

Samleskjema for artikler

Metode						Resultater		
Navn	Årstall	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
Amirav I. et. al	2010	Oversiktsartikkel Bruker tabeller, figur og gir en oversikt av forkortelser som er brukt. Dette gjør artikkelen lett å lese og å forstå.	Barn 0-3 år. Det kommer ikke frem av artikkelen hvor mange som har vært med i de forskjellige studiene han refererer til.	Inhalasjonsbehandling	Gir en oppsummering av hva som finnes av studier, sammenligner ikke resultatene.	Barn er ikke som voksne, forskjell på anatomiske forhold på barn og voksne. Partikkelstørrelse på aeosolvæsken er av betydning. Gråt og uro reduserer deponeringen av aerosolvæsken. Maskedesign er av betydning for god forsegling.	Gråt og uro reduserer effekten av inhalasjonsbehandling. Det trengs mer forskning for å belyse dette.	Ja, kan overføres til praksis.
Esposito-Festen, J. et. al	2006	Sammenlignende studie	30 barn mellom 6 – 23 måneder (medianalder 15 mnd) ble rekruttert. Av disse fullførte 21.	Inhalasjonsbehandling under våken og sovende tilstand.	Hensikten var å se om barnet oppnådde bedre effekt av medisinen når de sov.	De fleste av barna våknet når det ble gitt medisin til de under søvn.	Det var ingen hensikt å gi medisin i sovende tilstand, da de fleste våknet opp og ble urolig.	Ja, kan overføres til praksis.
Everard, M.L	2002	Oversikt	Sier ingen ting om metodene for studiene. Har en lang referanseliste.	Inhalasjons - Behandling til spedbarn.	Gir en oppsummering uten å gå direkte inn på studier. Blir nesten som ett kapittel i en lærebok.	Både anatomiske, emosjonelle og kognitive forhold virker inn på opptaket av inhalasjonsmedikamentet.	Det er nærmest en kunst å få gitt inhalasjonsbehandling til spedbarn på en tilfredsstillende måte slik at de oppnår best mulig effekt.	Ja, kan overføres til praksis.
Iles R. et. al	1999	Sammenlignende studie	18 barn mellom 9 – 13 mnd deltok, tre av disse ble ekskludert.	Inhalasjonsbehandling.	Hensikten var å se om rolige barn tok bedre opp inhalasjonsmedisin. De observerte	Rolige barn absorberte mest av medisin Ingen sammenheng mellom friske barn og	For å oppnå best mulig absorpsjon av aerosoler, bør barnet ikke gråte	Ja, kan overføres til vår praksis.

					barna utfra: om de var rolig eller urolig De samlet urin for å måle verdi absorbert medisin	de med kronisk lungesykdom i forhold til mengde av medikamentet i urin		
Janssens. H.M. et.al	2006	Oversiktsartikkel	Forskningen tar for seg barn fra 0-8 år, som trenger inhalasjonsbehandling.	De sammenligner de ulike typene astma behandling. (koble, diskus og forstøver apparat.	Gir en oppsummering om hva apparater som finnes på markedet og hvilken som er å anbefale til ulike aldergrupper. Det er ikke utført egen forskning, men tar utgangspunktet i allerede publisert forskning fra andre artikler.	Hvilke apparater som passer til de ulike aldergruppene og når det er riktig å benytte seg av de ulike apparatene.	Viktigheten av en god maske, samarbeid mellom barn og sykepleier. Rolig pust og partikkelstørrelse. Det er ikke tatt med noen tabeller og det står heller ikke noe om hvor presise resultatene er.	Ja, kan overføres til praksis.
Lieberthal, A. et al	2006	Retningslinje	Barn mellom 1 måned og 2 år.	Diagnose og behandling av barn med bronkiolitt	Hensikten er å tilby en evidensbasert retningslinje som tar for seg diagnose, behandling og forebygging av bronkiolitt. Viser til diagnosen bronkiolitt og de ulike terapeutiske intervensjoner blant annet medikamenter, hydrering, bryst fysioterapi og oksygen. En vil kunne forbygge RS (syncytial virus infeksjon) og kontroll av	Mye av behandlingen som blir praktisert hos barn med bronkiolitt, har vist seg å ikke forbedre kliniske skår. Hindre smittespredning av RVS og andre smitteførende tilstander i sykehuset.	Lungefysioterapi anbefales ikke å brukes ved behandling av bronkiolitt. Forskning har vist at dersom barnet er avhengig av å få oksygen for å holde en saturasjon på over 92 %, bør barnet få inhalasjon på oksygen og ikke på medisinsk luft. Ved unødig bruk av oksygen, kan en unngå karbondioksid retensjon hos obstruktive barn Det anbefales håndhygiene (fortrinnsvis alkoholbasert løsning dersom ikke synlig forurensning) før og etter	Ja, kan overføres til praksis.

