

To Investigate the Refractive Error and Visual Field in Hearing Loss IndividualsKhorrami-Nejad M¹⁻², Heravian J¹⁻³, Asgarizadeh F¹⁻⁴, Sobhani-Rad D⁵, Azimi-Khorasani A¹⁻³,
Ranjbar-Pazooki M⁶**Abstract**

Purpose: To investigate the refractive error and visual field abnormalities in high school students with hearing loss problems of Tehran, Iran.

Methods: In this cross sectional study sixty-four eyes were tested for visual fields and refractive error. All individuals had intelligence quotient (IQ) of more than 70 using Wechsler Intelligence Scale for Children-revised (WISC-R). Status of hearing loss was classified based on the severity and time of onset. We investigated their visual fields to measure Foveal Threshold (FT), Mean Deviation (MD) and status of Glaucoma Hemifield Test (GHT) by using Humphrey field analyzer automated perimetry.

Results: Our investigation in students with hearing loss showed the high amount of anomaly in visual field in comparison with normal ones. The results demonstrated that profound hearing loss was noted in 50% of them Congenital and acquired hearing loss were seen in 57 (89.1%) and 7 (10.9%) subjects, respectively. Frequency of abnormal VF based on the GHT, MD and FT in hearing loss were 31.2%, 59.4% and 40.6%, respectively. All types of abnormal visual fields such as FT·MD and status of GHT were not associated with the type and severity of hearing loss. Frequency of early defect was 26.6% which was the largest frequency of visual field defect in deaf students. None of the abnormal factors like FT, GHT and MD has a relationship with type and severity of hearing loss in deaf people. The most frequent refractive error type was hyperopia with astigmatism (37.5%) and the least one was patients with myopia (9.4%). Only 12.5% of hearing loss students had corrected distance visual acuity less than 10.10.

Conclusion: The larger frequency of foveal threshold defects observed in children with hearing loss than the other visual field defects. We concluded that a deaf boy is at greater risk of visual field abnormalities than hearing boys.

Keywords: Deafness; Hearing loss; Visual field; Refractive error

Received: 2016.07.16; Accepted: 2016.10.31

بررسی عیوب انکساری و میدان بینایی در ناشنوایان

مسعودخرمی نژاد^{۱-۲}، جواد هروی^{۱-۳}، فرشاد عسکری زاده^{۱-۴}، داوود سبحانی راد^۵، عباس عظیمی خراسانی^{۱-۳}، مهسا رنجبر پازوکی^۶

هدف: بررسی فراوانی عیوب انکساری و نقایص میدان بینایی در دانش‌آموزان دبیرستانی‌پسر ناشنوای شهر تهران

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی ۶۴ نمونه از لحاظ میدان بینایی و عیوب انکساری مورد بررسی قرار گرفتند. همه‌ی افراد ضریب هوشی بالای ۷۰ با تست وکسلر مخصوص اطفال، داشتند. نقایص ناشنوایی بر اساس شدت نقص و مدت زمان ایجاد نقص شنوایی تقسیم‌بندی شدند. میدان بینایی با استفاده از دستگاه پریمتر اوتوماتیک Humphrey جهت اندازه‌گیری حساسیت فووه آ، میانگین انحراف و بررسی محدوده تست نیمه میدان گلوکومی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: بررسی ما بر روی دانش‌آموزان ناشنوا نشانگر میزان بالای میدان بینایی غیر طبیعی در افراد ناشنوا نسبت به جامعه شنوا است. نتایج حاکی از این است که در ۵۰ درصد آنها ناشنوایی عمیق وجود داشت. نقص مادرزادی و اکتسابی شنوایی به ترتیب در ۵۷٪ (۱۰/۹) و ۷٪ (۸۹/۱) نفر مشاهده شد. نقایص میدان بینایی بر اساس تست نیمه میدان گلوکومی، میانگین انحراف و حساسیت فووه آ به ترتیب ۳۱/۲٪، ۶۰/۰۹٪ و ۴۰/۰۶٪ بود. هیچکدام از فاکتورهای غیرطبیعی نظیر حساسیت فووه آ،

تست نیمه میدان گلوکومی و میانگین انحراف رابطه‌ای با نوع نقص شنوایی و شدت آن در افراد ناشنوا نداشت. بیشترین فراوانی عیوب انکساری، در هایپروپیا آستیگماتیسم (۳۷/۵٪) و کمترین میزان فراوانی نیز بیماران در افراد مایوپیا می‌باشد (۹/۴٪). تنها ۱۲/۵ درصد از دانشجویان کم شنوا بهترین حدت بینایی دور تصحیح شده کمتر از ۱۰/۱۰ داشتند.

نتیجه‌گیری: فراوانی بیشتر نقایص حساسیت فووه آن نسبت به سایر نقایص میدان بینایی در افراد ناشنوا، می‌تواند نشان‌دهنده فراوانی بیشتر نقایص در مرکز سیستم بینایی نسبت به محیط آنها باشد. که این نشان می‌دهد یک فرد ناشنوا نسبت به افراد شنوا، دارای ریسک بیشتری برای ابرمالیتی‌های میدان بینایی می‌باشد.

