必須由醫師或是接受過訓練的精神科從業人員（Sajatovic & Ramirez, 2003），才能使用這些量表，使得精神科護理人員使用這些量表的可及性降低。

二、幻聽評估工具的價值

幻聽是精神分裂症主要症狀之一，從過去的研究中發現幻聽影響病人的生活品質（van de Willige, Wiersma, Nienhuis, & Jenner, 2005）、情緒（Baethge, 2002; Delespaul, deVries, & van Os, 2002）、自傷（Nordentoft et al., 2002; Rogers et al., 2002）、攻擊（McNiel et al., 2000）、社交互動（Delespaul et al., 2002），國外護理人員已經利用行為策略（Trygstad et al., 2002）、認知策略（Chan & Leung, 2002）、症

¹台灣大學護理學研究所博士候選人，輔仁大學護理學系講師 ²國立台北護理學院護理學系教授 ³國立台灣大學社會工作學系助理教授
 受文日期：95年11月7日 接受刊載：96年3月1日
 通訊作者地址：楊秋月 新莊市中正路510號
 電 話：(02) 29053456



狀管理 (Buccheri, Trygstad, Kanas, & Dowling, 1997) 等介入方式，試圖改善幻聽對病患造成的干擾；近年來台灣護理專業開始注意幻聽現象對病人的影響，但僅有少數文章討論此議題 (李、蔡，2003；洪，2003)，尚未發展幻聽評估工具協助護理人員獨立完成幻聽評估。

這些量表在台灣已經使用多年，但需要精神科醫師的會談評估，或是受過訓練後才能使用該量表，使得護理人員於臨床評估、護理研究的幻聽測量受到限制。本文試著整理國內外與幻聽有關的評估工具，以作為將來發展幻聽評估工具之參考。

分析方法

本文包括中、西文資料，中文係利用中華民國期刊論文索引系統，輸入關鍵字「幻聽」、「聽幻覺」；西文資料庫則利用Medline, CINAHL, PsycINFO搜尋文獻自1990年至2004年的發表的文章，在資料庫中輸入A組與B組關鍵字，A組關鍵字有“hallucinations”、“voices”，B組關鍵字“characteristics”、“factors”、“instrument”、“inventory”、“attitudes”、“assessment”、“beliefs”、“phenomenological”、及“scales”。限定必須有中或英文摘要，並為原著，從摘要中確定是否與幻聽評估工具有關文章。去除相關性研究、比較性研究、質性研究、非精神病人，共收集英文文獻13篇，中文則只有一篇。

結果與討論

從文獻資料僅發現中文相關文獻一篇 (鄭、胡、黃，2002)，而英文部分則是有13篇 (見表一)。整合14篇文獻後，分從研究對象、資料收集、幻聽評估工具的面向及信效度等做進一步分析討論：

一、研究對象

有10篇的研究對象集中在精神分裂症，或是精神分裂症病譜 (spectrum)，再加上少數情感性疾患的研究對象，有一篇則包含精神病患與非精神病患 (Jones, Guy, & Ormrod, 2003)。

過去對於幻聽的盛行率調查發現正常人也會出現幻聽 (Millham & Easton, 1998; Ohayon, 2000)，因而部份學者也運用現有量表於正常人 (Aleman,

Nieuwenstein, Boecker, & De Haan, 2001; Laroi, Marczewski, & Van der Linden, 2004)。在工具發展的過程中，須選擇適合的研究對象，才能夠深切的了解研究現象，Hoffman等人 (2000) 認為50-70%的精神分裂症的病人有幻聽干擾，選用精神分裂症病人，最能反應研究者所要探討的現象；然而15%的情感疾患個案，曾受幻聽干擾，本文中有數篇文獻的研究對象擴及情感疾患，與該疾病幻聽的盛行率近乎相近 (Chadwick, Lees, & Birchwood, 2000; Frederick, 2000; Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999; Levitan, Ward, Catts, & Hemsley, 1996)。

