

Rhifyn 2

Cyfes o Adroddiadau Ymchwil i Iechyd Gwledig

Adolygiad o Lenyddiaeth: Modelau Gwasanaeth a Mynediad i Iechyd Gwledig



Paratowyd ar ran Llywodraeth Cynulliad Cymru gan:

Trisch Buchan

Pat Davies

Cyfes o Ymchwiliadau i Iechyd Gwledig

1. Adolygiad o lenyddiaeth: materion mesur iechyd gwledig
2. Adolygiad o lenyddiaeth: modelau gwasanaeth a mynediad i iechyd gwledig
3. Adolygiad o lenyddiaeth: cynhwysiant cymdeithasol ac iechyd gwledig
4. Rhaglen Gwybodaeth Iechyd Gwledig: prif ganfyddiadau ac argymhellion
5. Cyflwr iechyd a lles gwledig yng Nghymru
6. Adolygu polisi iechyd gwledig
7. Defnyddio asesu'r effaith ar iechyd yng nghefn gwlad Cymru
8. Materion iechyd gwledig cyfoes: gwybodaeth o Gymru a thu hwnt

Rhaglen Gwybodaeth Iechyd Gwledig (RHIP)

Ymchwilwyr: Trish Buchan (Ymchwilydd)

Jenny Deaville (Rheolwraig Ymchwil)

Sefydliad Iechyd Gwledig

Gregynog

Y Drenewydd

Powys

SY16 3PW

www.rural-health.ac.uk

Rheolwr y Prosiect: Kaori Onoda

Cangen Ymchwil a Gwerthuso

Is-adran Hybu Iechyd

Swyddfa'r Prif Swyddog Meddygol

Llywodraeth Cynulliad Cymru

Parc Cathays

Caerdydd

CF10 3NQ

www.cmo.cymru.gov.uk

© Hawlfraint y Goron Gwanwyn 2005

ISBN 0 7504 3784 7

Safbwyntiau'r awduron a fynegwyd yn yr adroddiad hwn ac nid ydynt o angenrheidrwydd yn cyfateb i rai Llywodraeth Cynulliad Cymru

Cynnwys

Cydnabyddiaeth	2
Crynodeb gweithredol	3
1. Cyflwyniad a chefnidir y Rhaglen Gwybodaeth Iechyd Gwledig	4
1.1 Rhaglen Gwybodaeth Iechyd Gwledig (RHIP)	4
1.2 Adolygiadau o lenyddiaeth Iechyd a lles gwledig	5
2. Dulliau	6
2.1 Gweithredu dull Bwletinau Tystiolaeth Iechyd Cymru	6
2.2 Chwilio drwy lenyddiaeth yn systematig	8
2.3 Meini prawf dewis ac arfarnu papurau	9
3. Arfarnu papurau ymchwil	10
3.1 Pa ffactorau sy'n dylanwadu ar fynediad i wasanaethau?	10
3.2 Mynd â'r gwasanaethau Iechyd at y bobl yng nghefn gwlad	12
3.3 Dod â'r claf at wasanaethau Iechyd	18
4. Trafodaeth	21
4.1 Ystyriaethau methodolegol	21
4.2 Themâu sy'n dod i'r amlwg	21
Cyfeiriadau	23
Atodiadau	
Atodiad 1 Aelodaeth Grŵp Gwybodaeth Iechyd Gwledig Cymru Gyfan	24
Atodiad 2 Tîm arfarnu yn y Gweithdy a gynhaliwyd ar 16 Ebrill 2002	25
Atodiad 3 Rhestr o'r papurau a adolygwyd	26
Atodiad 4 Ffurflen arfarnu critigol: gwasanaethau Iechyd gwledig	28

Cydnabyddiaeth

Dymuna awduron yr adolygiad o lenyddiaeth gydnabod cymorth y bobl ganlynol gyda'r gwaith o adolygu papurau:

Grŵp llywio yr adolygiad o lenyddiaeth (is-grŵp Grŵp Gwybodaeth Iechyd Gwledig Cymru Gyfan), yr Athro Joyce Kenkre, Prifysgol Morgannwg a Simant Westley o'r Gwasanaeth Iechyd Cyhoeddus Cenedlaethol.

Y tîm adolygu a gymerodd ran yn y gweithdy yn Neuadd Gregynog ar 16 Ebrill 2002.

Allyson Lipp, Prifysgol Morgannwg am hyfforddiant Bwletin Tystiolaeth Iechyd.

Alison Weightman, Uned Gefnogi Tystiolaeth Ymchwil, Prifysgol Caerdydd, am ei chyngor ar hierarchaeth, graddio tystiolaeth a defnyddio'r system STOX.

Cryndeb gweithredol

Cyflwyniad

Modelau gwasanaeth a mynediad i iechyd gwledig yw'r ail mewn cyfres o dri adolygiad o lenyddiaeth a gynhelir fel rhan o'r Rhaglen Gwybodaeth Iechyd Gwledig (RHIP). Comisiynwyd yr RHIP gan Lywodraeth Cynulliad Cymru i hwyluso'r gwaith o ddatblygu a gweithredu polisiau a rhaglenni seiliedig ar wybodaeth ym maes iechyd a lles yng nhefn gwlad Cymru.

Dulliau

Cynhaliwyd chwiliad systematig o lenyddiaeth gan ddefnyddio Canllawiau Bwletin Tystiolaeth Iechyd Cymru a defnyddio'r geiriau allweddol: *rural a health services ac accessibility* a'r geiriau canlynol yn eu tro: *primary health care, community services, community hospitals, acute services, mental health services, learning disorders, outpatients, inpatients, community nursing, emergency, pregnancy, child health, paediatrics, maternity, elderly, geriatric* neu *aged*. Cyfyngwyd y chwilio i bapurau Saesneg o'r DU a gyhoeddwyd rhwng 1999 a 2002. Yn ogystal, cysylltwyd ag aelodau Grŵp Gwybodaeth Iechyd Gwledig Cymru Gyfan (AWRHIG) i weld a oedd unrhyw bapurau ymchwil perthnasol a llenyddiaeth sy'n crybwyll y mater yn eu maes arbenigol nhw.

Cafodd pob papur ei adolygu'n annibynnol gan o leiaf ddau unigolyn a'i eithrio neu ei gynnwys ar sail sgrinio trwy ffurflen safonol a thrwy drafod safbwyntiau gwahanol. Cafodd 84 o bapurau eu nodi yn y chwiliad cyntaf, gydag 20 ohonynt yn cael eu cynnwys yn yr adolygiad.

Defnyddiwyd methodoleg STOX i ddsbarthu astudiaethau yn yr adolygiad, gan fod y dull yn cydnabod cyfraniad astudiaethau arsylwi wedi'u rheoli o ansawdd uchel ac yn cyflwyno tystiolaeth i gefnogi hynny. Mae hefyd yn cydnabod y cyfraniad mae arolygon ac astudiaethau achos yn ei wneud i greu damcaniaethau a'r defnydd ohonynt fel sail i raglenni ymchwil, sy'n un o brif amcanion yr RHIP.

Canfyddiadau a ddaw i'r golwg

Roedd y broses adolygu yn nodi bod diffyg tystiolaeth ymchwil gadarn i hysbysu materion model gwasanaeth a mynediad i iechyd gwledig. Roedd y rhan fwyaf o'r papurau'n adrodd am brosiectau lleol bach ac roedd y dystiolaeth ar ffurf astudiaethau achos a/neu farn arbenigol. Roedd y canfyddiadau ymchwil yn atgyfnerthu presenoldeb rhwystrau ffisegol ac anffisegol i fynediad mewn ardaloedd gwledig ac yn darparu awgrymiadau ar gyfer atebion posib yng nghefn gwlad. Mae llawer o'r papurau yn cyfeirio at yr angen i gael tystiolaeth fwy cadarn i allu ailgyfeirio gwasanaethau iechyd er mwyn sicrhau diagnosis arbenigol effeithiol a diogel a thriniaeth ar gyfer clefydau dwys a chronig ymysg cleifion o ardaloedd gwledig.

Er gwaethaf cyfyngiadau'r dystiolaeth sydd ar gael, mae rhai themâu i'w gweld: tystiolaeth o ddirywiad mewn mynediad i wasanaethau yn sgil pellter cynyddol o ofal meddygol a chanlyniadau iechyd gwaeth; mae cleifion yng nghefn gwlad yn fwy cadarnhaol am fentrau lleol sy'n lleihau amser teithio; mae gan dechnolegau 'pell' arloesol botensial ond mae angen cefnogaeth eang iddynt; ac mae gan y sector gwirfoddol swyddogaeth bwysig yn y ddarpariaeth.

Gallai materion i'w hymchwilio ymhellach gynnwys: ceisio datrys newidynnau dryslyd posib o ran dirywiad mewn pellter sy'n gysylltiedig â chanlyniadau iechyd gwael; canolbwyntio ar gynnal cefnogaeth y sector gwirfoddol i fentrau iechyd gwledig; ac asesu boddhad clefion/ymarferwyr a chanlyniadau sy'n gysylltiedig â modelau gwasanaeth eraill a chostau/manteision sy'n cyd-fynd â hynny.

1. Cyflwyniad a Chefndir y Rhaglen Gwybodaeth Iechyd Gwledig

1.1 Rhaglen Gwybodaeth Iechyd Gwledig (RHIP)

Comisiynodd Llywodraeth Cynulliad Cymru y Sefydliad Iechyd Gwledig (IRH) i gynnal yr RHIP er mwyn hwyluso'r gwaith o ddatblygu a gweithredu polisiau a rhaglenni seiliedig ar dystiolaeth ym maes iechyd a lles yng nghefn gwlad Cymru. Gan fod traean o boblogaeth Cymru yn byw mewn ardaloedd gwledig mae angen sail dystiolaeth gadarn i lywio penderfyniadau ac i dargedu materion iechyd a lles yn effeithiol yng nghefn gwlad Cymru. Gwnaed y gwaith ymchwil rhwng mis Tachwedd 2001 a mis Mawrth 2003.

Prif amcanion yr RHIP oedd:

- Darparu safbwynt gwledig ar faterion iechyd a lles i Lywodraeth Cynulliad Cymru;
- Darparu gwybodaeth am ddatblygiadau ym maes iechyd a lles gwledig yn y DU ac Ewrop a'u goblygiadau i Gymru;
- Datblygu gallu ymchwil i faterion iechyd a lles gwledig ymhellach yng Nghymru, a chynghori ar gyfeiriad gwaith ymchwil y dyfodol.

Defnyddiodd yr RHIP dull arloesol, aml-haen o gasglu gwybodaeth iechyd. Roedd y dulliau a ddefnyddiwyd yn cynnwys:

- Chwiliad systematig o lenyddiaeth gyhoeddus ar benderfyniadau marwolaeth, morbidrwydd, amddifadedd a chymdeithasol iechyd yng nghefn gwlad Cymru;
- Chwilio llenyddiaeth sy'n crybwyll y materion hyn a llenyddiaeth heb ei chyhoeddi;
- Adolygu setiau data marwolaeth a morbidrwydd;
- Adolygu setiau data ar faterion cymdeithasol sy'n gweithredu fel penderfyniadau iechyd;
- Arfarnu amrywiaeth o bolisiau iechyd a lles mewn cyd-destun gwledig;
- Astudiaethau achos;
- Arolygon o arbenigwyr iechyd gwledig yng Nghymru, yn y DU ac yn Ewrop.