کلمات کلیدی: ناشنوبی، فقدان شنوایی، میدان بینایی و عیوب انکساری

نویسنده مسئول: جواد هرویانی، heraviansj@mums.ac.ir

آدرس: مشهد، میدان آزادی، پردیس دانشگاه، دانشکده علوم پیراپزشکی، گروه اپتومتری

۱- مرکز تحقیقات عیوب انکساری چشم، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۲- کارشناس ارشد گروه اپتومتری، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۳- استاد گروه اپتومتری، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۴- دانشجوی دکترای گروه اپتومتری، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۵- استادیار گروه گفتاردرمانی، دانشکده علوم پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ایران

۶- مرکز تحقیقات چشم، بیمارستان چشم پزشکی فارابی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

مقدمه

می‌شود. محققین ثابت کرده‌اند منشاء دید محیطی در افراد شنوا مربوط به اطلاعات بینایی و شنوایی در کورتکس بینایی می‌باشد (۲). افرادی که دچار ضایعات شنوایی هستند، از محرکهای صوتی نمی‌توانند برای تشخیص محرکات پیرامونشان استفاده کنند بنابراین وجود یک میدان بینایی سالم برای یک درک صحیح و جلوگیری از صدمات و خطرات احتمالی در افراد کم شنوا و ناشنوا ضروری است. تشخیص به موقع این نواقص و توانبخشی- های مناسب می‌تواند کمک شایانی در بهبود کیفیت زندگی این افراد کند (۴).

تاکنون مطالعات زیادی بر روی شیوع فاکتورهای بینایی غیر طبیعی در افراد کم شنوا و ناشنوا انجام شده است. همچنین در بین این مطالعات، مطالعاتی اندکی بر روی میدان دید این افراد انجام شده است. اکثر این مطالعات نیز از وسایل اولیه اندازه‌گیری برای ارزیابی میدان بینایی استفاده می‌کردند (۵-۸) لذا با توجه به آنچه گفته شد، انجام چنین مطالعاتی برای پی بردن به وضعیت میدان بینایی و برنامه‌ریزی جهت کنترل و یا درمان مناسب برای بهبود کیفیت زندگی این افراد ضروری به نظر می‌رسد.

روش بررسی

تعداد ۳۴ دانش‌آموز که در مدارس ناشنویان پسرانه شهر تهران مشغول به تحصیل بودند و دارای پرونده در آموزش

سیستم عصبی مرکزی به کمک غدد مترشه داخلی، درک، تجربه و حواس مختلف باعث آگاهی انسان از جهان پیرامون می‌شود. محرومیت از یکی از حواس پنجگانه در صورتی می‌تواند منجر به ایجاد اختلال در درک صحیح از دنیای پیش‌رو شود که هرگونه اختلال در حواس مختلف به موقع تشخیص داده نشود (۱).

نوزادی که بدنیا می‌آید از طریق حواس پنجگانه خود با دنیا ارتباط برقرار کرده و دائما در حال یادگیری است. در بین حواس پنجگانه، نقش حس شنوایی و بینایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است به طوری که هرگونه کاهش بینایی می‌تواند برای آینده یک فرد ناشنوا مشکل آفرین باشد (۲). کاهش شنوایی در صورتی که شدید یا عمیق باشد علاوه بر تاثیر جبران ناپذیری که بر تکلم آتی فرد خواهد داشت، وابستگی بیشتری به حس بینایی در فرد ایجاد می‌کند. نقص شنوایی با شیوع ۰/۱ تا ۰/۳ درصدی، نوعی معلولیت پنهانی و یکی از شایعترین ناهنجاریهای بدو تولد است (۱،۲) و شیوع آن در کشور ما ۵ در هزار است (۳). آمار میزان نقص شنوایی در ایالات متحده بیانگر وجود بیش از ۲۰ میلیون فرد آسیب دیده است که تقریبا یک شیوع ۹ درصدی در ایالات متحده را نشان می‌دهد (۴). در صورت وجود هرگونه ضایعه در حس شنوایی، نقش حس بینایی در ادراکات فرد بسیار حساستر

ساخت کشور ژاپن محاسبه شد. بر مبنای نتایج رتینوسکوپی استاتیک دانش‌آموزان به ۵ دسته "مایوپ" (۰/۲۵ دیوپتر یا بیشتر)، "هایپروپ" (۰/۵ دیوپتر یا بیشتر)، "استیگماتیسم" (۰/۵ دیوپتر یا بیشتر)، "مایوپ استیگماتیسم" و "هایپروپ استیگماتیسم" طبقه‌بندی گردیدند. بهترین دید دور اصلاح شده بیمار^۲ با بهترین تصحیح اپتیکی با روش سابجکتیو رفرکشن برای دو چشم بدست آورده شد. جهت اندازه‌گیری میدان دید از دستگاه کامپیوتری (Humphrey, Carl Zeiss Meditec AG, Jena, Germany, Model: 750i) استفاده شد و اطلاعات مرکز و محیط میدان بینایی با روش سینا استاندارد ۳۰ درجه مرکزی محاسبه گردید (۷). این برنامه، برنامه استاندارد انجام پریمتری است که ۳۰ درجه مرکزی را در هر دو چشم در زمینه سفید بررسی می‌نماید و میزان نقص میدان بینایی موضعی^۳، حساسیت فووه^۴ را از طریق مشاهده نتیجه پریمتری هرکدام از نمونه‌ها نیز ثبت می‌کند (۷). برای بررسی میدان بینایی یکبار انواع گلوبال ایندکسهای میدان بینایی بصورت جز به جز (تست نیمه میدان گلوکومی، حساسیت فووه^۴ و میانگین انحراف) و یکبار نیز بر طبق مطالعه Susanna (۱۰)، بصورت تقسیم‌بندی نقایص میدان (نرمال، خفیف، متوسط و شدید) بررسی شد. تست نیمه میدان گلوکومی با استفاده از نتیجه آزمایش به سه صورت نرمال، حد مرزی و غیرنرمال گزارش گردید و مقادیر عددی حساسیت فووه^۴ و انحراف معیار نیز ثبت گردید (۹). آنالیزهای آماری با استفاده از نرم‌افزار IBM SPSS (Version 22; IBM Inc, Armonk, New York, USA) انجام شد. برای مقایسه بین گروهها از آزمونهای t-student و آزمون کای دو استفاده شده است. جهت ارتباط بین متغیرها از ضرایب همبستگی از ضرایب پیرسن یا اسپیرمن استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد تحت مطالعه $17 \pm 1/65$ سال حداقل سن ۱۵ سال و حداکثر سن ۲۰ سال می‌باشند. بیشترین فراوانی داده‌ها در سن ۱۵ سالگی و ۱۸ سالگی بود.