二、資料收集的方法

資料收集的方法，大致上為病人自填，或是健康從業人員訪談後填寫，在自填問卷部分，傾向是慢性期的病人，而急性期的病人之幻聽現象資料的收集，則傾向醫療人員採用半結構式的會談方法。以訪談為資料收集的方法中，資料收集者偏重醫師、心理師，而護理人員參與訪談的只有兩篇 (Carter, Mackinnon, Howard, Zeegers, & Copolov, 1995; Haddock et al., 1999)。有一篇是採用Q-sort的方法 (Jones et al., 2003)，Q-sort非常適合態度性題目 (Polit & Beck, 2004)，詢問研究對象同意程度，使用Q-sort可以預防反應偏差，非常適合有幻聽的個案。

精神分裂症的病人處於急性期時，通常症狀干擾嚴重，無法集中注意力填答問卷，醫療人員收集資料，傾向以會談的方式收集資料。在以訪談為資料收集的方法中，時間最少的是Haddock等人 (1999)，需要20分鐘。對於急性期的病人，注意力不集中，加上症狀干擾嚴重，而且有些評量工具在進行幻聽評估前，必須先經過一份結構性幻聽評估表，確定為幻聽的個案，繁雜的程序可能使得個案的幻聽干擾加劇。對於急性期的病人而言，現實判斷差，再加上對疾病的病識感障礙 (Baier et al., 2000; Kampman et al., 2002)，不容易對訪談員說出自己已有幻聽的實情，而且病患可能會認為承認自己正遭受幻聽干擾，可能影響自己出院而隱瞞。再者，研究對象信任治療性關係亦會影響症狀的表達。在14篇的文獻中，只有鄭等人 (2002) 顧慮到訪談員需與受訪對象需接觸一個月以上。因此為突破以上的困境，針對急性期的病患設計簡短又能讓個案自陳的問卷，或是不必藉由訪談，可以藉由直接觀察而獲取幻聽的評估資料是日後努力的方向。