Roedd yn rhaid i'r RHIP fodloni chwech o ofynion:

- Gofyniad 1: archwilio a dadansoddi'r data ar iechyd a lles yng nghefn gwlad Cymru sydd ar gael;
- Gofyniad 2: archwilio'r dystiolaeth ar sut mae polisiau sy'n gallu effeithio ar iechyd a lles yn cael eu gweithredu yn ardaloedd gwledig Cymru;
- Gofyniad 3: llunio adroddiad ar ddatblygiad Asesu'r Effaith ar Iechyd o ran y materion penodol sy'n wynebu cymunedau gwledig;
- Gofyniad 4: rhwydweithio gyda sefydliadau ac unigolion perthnasol i nodi modelau arferion da sy'n mynd i'r afael â materion iechyd a lles yng Nghymru;
- Gofyniad 5: nodi tri mater iechyd a lles gwledig allweddol a chynnal adolygiadau byr o lenyddiaeth ddiweddar yn y meysydd hyn yn y DU ac Ewrop;
- Gofyniad 6: trefnu a chynnal gweithdy gydag aelodau o Lywodraeth Cynulliad Cymru a chyrrff cysylltiedig, y Gwasanaeth Iechyd Gwladol a Grŵp Gwybodaeth Iechyd Gwledig Cymru gyfan (AWRHIG).

Elfen bwysig o'r RHIP oedd sefydlu AWRHIG, grŵp arbenigol ar faterion iechyd gwledig yng Nghymru i arwain yr ymarfer casglu gwybodaeth a chyfrannu ato. Roedd y grŵp yn cynnwys unigolion o bob cefndir sy'n effeithio'n uniongyrchol ac anuniongyrchol ar iechyd – gwneuthurwyr polisi, academyddion, arbenigwyr ar iechyd cyhoeddus, swyddogion llywodraeth leol a chynrychiolwyr o'r sector gwirfoddol (gweler Atodiad 1).

1.2 Adolygiadau o lenyddiaeth iechyd a lles gwledig

Hwn yw'r ail adroddiad mewn cyfres o dri adolygiad llenyddiaeth iechyd a lles gwledig a gynhelir fel rhan o'r RHIP. Gofynnwyd am safbwyntiau'r AWRHIG ar faterion allweddol ym maes ymchwil i iechyd gwledig yng Nghymru a chafodd y pynciau canlynol eu nodi:

- Materion mesur iechyd gwledig;
- Modelau gwasanaeth a mynediad i iechyd gwledig;
- Cynhwysiant cymdeithasol mewn ardaloedd gwledig.

Mae anawsterau mynediad yn ymddangos yn llawer o'r meysydd sy'n penderfynu iechyd a lles. Wrth asesu gweithrediad polisiau iechyd a lles cyfredol yng nghefn gwlad Cymru, gwelwyd bod mynediad i wasanaethau iechyd a meddygol mewn ardaloedd gwledig yn her barhaus a sylweddol i ddefnyddwyr a darparwyr gwasanaethau (*Rural Health Policy Review, Rural Health Research Series 6*). Yn sgil hyn, mae'r adolygiad o lenyddiaeth yn canolbwyntio ar y safbwynt cul o fodolau gwasanaeth a mynediad i wasanaethau iechyd a meddygol yn y Deyrnas Unedig. Mae materion ehangach mynediad yn cael eu hystyried yn nhrydydd adolygiad y gyfres hon, sy'n trafod cynhwysiant cymdeithasol mewn ardaloedd gwledig (Adolygiad o lenyddiaeth: cynhwysiant cymdeithasol ac iechyd gwledig, Cyfres o Ymchwiliadau i Iechyd Gwledig, 3).

¹ Diffiniad o wledigrwydd

At ddibenion yr astudiaeth mabwysiadwyd diffiniad o wledigrwydd (1994) y Sefydliad Cydweithredu a Datblygu Economaidd (OECD) (llai na 150 o bobl i bob km sgwâr). Yn seiliedig ar ddwyster poblogaeth y 22 awdurdod unedol, dosbarthwyd naw awdurdod fel rhai gwledig gyda phoblogaeth gyfunol o tua thraean o boblogaeth Cymru (Cynulliad Cenedlaethol Cymru, 2001): Ceredigion, Conwy, Gwynedd, Powys, Sir Ddinbych, Sir Fynwy, Sir Gaerfyrddin, Sir Benfro ac Ynys Môn.

2. Dulliau

2.1 Gweithredu dull Bwletinau Tystiolaeth Iechyd Cymru

2.1.1 Gweithredu dull Bwletinau Tystiolaeth Iechyd Cymru (HEBW) mewn ymchwil i iechyd gwledig

Mae'r fethodoleg a ddefnyddiwyd i gynhyrchu Bwletinau Tystiolaeth Iechyd Cymru (HEBW) h.y. chwilio llenyddiaeth yn systematig, arfarnu critigol, graddio tystiolaeth a chyfateb tystiolaeth i ddatganiadau, ynghyd â'r adolygiad mewnol ac allanol (Weightman et al, 2001), yn darparu dull manwl o adolygu llenyddiaeth. Cytunodd yr AWRHIG i ddefnyddio'r dull hwn ar gyfer adolygiadau o iechyd gwledig.

Fodd bynnag, roedd pryderon ynglŷn â'r cyfyngiadau o ran amser yn yr RHIP i baratoi adolygiad mwy trylwyr o dystiolaeth a oedd yn mynd ymhellach na gofynion cychwynnol y rhaglen. Sefydlwyd grŵp arfarnu i archwilio'r defnydd o'r dull HEBW ac i helpu'r broses arfarnu. Roedd yn cynnwys aelodau o'r AWRHIG oedd â buddiant a phrofiad o adolygu papurau ymchwil ac ymchwilwyr allanol wedi'u recriwtio trwy rwydweithiau personol aelodau'r AWRHIG. Cynhaliwyd hyfforddiant ar fethodoleg HEBW, gyda gweithdy dilynol. Gweler Atodiad 2 am restr o fynychwyr y gweithdy.

Yn ystod yr adolygiad daeth yn amlwg fod y papurau yn rhai math IV (astudiaethau arsylwi) neu fath V (barn arbenigol) (gweler Tabl 1) yn bennaf a bod ffurflen yr HEBW yn ymddangos yn amhriodol. Felly, defnyddiwyd ffurflen arfarnu critigol fewnol ychwanegol i helpu'r broses arfarnu yn yr astudiaethau ansoddol (Atodiad 4).

Tabl 1. Bwletin Tystiolaeth Iechyd Cymru: dosbarthu tystiolaeth

Math o dystiolaeth	Enghraifft
Tystiolaeth math I	O leiaf un adolygiad systematig da yn cynnwys o leiaf un treial ar hap wedi'i reoli
Tystiolaeth math II	O leiaf un treial ar hap wedi'i reoli da
Tystiolaeth math III	Astudiaeth ymyrraeth wedi'i chynllunio'n dda ond nid ar hap
Tystiolaeth math IV	Astudiaeth arsylwi wedi'i chynllunio'n dda
Tystiolaeth math V	Barn arbenigol/adroddiadau ac astudiaethau dylanwadol

(Ffynhonnell: Weaver et al, 2002)

2.1.2 Rhwystrau i ddull Bwletin Tystiolaeth Iechyd Cymru

Nid oedd defnyddio methodoleg HEBW gydag ymchwil iechyd gwledig wedi'i brofi o'r blaen. Daeth nifer o anawsterau annisgwyl i'r amlwg yn ystod y gweithdy a'r broses o arfarnu papurau a datblygu datganiadau cryno. Mater allweddol a gododd o'r drafodaeth gyda'r AWRHIG ac yn y gweithdy hyfforddi oedd pa mor briodol oedd defnyddio hierarchaeth tystiolaeth, fel yr un a ddefnyddiwyd yn null HEBW, ar gyfer ymchwil iechyd gwledig.

Awgrymwyd bod y chwiliad o lenyddiaeth, o bosib, wedi methu cyfeiriadau allweddol at faterion mynediad i iechyd gwledig. Caiff y farn hon ei chefnogi gan yr Uned Technoleg Iechyd (Murphy et al, 1998) yn eu hadolygiad o fethodoleg ymchwil ansoddol ym maes asesu technoleg iechyd. Daeth yr adolygiad i'r casgliad na fyddai'r dulliau a ddefnyddir i gynnal adolygiadau systematig fel rheol yn briodol i'r pwnc gan fod llawer o'r cronfeydd data yn anghyflawn a bod hyn yn arwain at y potensial o duedd yn y dewis yn y papurau sy'n cael eu hadolygu.

Cadarnhaodd y grŵp arfarnu fod ffurflenni arfarnu critigol HEBW yn amhriodol i'r math o dystiolaeth a gyflwynwyd yn y papurau ymchwil gwledig. Ymhellach, cwestiynwyd hierarchaeth y dystiolaeth ei hun, yn arbennig mewn perthynas â phapurau ymchwil ansoddol yn bennaf. Mae mwyafrif y papurau yn cyflwyno tystiolaeth arsylwi a safbwyntiau, ac nid yw'r elfennau hyn yn bwysig iawn mewn hierarchaeth tystiolaeth draddodiadol. Byddai defnyddio hierarchaeth o'r fath yn rhoi argraff gamarweiniol o'r amrywiaeth o dystiolaeth sydd ar gael i ymchwil iechyd gwledig.

2.1.3 System STOX

Mae ymchwil a gyhoeddwyd yn ddiweddar i ddatblygu methodoleg drawsbynciol o gynnal adolygiadau systematig mewn pob math o ymchwil (Weaver et al, 2002) yn cyflwyno methodoleg a fyddai'n fwy priodol i adolygiadau o iechyd gwledig, yn arbennig defnyddio system ddsbarthu estynedig (STOX) i ddsbarthu tystiolaeth ymchwil.

Tabl 2. System Ddsbarthu STOX

Math o Dystiolaeth	Dosbarthiad STOX	Dosbarthiad HEBW	Disgrifiad
Adolygiadau Systematig	S1	I	Adolygiad systematig cynhwysfawr yn cynnwys o leiaf un prawf ar hap wedi'i reoli
	S2	IV	Adolygiad systematig cynhwysfawr
Treialon	T1	I	Treial ar hap wedi'i reoli
	T2	III	Treial wedi'i reoli ond nid ar hap
	T3	IV	Treial cyn ac ar ôl ymyrraeth

Continued over leaf

Math o Dystiolaeth	Dosbarthiad STOX	Dosbarthiad HEBW	Disgrifiad
Astudiaethau Arsylwi	O1	IV	Astudiaeth cohort
	O2	IV	Astudiaeth rheoli achos
	O3	IV	Astudiaeth trawstoriad/hydredol yn cynnwys data ystadegol
	O4	IV	Astudiaeth yn defnyddio dulliau ansoddol yn unig
	O5	IV	Astudiaeth achos
Safbwyntiau	X	V	Cytundeb ffurfiol neu farn broffesiynol arall (yn cynnwys adolygiad o lenyddiaeth pan nad oes arwydd o ddull systematig a modelau'n seiliedig ar adolygiadau o lenyddiaeth)

(Ffynhonnell: Weaver et al, 2002)

Mae dosbarthu STOX yn dal i fod yn rhan o hierarchaeth tystiolaeth HEBW ond mae'n cydnabod cyfraniad astudiaethau arsylwi wedi'u rheoli o ansawdd uchel ac yn nodi tystiolaeth i gefnogi hynny. Mae'r awduron hefyd yn cydnabod y cyfraniad mae arolygon ac astudiaethau achos yn ei wneud i greu damcaniaethau a'r defnydd ohonynt fel sail i raglenni ymchwil, sy'n un o brif amcanion yr RHIP. Mae STOX yn ehangu tystiolaeth Math IV HEBW yn sylweddol i amrywiaeth o fathau astudio mwy penodol sy'n ei gwneud hi'n bosib categorioedd papurau yn fwy manwl.