و پرورش استثنایی شهر تهران بودند، نمونه‌های پژوهش را تشکیل می‌دهند. نمونه‌گیری به روش احتمالی طبقه‌ای بوده است که از چهار مدرسه ناشنویان انتخاب شده بودند. در مرحله اول مشخصات کامل فردی از روی مدارک شناسایی دانش‌آموزان ثبت شد و میزان کاهش شنوایی (خفیف، متوسط و شدید) و نوع آن (مادرزادی یا اکتسابی) از طریق تست ارزیابی میزان شنوایی برای فرد ثبت شد (۶). در مرحله بعد برای هر یک از نمونه‌ها توسط روانشناس تست هوش و کسلر^۱ انجام شد. شرط ورود به مطالعه تایید کاهش شنوایی توسط اودیولوژیست و نمره بالای ۷۰ در تست هوش و کسلر بود (۸). در صورتی که نتیجه آن بهتر از ۷۰ بود فرد به بیمارستان فوق تخصصی چشم پزشکی فارابی ارجاع داده شد. ثبت اطلاعات شنوایی و بینایی پس از ارجاع به بیمارستان فوق تخصصی چشم پزشکی فارابی تهران صورت پذیرفت. اطلاعات بیماران کاملا محرمانه نگهداری شد و اصول اخلاقی براساس معاهده هلسینکی - توکیو در مورد مطالعات بالینی در انسانمراعات شده و رعایت آن به تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد که تحقیق در آن صورت گرفته، رسیده است. سپس بر روی دانش‌آموزان واجد شرایط طرح که به بیمارستان فوق تخصصی چشم پزشکی فارابی تهران ارجاع داده شده بودند، تست ارزیابی میزان شنوایی و نوع نقص ناشی از آن توسط اودیولوژیست انجام شد و میزان شنوایی هر کدام از نمونه‌ها بر حسب دسی بل ثبت گردید. تقسیم‌بندی شدت نقایص ناشنوایی بر اساس مطالعه Hollingsworth (۹) به چهار دسته خفیف (۲۰ تا ۴۰ دسی بل)، متوسط (۴۱ تا ۷۰ دسی بل)، شدید (۷۱ تا ۹۵ دسی بل) و عمیق (بیش از ۹۵ دسی بل) تقسیم‌بندی شد. بر اساس مدت زمان ایجاد نقص شنوایی نیز افراد کم شنوا یا ناشنوا به دو دسته مادرزادی و اکتسابی تقسیم‌بندی شدند (۹).

حدت بینایی افراد توسط چارت بینایی استاندارد Snellen در فاصله ۶ متر با بهترین تصحیح اپتیکی اندازه‌گیری شد (میزان دید براساس سیستم اعشاری ثبت می‌شود) میزان عیب انکساری افراد توسط رتینوسکوپی استاتیک بوسیله رتینوسکوپ هاین بتا ۲۰۰ ساخت کشور آلمان و نیز اتورفرکتوگرامتر تاپکن ۸۹۰۰

²Corrected Distace Visual Acuity (CDVA)

³Glaucoma Hemifield Test

⁴Foveal Threshold

¹Wechsler intelligence quotient (IQ)

میانگین بهترین میزان حدت بینایی در جامعه آماری ناشنویان $0/145 \pm 0/955$ دقیقه بر قوس بود که کمترین میزان دید ۲/ و بیشترین مقدار فراوانی مربوط به دید ۱ دقیقه بر قوس بود. کلا ۱۲/۵ درصد از افراد ناشنوی تحت معاینه بهترین دیدشان از ۱۰/۱۰ کمتر بود که ۳/۱ درصد از آنها حدت بینایی ۵/ دقیقه بر قوس داشتند و ۸۷/۵ درصد از این افراد نیز دید کامل داشتند. جدول ۱ پراکنندگی کل افراد مورد بررسی را بر حسب نقص شنوایی به این صورت نشان می دهد که ۵۷ نفر (۸۹/۱ درصد) نقص شنوایی مادرزادی و ۷ نفر (۱۰/۹ درصد) نقص شنوایی اکتسابی داشتند. در هیچکدام از نمونه‌ها نقص شنوایی خفیف مشاهده نشد اما نقص شنوایی عمیق با ۳۲ بار فراوانی (۵۰ درصد) بیشترین تکرار را داشت. نقص شنوایی شدید با ۲۶ بار فراوانی (۴۰/۶ درصد) و متوسط با ۶ بار فراوانی (۹/۴ درصد) نیز مشاهده شد. نتیجه‌ی آزمون فیشر بیانگر عدم ارتباط معنادار بین دو گروه بود ($p=0/1042$).