表一 幻聽評估工具之西文相關文獻

作者(年代)	施測對象	資料收集	量表內容/信效度
量表名稱/Auditory Hallucination Questionnaire			
Hustig & Hafner (1990)	12位慢性精神分裂症病人	自填問卷，每天回答3次，分別為8 a.m.、2 p.m.與8 p.m.，共7天(第2, 4, 6, 8, 12, 16, 20天)，為期三週	1. 共有13題，8題與妄想及情緒有關，與幻聽有關的題目共6題，分別是對幻聽的信念、幻聽的吵鬧度、清晰度、受幻聽影響的沮喪情形，以及幻聽的侵入度 2. 信度：再測信度(以第4, 6, 8, 12, 16, 20天與第2天的相關值)：0.69-0.97，平均相關值是.84，幻覺的吵鬧度再測信度最差，再測信度是0.45-0.95，平均再測信度是0.71。
量表名稱/LSHS (Launay-Slade Hallucination Scale) (原始作者：Launay & Slade, 1981)			
Levitan et al. (1996)	社區或醫院服務體系中的精神分裂症及其病譜共141人、其他精神疾病28人；其中144位是住院中病人	研究對象針對題目回應	1. 12題，5點計分，分數由0-48分 2. 主成分分析，總變異量是65.3%，4個因子： (1) 生動的白日夢(vivid daydreams) (2) 具有臨床症狀的幻聽(clinical auditory hallucinations) (3) 侵入性的思考(intrusive thought) (4) 無臨床症狀的幻聽(subclinical auditory hallucinations)
MASAH (Matsuzawa Assessment Schedule for Auditory Hallucination)			
Hayashi et al. (2004)	214位精神分裂症及其病譜個案，且最近兩週有幻聽	訪員訪談個案	1. 評估幻聽的現象學特性，23題 2. 效度：主成分分析與最大變異數法，萃取出4個因子： (1) 棘手度(intractability)：6題，包含負面的聲音內容、負面的情緒反應、聲音難以控制。 (2) 妄想(delusion)：7題，妄想性內容、堅信聲音真實存在、現實扭曲等。 (3) 影響(influence)：5題，思考成音、命令式內容 (4) 聲音外來性(externality)：5題，包含知覺型態、聲音出現的情境、與聲音對話等 3. 信度： (1) 再測信度：.85-.90 (2) 6位訪員間一致度：平均.82 (3) 內在一致性：Cronbach's alpha = .64-.86
Patient Attitudes Towards Hallucinations Scale			
Miller, O'Connor, & DiPasquale (1993)	住院精神病患	針對三個成人的精神科單位中的住院病人，選取此次住院有幻覺的50位病人，進行45-60分鐘的半結構式會談	1. Lowe (1973) 幻覺的現象學特性12題：每一種幻覺型式之頻率、持續時間、部位、感覺真實性的程度(degree of reality)、持續性、強度、控制感、內容、因果關係、時間的辨識、有無命令性幻覺、他人是否也能感覺到？ 2. 作者發展的病人幻覺的態度11題，工作人員針對精神病患的回答對幻覺的態度進行評量，1分是正向態度，2分是同時有正向態度與負向態度，0分是中立或負向態度 3. 日後許多研究工具發展的基礎 4. 缺點：會談時間太長
Singh et al. (2002)	75位門診就醫的精神分裂症個案，且幻聽持續3個月以上	半結構式會談	1. 個案對幻覺的態度11題 2. 3點計分，負面的(0)、正負面皆有(1)、正面(2)
BAVQ (Beliefs about Voices Questionnaire)			
Chadwick & Birchwood (1995)	具有幻聽至少兩年的精神分裂症病譜之個案，共有60人	1. 使用訪談的方式獲取資訊以協助工具之形成 2. 個案針對題意以是/否回答問卷內容	1. 30題，內容包含幻聽的信念、幻聽的情緒及行為的反應 (1) 邪惡型(malevolence) 6題 (2) 善良型(benevolence) 6題 (3) 全能型(omnipotence) 1題 (4) 抵抗傾向(resistance) 9題 (5) 投入傾向(engagement) 8題 2. 信度： (1) 使用ICC計算再測信度，結果是0.85-0.93 (2) 量表的內在一致性是0.82-0.87 (3) 同一次量表的題項間的相關值平均是0.42-0.50，而題項與次量表的相關值平均是0.55-0.65 3. 效度方面： (1) 建構效度以主成分分析評估BAVQ的因素結構，四個因素的負荷量都很接近，顯示每一個因素都是測量單一向度； (2) 惡意與抵抗及善意與投入分別有密切相關，相關值是.76-.82