Yn dilyn trafodaethau gydag aelodau AWRHIG cytunwyd i symud ymlaen gyda'r adolygiadau o iechyd gwledig gan ddefnyddio 'ffordd ganol'. Mae hyn yn cynnwys proses dri cham:

1. Dewis papurau allweddol yn seiliedig ar arfarnu critigol;
2. Dosbarthu'r dystiolaeth gan ddefnyddio systemau STOX a HEBW;
3. Crynhoi canfyddiadau'r papur o ran themâu mewn cyd-destun gwledig.

2.2 Chwilio drwy lenyddiaeth yn systematig

Y geiriau chwilio allweddol a nodwyd ar gyfer yr adolygiad oedd *rural a health services* ac *accessibility* gyda'r canlynol: *primary health care, community services, community hospitals, acute services, mental health services, learning disorders, outpatients, inpatients, community nursing, emergency, pregnancy, child health, paediatrics, maternity, elderly, geriatric* neu *aged*. Cyfyngwyd y chwilio i bapurau Saesneg o'r DU o 1999 i 2002. Cafodd amrywiaeth o gronfeydd data electronig eu chwilio fel y rhestrwyd ym Mocs 1. Yn ogystal, gofynnwyd i aelodau AWRHIG anfon cyfeiriadau allweddol yn eu maes arbenigol.

Bocs 1. Ffynonellau craidd

ASSIA, CINAHL, EMBASE, HealthStar, HMIC, MEDLINE, SIGLE, Cochrane Library, NRR, Tystiolaeth Orau, Tystiolaeth Glinigol, NICE, Rhaglen HTA, Canolfan Adolygiadau a Lledaeniad Adolygiadau Systematig y GIG, canllawiau SIGN, Eguidelines, TRIP, OMNI, AMED a Gwe Cronfeydd Data Gwyddonol ISI.

Cafodd canfyddiadau'r chwiliad systematig eu dosbarthu i aelodau AWRHIG gyda chais pellach am astudiaethau ymchwil perthnasol ychwanegol.

2.3 Meini prawf dewis ac arfarnu papurau

Cafodd llenyddiaeth ei chynnwys os oedd y gwaith yn canolbwyntio'n bennaf ar fynediad i wasanaethau a phractisau iechyd gyda'r nod o wella mynediad yn ardaloedd gwledig y DU.

Cafodd 84 o ddyfyniadau eu nodi yn y chwiliad cyntaf, gydag 20 ohonynt yn cael eu cynnwys yn yr adolygiad a'u rhestru yn Atodiad 3. Wrth archwilio'r dyfyniadau o'r 84 papur ymhellach cafodd 37 eu heithrio gan nad oeddynt yn delio'n uniongyrchol â modelau darpariaeth gwasanaethau meddygol neu iechyd mewn ardaloedd gwledig. Cafodd 27 papur arall eu heithrio naill ai oherwydd nad oedd yr awduron yn canolbwyntio ar ddimensiwn gwledig, neu nad oedd yr ymchwil yn cyfeirio'n benodol at faterion hygyrchedd, neu bod yr ymchwil yn ymwneud â mynediad i wybodaeth yn hytrach na mynediad i wasanaethau. Pan fo cyfres o bapurau'n disgrifio canfyddiadau'r un prosiect gan yr un tîm o awduron mewn nifer o gyfnodolion, y papur ymchwil mwyaf cynhwysfawr oedd yr un a gafodd ei gynnwys.

Arweiniodd y chwiliad cyntaf o'r 20 papur at nodi tair is-thema mynediad:

- Ffactorau sy'n dylanwadu ar fynediad i ofal iechyd mewn ardaloedd gwledig;
- Mynd â'r gwasanaethau iechyd at y bobl yng nghefn gwlad;
- Dod â phobl cefn gwlad at wasanaethau iechyd.

Neilltuwyd is-thema i bob papur a'u hadolygu'n annibynnol gan o leiaf ddau unigolyn. Cymharwyd y canfyddiadau ac os oedd gwahaniaethau, daethpwyd i gytundeb arnynt.

3. Arfarnu papurau ymchwil

3.1 Pa ffactorau sy'n dylanwadu ar fynediad i wasanaethau?

1. Campbell N, Elliot A, Sharp L, Ritchie L, Cassidy J, Little J

Rural and urban differences in stage at diagnosis of colorectal and lung cancers
British Journal of Cancer 2001; 84(7): 910-914

Nod yr astudiaeth oedd ceisio gweld a oedd cancer cleifion cefn gwlad yn fwy datblygedig ar adeg diagnosis na chleifion a oedd yn byw yn nes at ganolfannau cancer. Cafodd nodiadau achos 1,323 o gleifion a gafodd ddiagnosis o ganser yr ysgyfaint neu ganser colrefrol yng ngogledd a gogledd-ddwyrain yr Alban ym 1995 neu 1996 eu hadolygu. Cymerwyd gwybodaeth o'r nodiadau yn nodi natur y cancer, i ba raddau roedd y cancer wedi ymledu ar adeg diagnosis ac a oedd angen triniaeth frys. Casglwyd data hefyd ar nifer o newidynnau annibynnol yn cynnwys pellter o ganolfan ganser, ymddygiad ysmegu, dosbarthiad ystadegol amddifadedd, bwrdd iechyd lleol, rhyw ac oedran. Dadansoddwyd y berthynas rhwng cam diagnosis ar newidynnau cyflwyno ac annibynnol yn ystadegol gan ddefnyddio prawf chi-sgwâr ac atchweliad logistaidd i addasu ar gyfer newidynnau ychwanegol. Roedd y canfyddiadau'n dangos tuedd o gysylltiad rhwng pellter o ganolfan cancer a chanser mwy datblygedig ar adeg diagnosis. O gyfuno data am y ddau fath o ganser gwelwyd bod y duedd yn ystadegol arwyddocaol (gwerth $p = 0.031$). Er y gwahaniaeth ar adeg diagnosis, ni welwyd gwahaniaethau yng nghyfran y cleifion a oedd angen eu hanfon i'r ysbyty ar frys neu lawdriniaeth frys.

Daeth yr awduron i'r casgliad fod eu hastudiaeth yn cefnogi'r ddamcaniaeth fod cleifion ardaloedd gwledig ac anghysbell o dan anfantais o ran cael diagnosis cynnar o ganser. Mae astudiaeth flaenorol yn dangos bod nifer is o gleifion yn gwella a goroesi yng nghefn gwlad ac maent yn priodoli hyn yn rhannol i'r ffaith fod y clefyd yn fwy datblygedig ar adeg diagnosis sy'n amlwg iawn mewn cleifion sy'n byw dros 58km o ganolfan trin cancer (hyd at 10 y cant o'r boblogaeth). Nid oes rhesymau clir am hyn ac mae angen gwneud rhagor o ymchwil.

STOX - O3

HEBW - IV (trawstoriadol)

2. Nuttall N, Steed M, Donachie M

Referral for secondary restorative dental care in rural and urban areas of Scotland: findings from the Highlands & Islands Teledentistry Project
British Dental Journal 2002; 192(4): 224-228

Nod yr astudiaeth oedd cymharu'r defnydd honedig o wasanaethau gofal eilaidd ar gyfer gofal deintyddol adferol yn ardaloedd gwledig a threfol yr Alban. Anfonwyd holiadur i benderfynu ymarfer atgyfeirio i 300 o ddeintyddion gwledig a threfol gyda thua'r un faint o ddeintyddion gwledig a threfol yn cymryd rhan yn yr astudiaeth. Cafwyd cyfradd ymateb o 62 y cant i'r arolwg. Mae'r astudiaeth yn nodi bod 85 y cant o ddeintyddion trefol yn credu ei bod hi'n hawdd cael gafael ar wasanaeth atgyfeirio eilaidd. Roedd 26 y cant o ddeintyddion gwledig yn dweud nad oeddent yn gallu cael gafael ar wasanaeth atgyfeirio eilaidd, o gymharu â 3 y cant o ymarferwyr trefol. Roedd 53 y cant o ddeintyddion gwledig hefyd yn teimlo ei bod hi'n anodd cael gafael ar wasanaethau eilaidd, sy'n golygu bod tua 20 y cant yn teimlo ei bod hi'n hawdd cael gafael ar y gwasanaethau.

Mae casgliadau'r astudiaeth yn awgrymu y byddai llawer o gleifion deintyddol yn ardaloedd gwledig ac anghysbell yr Alban yn elwa ar well mynediad i ofal deintyddol adferol eilaidd a allai gynnwys teleddeintyddiaeth.

STOX -O3

HEBW - IV (trawstoriadol)

3. Bain N, Campbell N

Treating patients with colorectal cancer in rural and urban areas: a qualitative study of the patients' perspective

Family Practice 2000; 17(6): 475-479

Nod yr astudiaeth ansoddol hon oedd archwilio'r gwahaniaethau mewn canfyddiadau, agwedd a phrofiadau cleifion gyda chanser colrefrol sy'n byw yn ardaloedd trefol, gwledig ac anghysbell gogledd ddwyrain yr Alban. (Diffiniwyd trefol fel bod o fewn ffiniau dinas, gwledig fel bod o fewn 1 awr yn y car o'r brif ganolfan ganser ac anghysbell fel bod fwy na thaith awr i ffwrdd yn y car). Cafwyd data gan grwpiau ffocws, a gynhaliwyd gyda 22 o gleifion a 10 o'u perthnasau. Datgelodd dadansoddiad o'r canfyddiadau y pum thema ganlynol:

- Mynegodd y tri math o gyfranogwyr bryder am arafwch atgyfeirio a'r driniaeth;
- Materion cyfathrebu, yn enwedig cyflwyno newyddion drwg, mynediad i ganlyniadau profion a chelu gwybodaeth oedd y pryder mwyaf i gleifion trefol a gwledig;
- Gwelwyd tensiwn yn y cydweithio rhwng y sector gofal sylfaenol a'r sector gofal eilaidd, gyda diffyg cydweithio rhwng Meddygon Teulu a meddygon ysbytai;
- Roedd y gwahaniaethau mewn disgwyliadau yn amlwg rhwng preswylwyr trefol a gwledig gyda phreswylwyr gwledig â disgwyliadau is gan wasanaethau na phreswylwyr trefol;
- Roedd trafndiaeth yn fater pwysicach i gyfranogwyr ardaloedd gwledig ac anghysbell na'r rhai o'r ardaloedd trefol.