همانطور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، بیشترین فراوانی عیوب انکساری، هایپروپیا و آستیگماتیسم و سپس هایپروپیا و کمترین میزان فراوانی مایوپیا می‌باشد. نتیجه‌ی آزمون فیشر برای بررسی رابطه‌ی نوع نقص شنوایی با نوع عیبا نکساری افراد ناشنوا حاکی از عدم وجود ارتباط معنادار بین نوع نقص بینایی و شدت نقص شنوایی است ($p=0/72$) و لذا نوع عیب انکساری افراد ناشنوا ارتباط معناداری با شدت نقص شنوایی ندارد. نتیجه‌ی تست نیمه میدان گلوکومی، حساسیت فووه‌آ و میانگین انحراف به تفکیک نوع نقص شنوایی در جدول ۳ ملاحظه می‌شود. باتوجه به نتیجه‌ی بدست آمده از آزمون فیشر طبیعی یا غیر طبیعی بودن هیچکدام از گلوبال ایندکسهای تست میدان بینایی با مادرزادی یا اکتسابی بودن نقص شنوایی رابطه معناداری نداشت همچنان با در نظر گرفتن شدت نقص شنوایی متوسط و شدید و عمیق نتیجه‌ی آزمون کای دو بیانگر عدم ارتباط معنادار بین تست نیمه میدان گلوکومی و شدت نقص شنوایی بود ($p=0/7878$).

بحث و نتیجه گیری

کودکان ناشنوا برای ایجاد مهارتهای ارتباطی مناسب به حس بینایی خود وابسته هستند و وجود نقایص میدان بینایی در افراد به دلیل اینکه این افراد قابلیت استفاده از

محرکهای صوتی برای جلوگیری از خطرات احتمالی را ندارند، می‌تواند تاثیر منفی بر روی زندگی آنها بگذارد (۱۱). در این بررسی علاوه بر اینکه ۶۴ نمونه، مورد بررسی کامل از لحاظ معاینات چشمی و میدان بینایی قرار گرفتند، برای کنترل دقیق نقص شنوایی و تبیین نقش آن در فراوانی فاکتورهای بینایی از همه‌ی نمونه‌ها تست اودیومتری و تست ضریب هوشی و کسلر گرفته شد، چرا که برخی از محققین با بررسی سیستم عصبی و بهره هوشی، میزان شیوع ضریب هوشی پایین را در بین ناشنویان بیشتر از جامعه نرمال شنوا بدست آورده‌اند (۸). برای حذف اثر کند هوشی در نحوه انجام تستها، در صورتی که ضریب بهره هوشی در این نمونه‌ها بیشتر از ۷۰ بود، نتیجه داده‌های حاصله مورد پردازش قرار گرفتند تا خطاهای احتمالی در فرایند تحقیق به بهترین نحو کنترل و نتایج حاصله حداکثر اعتبار ممکن را داشته باشد. در مطالعه حاضر بیشترین نقص شنوایی مربوط به نوع شدید بود که این یافته‌ها موافق با سایر مطالعات بود (۱۱). در یک بررسی که Van Naarden در ایالات متحده انجام داد دریافت که میزان ناتوانیهای شنوایی شدید در بین آقایان و برخی از نژادها بیشتر است (۱۱). در این مطالعه تاثیرپذیری نتایج از متغیر سن نیز از طریق محدود کردن سن نمونه‌ها به ۱۵-۲۰ سال کنترل گردید. یکی از دلایلی که در بررسی ما افرادی با میزان نقص شنوایی خفیف وجود نداشت را می‌توان به احتمال حضور این دانش‌آموزان در مدارس عادی مرتبط دانست. محیط پژوهش ما مدارس ناشنویان بود که بر پایه اطلاعات ما تاکنون تحقیقی بر روی میزان فراوانی نقایص مختلف میدان بینایی و ارتباط آن با شدت و نوع آسیب شنوایی از طریق پریمترهای کامپیوتری Humphrey انجام نشده است. در این مطالعه میانگین ۱۲/۵ درصد از نمونه‌ها بعد از تصحیح عیوب انکساری، دید کامل ۱۰/۱۰ را بدست نیاوردند که این یافته ما با مطالعه‌ای که آقای Armitage که بعد از تصحیح کامل چشمها ۱۰/۸ درصد باز هم بینایی کاملی نداشتند تقریبا مشابه است (۱۲).