Chadwick, Lees, & Birchwood (2000)	73位精神分裂症、分裂情感性疾患、精神性憂鬱個案	個案針對題意勾選答案為不同意、不確定、有點同意、非常同意	<p>2. 修正版有35題，4點計分，不同意(0)、不確定(1)、有點同意(2)、非常同意(3)，測量對幻聽的信念、對幻聽的情緒及行為反應：</p> <p>(1) 測量對幻聽的信念</p> <p>A. 邪惡型 (malevolence) 6題</p> <p>B. 善良型 (benevolence) 6題</p> <p>C. 全能型 (omnipotence) 6題；</p> <p>(2) 對幻聽的情緒及行為反應</p> <p>A. 阻抗傾向 (resistance)：5題情緒、4題行為</p> <p>B. 置身投入傾向 (engagement)：情緒、行為各4題</p> <p>2. 信度：內在一致性：Cronbach's alpha .74-.88；題目與次元表相關：.26-.83；</p> <p>3. 效度：惡意與阻抗次元表相關：.68；善行與投入次元表相關：.80；力量與惡意次元表相關：.70；惡意與阻抗次元表相關：.50；力量與投入次元表相關：-.26</p>
Clinical Characteristics of Auditory Hallucinations			
Oulis et al. (1995)	60位住院第一週的精神分裂症及其病譜的個案，且具有幻聽的病人	1小時的半結構會談，共有18個訪談員	<p>1. 25題的幻聽特性的評量表</p> <p>2. 評量者間信度，只有2題kappa是.6，其他kappa值都在.7以上</p> <p>3. 效度：針對題目進行題項間的相關分析，但並未再明確說明其效度是如何建立的</p>
MUPS (Mental Health Research Institute Unusual Perception Schedule)			
Carter et al. (1995)	100位住院中的精神病人 (精神分裂症及其病譜74人)	半結構的會談與卡片輔助的方式，卡片輔助用於協助提醒個案，或是讓個案有軌跡可循；形成幻聽的心理因素，有25個因素讓個案選擇。共有3位訪談員，都是精神科的從業人員，其中一位是精神科護士	<p>1. 78頁的流程，356個問題，7個領域：</p> <p>(1) 身體特性 (103題)</p> <p>(2) 個人特性 (22題)</p> <p>(3) 與聲音的關係 (28題)</p> <p>(4) 聲音的型式與內容 (26題)</p> <p>(5) 認知過程 (37題)</p> <p>(6) 幻聽經驗 (19題)</p> <p>(7) 與幻覺有關的心理的議題 (121題)</p> <p>2. 評量者間一致度κ係數.81-.97</p>
PSYRAT (Psychotic Symptom Rating Scales)			
Haddock et al. (1999)	52位是精神分裂症病人，19位是分裂情感性疾患	半結構的方式與個案會談，約需20-60分鐘 共有6位訪談員：4位臨床心理師、1位精神科醫師、一位社工師	<p>1. 包含情緒、身體特徵與認知解釋三個層面，共有11題；</p> <p>2. 包含幻聽的頻率、持續時間、沮喪程度 (包含量與強度)、症狀控制力、幻聽位置的遠近、幻聽音量大小、對幻聽來源的信念、幻聽負性內容的量、負性內容的程度、幻聽對生活的干擾</p> <p>3. 以ICC係數計算6位訪談者11題的幻聽症狀量表的評量者間一致度0.788-1。</p> <p>4. 效度：</p> <p>(1) 建構效度：三個因子可解釋的變異量是57.4%。</p> <p>(2) 三個因子與KGV修正版進行Spearman相關分析，只有認知解釋與KGV幻聽部分有顯著相關 ($r = .396, p < .005$)。</p> <p>(3) 以KGV修正版來檢測本量表的聚合效度，但是除了認知解釋，其他兩個因子未與TGV修正版呈現顯著相關，TGV中與幻聽實際有關的只有一題，用TGV可能難以呈現顯著。</p>
AHAS (Auditory Hallucination Assessment Scale)			
Frederick (2000)	151位日間留院病人，精神分裂症病譜138人，PTSD4人，雙極性疾患9人	自填問卷	<p>1. 32題，強調針對幻聽的全面性評估與心理特性的評估，包括幻聽的特性，例如：清晰度、吵雜度、真實度、對幻覺的正向與負向態度</p> <p>2. 效度：</p> <p>(1) 內容效度：經過兩輪共4位專家的意見修改，把題目從66題，減為32題</p> <p>(2) 建構效度：因素分析，三個因子的總變異量是48%。第一個向度是煩人的聲音、第二個向度是危險性的聲音、第三個向度是滋養性的聲音</p> <p>(3) 聚合效度：利用BAVQ，</p>