Daeth yr awduron i'r casgliad bod Meddygon Teulu yn allweddol i reoli cleifion â chanser mewn ardaloedd gwledig. Maent yn atgyfnerthu'r angen am gyfathrebu da, gofal wedi'i gydgylltu'n dda, atgyfeirio cyflym a datblygiad effeithiol i wrthbwysu'r disgwyliadau is a'r problemau gyda thrafnidiaeth.

STOX - O5

HEBW - IV

4. O' Reilly D, Stevenson M, McCay C, Jamison J

General Practice out-of-hours service, variations in use and equality in access to a doctor: a cross-sectional study

British Journal of General Practice 2001; 51: 625-629

Cynhaliwyd y gwaith ymchwil hwn gan ffwrdd iechyd gwledig yng Ngogledd Iwerddon. Y nod oedd archwilio amrywiad daearyddol yng nghyfraddau galwadau y tu allan i oriau Meddygon Teulu i asesu a oedd unrhyw amrywiad systematig yn ymateb y gydweithfa i alwadau y tu allan i oriau. Roedd y gydweithfa'n cynnwys 230 o Feddygon Teulu ac yn cwmpasu poblogaeth o tua 394,000. Roedd y dadansoddiad data yn seiliedig ar 110,357 o alwadau a wnaed yn ystod 1998; ail flwyddyn y gydweithfa Feddygon Teulu.

Dangosodd y canlyniadau fod cleifion h n yn fwy tebygol o gael eu gweld gan y Meddyg Teulu tra bod menywod dros 15 oed yn fwy tebygol o dderbyn cyngor ar y ffôn yn unig. Roedd pob kilomedr o'r ganolfan yn lleihau'r tebygolrwydd o weld Meddyg Teulu ($p < 0.001$). Hyd yn oed ar ôl rheoli ar gyfer newidynnau drwslyd posib, roedd gwahaniaeth mawr yn y ffordd roedd y canolfannau'n ymateb i alwadau gan fenywod ac o leoliadau anghysbell.

Daeth yr awduron i'r casgliad bod amrywiadau yn y ffordd o ddarparu gwasanaeth ond nad oedd yr astudiaeth wedi'i chynllunio i benderfynu'r rhesymau am hyn. Dywedwyd y byddai'n annoeth casglu bod diffyg mynediad cyfartal i fenywod a chleifion sy'n byw ymhell o'r ganolfan heb gael rhagor o wybodaeth.

STOX - O3

HEBW - IV

5. Jones A, Bentham G, Horwell C

Health service accessibility and deaths from asthma

International Journal of Epidemiology 1999; 28: 101-105

Nod yr astudiaeth oedd archwilio'r berthynas rhwng marwolaethau o asthma a mynediad i wasanaethau gofal sylfaenol ac ysbyty yn Nwyrain Anglia. Mae'n adeiladu ar astudiaeth flaenorol a ddangosodd lefel uwch o farwolaethau o asthma mewn ardaloedd awdurdodau lleol yng Lloegr oedd â mynediad gwael i wasanaethau meddygol aciwt.

Defnyddiwyd data o'r System Marwolaethau Rhanbarthol am y cyfnod 1985 i 1995 i wneud dadansoddiad adolygol o farwolaethau o asthma. Defnyddiwyd dadansoddiad GIS i gysylltu marwolaethau o asthma ag amser teithio cymedrig i feddygfa ac ysbyty fawr ym mhob ward etholaethol. Defnyddiwyd dadansoddiad atchweliad i archwilio'r berthynas rhwng y gallu i gael gafael ar wasanaeth iechyd a marwolaethau o asthma. Ar ôl rheoli am newidynnau drwslyd gwelwyd bod tuedd sylweddol i farwolaethau o asthma gynyddu gydag amser teithio i ysbyty gyda risg cymharol o 1.07 am bob cynnydd o 10 munud mewn amser teithio ($p < 0.04$).

Daeth yr awduron i'r casgliad bod y gwaith ymchwil hwn yn cefnogi astudiaethau blaenorol a oedd yn dangos y gallai pellter o ysbyty gynyddu'r risg o farwolaeth o asthma ac yn awgrymu y gallai darparu mynediad da i ysbytai aciwt mewn ardaloedd gwledig fod yn un ffactor i leihau marwolaethau o asthma y gellir eu hosgoi.

STOX - O3

HEBW - IV (troestoriadol)

3.2 Mynd â'r gwasanaethau iechyd at y bobl yng nghefn gwlad

6. Le Mesurier N, Duncan G

Over the hills and far away: Providing accessible day care services for older people in rural areas

Managing Community Care 2000; 8(4): 33-37

Mae'r papur yn disgrifio'r gwasanaethau gofal dydd symudol a ddarperir i bobl hŷn yng Ngogledd Swydd Henffordd, sy'n ceisio lleihau arwahanu cymdeithasol i'r rhai sy'n byw'n rhy bell i fanteisio ar gyfleusterau gofal dydd sefydlog.

Mae'r gwasanaeth yn ymweld ag 13 o leoliadau lleol, fel neuaddau pentref, cynlluniau tai gwarchod a neuaddau ysgol, gyda dau fws mini yn casglu cleientiaid sy'n byw o fewn pum milltir i'r lleoliad. Mae'r awduron yn amcangyfrif bod y ddarpariaeth yn costio £16.67 yr uned, sy'n cymharu'n ffafriol â chost uned o £19.00 am ddarpariaeth dydd awdurdodau lleol. Mae'r awduron yn awgrymu mai'r egwyddorion canlynol sy'n sail i lwyddiant y gwasanaeth:

- Gwybodaeth pobl leol am bob ardal;
- Defnyddio rhwydweithiau sydd eisoes ar waith i ofyn barn pobl leol a diwallu anghenion lleol;
- Cynnwys gwasanaethau newydd mewn cyfleusterau lleol;
- Galluogi gwirfoddolwyr lleol i ddefnyddio eu sgiliau;
- Chwilio am gyfleoedd am arian o ffynonellau lleol a chenedlaethol.

Mae'r papur yn cloi trwy ddarparu trosolwg o wasanaeth gofal dydd symudol sy'n ymddangos yn fodel cost-ffeithiol o ofal i breswylwyr hŷn mewn ardaloedd gwledig ac anghysbell. Fodd bynnag, mae angen gwerthuso'r model gwasanaeth yn fanylach cyn gallu ei ddefnyddio'n hyderus mewn ardaloedd eraill.

STOX - X

HEBW - V

7. McCavana P

Delivering chemotherapy in rural areas: can it work?

Nursing Times 2000; 96(35): 35-36

Mae'r awdur yn disgrifio sut mae pobl o ardaloedd gwledig sydd wedi cael diagnosis canser yn gorfod teithio'n bell yn aml i gael triniaeth cemotherapi. Gan fod yn rhaid iddynt deithio am amser maith ac aros yn hir mewn clinigau, awgryma'r awdur fod cleifion o ardaloedd gwledig ac anghysbell yn profi mwy o anghysurwch corfforol a blinder sy'n arwain at ddirywiad yn ansawdd eu bywyd. Mewn ymateb i'r materion hyn ac yn unol â Chanllawiau y Coleg Nyrso Brenhinol, sefydlwyd uned cemotherapi yn Ysbyty Cyffredinol Dosbarth Oban, yr Alban. Mae'r awdur yn sôn am y gefnogaeth emosïynol well sydd ar gael i gleifion canser yn sgil perthynas yr ymarferwyr gyda chleifion, yn ogystal â'r manteision o beidio â gorfod teithio mor bell i gael triniaeth.

Mae'n amlwg bod gwasanaeth lleol o fudd i gleifion gwledig ac anghysbell ond mae angen rhagor o ymchwil i sefydlu sail dystiolaeth gadarn ynglŷn â chanlyniadau clinigol.

STOX - X

HEBW - V

8. Rawles J, Sinclair C, Jennings K, Ritchie L, Waugh N

Call to needle times after acute myocardial infarction in urban and rural areas in northeast Scotland: prospective observational study

British Medical Journal 1998; 317: 576-578

Nod yr astudiaeth oedd mesur yr amser rhwng gwneud galwad a chael y pigiad a gweld beth yw'r ffordd orau o ddarparu triniaeth thrombosis i gleifion sydd â chnawdnychiad myocardaidd aciwt o fewn y 90 munud a argymhellir. Lleolwyd yr astudiaeth yn rhanbarth Grampian a dinas Aberdeen ac roedd yn cynnwys 1046 o gleifion, 544 o bractisau gwledig a 502 o ardaloedd dinesig neu faestrefol.

Mae'r canfyddiadau'n dangos mai 47 munud oedd yr amser teithio canolrifol i'r ysbyty i gleifion o gefn gwlad. Meddyg Teulu oedd y cyswllt meddygol cyntaf i 97 y cant o gleifion o gefn gwlad ac i 68 y cant o gleifion trefol. Pan roddwyd cyffur cysgu gan y Meddyg Teulu, roedd yr amser canolrifol rhwng gwneud yr alwad i gael y cyffur yn 30 munud ym mhob ardal. Yn achos galwadau 999, roedd yr amser rhwng gwneud yr alwad a chael y cyffur yn 60 munud mewn ardaloedd dinesig a maestrefol.

Derbyniodd traean o gleifion cefn gwlad driniaeth am thrombosis gan Feddygon Teulu gydag amser canolrifol o 45 munud rhwng yr alwad a'r driniaeth. Pan na roddwyd triniaeth gan Feddygon Teulu, dim ond pump y cant o gleifion a dderbyniodd driniaeth mewn 90 munud. Mewn ardaloedd dinesig, ni roddwyd triniaeth am thrombosis y tu allan i ysbyty a dim ond lleiafrif (46 y cant) a dderbyniodd triniaeth o fewn 90 munud.

Mae'r awduron yn pwysleisio pa mor bwysig yw hi i gleifion gael triniaeth am thrombosis cyn cael eu cludo i'r ysbyty ac o fewn 90 munud yn unol â chanllawiau Sefydliad Prydeinig y Galon. Mae swyddogaeth Meddygon Teulu yn allweddol mewn ardaloedd gwledig felly o gofio yr amseroedd teithio maith posib i'r ysbyty.

STOX - O3

HEBW - IV (trawstoriadol)

9. Heard-Dimyan J

Issue of emergency hormonal contraception through a casualty department in a community hospital

The British Journal of Family Planning 1999; 25: 105-109

Mae'r papur yn disgrifio prosiect peilot lle roedd nyrsys ymarfer uned ddamweiniau ac achosion brys ysbyty cymuned gwledig yng Nghymru yn rhoi dulliau atal cenhedlu hormonaidd brys (PC4) i gleifion a oedd yn mynychu'r uned. Roedd y nyrsys wedi'u hyfforddi i ddarparu PC4, gan ddefnyddio protocolau a nodwyd yn y papur. Roedd cymorth meddygol ar gael i'r nyrsys a phawb dan 16 oed yn cael eu cyfeirio at feddyg.