در مطالعه حاضر بیشترین فراوانی نوع عیوب انکساری، "هایپروپیا آستیگماتیسم" با درصد فراوانی ۳۷/۵ و کمترین میزان فراوانی نیز مایوپیا با درصد فراوانی ۱/۶ می‌باشد. در مطالعه‌ای که استادی مقدم و همکاران در

جدول ۱: بررسی متغیرهای شدت نقایص میدان بینایی در افراد مورد مطالعه

متغیر	فراوانی	
	مادرزادی (درصد) تعداد	اکتسابی (درصد) تعداد
نرمال	۲۵(۳۹/۱)	۲(۳/۱)
خفیف	۱۴(۲۱/۹)	۳(۴/۷)
متوسط	۶(۹/۴)	۱(۱/۶)
شدید	۱۲(۱۸/۷)	۱(۱/۶)
کل	۵۷(۸۹/۱)	۷(۱۰/۹)

جدول ۲: فراوانی انواع عیوب انکساری به تفکیک درجه شدت نقص شنوایی

شدت نقص شنوایی	نوع عیوب انکساری					
	امتروپ (درصد) تعداد	هایپرمتروپ (درصد) تعداد	هایپرپ و آستیگماتیسم (درصد) تعداد	مایوپ (درصد) تعداد	مایوپ آستیگماتیسم (درصد) تعداد	آستیگماتیسم (درصد) تعداد
متوسط	۰(۰)	۳(۴/۷)	۲(۳/۱)	۰(۰)	۰(۰)	۱(۱/۶)
شدید	۲(۳/۱)	۱۲(۱۸/۷)	۸(۱۲/۵)	۱(۱/۶)	۲(۳/۱)	۱(۱/۶)
عمیق	۳(۴/۷)	۸(۱۲/۵)	۱۴(۲۱/۹)	۰(۰)	۳(۴/۷)	۴(۶/۲)
جمع کل	۵(۷/۸)	۲۳(۳۵/۹)	۲۴(۳۵/۵)	۱(۱/۶)	۵(۷/۸)	۶(۹/۴)

جدول ۳: فراوانی نقایص گلوبال ایندکسهای تست میدان بینایی در افراد ناشنوا

نوع نقص شنوایی	فراوانی تست نیمه میدان گلوکومی		فراوانی حساسیت فووه آ		فراوانی انحراف متوسط	
	طبیعی (درصد) تعداد	غیرطبیعی (درصد) تعداد	P-value	طبیعی (درصد) تعداد	غیرطبیعی (درصد) تعداد	P-value
مادرزادی	۳۹(۶۰/۹)	۱۸(۲۸/۱)	۰/۹۹	۳۴(۵۳/۱)	۲۴(۴۷/۵)	۰/۵۳۰
اکتسابی	۵(۷/۸)	۲(۳/۱)	۰/۹۹	۴(۶/۷)	۱(۱/۶)	۰/۵۳۰
جمع کل	۴۴(۶۸/۷)	۲۰(۳۱/۲)	۰/۹۹	۳۸	۲۵(۳۹/۱)	۰/۵۳۰

خود می‌تواند یکی از علل پائین‌تر بودن شیوع نزدیک‌بینی در مطالعه ما باشد چون در برخی از مطالعات که همراه با پاتولوژیهای چشمی بوده است، میزان شیوع مایوپ را بالا گزارش کرده‌اند. ارتباط معناداری بین نوع نقص بینایی و شدت نقص شنوایی در مطالعه‌ی ما وجود نداشت که با سایر محققین هماهنگی دارد در مطالعه Sharma و همکاران (۱۵) و مطالعه Mafong و همکاران (۱۶) نیز هیچ رابطه‌ای بین شدت نقص شنوایی و یافته‌های اینرمال چشمی در افراد ناشنوا پیدا نشد. تاکنون در ایران تنها در دو مطالعه به بررسی میزان

ایران انجام داده بودند شیوع عیوب انکساری هایپروپی ۸/۴ درصد بود (۱۳) که کمتر از میزان فراوانی ۳۵/۴ درصد است که ما در بررسی خود به آن رسیدیم. استادی مقدم و همکاران میزان مایوپ را ۲۴/۱ درصد بدست آوردند حال اینکه ما در بررسی خود ۱/۶ درصد فراوانی را محاسبه کردیم که اختلاف زیادی بین یافته ما و استادی مقدم وجود دارد. البته برخی از محققین نیز مایوپ را در افراد ناشنوا با شیوع کمتری نسبت به جامعه نرمال بدست آوردند (۱۴). از طرفی افرادی که دچار پاتولوژیهای چشمی مختلف بودند از مطالعه ما حذف شدند که این