			<p>A. AHAS危險性聲音與BAVQ惡意次量表$r = .60$ B. AHAS危險性聲音與BAVQ阻抗次量表$r = .45$ C. BAVQ惡意次量表與AHAS煩人的聲音$r = .53$ D. AHAS煩人的聲音與BAVQ阻抗次量表$r = .57$ E. AHAS煩人的聲音則與BAVQ投入次量表$r = -.259$ F. AHAS的滋養性聲音與BAVQ中善意次量表$r = .54$ G. AHAS的滋養性聲音與BAVQ中投入次量表$r = .50$</p> <p>顯示聚合效度佳</p> <p>(4) 區辨效度：使用ST-DACL (State-Depression Adjectives Check Lists) (憂鬱評量工具)，ST-DACL Trait score與AHAS的三個次量表相關值低，顯示有區辨效度。</p> <p>3. 信度： (1) 三個因素個別的內在一致性是0.81-0.89，總量表內在一致度：Cronbach α值是 .898 (2) 再測信度（總量表）：10-14天後進行再測，結果是0.79。</p>
Phenomenology of Hallucinations (原始作者：Lowe, 1973)			
Singh et al (2002) (2003)	75位門診就醫的精神分裂症個案，且幻聽持續3個月以上	半結構式會談	<p>1. 幻覺的現象學特性，15題，3點計分 2. 評估幻覺的嚴重度、信念、掌控性及對幻覺的自我察覺</p>
Auditory Hallucination Experience			
Jones et al. (2003)	20位研究對象，11位是在心理衛生機構治療的個案、4位從未求醫、5位曾看過精神科	訪談加上Q sort	<p>1. 評估的重點在於為何相信幻聽、個案如何理解自己的幻聽經驗，共45題 2. 主成分分析與最大變異數法轉軸，萃取6個因子，可解釋變異量69% (1) 正向的靈性觀點 (2) 個人相關的觀點 (3) 宿命的悲觀 (4) 務實的反應觀點 (5) 被動面對主流觀點 (6) 精神疾病觀點</p>

三、幻聽評估工具的面向及信效度

綜觀所有的文獻，所測量的內容包含幻聽的嚴重度與信念 (Chadwick et al., 2000; Frederick, 2000; Haddock et al., 1999; Hustig & Hafner, 1990; Miller, O'Connor, & DiPasquale, 1993)、幻聽的特性 (鄭等, 2002; Frederick, 2000; Haddock et al., 1999; Oulis, Mavreas, Mamounas, & Stefanis, 1995)、現象學特性 (Hayashi, Igarashi, Suda, & Nakagawa, 2004; Singh, Sharan, & Kulhara, 2003)、態度 (Frederick, 2000; Miller et al., 1993; Singh, Sharan, & Kulhara, 2002)、情緒與行為影響 (鄭等, 2002; Haddock et al., 1999)。

雖然每個評估工具於建立量表之初，皆有基本的理論架構，使得評估工具的命名不同；然而當進行因素分析之後，不同作者發展的評估工具之間會趨向重疊，例如：Hayashi et al. (2004) 測量幻聽現象學，因素分析後，包含受幻聽影響的情緒反應、掌控性、信念等；Chadwick and Birchwood (1995) 測量幻聽的信念，因素分析後，包含幻聽的信念與情

緒行為反應；Frederick (2000) 在其博士論文中，針對幻聽的全面性評估與心理特性的評估，以理情治療法的ABC模式的認知架構為設計依據，A是指誘發事件 (Activating event)，B是指信念 (Beliefs about the voices)，C是指幻聽後的行為與情緒的結果 (Behavioral and emotional consequences of hearing voices)。但經探索性因素分析後，卻發現未按照原始的安排，作者依據研究對象的感受加以命名，分別為「煩人的」、「危險性的」、「滋養性」的聲音，協助護理人員直接評估幻聽對個案的意涵，護理人員可以比較每種聲音的分數高低，與其情緒的變化，及日常生活干擾的情形。此量表經過因素分析後的向度，似乎又與Chadwick et al. (2000) 的向度很類似。Frederick (2000) 的量表雖以理情治療之認知架構設計而成，應以確認性因素分析檢定建構效度，而不是採用探索性因素分析 (Jackson & Furnham, 2000)。

部分的評估工具只說明評估的向度，並未完全說明研究工具的信效度檢定 (Carter et al., 1995; Miller et al., 1993; Oulis et al., 1995)；在效度部份，多數採用



因素分析驗證建構效度 (Levitan et al., 1996; Hayashi et al., 2004; Chadwick & Birch wood, 1995; Haddock et al., 1999; Frederick, 2000; Jones et al., 2003) ; 信度則以再測信度 (Chadwick & Birch wood, 1995; Frederick, 2000; Hayashi et al., 2004; Hustig & Hafner, 1990) 及內在一致性 (Chadwick & Birch wood, 1995; Chadwick et al., 2000; Frederick, 2000; Hayashi et al., 2004) 為主 (見表一之量表內容/信效度)。