Defnyddiodd 51 o bobl y gwasanaeth dros gyfnod o ddwy flynedd, y mwyafrif ohonynt dan 20 oed (70 y cant o'r cyfanswm). Mae dadansoddiad o'r data a ddarparwyd gan y feddygfa leol yn dangos bod 164 o bobl wedi mynychu'r feddygfa i ofyn am PC4 yn yr un cyfnod, y mwyafrif ohonynt yn y categori oedran 20-39 oed gyda dim ond 30 y cant o dan 20 oed.

Mae'r awdur yn dadlau bod adrannau damweiniau ac achosion brys mewn ardaloedd gwledig, sydd wedi'u staffio gan nyrsys ymarfer, mewn safle da i roi dulliau cenhedlu hormonaidd brys cyfrinachol nad yw'n gofyn am gymorth meddygol. Mae hyn yn gyfleus iawn i'r rhai dan 20 oed lle mae preifatrwydd a chyfrinachedd yn gallu cael ei danseilio mewn ardaloedd gwledig.

STOX - O5

HEBW - IV

10. Readhead C., Henderson G., Hughes G., Nickless J**Accredited accommodation: an alternative to in-patient care in rural North Powys****Psychiatric Bulletin 2002; 26: 264-265**

Mae'r erthygl yn disgrifio cynllun llety achrededig i grŵp o gleifion targed gyda salwch meddwl parhaus, fel dewis amgen i ddarpariaeth gofal cleifion mewnol. Dechreuodd yr astudiaeth beilot chwe mis gychwynnol ym 1999, wedi'i ysgogi gan y sylweddoliad nad oedd 12 y cant o holl gleifion a dderbyniwyd i'r ysbyty yng ngogledd Powys angen gofal arbenigol 24 awr. Gwnaed y prosiect yn barhaol cyn gynted ag y gorffennodd y prosiect peilot gan ei fod yn cynnig dewis amgen da i driniaeth mewn ysbyty. Cofrestrodd 25 o gleifion ar y cynllun a dewisiwyd pedwar darparwr llety, pob un yn cynnig darpariaeth maethu byrdymor i oedolion mewn amgylchedd cyfeillgar calonogol. Mae'r awduron o'r farn bod y cynllun yn ddewis amgen da a chost-efeithiol i driniaeth ysbyty. Mae'n dibynnu ar fodolaeth tai cyffredin yn hytrach nag adeiladau newydd. Mae llai o stigma i'r cleifion na'r ddarpariaeth arferol.

Mae'r cynllun lleol hwn yn gweithredu mewn ardal wledig fawr ac yn cynnig cymorth hygyrch i'r rhai a fyddai, fel arall, yn gorfod teithio pellter hir i gyrraedd ysbyty.

STOX - X HEBW - V

11. Walsh, M., Howkins D**Lessons from a farmers' health service****Nursing Standard 2002; 16(16): 33-40**

Mae'r papur yn disgrifio gwerthusiad o wasanaeth iechyd symudol dan arweiniad nyrsys a dargedwyd at y gymuned ffermio yn ardal wledig gogledd Swydd Gaerhirfryn. Roedd y gwasanaeth yn ymweld â marchnadoedd ocsiwn lleol yn rheolaidd, yn gwneud gwaith hybu iechyd mewn sioeau amaethyddol a chyfarfodydd o'r gymuned ffermio. Defnyddiwyd data o dair ffynhonnell ar gyfer y gwerthusiad:

- Cyfweiliadau ffôn gyda chleifion ar ôl iddynt ddefnyddio'r gwasanaeth;
- Archwiliad manwl o nodiadau achos anhysbys;
- Profiadau personol, goddrychol y pedwar aelod o staff a oedd yn cynnal y prosiect.

Gwelwyd 211 o gleifion dros gyfnod o 12 mis, gyda 330 ymgynghoriad dilynol yn cael eu cofnodi. Cafodd 116 o ddefnyddwyr eu cyfweld ac roedd y prif ganfyddiadau'n dangos eu bod yn gweld y gwasanaeth yn ddefnyddiol gyda 92 y cant ohonynt yn methu gweld unrhyw ffordd o'i wella ymhellach. Datgelodd yr archwiliad fod 85 y cant o gleifion yn ddynion. Roedd 126 o gleifion a fynychodd y gwasanaeth am gael archwiliad yn unig tra bod gan y gweddill broblem benodol. O'r rhai a gafodd archwiliad, roedd gan 70 broblem iechyd benodol, fel rheol yn gysylltiedig â phroblemau iechyd meddwl a chlefydau cardiofasgwlaidd.

Mae'r papur yn dangos fod llawer o salwch heb ei drin yn y gymuned ffermio. Ymatebodd cleifion yn dda i'r gwasanaeth gan fod yr holl staff yn dod o gefndir amaethyddol. Awgrymodd yr awduron bod angen prosiectau arloesol fel hyn i wella iechyd cymunedau gwledig ac amaethyddol.

STOX - O5 HEBW - IV

12. Pitt K

Pre-hospital selection of patients for thrombolysis by paramedics

Emergency Medical Journal 2002; 19: 260-263

Roedd yr astudiaeth arfaethedig yn asesu effeithiolrwydd penderfyniadau parafeddygol, mewn perthynas â dewis cleifion sy'n addas ar gyfer triniaeth thrombolysis a'r lleihad tybiannol mewn amser o'r alwad i'r driniaeth sy'n gysylltiedig â thriniaeth cyn-ysbyty.

Gwirfoddolodd pedwar ar hugain o barafeddygon a oedd yn gweithio yng nghefn gwlad Powys i gymryd rhan yn yr astudiaeth, sy'n cyfateb i 60 y cant o'r gweithlu. Hyfforddwyd y parafeddygon gan ddefnyddio'r meini prawf a sefydlwyd ar gyfer y diben hwn gan Gyd-Bwyllgor Cyswllt Ambiwylans y Colegau Brenhinol. Gwnaeth pob un ohonynt benderfyniad annibynnol ynglŷn â chymhwysedd cleifion i dderbyn triniaeth thrombolysis cyn mynd i'r ysbyty, gan nodi'r amser y byddent wedi rhoi'r cyffur. Mae'r canlyniadau'n dangos bod cyfanswm o 96 claf gyda cnawdnychiad myocardaidd posib wedi'u nodi. Ni wnaeth y parafeddygon unrhyw gamgymeriadau wrth ddewis cleifion cymwys ac roedd lleihad posib o 41.2 munud yn yr amser o wneud yr alwad i gael y pigiad.

Mae canfyddiadau'r astudiaeth yn dangos bod parafeddygon, o dderbyn hyfforddiant priodol, yn gallu dewis cleifion sy'n gymwys am driniaeth thrombolysis yn unol â'r meini prawf cyfredol. Roedd hyn yn arwain at leihad sylweddol yn yr amser rhwng yr alwad am driniaeth a chael y pigiad ei hun. Fodd bynnag, roedd yr awduron yn nodi mai ychydig o gleifion oedd yn rhan o'r astudiaeth a bod cyfyngiadau ar y gallu i gyffredinol i'r astudiaeth.

STOX O5 HEBW IV

13. Haynes R., Gale S., Mugford M., Davies P

Cataract surgery in a community hospital outreach clinic: patients' costs and satisfaction

Social Science and Medicine 2001; 53: 1631-1640

Nod yr astudiaeth oedd cymharu cost a manteision llawfeddygaeth gataract i gleifion mewn Ysbyty Cyffredinol Dosbarth ac ysbyty cymunedol gwledig (clinig allgymorth) yn Swydd Norfolk. Roedd yr awduron yn tybio y byddai llawfeddygaeth gataract yn y clinig allgymorth yn:

- Trin cleifion gyda statws iechyd tebyg i'r Ysbyty Cyffredinol Dosbarth;
- Cynhyrchu canlyniadau byrdymor tebyg i'r Ysbyty Cyffredinol Dosbarth;
- Cynnwys defnydd tebyg o wasanaethau iechyd â'r Ysbyty Cyffredinol Dosbarth;
- Lleihau costau i gleifion;
- Cynyddu boddhad cleifion.

Derbyniodd dau grŵp o gleifion tebyg ond nid yn union yr un fath driniaeth mewn dau ysbyty gwahanol; mynychodd 201 o gleifion yr Ysbyty Cyffredinol Dosbarth ac 198 y clinig allgymorth. Cafodd cleifion eu cyfweld a chwblhawyd holiaduron i weld eu cyflwr iechyd cyffredinol cyn y llawfeddygaeth gataract, eu trefniadau i gyrraedd yr ysbyty a'u boddhad gyda'r clinig a'r gofal a gawsant. Dangosodd y canlyniadau fod y daith i'r ysbyty yn gynt, yn fwy cyfleus ac yn llai costus i gleifion y clinig allgymorth na chleifion yr Ysbyty Cyffredinol Dosbarth. Roedd boddhad gyda materion gweinyddol, cyfleusterau a'r gofal a gafwyd yn uchel ar gyfer y ddau glinig.

Mae'r awduron yn dadlau y gall clinig allgymorth mewn cymuned wledig fechan ddarparu llawfeddygaeth gataract ddydd dan anaesthetig lleol yr un mor effeithiol ag Ysbyty Cyffredinol Dosbarth, ar gost gymdeithasol lai a chyda manteision cymdeithasol cadarnhaol.

STOX - O5

HEBW - IV

14. Campbell N, Ritchie L, Cassidy J, Little J

Systematic review of cancer treatment programmes in remote and rural areas

British Journal of Cancer 1999; 80(8): 1275-1280

Roedd yr astudiaeth yn adolygu papurau ac yn cyhoeddi tystiolaeth yn ymwneud â darparu gofal cancer mewn ardaloedd gwledig ac anghysbell. Nodwyd y papurau trwy chwilio cronfeydd data MEDLINE, EMBASE, CINAHL a HEALTHSTAR am y cyfnod 1978-1999. Y meini prawf ar gyfer cynnwys papurau oedd bod y papur yn:

- Disgrifio rhaglen sy'n darparu triniaeth ar gyfer cancer mewn ardaloedd gwledig;
- Sôn am astudiaeth a oedd yn ceisio gwerthuso effeithiolrwydd y rhaglen neu nodi problemau;
- Dod o wledydd diwydiannol.

Cafodd 105 o'r 2697 o bapurau a nodwyd eu harchwilio, ac o'r 51 o bapurau a oedd yn disgrifio rhaglenni cancer dim ond 15 oedd yn bodloni'r meini prawf o ddisgrifio rhaglenni triniaeth ac yn adrodd am ganlyniadau gwerthusiadau.

Datgelodd arfarniad o'r 15 papur dair prif thema:

1. Mentrau ysbytai gwledig (pedair astudiaeth trawstoriadol);
2. Gofal ar y cyd gyda chlinig canolog (dwy astudiaeth wedi'u rheoli ond nid ar hap);
3. Gofal ar y cyd gyda chlinigau allgymorth (chwe phapur yn defnyddio dulliau gwahanol).

Soniodd yr awduron am gyfyngiadau methodolegol y papurau ymchwil oedd ar gael gan amlygu'r feirniadaeth gyffredinol ar yr astudiaethau a ddefnyddiodd nifer fechan o bobl, a oedd yn agored i duedd, wedi gwneud addasiad anghyflawn ar gyfer ffactorau drwslyd neu oedd heb y grym i gymharu canlyniad y rhaglen arloesol gyda model canolog. Dim ond un papur a oedd yn disgrifio rhaglen yn y DU, gyda'r gweddill wedi'u lleoli yn UDA ac Awstralia.

