

Holi am brofiadau niweidiol yn ystod plentynod (ACE) mewn Ymarfer Cyffredinol

Canfyddiadau gwerthusiad o astudiaeth beilot yn Ynys Môn



Awduron: Katie Hardcastle a Mark A. Bellis

Ebrill 2019

Crynodeb Gweithredol 5

1. Cyflwyniad 10

- 1.1 ACE, iechyd a'r defnydd o wasanaethau 11
- 1.2 Holi am ACE mewn lleoliadau gofal iechyd 12
- 1.3 Ymarfer cyffredinol yng Nghymru a'r agenda ACE 13
- 1.4 Amcanion y gwerthusiad 13

2. Dulliau 14

- 2.1 Dylunio a chyflwyno'r peilot 14
- 2.2 Y fframwaith gwerthuso 17
- 2.3 Adborth gan ymarferwyr 18
- 2.4 Holiaduron adborth cleifion 19
- 2.5 Data cleifion 19

3. Canlyniadau 22

- 3.1 Gweithredu 22
- 3.2 ACE a'u cysylltiad ag iechyd a'r defnydd o wasanaethau 23
 - 3.2.1 Nodweddion y sampl a chyfraddau ACE 23
 - 3.2.2 ACE a ffactorau'n ymwneud â ffordd o fyw 26
 - 3.2.3 ACE a chyflyrau iechyd cronig 26
 - 3.2.4 ACE ac iechyd meddwl 26
 - 3.2.5 ACE a'r defnydd o wasanaethau iechyd 27
- 3.3 Arolygon adborth cleifion 28
- 3.4 Adborth gan ymarferwyr 30
 - 3.4.1 Myfyrdodau ar y broses gyflawni 30
 - 3.4.2 Deall yr effeithiau ar ymarfer 31
 - 3.4.3 Manteision cydnabyddedig ymholi am ACE 32
- 3.5 Effeithiau posibl ymholi am ACE ar ddefnyddio gwasanaethau 34

4. Trafodaeth 35

- 4.1 Cyfyngiadau 40

5. Casgliadau ac Argymhellion 42

- Diolchiadau 45
- Cyfeiriadau 46
- Atodiad 48

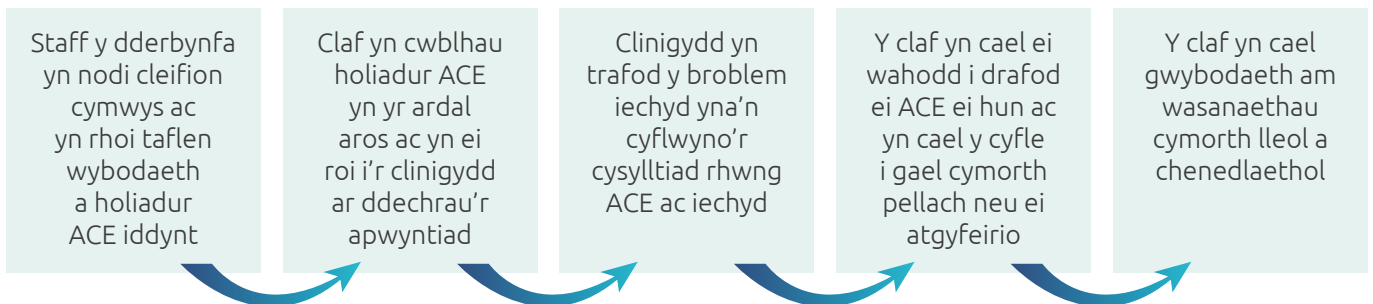
Holi am brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod (ACE) mewn ymarfer cyffredinol

Canfyddiadau gwerthusiad o astudiaeth beilot yn Ynys Môn

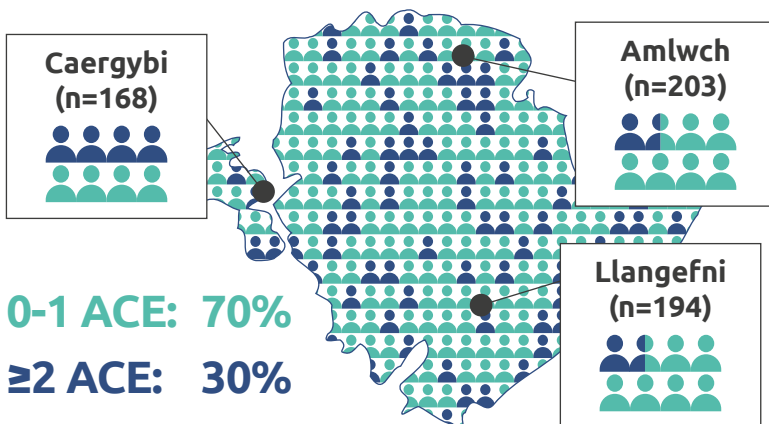
Cafodd ymholi am ACE ei dreialu yn ystod ymgynoriadau gyda meddyg teulu neu ymarferydd nyrso mewn tri phractis yn 2017/18 gyda chleifion 18 oed a throsodd.