綜合上述文獻，國內只有一篇與幻聽的評估有關，是由胡海國醫師所發展的「精神分裂症幻覺評估表」，其內容主要是傾向聽幻覺的內容與特徵的探討，並未說明信效度資料 (鄭等，2002)，在國內有關幻聽嚴重度，仍然藉由「活性症狀與負向症狀評估表」。國外有關幻聽評估的工具，只有一篇是由護理人員發展的，其它的量表發展，則偏重精神科醫師或臨床心理師，有2篇護理人員參與在研究中，然而醫師/心理師所關注的幻聽評量，須進一步澄清是否也是護理人員關注幻聽的焦點。目前的評估工具偏重於個案承認且願意配合的前提下，然而發現個案的護理問題是護理人員的職責，若能發展一個評估工具以協助護理人員發現個案有幻聽的問題，將更能展現護理的獨特功能。

結論與建議

三個一般性的評量 (BPRS, SAPS, PANSS) 在台灣使用廣泛，且歷史悠久，經常可用來作為處置的成果指標，可能不是針對幻聽，不易顯現差異。而且一般性的評量沒有幻覺的信念與態度，對於針對幻聽的心理處置，特別是認知行為治療，一般性評量無法顯現處置對幻聽的信念與態度的改變與效果。

專一性的評量方面，近年來許多的研究工具出現，有很多評量的設計必須是工作人員半結構的會談才能得到資料，這樣的做法似乎是認為精神病人自填問卷會有偏差，所以需要工作人員訪談，然而治療性的關係是在進行以訪談為資料收集的方法所應考量的，而復健期的病人可能會因為是工作人員訪談，不敢據實呈現自己的問題，而使結果有偏差。此時使用自陳量表，可使病患不必擔心與人訪談時所面臨的窘境，或是不敢據實以告。

上述幻聽評估工具的評估方向包含幻聽的特性、現象學特性、態度、信念、嚴重度、情緒行為反應，

因著研究者所要探討的方向，有著不同的面向，雖涵蓋多數範圍，但侷限在個案須配合的前提下，台灣護理專業需要發展可供個案自填的幻聽評估工具，以協助護理人員幻聽評估，並且協助個案減輕幻聽的困擾，進而減少幻聽對其行為、日常生活的影響，發揮護理的獨特功能；對於不願配合的個案則應有檢核表協助護理人員發現有幻聽干擾的個案。

本文針對幻聽評估工具進行簡單的介紹，可協助臨床護理人員參考幻聽評估的面向，於護理研究方面則是提供護理研究者日後發展評估工具時的參考。

本文由於受限於筆者的語文能力，只能針對英文、中文進行文獻整理，以其他語文發表的幻聽評估工具，或是文章篇名未涵蓋於筆者搜尋的關鍵字，都無法納入本文之範圍。

參考文獻

- 李美秀、蔡芸芳 (2003) · 精神分裂症病患幻聽症狀自我處理技巧之初探研究 · *醫護科技學刊*, 5 (1), 45-54。
- 洪昭安 (2003) · 幻聽的評估與處理 · *榮總護理*, 20 (3), 255-261。
- 鄭致道、胡海國、黃宗正 (2002) · 精神分裂症聽幻覺之內容與特徵 · *台灣精神醫學*, 16 (4), 311-321。
- Aleman, A., Nieuwenstein, M. R., Boecker, K. B., & De Haan, E. H. (2001). Multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: Factor structure of the Launay-Slade Hallucination Scale in a normal sample. *Personality & Individual Differences*, 30(2), 287-292.
- Baethge, C. (2002). Grief hallucinations: True or pseudo? Serious or not? An inquiry into psychopathological and clinical features of a common phenomenon. *Psychopathology*, 35(5), 296-302.
- Baier, M., DeShay, E., Owens, K., Robinson, M., Lasar, K., Peterson, K., & Bland, R. S. (2000). The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(6), 259-265.
- Buccheri, R., Trygstad, L., Kanas, N., & Dowling, G. (1997). Symptom management of auditory hallucinations in schizophrenia: Results of 1-year follow up. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 35(12),