Daeth yr awduron i'r casgliad mai awgrymiadol yw'r dystiolaeth yn yr adolygiad ac y dylid edrych arni fel llwyfan ar gyfer ymchwil sy'n gadarnach yn fethodolegol yn hytrach nag fel sail i wneud newidiadau mewn ymarfer clinigol.

STOX - S2

HEBW - IV

15. Macloed C, Jenkins J, Kennedy F, Kerr K, Lim J, McElroy G, O'Loan D

Ambulatory Paediatrics: Does it work?

Irish Medical Journal 2002; 95(2): 1-5

Roedd y papur hwn yn gwerthuso datblygiad gwasanaeth pediatreg ambiwlans yng Ngogledd Iwerddon. Cyflwynwyd y gwasanaeth yn dilyn penderfyniad gan Goleg Brenhinol Pediatreg ac Iechyd Plant i roi'r gorau i achredu uned bediatreg ysbyty cyffredinol dosbarth bach at ddibenion hyfforddi gyda'r pwrpas deul o ddiogelu dyfodol yr ysbyty a gostwng cyfradd derbyn cleifion pediatreg i Ysbyty Antrim, sy'n ysbyty mwy.

Gwerthuswyd y gwasanaeth trwy ddefnyddio data arolwg gan holl Feddygon Teulu dalgylch yr ysbyty (n=57) a rhieni y plant a dderbyniodd driniaeth (n=50) a data derbyniadau ysbyty. Dangosodd dadansoddiad o'r data fod 37 Meddyg Teulu (65 y cant) wedi ymateb i'r arolwg, gyda 84 y cant ohonynt yn teimlo bod y gwasanaeth newydd yn fuddiol. Roedd tri deg un Meddyg Teulu wedi atgyfeirio claf i'r gwasanaeth a bron y cyfan (97 y cant) wedi nodi bod y gwasanaeth yn hawdd i'w gael gydag ymateb cyflym i geisiadau am ymgynghoriad. Dangosodd yr adborth gan rieni fod y rhan fwyaf naill ai'n fodlon iawn (76 y cant) neu'n fodlon (22 y cant) gyda'r gwasanaeth. Dywedodd wyth deg dau y cant fod eu plentyn wedi elwa ar beidio â gorfod mynd i'r ysbyty. Roedd y data derbyniadau'n dangos gostyngiad graddol ers cyflwyno'r gwasanaeth ym 1996. Erbyn trydedd flwyddyn y prosiect (1998/1999) cofnodwyd gostyngiad o 47 y cant mewn derbyniadau.

Roedd yr awduron yn dadlau bod y prosiect yn galluogi gwasanaeth gwledig yn bennaf i ffynnu gan diwallu anghenion plant, eu teuluoedd a Meddygon Teulu ar yr un pryd, a gostwng nifer y cleifion pediatreg sy'n cael eu derbyn i'r ysbyty.

STOX - O5

HEBW - IV

16. Cook L

Triple integration nursing

Nursing Standard 2000; 14(52): 33-34

Mae'r papur yn disgrifio nodweddion allweddol 'nyrsio integreiddio triphlyg' yn Dunoan, sydd wedi'i leoli ar benrhyn gwledig ar arfordir gorllewinol yr Alban. Roedd y prosiect yn ceisio hyrwyddo gwaith amlddisgyblaethol integredig rhwng lleoliadau cymunedol, ymarfer cyffredinol ac ysbyty trwy ymchwil gweithredu. Gydol y flwyddyn, casglwyd a choladwyd data o nodiadau maes, adroddiadau am achosion critigol, dyddiaduron myfyriol, cyfweiliadau tâp sain a holiaduron wedi'u cwblhau. Prif ganlyniadau'r prosiect oedd:

- Codi ymwybyddiaeth o swyddogaethau a chyfrifoldebau mewn un tîm amlddisgyblaeth;
- Gwella cyfathrebu a gwaith tîm rhwng gweithwyr proffesiynol ac yn y tri lleoliad;
- Amrywiaeth o fentrau rheoli strôc;
- Mabwysiadu llawlyfr y galon ar gyfer gofal dilynol ac ailsefydlu cleifion ar ôl triniaeth cawdnychiad myocardaidd.

Roedd yr awdur yn credu bod y prosiect integreiddio triphlyg wedi dangos ei bod hi'n bosib i leoliadau cymunedol, ymarfer cyffredinol ac ysbyty gydweithio a gwella gofal i gleifion.

STOX - X

HEBW - V

3.3 Dod â'r claf at wasanaethau iechyd

17. Sherwood K, Lewis G

Accessing health care in a rural area: an evaluation of a voluntary medical support scheme in the English Midlands

Health & Place 2000; 6: 337-350

Nod y papur yw rhoi sefydlu rhaglenni trafndiaeth gwledig meddygol gwirfoddol yn ei gyd-destun a gwerthuso swyddogaeth a chynaliadwyedd un o'r rhaglenni er mwyn dysgu gwersi ohoni.

Mae prosiect 'rural wheels' wedi bod ar waith mewn ardal fechan o orllewin Swydd Northampton ers 1990. Yn wreiddiol, sefydlwyd y prosiect ar gyfer pobl o Woodford Halse a oedd angen mynychu'r ganolfan feddygol ond nad oedd cludiant ar gael ar eu cyfer. Cafodd gwybodaeth am ddarpariaeth gwasanaeth ei hategu gan arolwg o ddefnyddwyr. Canfuwyd bod hanner y teithiau erbyn hyn yn mynd i leoliadau eraill heblaw'r ganolfan feddygol, gyda'r nifer flynyddol o deithiau wedi cynyddu o 195 ym 1990 i 1,545 ym 1998. Roedd tri chwarter defnyddwyr y gwasanaeth yn bobl dros 60 oed, ac 85 y cant yn fenywod. Roedd y cynllun yn boblogaidd am ei fod yn cynnig gwasanaeth o ddrws i ddrws, gyda gyrrwr cyfarwydd a fyddai'n cludo'r defnyddwyr i glinig ac aros amdanynt, a'i fod yn wasanaeth dibynadwy, hyblyg ac annibynnol.

Daeth yr awduron i'r casgliad fod y math hwn o drafnidiaeth yn cynnig achubiaeth i bobl mewn ardaloedd gwledig ond mynegwyd pryderon am gynaliadwyedd gwasanaeth sy'n dibynnu ar gronfa gymharol sefydlog o wirfoddolwr sy'n heneiddio. Galwodd yr awduron ar y llywodraeth ganolog i roi ymrwymiad mwy difrifol i gynlluniau hunan-gymorth a gwirfoddol.

STOX - O5

HEBW - IV

18. Wootton R

Telemedicine and isolated communities: a UK perspective

Journal of Telemedicine and Telecare 1999; 5(supplement 2): 27-34

Mae'r papur yn adolygu gwybodaeth gyfredol am ddefnyddio telefeddygaeth mewn cymunedau anghysbell ac yn asesu'r goblygiadau ar gyfer ei ddefnyddio yn y DU. Cyflwynir enghreifftiau o achosion buddiol o telefeddygaeth, yn cynnwys dermatoleg, mân anafiadau, uwch-sain ar gyfer Meddygon Teulu, cardioleg a monitro ffisiolegol yn y cartref. Roedd telefeddygaeth hefyd yn llwyddiannus wrth helpu diagnosis ym meysydd radioleg, orthopaedeg, seiciatreg, ac ecocardiograffeg pediatriig ac at ddibenion addysgol.

Mae'r awdur yn pwysleisio manteision telefeddygaeth, megis gallu cael gfael ar wasanaethau arbenigol yn haws, materion addysgol a llai costus ar rai adegau. Fodd bynnag, daeth i'r casgliad nad yw telefeddygaeth cystal â gofal personol ac yn gallu newid y berthynas rhwng y claf a'r meddyg.

STOX - X

HEBW - V

19. Macduff C, West B, Harvey S

Telemedicine in rural care. Part 2: assessing the wider issues

Nursing Standard 2001; 15(33): 33-37

Roedd yr astudiaeth yn ceisio adolygu goblygiadau ehangach teylemgyngori dan arweiniad nyrsys mewn ardaloedd gwledig a gododd yn sgil gwerthuso prosiect ym mhentref Hamlet yng ngogledd ddwyrain yr Alban, chwe milltir o'r feddygfa agosaf.

Yn y prosiect bychan hwn, roedd nyrsys a hyfforddwyd yn briodol yn cysylltu â phractis meddyg teulu i wneud gwaith teylemgyngori. Roedd y nyrsys yn gweithredu fel cyfryngwyr rhwng y Meddyg Teulu a'r claf ac yn delio â mân anhwylderau a phresgripsiynau. Arweiniodd hyn at leihad yn llwyth gwaith y Meddygon Teulu ac yn yr angen i gleifion deithio. Ar y cyfan, roedd cleifion yn fodlon â'r gwasanaeth, er bod rhai yn nodi nad oedd cystal â gweld y meddyg ei hun. Mantais y cynllun oedd ei fod yn gyfleus i'r cleifion a'r meddygon ac yn lleihau amser ymgynghori, amser teithio a chostau.

Roedd yr awduron yn cydnabod y manteision posib i bobl agored i niwed a oedd yn byw mewn ardaloedd gwledig anghysbell ond yn nodi bod angen datblygu gwaith nyrsio'n systematig ar lefel strategol. Fodd bynnag, maent yn nodi nad yw cynnydd mewn defnydd o angenrheidrwydd yn arwydd o ddefnydd amhriodol.

STOX - X

HEBW - V

20. Craig J, Chua R, Wootton R, Patterson V

A pilot study of telemedicine for new neurological outpatient referrals

Journal of Telemedicine and Telecare 2000; 6: 225-228

Nod yr astudiaeth oedd archwilio a yw hi'n ymarferol a diogel i niwrolegwyr ddefnyddio telefeddygaeth i asesu cleifion niwrolegol allanol o bell.

Sefydlwyd cyswllt fideo rhwng lleoliad gwledig, Ysbyty Erne, ac adran niwroleg Ysbyty Royal Victoria, Belfast, 140 km i ffwrdd. Cymerodd 11 o gleifion gwryw a 14 o gleifion benyw ran yn yr astudiaeth a oedd yn cynnwys dau ymgynghoriad gyda gwahanol feddygon: un yn defnyddio cyfarfod wyneb-yn-wyneb traddodiadol a'r llall yn defnyddio'r cyswllt fideo. Cymharwyd diagnosis y ddau ymgynghorydd mewn perthynas â thri mesur canlyniad: categori diagnostig; camau a gymerwyd ar ôl ymgynghori; dull gwaredu (e.e. anfon i'r ysbyty).

Roedd y canlyniadau'n dangos mai dim ond mewn un achos y cafwyd diagnosis gwahanol. Gwelwyd mân wahaniaethau yn y camau a gymerwyd gan y niwrolegwyr; cafodd gwahanol ymchwiliadau eu gorchymyn mewn saith achos ac roedd y dull gwaredu yr un fath mewn 21 o achosion. Awgrymodd yr awduron bod modd egluro'r gwahaniaethau mewn diagnosis ar sail gwahaniaeth barn y ddau niwrolegydd yn hytrach na'r ddau ddull ymgynghori a ddefnyddiwyd.

