



研究題目

學習障礙兒童的視覺腦電波圖 - 視覺感知訓練前後的變化

研究組成員：

香港理工大學眼科視光學院：
眼科視光師梁嘉欣小姐
眼科視光師梁美寶小姐
副教授陳浩龍博士

研究目的：

我們現正招募學童參與研究，此研究目的是探究學習障礙兒童接受視覺感知訓練前後，其視覺腦電波圖之間的變化，研究成果或有助於日後研究其他視覺感知訓練的成效。研究詳情如下：

研究對象：

7-8 歲及已經診斷為學習障礙的學童，並沒患有專注力不足或過度活躍症及未曾進行或參與其他視覺感知訓練。

研究過程：

我們會為學童進行初步評估，包括：眼睛檢查、量度視力腦電波圖以及進行視覺感知評估，評估時間約三小時。之後，合適的學童會被邀請參與一系列的視覺感知訓練，訓練為 10 星期，我們會為學童提供視覺感知訓練工具回家，學童需於家中進行訓練，訓練期間家長需與學童每兩星期親臨香港理工大學學習使用視覺感知訓練工具。完成所有視覺感知訓練後，我們會再一次為學童量度視覺腦電波圖以及進行視覺感知評估。

研究安排：

我們將於 2010 年 12 月進行評估，於 2011 年 1-4 月或 4-7 月進行視覺感知訓練。評估及視覺感知訓練將於位於紅磡香港理工大學眼科視光學診所進行。

學童得益：

可獲得一次眼睛檢查，並於完成研究後獲得評估報告一份，有助了解學童之表現。

參與研究風險：

所有評估、檢查及訓練項目均為非侵略性並不會引起痛楚或導致任何傷害，學童若在參與研究中途感到勞累或不安，可隨時提出暫停或中止，而不會受到任何懲罰。

私隱披露風險：

家長將提供學童姓名、班級及聯絡方法，以上個人資料及評估結果將絕對保密。參與這個研究純粹是自願性質，所收集的資料亦只會作研究用途。如對本研究有任何查詢，歡迎致電 92014676 聯絡眼科視光師梁嘉欣小姐。



參與研究同意書

本人 _____ (參與學童的家長或監護人姓名) 同意讓
_____ (參與學童姓名) 參與此項研究，題為“學習障礙兒
童的視覺腦電波圖 - 視覺感知訓練前後的變化”。

(如明白，請於相應空格 內加上剔號 ✓)

- 我及我的兒子/女兒乃自願參與是次研究
- 我已閱讀並明白所有已向我提供的有關資料
- 我明白參與這項研究的任何風險
- 我有足夠機會提出有關是次研究的問題並已得到取得滿意的答覆
- 我明白我參與這項研究並不會為我帶來任何個人利益或報酬
- 我明白我有權除時退出是次研究並不會受任何懲罰，亦不用為退出提出理由
- 我明白這項研究的結果可能會被發表，但我的個人資料將會被保密，而我的個人資料將不會被個別的發表

參與學童的家長或監護人簽署

日期

取得同意書的研究人員(見證人)簽署

日期