- 20—28.
- Carter, D. M., Mackinnon, A., Howard, S., Zeegers, T., & Copolov, D. L. (1995). The development and reliability of the Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS): An instrument to record auditory hallucinatory experience. *Schizophrenia Research, 16*(2), 157—165.
- Chadwick, P., & Birchwood, M. (1995). The omnipotence of voices II: The Beliefs about Voices Questionnaire (BAVQ). *British Journal of Psychiatry, 166*(6), 773—776.
- Chadwick, P., Lees, S., & Birchwood, M. (2000). The revised Beliefs about Voices Questionnaire (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry, 177*, 229—232.
- Chan, S. W. C., & Leung, J. K. Y. (2002). Cognitive behavioral therapy for clients with schizophrenia: Implications for mental health nursing practice. *Journal of Clinical Nursing, 11*(2), 214—224.
- Delespaul, P., deVries, M., & van Os, J. (2002). Determinants of occurrence and recovery from hallucinations in daily life. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 37*(3), 97—104.
- Frederick, J. A. (2000). *Development of an instrument for assessment of auditory hallucinations in schizophrenia*. Unpublished doctoral dissertation, Medical College Georgia, Atlanta.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The psychotic symptom rating scales (PSYRATS). *Psychological Medicine, 29*(4), 879—889.
- Hayashi, N., Igarashi, Y., Suda, K., & Nakagawa, S. (2004). Phenomenological features of auditory hallucinations and their symptomatological relevance. *Psychiatry & Clinical Neurosciences, 58*(6), 651—659.
- Hoffman, R., Boutros, N., Hu, S., Berman, R., Krystal, J., & DCharney, D. (2000). Transcranial magnetic stimulation and auditory hallucinations in schizophrenia. *Lancet, 335*(9209), 1073—1075.
- Hustig, H. H., & Hafner, R. J. (1990). Persistent auditory hallucinations and their relationship to delusions and mood. *Journal of Nervous & Mental Disease, 178*(4), 264—267.
- Jackson, C. J., & Furnham, A. (2000). *Designing and analyzing questionnaires and surveys: A manual for health professionals and administrators*. Philadelphia: Whurr.
- Jones, S., Guy, A., & Ormrod, J. A. (2003). A Q-methodological study of hearing voices: A preliminary exploration of voice hearers' understanding of their experiences. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 76*(2), 189—210.
- Kampman, O., Laippala, P., Vaananen, J., Koivisto, E., Kiviniemi, P., Kilku, N., & Lehtinen, K. (2002). Indicators of medication compliance in first-episode psychosis. *Psychiatry Research, 110*(1), 39—48.
- Laroi, F., Marczewski, P., & Van der Linden, M. (2004). Further evidence of the multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: Factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucinations Scale in a normal sample. *Journal of the Association of European Psychiatrists, 19*(1), 15—20.
- Leviton, C., Ward, P. B., Catts, S. V., & Hemsley, D. R. (1996). Predisposition toward auditory hallucinations: The utility of the Launay-Slade hallucination scale in psychiatric patients. *Personality and Individual Differences, 21*(2), 287—289.
- Lowe, G. R. (1973). The phenomenology of hallucinations as an aid to differential diagnosis. *British Journal of Psychiatry, 123*(577), 621—633.
- McNiel, D. E., Eisner, J. P., & Binder, R. L. (2000). The relationship between command hallucinations and violence. *Psychiatric Services, 51*(10), 1288—1292.
- Miller, L. J., O'Connor, E., & DiPasquale, T. (1993). Patients' attitudes toward hallucinations. *American Journal of Psychiatry, 150*(4), 584—588.
- Millham, A., & Easton, S. (1998). Prevalence of auditory hallucinations in nurses in mental health. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 5*(2), 95—98.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Abel, M., Kasso, P., Petersen, L., Thorup, A., Krarup, G., Hemmingsen, R., & Jorgensen, P. (2002). Suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry, 43*(Supple), s98—106.
- Ohayon, M. M. (2000). Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research, 97*(2—3), 153—164.
- Oulis, P. G., Mavreas, V. G., Mamounas, J. M., & Stefanis, C. N.