فراوانی و شیوع فاکتورهای عمومی بینایی نظیر عیوب انکساری، دید بعد، دید رنگ، استرابیسم در بین افراد ناشنوا پدیده‌اند، که بیشترین اختلالات مربوط به میزان عیوب انکساری و رتین بود است. در واقع مطالعات قبلی درصد شیوع اختلالات چشمی را بین ۸ تا ۶۱ درصد گزارش کرده‌اند که علت این تفاوت بیشتر به سن و جمعیت تحت مطالعه افراد ناشنوا بستگی دارد (۱۸-۱۵). بر پایه تحقیقاتی که بر روی افراد ناشنوا انجام شده است یکی از دلایل شیوع متفاوت اختلالات چشمی در آنها، تعریف متفاوتی است که در معیارهای ورود و خروج وجود دارد به عنوان مثال در یک بررسی که برای شیوع فاکتورهای چشمی بر روی افراد ناشنوا انجام شده بود میزان شیوع Rubella در افراد ناشنوا ۲۵ درصد بود و این فاکتور بسیار مهمی است چراکه نقائص مادرزادی قویا با ناهنجاریهای چشمی مثل کاتاراکت و رتینوپاتی همراه است و لذا در نهایت باعث بالا رفتن شیوع فاکتورهای ناهنجار چشمی در بین جمعیت ناشنوا می‌شود (۱۹). حدوداً ۷۰ درصد از ناشنواهای حسی و عصبی بدون وجود سندرمها و سایر درگیریها مشاهده می‌شود و ۳۰ درصد از ناشنواپیهایی حسی و عصبی همراهشان سندرم و علائم و یافته‌های کلینیکی در سایر ارگانها مشاهده می‌شود (۱۱،۱۲). بنابراین نوع جمعیت ناشنوی تحت معاینه، سندرمهای خاص، سن ناشنوایان، تعریف اختلالات چشمی و هدف از معاینات چشمی از علل اصلی متفاوت بودن نتایج نقائص چشمی در جمعیت ناشنوا است (۱۵). در کل دانش‌آموزان دارای نقص ناشنوایی اعم از اکتسابی و مادرزادی ۶۰/۹ درصد فراوانی در محدوده غیر نرمال میانگین انحراف قرار داشتند اما این میزان بالای از میانگین انحراف غیر طبیعی وجود نقص واقعی در میدان بینایی نمی‌باشد. در این بررسی این شاخص با نوع نقص شنوایی (مادرزادی یا اکتسابی) رابطه‌ی معناداری نداشت. Preciado و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که شدت ناشنوایی رابطه با میزان شیوع اختلالات چشمی ندارد (۱۷).

همانطور که در مورد شدت نقائص مختلف میدان بینایی گفته شد میزان فراوانی این ابنرمالیتی‌ها در افراد ناشنوا از ۱۰/۹ درصد تا ۲۶/۶ درصد متفاوت است. در یک تحقیق که Khandekar و همکارانش انجام داده بودند میدان بینایی محیطی را با یک پریمتر کمائی در افراد ناشنوا

مورد بررسی قرار داد که تنها یک مورد نقص میدان بینایی از ۲۲۳ فرد مورد آزمایش گزارش کرد (۵). اختلاف معناداری که بین پژوهش ما و این بررسی وجود دارد را می‌توان اولاً به دستگاه مورد آزمایش میدان بینایی و ثانياً به حساسیت تست ارتباط داد. پریمتر کمائی یکی از وسایل اولیه تست میدان بینایی است که با آن می‌توان فقط محدودیت میدان بینایی را بررسی کرد و نمی‌توان محدوده اسکوتوم را مشخص کرد. این پریمتر از حساسیت بسیار پایینی برای کشف نقائص اولیه میدان بینایی دارد و امروزه کاربرد بسیار کمی دارد اما پریمتر اتومات Humphrey یک دستگاه بسیار هوشمند است که کوچکترین نقص و تغییر در میدان بینایی را در اولین مراحل می‌تواند تشخیص دهد. از طرفی در این تحقیق اشاره‌ای به نوع نقص و شدت آن نیز نشده است این در حالی است که در پژوهش ما تمامی تعاریف مستند و مقادیر کمی ثبت شده است.

در یک بررسی دیگر که Codina در ۲۰۱۱ انجام داد برای اولین بار با پریمتر گلدمن و OCT به بررسی تغییرات شبکیه‌ای در افراد ناشنوا پرداخت و در بررسی حساسیت میدان بینایی محیطی و همچنین وسعت میدان بینایی محیطی در ۱۴ فرد ناشنوا به این نتیجه رسید که افراد ناشنوی بالغ بطور مشخصی ناحیه میدان بینایی بزرگتری را نسبت به افراد شنوا نشان دادند که حساسیت محیطی بیشتر این گروه را نشان می‌دهد. میدان بینایی اندازه‌گیری شده در فواصل میانی نسبت به میدان بینایی اندازه‌گیری شده در دور، در افراد ناشنوا بزرگتر از افراد شنوا بود (۲۲) تفاوت بین پژوهش ما و پژوهش آقای Codina اساساً از دو دیدگاه قابل بررسی است اول اینکه هر دو پژوهش اهداف متفاوتی دارند و دوم اینکه تفاوت عملکرد بین دو دستگاه سنجش میدان بینایی وجود دارد بعنوان مثال پریمتر گلدمن قابلیت تشخیص اسکوتوم مرکزی فووه‌آ را ندارد این در حالی است که پریمتر Humphrey در هر درجه‌ای از نقص می‌تواند حساسیت فووه‌آ را بر حسب دسی‌بل ارائه دهد اما پریمتر گلدمن وسعت میدان بینایی را بهتر از Humphrey ارزیابی می‌کند. اصولاً در پریمترهای دستی نظیر گلدمن اولاً احتمالاً خطا توسط معاینه‌کننده وجود دارد که در اتوماتها این خطا وجود ندارد، ثانياً آنالیز اینکه یک نقص پیشرفت کرده است، خیلی سخت است که در اتوماتها این تغییرات