					nosokominal spredning av smitte. Obstruktive barn har en tendens til hypoksi (oksygenmangel) noe som kan ramme hjernen og vitale organer.		direkte kontakt med pasienten, etter kontakt med utstyr i nærhet av pasienten og etter hanskebruk. Dette må foreldrene også få opplæring i. Retningslinjen anbefaler også bruk av hansker, stullefrakk og munnbind ifm prosedyrer hos RSV pas.	
Marcuet C. et. al	2001	Kohort studie	91 barn under 5 år, gjennomsnittsalder 21,7 måneder 61 % av populasjon var gutter.	Inhalasjonsbehandling med kolbe hjemme.	Hensikten var å evaluere feil foreldrene gjorde, og observere adferden til barna, i forbindelse med inhalasjonsbehandling.	Svært mange av de minste barna gråter under inhalasjonsbehandling	Gråt gjør det vanskeligere å gjennomføre inhalasjonsbehandling Eksempel på feil: -Spacer ble ikke ristet før bruk -Medisiner ble gitt i feil rekkefølge -Barna pustet inn for få ganger før masken ble fjernet.	Ja, kan overføres til praksis.
Perrota C. et. al.	2008	Oversiktsartikkel	Forskningen tar for seg barn mellom 0 og 24 måneder med akutt bronkiolitt.	De sammenligner bruk av lungefysikalsk behandling mot ingen fysikalsk behandling.	Hensikten var å kartlegge hvor effektivt det er med lungefysioterapi. De så hovedsakelig på kliniske skår, men også liggedøgn, oksygenbehov, og bruk av inhalasjoner og medisin.	Forskjellige typer fysioterapi ble vurdert. Ingen av studiene observerte forskjell i resultatene på intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.	Lungefysioterapi reduserer ikke liggedøgn, eller forbedrer kliniske skår eller saturasjonen.	Ja, kan overføres til praksis
Sangwan,S. et.al	2004	Oversiktsartikkel	Forskningen bruker en maskin som tar for seg ansiktet til en 2 åring. Forskningen er ikke	Inhalasjonsbehandling og ulike inhalasjonsmasker.	Tar for seg de ulike ansiktsmaskene for inhalasjonsbehandling som finnes på markedet og ser på	Viktigheten av en god maske som gir minst deponering til ansiktet hos barnet og mest deponering til lungene.	Variasjonen av inhalert masse ved de ulike masketyper.	Ja, kan overføres til praksis.

Deleted: ¶

			basert på ekte barn.		hvilken som gir best deponering til lungene.			
Øymar K. og Halvorsen T.	2009	Oversiktsartikkel	Oversiktsartikkel 104/10000 barn i aldersgruppen 1-2 år 9-13 år, som til sammen utgjør 16 % av alle akutte innleggelser i 2003.	Behandling av akutt astma hos barn - rask tilførsel av oksygen, inhalasjoner med bronchodilatorer og systemiske kortikosteroider	Gir en oversikt over behandling av akutt alvorlig astma hos barn. Hvor det er lagt vekt på nyere retningslinjer, Cochrane-oversikter og andre sakkyndige vurderinger.	Behandlingen i akutt astma hos barn er rask oksygenbehandling, innånding av bronkodilatorer og systematiske kortikosteroider. Oksygen reduserer hypotisk pulmonal vasokonstriksjon og forstyrrer ventilasjonsperfusjon miksingen som er karakteristisk for alvorlig bronkokonstriksjon	Oksygen med en hastighet på 6-8 liter per minutt skal brukes når barnet får inhalasjon på forstøver.	Ja, kan overføres til praksis. Oversiktsartikkelen er skrevet med tanke på barn med akutt astma, men resultatet kan allikevel overføres til obstruktive barn.