Daw'r awduron i'r casgliad y gallai teylemgyngori fod yn ddewis amgen ymarferol a diogel i ymgynghoriadau wyneb-yn-wyneb i gleifion o ardaloedd anghysbell a gwledig ac argymell y dylid cynnal treial mawr wedi'i reoli ar hap.

STOX - O5

HEBW - IV

4. Trafodaeth

4.1 Ystyriaethau methodolegol

Roedd system ddsbarthu STOX yn arf ychwanegol defnyddiol i hierarchaeth yr HEBW i arfarnu ansawdd papurau ymchwil iechyd gwledig ar faterion model gwasanaeth a mynediad, gan ganiatáu adolygiad manylach o astudiaethau arsylwadol (tystiolaeth math IV yn nosbarthiad HEBW). Fodd bynnag, mae pryderon o hyd am effeithiolrwydd dull HEBW o ddelio â natur drawstoriadol ymchwil iechyd gwledig. Mae angen sicrhau cydbwysedd rhwng manwl gywirdeb y broses arfarnu systematig gyda'r duedd ddewis bosib o eithrio gwaith na adroddwyd mewn cyfnodolion a adolygwyd gan gymheiriaid.

Dangosodd y system STOX fod y pedwar papur ymchwil ar bymtheg a adolygir naill ai'n astudiaethau trawstoriadol, yn astudiaethau achos neu'n farn arbenigol. Dim ond un papur, y Systematic Review of Oncology Services ar gyfer ardaloedd gwledig ac anghysbell, (Campbell et al, 1999) y gellid ei ystyried fel tystiolaeth lefel uwch o fewn Dosbarthiad STOX (2). Fodd bynnag, gan nad oedd yn cynnwys treial wedi'i reoli ar hap, dim ond fel tystiolaeth lefel IV y gellid ei ystyried yn yr hierarchaeth HEBW a daeth yr awduron i'r casgliad mai awgrymiadol ar y gorau oedd y dystiolaeth ac y dylid ei defnyddio fel llwyfan ar gyfer ymchwil pellach, yn hytrach nag fel sail i newidiadau mewn ymarfer clinigol.

Serch hynny, amlygwyd nifer o faterion perthnasol yn yr adolygiad, yn arbennig trwy astudiaethau ansoddol a gefnogir gan ddata darpariaeth gwasanaeth. Mae'r adolygiad wedi nodi nifer o fodelau gwasanaeth arloesol bychan cymharol ddiweddar. Maent yn dueddol o gynnwys nifer fechan o bobl yn sgil eu natur a'u lleoliad. Mae'r gwerthusiadau a wnaed yn dueddol o ddefnyddio dangosyddion megis boddhad cleifion neu glinigwyr neu leihad mewn amser teithio a chostau i'r claf. Er bod y rhain yn baramedrau clir o unrhyw wasanaeth, mae angen teilwra'r dulliau a ddefnyddir i'r mater dan sylw. Er enghraifft, pan fo cleifion yn cael eu trin am gyflyrau difrifol a allai arwain at farwolaeth mewn modelau gwasanaeth hygyrch newydd, mae effeithiolrwydd clinigol yn ganlyniad critigol hefyd. Bydd gofyn i astudiaethau sy'n asesu canlyniadau clinigol gael mwy o rym a mwy o bobl i asesu risgiau a manteision. Bydd hyn yn gosod heriau methodolegol sylweddol ar gyfer darparu tystiolaeth gadarn.

4.2 Themâu sy'n dod i'r amlwg

Er gwaethaf cyfyngiadau'r dystiolaeth sydd ar gael, mae cysondeb yn y themâu sy'n dod i'r amlwg o'r astudiaethau a gyhoeddwyd yn ddiweddar a adolygir yma, sy'n darparu canllawiau ar gyfer gweithredu pellach ym maes mynediad i wasanaethau iechyd, yn enwedig yn yr ardaloedd gwledig mwyaf anghysbell.

- Mae tystiolaeth o ddirywiad mewn mynediad i wasanaethau sy'n gysylltiedig â dirywiad ar sail pellter o ofal meddygol a chanlyniadau iechyd gwaelach preswylwyr gwledig ac anghysbell. Mae'n rhaid i gleifion yng nghefn gwlad oresgyn mwy o rwystrau i gael mynediad i wasanaethau na phreswylwyr trefol (e.e. trafndiaeth) ac mae ganddynt ddisgwyliadau is.
- Nid yw'r astudiaethau'n dangos y rhesymau dros ddirywiad ar sail pellter a chanlyniadau iechyd gwael. Mae'n debygol fod nifer o newidynnau dryslyd yn gweithredu ymysg preswylwyr ardaloedd gwledig anghysbell.

- Mae cleifion cefn gwlad yn ymateb yn gadarnhaol i raglenni sy'n darparu mwy o wasanaethau arbenigol lleol ac sy'n lleihau amser teithio.
- Mae gwella mynediad i wasanaethau iechyd fel rheol yn cael ei gyfyngu trwy ehangu swyddogaethau ymarferwyr gwledig. Mae'n ymddangos fod telefeddygaeth a thechnolegau 'pell' eraill wedi llwyddo i wella mynediad, er bod datblygiadau o'r fath yn dueddol o gael eu cychwyn a'u cefnogi gan glystyrau o weithwyr proffesiynol brwdfrydig yn hytrach na'u bod ar gael yn eang.
- Mae'r astudiaethau achos yn pwysleisio swyddogaeth sylweddol y sector gwirfoddol i wella mynediad i wasanaethau iechyd mewn ardaloedd gwledig ac yn cyflwyno pryderon am gynaliadwyedd rhaglenni sy'n dibynnu'n bennaf ar boblogaeth wedi ymddeol.

Mae'r canfyddiadau hyn yn amlygu'r anawsterau sy'n gysylltiedig â mynediad i wasanaethau meddygol mewn ardaloedd gwledig ac yn awgrymu y bydd angen modelau gwasanaeth newydd i ddatrys yr anawsterau hyn. Mae'r canfyddiadau hefyd yn amlygu'r diffyg tystiolaeth sydd ar gael yn y maes polisi pwysig hwn. Gallai materion pwysig i'w harchwilio yn y dyfodol gynnwys:

- Yr angen i ddatrys y newidynnau dryslyd sy'n gweithredu mewn dirywiad ar sail pellter sy'n gysylltiedig â chanlyniadau iechyd gwael. Gallai hyn lywio'r gwaith o gynllunio ymyriadau effeithiol i leihau marwolaethau a morbidrwydd y gellir ei osgoi;
- Cynaliadwyedd cymorth y sector gwirfoddol i fentrau iechyd gwledig;
- Dadansoddiad o foddhad cleifion ac ymarferwyr a chanlyniadau clinigol sy'n gysylltiedig â gwahanol fodelau o ddarpariaeth gwasanaeth, gyda dadansoddiad ategol o gostau/manteision.

Cyfeiriadau

Campbell NC, Ritchie LD, Cassidy J, Little J. (1999) Systematic review of cancer treatment programmes in remote and rural areas. *British Journal of Cancer*; 80(8): 1275-1280.

Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P. (1998) Qualitative research methods in Health Technology Assessment: a review of the literature. *Health Technology Assessment*; 2(16).

Cynulliad Cenedlaethol Cymru. (2001) Ffocws Ystadegol ar Gymru Wledig. Caerdydd: CCC.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (1994) Creating rural indicators for shaping territorial policy. Paris: OECD.

Weaver N, Williams JL, Weightman AL, Kitcher H, Temple J, Jones P, Palmer S. (2002) Taking STOX: developing a cross disciplinary methodology for systematic reviews of research on the built environment and the health of the public. *Journal of Epidemiology and Community Health*; 56(1): 48-55.

Weightman AL, Barker J, Lancaster J, (2001) Health Evidence Bulletin Wales: A systematic approach to identifying evidence :Project Methodology 4. <http://www.hebw.uwcm.ac.uk>

Atodiad 1

Aelodaeth Grŵp Gwybodaeth Iechyd Gwledig Cymru Gyfan (AWRHIG) er mis Gorffennaf 2002

Mrs Trish Buchan	Sefydliad Iechyd Gwledig
Mr Gareth Davies	Gwasanaeth Iechyd Cyhoeddus Cenedlaethol
Dr Jenny Deaville	Sefydliad Iechyd Gwledig
Ms Jacqueline Dix	Age Concern Cymru
Dr David Fone	Gwasanaeth Iechyd Cyhoeddus Cenedlaethol
Ms Lindsay Foyster	Mind Cymru
Ms Catriona Graham	Cyngor Sir Powys
Yr Athro Mark Goodwin	Prifysgol Cymru, Aberystwyth
Ms Marie Grannell	Cymdeithas Arbenigwyr Addysg Iechyd/Hybu Iechyd
Ms Margaret Hands	Gwasanaethau Cymdeithasol Ceredigion
Dr Barry Hounsome	Prifysgol Cymru, Bangor
Ms Helen Howson	Llywodraeth Cynulliad Cymru, Adran Iechyd a Gofal Cymdeithasol
Y Parch Roger Ellis Humphreys	Fforwm Gwledig Cymru
Yr Athro Joyce Kenkre	Prifysgol Morgannwg
Mr Edward H Lewis	Comisiwn Ffiniau Llywodraeth Leol i Gymru
Ms Catherine Mullin	Llywodraeth Cynulliad Cymru, y Gyfarwyddiaeth Drafnidiaeth
Ms Kaori Onoda	Llywodraeth Cynulliad Cymru, Adran Hybu Iechyd
Mrs Grace Lewis Parry	Grŵp Iechyd Lleol Gwynedd
Ms Cath Roberts	Llywodraeth Cynulliad Cymru, y Gyfarwyddiaeth Ystadegau
Mr Chris Roberts	Llywodraeth Cynulliad Cymru, Adran Hybu Iechyd
Mr Jasper Roberts	Llywodraeth Cynulliad Cymru, Is-adran Polisi Gwledig
Miss Daisy Seabourne	Cyngor Gweithredu Gwirfoddol Cymru
Mr David Seal	Canolfan Iechyd Cymru
Dr Paul Walker	Gwasanaeth Iechyd Cyhoeddus Cymru
Yr Athro Clare Wenger	Prifysgol Cymru, Bangor
Ms Simant Westley	Gwasanaeth Iechyd Cyhoeddus Cymru
Yr Athro John G Williams	Prifysgol Cymru, Abertawe
Dr John Wynn-Jones	Sefydliad Iechyd Gwledig