(۲۴). همانطور که مشاهده می‌شود این بررسی نیز اساساً هدفی متمایز از پژوهش ما در بررسی فراوانی نقایص میدان بینایی داشت چراکه آنها در بررسی میدان بینایی محیطی از یک روش پریمتری خاص که برای اطفال طراحی شده بود استفاده کردند که دقیقاً اشاره‌ای به نوع آن نشده بود و در بررسیشان به دنبال سرعت پاسخ‌دهی به محرکهای محیطی بودند و این درحالی است که ما تک تک فاکتورهای میدان بینایی را مستقلاً در افراد ناشنوا بررسی کردیم. از پریمتر استاندارد اتوماتیک Humphrey برای این بررسی استفاده کردیم که نوع برنامه انتخابی قابلیت ارزیابی سرعت پاسخ دهی بیمار به محرکهای محیطی را نداشت ولی حساسیت بسیار بالایی در تشخیص انواع نقایص میدان بینایی داشت. از طرف دیگر Codina و همکاران مطالعه‌ی خود را بر روی سنین مختلف انجام داد و در واقع زمان پاسخ دهی به محرکهای محیطی را در سنین مختلف بررسی کردند ولی ما در یک محدوده سنی ۱۵ الی ۲۰ سال فقط به بررسی نقایص میدان بینایی پرداختیم. از جمله محدودیت‌های حاضر در این بررسی می‌توان محدوده سنی افراد را که بین ۱۵ الی ۲۰ سال است اشاره کرد. از طرفی به علت محدودیت‌هایی که در معاینه دختران دانش‌آموز کم‌شنوا وجود داشت، امکان بررسی دو جنس در این تحقیق میسر نشد.

نتایج حاصل از تحقیقات مویید این موضوع است که افراد ناشنوا در معرض یک ریسک بزرگ مشکلات میدان بینایی قرار دارند و با وجود میزان بالای فراوانی نقایص میدان بینایی در نمونه‌های پژوهش، در برخی از نقایص میدان بینایی، حتی مشکلات آنها تشخیص داده نشده بود. متأسفانه برخی از آسیب‌های میدان بینایی در افراد ناشنوا علیرغم اینکه تاثیر جدی بر فراگیری مهارت‌های ارتباطی کودک داشتند، حتی در معاینات عمومی توسط چشم پزشک یا اپتومتریست تشخیص داده نشده بودند. بر پایه نتایج این بررسی تست میدان بینایی هم در پروسه تشخیص و هم در فرایند پیگیری درمان این افراد، تستی مهم محسوب می‌شود.

سپاسگزاری

این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد آقای مسعود خرمی نژاد دانشجوی بینایی‌سنجی دانشکده علوم پیراپزشکی می‌باشد. بدینوسیله مراتب قدردانی و تشکر خود را از معاون

با برنامه خاص بدقت مشخص می‌شود و ثالثاً اینکه فقط یک تست استاندارد مشخص وجود دارد حال آنکه در پریمترهای اتومات می‌توان با توجه به نیاز بیمار استراتژی‌های متفاوتی را انتخاب کرد. با این وجود می‌توان گفت این اولین بررسی با پریمتر گلدمن در افراد ناشنوا بود که در سال ۲۰۱۱ انجام شد. نتیجه‌ای که افزایش وسعت میدان بینایی در افراد ناشنوا در برخی مطالعات که بر روی کورتکس بینایی و شنوایی انجام شده بود، حاصل شد این بود که آنرا به پلاستیسیته‌های جبرانی که به دنبال محرومیت‌های شنوایی در کورتکس بینایی افراد ناشنوا ایجاد می‌شود، ارتباط دادند (۲۳). Buckley و همکاران نیز در یک مطالعه که بر روی افراد بالغ ناشنوا انجام دادند دریافتند که وسعت میدان بینایی هم در ناحیه کاملاً پریفری و هم در ناحیه میانی میدان بینایی در افراد ناشنوا بطور محسوسی نسبت به افراد شنوا بیشتر نشان داده می‌شود. آنها در مطالعه خود همچنین دریافتند که نیمه میدان بینایی تمپورال در افراد ناشنوا افزایش بیشتری نسبت به نیمه بینایی نازال از خود نشان داده است. در این مطالعه نیز پریمتر دستی گلدمن استفاده شد (۲۳). تفاوت مطالعه ما و بررسی Buckley و همکارانش نیز نوع مطالعه، تکنیک بررسی و نوع دستگاه آزمایش میدان بینایی بود. Buckley از پریمتر دستی گلدمن برای بررسی محدوددهای وسعت میدان بینایی استفاده کرده بود ولی ما در بررسی خوداز برنامه سیتا که یک برنامه استاندارد و مربوط به پریمتر اتومات هامفری است برای بررسی فراوانی نقایص میدان استفاده کرده بودیم. Buckley در این بررسی دریافت افزایش سبب میدان بینایی در افراد ناشنوا قابل توجه است و حال اینکه ما مشاهده کردیم میزان شیوع میدان بینایی غیر طبیعی خصوصاً در قسمتهای مرکزی آن بیشتر از افراد عادی می‌باشد.