Styrkeskjema

Studie	Styrker	Svakheter	Evt. GRADE/evidensnivå
Amirav I. et. al	Keyword og oversikt over forkortelser. Ryddig og oversiktlig artikkel. Resultater presenteres i tabeller. Redegjort for anatomi, fysiologi, barnas atferd og ansiktsmaske. Flere referanser, for eksempel <i>Journal of pediatrics & journal of allergy & clinical immunologi</i> . Gjør godt rede for hva som er studert. Det nevnes hva som er pålagt å vektlegge videre i flere studier.	Det er ingen diskusjonsdel.	2
Esposito-Festen, J. et. al	Mål er oppgitt. P-verdi. Gjør rede for PMDI, score- giving. Eksklusjonskriterier, begrunnelse og antall. Median alder står, pluss gjennomsnittsalder. Symptom- score?	Enkelte gamle referanser, fra 1998. Etisk komite er ikke nevnt. Studien representerer funnet om mengden stoff som leveres til lungene, men ikke om klinisk effekt (?) Det står ikke om barnas sykehistorie, er den noe lunde lik?	2
Everard, M.L	Keyword er oppgitt Oversiktlig, lett å lese	Artikkelen er fra 2003 Går ikke inn i studier, er mer som ett kapittel i en lærebok	2
Iles, R. et. al	God metode- forklaring. Eksklusjonskriterier. P- verdi. Mann-Whitney test. Nevnes forskjeller mellom grupper. Figurer, pluss tabell. Forfatter ser sammenhenger fra andre studier (anatomisk/farmakologi?) for voksne, uten at de kan med fulle rett si at det gjelder også barn.	Artikkelen er ifra 1999. Gamle referanser, eldste fra 1974.	2
Janssens. H.M.	Keyword er oppgitt, artikkel er oversiktlig, og tar for seg de vanligste typene for inhalasjon(maske, kolbe og diskus) og viktigheten av riktig maske. Det står oppført hvilken aldergruppe de tar utgangspunktet i.	Det er ikke utført egen forskning, de baserer hele artikkelen på forskning utført av andre. Det står ikke oppført hvilke databaser de har brukt. Tidsrom for søk er heller ikke nedfelt.	2
Lieberthal, A. et al	Beskrevet definisjoner. Redegjør grunnlag for anbefalinger. Ryddig og oversiktlig retningslinje. Mange artikler og ulik forskning vurdert. Bredt spekter av fagfolk og komiteer har deltatt. Grundig begrunnelse for hver anbefaling. Metoderapporten i kortversjonen er tydelig.	Basert kun på kliniske skår og observasjoner. En del eldre artikler.	2

Marcuet C. et. al	<p>Keywords</p> <p>Bruker tabeller for å vise resultater</p> <p>Spørreskjema som ble brukt er lagt med som vedlegg</p>	Artikkelen er fra 2001	2
Perrotta C. et.al	Tydlig mål. Inklusjon og eksklusjon beskrevet. Risiko for bias vurdert. Relevante studiedesign. Referanser til pågående studier. Har med diskusjonsdel.	Kun basert på 3 RCT studier, der i blant et fra 1985.	2
Sangwan S. et. al	<p>Kewwords.</p> <p>Bruker tabeller for å vise resultater. Har egen forskning. Tar for seg masketyper vi bruker på avdelingen. Sammenligner de ulike apparatene som finnes på markedet.</p>	<p>Artikkelen er fra 2004.</p> <p>Artikkelen er sponset av legemiddel firma.</p>	2
Øymar K. og Halvorsen T.	<p>Formålet med undersøkelsen er klart definert. Dette kommer frem i tittelen på artikkelen. Det kommer dessuten fram under eget punkt i artikkelen under introduksjonen.</p> <p>Artikkelen fremstår som ryddig og tar for seg behandlingen av akutt astma. Aldersgruppen for hvem det gjelder kommer klart fram. Det samme gjelder behandlingen og de kommer med anbefalinger. Forfatterne har lagt et flyskjema på bakgrunn av hensyn gitt i artikkelen og nyere retningslinjer, noe som gjør det enkelt å anvende metoden i praksis. De kommer dessuten med en konklusjon.</p> <p>Forfatterne av artikkelen har lagt vekt på de nyeste retningslinjene, Cochrane-oversikter og andre sakkyndige vurderinger. De har på egen hånd utført litteratur søket og utarbeidet manuskriptet, evaluert og godkjent det.</p>	<p>Søkene ble gjort i PubMed. Artikle/studiene som de har sett på, har ikke vært systematisk evaluert i henhold til design og kvalitet.</p> <p>Mangel på kvalitet kan også komme av mangel på studier innen denne problemstillingen hos barn.</p> <p>Deler av skjemaet (bruk av adrenalin) har ikke litterær støtte som for eksempel GINA, men tar utgangspunkt i erfaringer.</p>	2