- (1995). Clinical characteristics of auditory hallucinations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(2), 97—102.
- Pinto, A., La Pia, S., Mannella, R., Domenico, G., & Desimone, L. (1999). Cognitive-behavioural therapy and Clozapine for clients with treatment-refractory schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 901—904.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and practice* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rogers, P., Watt, A., Gray, N. S., MacCulloch, M., & Gournay, K. (2002). Content of command hallucinations predicts self-harm but not violence in a medium secure unit. *Journal of Forensic Psychiatry*, 13(2), 251—262.
- Sajatovic, M., & Ramirez, L. F. (2003). *Rating scales in mental health* (2nd ed.). Hudson, OH: Lexi-Comp.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J. L., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M., & Barnes, T. R. E. (2000). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 57(2), 165—172.
- Shergill, S. S., Brammer, M. J., Williams, S. C. R., Murray, R. M., & McGuire, P. K. (2000). Mapping auditory hallucinations in schizophrenia using functional magnetic resonance imaging. *Archives of General Psychiatry*, 57(11), 1033—1038.
- Singh, G., Sharan, P., & Kulhara, P. (2002). Attitude towards hallucinations in schizophrenia. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, 12(1), 2—5.
- Singh, G., Sharan, P., & Kulhara, P. (2003). Phenomenology of hallucinations: A factor analytic approach. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 57(3), 333—336.
- Trygstad, L., Buccheri, R., Dowling, G., Zind, R., White, K., Griffin, J. J., Henderson, S., Suci, L., Hippe, S., Kaas, M. J., Covert, C., & Hebert, P. (2002). Behavioral management of persistent auditory hallucinations in schizophrenia: Outcomes from a 10-week course. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(3), 84—91.
- van de Willige, G., Wiersma, D., Nienhuis, F. J., & Jenner, J. A. (2005). Changes in quality of life in chronic psychiatric patients: A comparison between EuroQol (EQ-5D) and WHOQoL. *Quality of Life Research*, 14(2), 441—452.



Auditory Hallucination Assessment Instruments for Psychiatric Patients

Chiu-Yueh Yang¹ • Shu-Jen Shiau² • Ping-Chuan Hsiung³

ABSTRACT: The purpose of this paper was to review the existing instruments for assessing auditory hallucinations. Instruments related to the phenomenology, clinical characteristics, emotional and behavioral reactions, attitudes, beliefs, and severity, of hallucinations were discussed. Fourteen study sources from medical, nursing, and psychological journals were researched. The results revealed that auditory hallucination instruments could provide dimensions of assessment of auditory hallucination for nursing professionals. Methodological issues concerning such matters as research participants, data collection, and instruments should be suggested for nursing professionals in the future.

Key Words: auditory hallucination, assessment instrument.

¹RN, MSN, Lecturer, Department of Nursing, College of Medicine, Fu-Jen Catholic University; ²RN, Ph.D., Professor, Department of Nursing, National Taipei College of Nursing. President of Psychiatric Mental Health Nurses Association, Republic of China. Chairperson, Community of Psychiatric Mental Health Nursing, Taiwan Nurses Association; ³RN, Ph.D., Assistant Professor, Department of Social Work, National Taiwan University.

Received: November 7, 2006 Accepted: March 1, 2007

Address Correspondence to: Chiu-Yueh Yang, No. 510, Chung-Cheng Rd, Hsin-chuang, Taipei County 24205, Taiwan, ROC.

Tel: 886(2)29053456; E-mail: 039770@mail.fju.edu.tw