در یک تحقیق دیگری که Codina و همکارانش انجام دادند ۲۵ فرد ناشنوا را با یک روش مخصوص پریمتری استاتیک که برای اطفال طراحی شده بود مورد بررسی قرار دادند. در نوجوانان ناشنوا و بزرگسالان ناشنوا زمان پاسخ‌دهی به محرک‌های محیطی سریعتر از افراد شنوا می‌باشد. Codina و همکاران پاسخ‌های ضعیفتر را در افراد ناشنوا در سنین پایین‌تر به مرحله تکاملی این افراد برای رسیدن به عملکردی مشابه بالغین، نسبت دادند

منابع

1. Nelson HD, Bougatsos C, Nygren P; 2001 US Preventive Services Task Force. Universal newborn hearing screening: systematic review to update the 2001 US Preventive Services Task Force Recommendation. *Pediatrics* 2008; 122(1): e266-76.
2. Thompson DC, McPhillips H, Davis RL, Lieu TA, Homer CJ, Helfand M. Universal newborn hearing screening: summary of evidence. *JAMA* 2001; 286(16): 2000-10.
3. Firouzbakht, M.; Eftekhar Ardebili, H.; Majlesi, F.; Rahimi, A.; Ansari, M.; Esmailzadeh, M. Prevalence of neonatal hearing impairment in province capitals. *Journal of School of Public Health & Institute of Public Health Research* 2008; 5(4): 1-10. [Persian]
4. Ries P. Prevalence and characteristics of persons with hearing trouble: United States, 1990-91. *Vital Health Stat* 1994; 101(88): 1-75.
5. Khandekar R, AlFahdi M, AlJabri B, AlHarby S, Abdulameed T. Visual function and ocular status of children with hearing impairment in Oman. *Indian J Ophthalmol* 2006; 57(3): 228-9.
6. Scott GD, Karns CM, Dow MW, Stevens C, Neville HJ. Enhanced peripheral visual processing in congenitally deaf humans is supported by multiple brain regions, including primary auditory cortex. *Front Hum Neurosci* 2014; 8: 177-182.
7. Rothpletz AM, Ashmead DH, Thorpe AM. Responses to targets in the visual periphery in deaf and normal-hearing adults. *J Speech Lang Hear Res* 2003; 46(6):1378-86.
8. Vernon M. Fifty years of research on the intelligence of deaf and hard-of-hearing children: A review of literature and discussion of implications. *J Deaf Stud Deaf Educ* 2005; 10(3): 225-31.
9. Hollingsworth R, Ludlow AK, Wilkins A, Calver R, Allen PM. Visual performance and ocular abnormalities in deaf children and young adults: a literature review. *Acta Ophthalmol* 2014; 92(4): 305-10.

محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به خاطر حمایت های مالی طرح تحقیقاتی و گروه آموزشی بینایی سنجی که همکاری خوبی داشتند اعلام میداریم

10. Susanna R Jr, Vessani RM. Staging glaucoma patient: why and how? *Open Ophthalmol J* 2009; 3: 59-64.
11. Van Naarden K, Decouflé P, Caldwell K. Prevalence and characteristics of children with serious hearing impairment in metropolitan Atlanta, 1991-1993. *Pediatrics* 1999; 103(3): 570-5.
12. Armitage IM, Burke JP, Buffin JT. Visual impairment in severe and profound sensorineural deafness. *Arch Dis Child* 1995; 73(1): 53-6.
13. Ostadimoghaddam H, Fotouhi A, Khabazkhoob M, Heravian J, Yekta AA. Prevalence and risk factors of refractive errors among school children in Mashhad, 2006-2007. *Iranian Journal of Ophthalmology* 2008; 20(2): 3-9.
14. Mohindra I. Vision profile of deaf children. *Am J OptomPhysiol Opt* 1976; 53(4): 2-9.
15. Sharma A, Ruscetta MN, Chi DH. Ophthalmologic Findings in Children with Sensorineural Hearing Loss. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 135(2): 119-23.
16. Mafong DD, Pletcher SD, Hoyt C, Lalwani AK. Ocular findings in children with congenital sensorineural hearing loss. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128 (11): 1303- 6.
17. Preciado DA, Lim LHY, Cohen AP. et al. A diagnostic paradigm for childhood idiopathic sensorineural hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004; 131(6): 804- 9.
18. Khorraminejad M, Akbari MR, Ranjbarpazooki M, Aghazadehamiri M, Askarizadeh F, Moeinitabar M, Jafari AR. The prevalence of refractive errors and binocular anomalies in students of deaf boys schools in Tehran. *Iranian Journal of Ophthalmology* 2014; 26(4): 183-8.
19. Brinks MV, Murphey WH, Cardwell W, Otos M, Weleber RG. Ophthalmologic screening of deaf students in Oregon. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 2001; 38 (1): 11- 5.
20. Smith RJ, Bale JF, White KR. Sensorineural hearing loss in children. *Lancet* 2005; 365 (9462): 879- 90.
21. Jhonston DR, Curry JM, Newborough B, Morlet T, Bartoszesky L, Lehman S, Ennis S, O'Reilly R. ophthalmologic disorders in children with syndromic and nonsyndromic hearing loss. *Arch otolaryngol head neck surg* 2010; 136(3): 277-80.
22. Codina C, Pascalis O, Mody C, Toomey P, Rose J, Gummer L, Buckley D. Visual advantage in deaf adults linked to retinal changes. *PLoS One* 2011; 6(6): e20417.
23. Buckley D, Codina C, Bhardwaj P, Pascalis O. Action video game players and deaf observers have larger Goldmann visual fields. *Vision Res* 2010; 50(5): 548-56.
24. Codina CJ, Buckley D, Port M, Pascalis O. Deaf and hearing children: a comparison of peripheral vision development. *Dev Sci* 2011; 14(4): 725-37.