Atodiad 2

Y tîm arfarnu yn y gweithdy a gynhaliwyd ar 16 Ebrill 2002

Ms Dawn Armstrong Esther	Prifysgol Cymru, Aberystwyth
Ms Glynis Bennett	Prifysgol Morgannwg
Mrs Trish Buchan	Sefydliad Iechyd Gwledig
Ms Rebecca Cannings Uned	Data Llywodraeth Leol
Ms Caroline Davies	Rhwydwaith Gwybodaeth Gofid Cefn Gwlad
Mr Gareth Davies	Gwasanaeth Iechyd Cyhoeddus Cenedlaethol
Dr Jenny Deaville	Sefydliad Iechyd Gwledig
Yr Athro Mark Goodwin	Prifysgol Cymru, Aberystwyth
Ms Marie Grannell	Cymdeithas Arbenigwyr Addysg Iechyd / Hybu Iechyd
Ms Roswyn Hakesley Brown	Prifysgol Morgannwg
Mr Barry Hounesome	Prifysgol Cymru, Bangor
Ms Lesley Jones	Sefydliad Iechyd Gwledig
Yr Athro Joyce Kenkre	Prifysgol Morgannwg
Ms Allyson Lipp	Prifysgol Morgannwg
Mr Iain Mansall	Prifysgol Morgannwg
Ms Kate Mitchison	Sefydliad Iechyd Gwledig
Ms Kaori Onoda	Llywodraeth Cynulliad Cymru, Adran Hybu Iechyd
Ms Delyth Owens	Cyngor ar Bopeth
Mr Nick Read	Caplan Amaethyddol
Ms Cath Roberts	Llywodraeth Cynulliad Cymru, Uned Ystadegau a Dadansoddi Iechyd
Dr Yvonne Tommis	Prifysgol Cymru, Bangor
Yr Athro Clare Wenger	Prifysgol Cymru, Bangor
Ms Louise Wilson	Sefydliad Iechyd Gwledig

Atodiad 3

Rhestr o'r papurau a adolygwyd

- Bain N, Campbell N. (2000) Treating patients with colorectal cancer in rural and urban areas: a qualitative study of patient's perspectives. *Family Practice*; 28(6): 475-479.
- Campbell NC, Elliot AM, Sharp L, Ritchie LD, Cassidy J, Little J. (2001) Rural and urban differences in stage at diagnosis of colorectal and lung cancers. *British Journal of Cancer*; 84(7): 910-914.
- Campbell NC., Ritchie LD., Cassidy J., Little J. (1999) Systematic review of cancer treatment programmes in remote and rural areas. *British Journal of Cancer*; 80(8): 1275-1280.
- Craig J, Chua R, Wootton R, Patterson V. (2000) A pilot study of telemedicine referrals for new neurological outpatient referrals. *Journal of telemedicine and telecare*; 6: 225-228.
- Cook L. (2000) Triple integration nursing. *Nursing Standard*; 14(52): 33-34.
- Haynes R, Gale S, Mugford M, Davies P. (2001) Cataract surgery in a community hospital outreach clinic patients' costs and satisfaction. *Social Science and Medicine*; 53: 1631-1640.
- Heard- Dimyan J. (1999) Issue of hormonal emergency contraception through a casualty department in a community hospital. *British Journal of Family Planning*; 25: 105-109.
- Jones AP, Bentham G, Horwell C. (1999) Health Service accessibility and deaths from Asthma. *International Journal of Epidemiology*; 28: 101-105.
- Le Mesurier N, Duncan G. (2000) Over the hills and far away: Providing accessible day care services for older people in rural areas. *Managing Community Care*; 8(4): 33-37.
- McCavana P. (2000) Delivering Chemotherapy in rural areas: Can it work? *Nursing Times*; 96(35): 35-36.
- McLeod C, Jenkins J, Kennedy F, Kerr K, Lim J, McElroy G, O'Loan D. (2002) Ambulatory Paediatrics: Does it work? *Irish Medical Journal*; 95(2):1-5.
- Macduff C., West B., Harvey S. (2001) Telemedicine in rural care. Part 2: assessing the wider issues. *Nursing Standard*, 15(33), 33-37.
- Nuttall N, Steed M, Donachie M. (2002) Referral for secondary restorative dental care in rural and urban areas of Scotland: findings from the Highlands and islands Tele dentistry Project. *British Dental Journal*; 192(4): 224-228.
- O'Reilly D, Stevenson M, McCay C, Jamison J. (2001) General Practice out-of-hours services, variations in use and equity of access to a doctors: a cross sectional study. *British Journal of General Practice*; 51: 625-629.

Pitt K. (2002) Pre-hospital Selection of patients for thrombolysis by paramedics. *Emergency Medical Journal*; 19: 260-263.

Rawles J, Sinclair C, Jennings K, Ritchie L, Waugh N. (1998) Calls to needle times after acute myocardial infarction in urban and rural areas of northeast Scotland: a prospective observational study. *British Medical Journal*; 317: 576-578.

Readhead C, Henderson G, Hughes G, Nickless J. (2002) Accredited accommodation: an alternative to inpatient care in rural north Powys. *Psychiatric Bulletin*; 26: 264-265.

Sherwood KB, Lewis GJ. (2000) Accessing health care in a rural area: an evaluation of a voluntary medical transport scheme in the English Midlands. *Health and Place*; 6: 337-350.

Walsh M, Howkins D. (2002) Lessons from a farmers health service. *Nursing Standard*; 16 (16): 33-40.

Wootton R. (1999) Telemedicine and isolated communities a UK perspective. *Journal of telemedicine and telecare*; 5 (Atodiad 2): 27-34.

Atodiad 4

Ffurflen arfarnu critigol: gwasanaethau iechyd gwledig

Enw'r adolygwr

Manylion y cyhoeddiad

Rhowch gylch o gwmpas un o'r mathau canlynol o gyhoeddiadau a rhoi'r manylion angenrheidiol ar gyfer pob math, gan ddefnyddio'r gofod isod.

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Erthygl mewn cyfnodolyn | Awdur/on, teitl yr erthygl, teitl y cyfnodolyn, dyddiad/cyfrol/rhifyn/tudalennau |
| 2. Adroddiad/llyfr | Awdur/on, teitl, tudalennau, dyddiad/lle/cyhoeddwr |
| 3. Pennod mewn llyfr | Awdur/on, teitl y bennod, tudalennau'r bennod, golygydd/ion y llyfr, teitl y llyfr, dyddiad/argraffiad/lle/cyhoeddwr |
| 4. Traethawd ymchwil/traethawd hir | Awdur, teitl traethawd ymchwil/hir, gradd/sefydliad, dyddiad |

A: Nodau ac amcanion yr astudiaeth

Beth yw nodau ac amcanion yr astudiaeth?

.....

.....

B: Mynediad i iechyd gwledig

Beth yw'r broblem/mater allweddol sy'n cael ei hystyried yn yr astudiaeth?

Defnyddiwch eiriau allweddol a restrwyd yn y papur, os oes rhai.

.....

.....

C: Diffiniadau o wledigrwydd (neu dermau tebyg e.e. ardaloedd arunig neu anghysbell ac ati)

A yw'r astudiaeth yn diffinio 'gwledigrwydd' yn glir?

Ydy Nac ydy

Os ydy, beth yw'r diffiniad?

.....

.....

D: Dulliau astudio**Dulliau Ymchwil (Rhowch gylch am bob un perthnasol)**

Meini Prawf Bwletin Tystiolaeth Iechyd
 Adolygiad systematig neu feta-ddadansoddiad (tystiolaeth Math I)
 Treial wedi'i reoli ar hap (RCT) (tystiolaeth Math II)
 Astudiaeth ymyrraeth (cyn ac ar ôl cynllunio) (tystiolaeth Math III)
 Astudiaeth arsylwi (cohort, trawstoriadol) (tystiolaeth Math IV)
 Barn arbenigol (tystiolaeth Math V)

Meini Prawf STOX

Adolygiad systematig: Cynhwysfawr gydag o leiaf un RCT (S1)
 Adolygiad systematig: Cynhwysfawr (S2)
 Treialon: Treial wedi'i reoli ar hap (T1)
 Treialon: Treial wedi'i reoli ond nid ar hap (T2)
 Treialon: Treial cyn ac ar ôl ymyrraeth (T3)
 Arsyllwadol: Cohort (O1)
 Arsyllwadol: Astudiaeth rheoli achos (O2)
 Arsyllwadol: Astudiaeth trawstoriadol/hydredol yn cynnwys data ystadegol (O3)
 Arsyllwadol: Astudiaeth yn defnyddio dulliau ansoddol yn unig (O4)
 Arsyllwadol: Astudiaeth achos (O5)
 Mynegiadau barn: Cytundeb ffurfiol neu farn broffesiynol arall (yn cynnwys adolygiad pan nad oes arwydd o ddull systematig a dulliau yn seiliedig ar adolygiad o lenyddiaeth)

Lleoliad gwledig
 (neu dermau tebyg e.e. anghysbell ac ati)

gwledig-trefol
 (neu dermau tebyg e.e. anghysbell ac ati)

Poblogaeth darged (os yw'n briodol)

.....

.....

E: Disgrifiad byr o'r ymyrraeth (yn achos astudiaethau gwerthuso)

Rhowch ddisgrifiad byr o'r ymyrraeth yn cynnwys amcanion, grwpiau targed a dulliau.

.....

.....

F: Canfyddiadau'r astudiaeth

Beth yw canlyniadau/negeseuon allweddol yr astudiaeth?
Peidiwch â disgrifio'r canlyniadau'n fanwl.

A yw'r papur yn cynnwys unrhyw drafodaeth ar ddefnyddio canfyddiadau'r astudiaeth, anghenion ymchwil pellach, neu oblygiadau polisi, yn enwedig mewn perthynas â mynediad i iechyd gwledig?

Ydy Nac ydy

Os ydy, beth ydyn nhw?

G. Ansawdd y papur

(Rhowch gylch am eich atebion)

A ddisgrifiwyd y nodau a'r amcanion yn glir?

Do / Naddo

Ydy'r awduron yn cyfeirio at lenyddiaeth briodol?

Ydynt / Nac ydynt

A ddisgrifiwyd y dulliau astudio'n glir?

Do / Naddo

A nodwyd y gyfradd ymateb?

Do / Naddo / Amherthnasol

A drafodwyd unrhyw duedd bosib?

Do / Naddo

A ddisgrifiwyd dulliau ystadegol yn glir?

Do / Naddo / Amherthnasol

Os yw'r astudiaeth yn ansoddol, a ddisgrifiwyd y dull dadansoddi'n glir?

Do / Naddo / Amherthnasol

A yw'r dulliau astudio'n briodol i'r amcanion?

Ydynt / Nac ydynt

A roddwyd cyfiawnhad dros y sampl a ddewiswyd?

Do / Naddo / Amherthnasol

A yw'r dulliau ystadegol yn briodol?

Ydynt / Nac ydynt / Amherthnasol

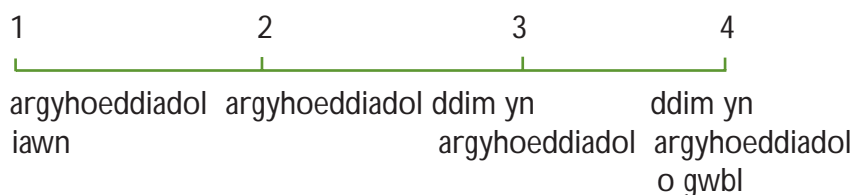
A yw'r canlyniadau'n cefnogi'r casgliadau?

Ydynt / Nac ydynt

Unrhyw sylwadau eraill ar ansawdd yr astudiaeth?

H: Asesiad yr adolygwr

Cryfder y dystiolaeth
(rhowch gylch am rif)



I: Sylwadau'r adolygwr