Proses ymholi am ACE

O blith y cleifion a wahoddwyd i gymryd rhan mewn ymholiad am ACE, cytunodd 91% i wneud hynny (n=565)



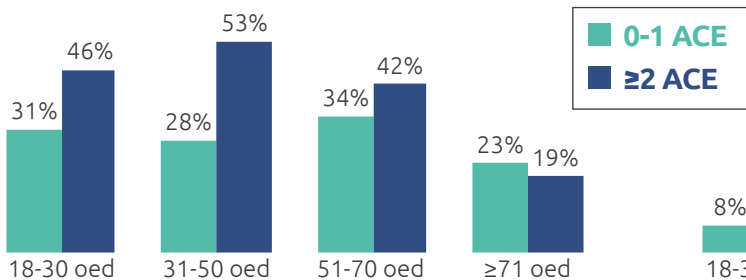
Cyfraddau ACE



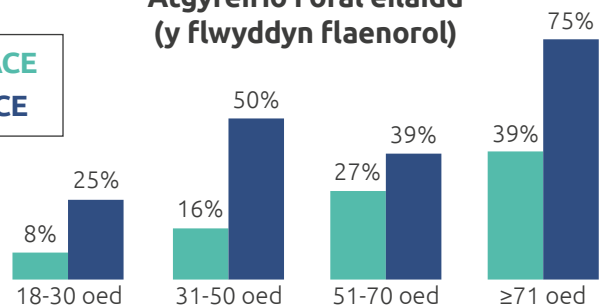
Dywedodd **60%** o gleifion a oedd wedi cael ACE mai dyma'r tro cyntaf iddynt ddweud wrth weithiwr iechyd proffesiynol am y profiadau hyn^a

ACE, iechyd a'r defnydd o wasanaethau^b

Problemau iechyd meddwl presennol



Atgyfeirio i ofal eilaidd (y flwyddyn flaenorol)



Dyluniwyd a chyflwynwyd y broses ymholi am ACE gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr gyda chefnogaeth hwylusydd ymgynghorol a benodwyd gan Ganolfan Gymorth Profiadau Niweidiol yn Ystod Plentyndod (ACE) Cymru Well Wales. Comisynwyd Iechyd Cyhoeddus Cymru i gynnal gwerthusiad annibynnol o'r peilot hwn. ^aDatgelodd n=137 o gleifion o leiaf un ACE; ^bData a echdynnwyd o gofnodion cleifion (n=549).

Beth ddywedodd y cleifion?^c

Roedd y cwestiynau am ACE yn...

Ddealladwy ac yn glir **96%**

Mae'r feddygfa yn...

Lle addas i ofyn cwestiynau **87%**

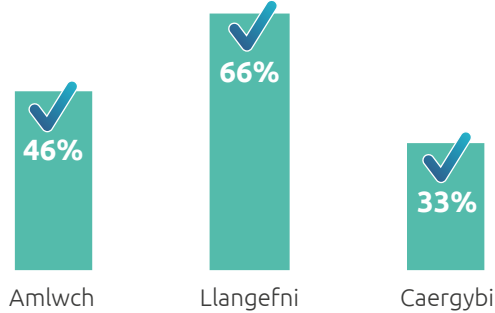
Mae ymholi am ACE yn...

Bwysig **81%**

Derbyniol **85%**

Cytuno/cytuno'n gryf â'r datganiad...

Roedd fy apwyntiad yn well am fod y meddyg/hyrs yn deall fy mhleutyndod yn well



Beth ddywedodd yr ymarferwyr?^d

Croesawyd y defnydd o **offeryn strwythuredig** er mwyn **lleihau'r pwysau gwybyddol ac emosiynol** ar gleifion.

Arweiniodd ymholi am ACE at **effeithiau bach iawn ar amser ymgynghoriad** unigolion. Fodd bynnag, roedd rhai nodweddion cynhenid o ymarfer cyffredinol, megis cleifion yn cyrraedd yn hwyr ar gyfer eu hapwyntiadau, yn creu **rhwystrau o ran cwblhau holiaduron ACE**.

Ni chafodd pryderon am y **galw cyffredinol ar wasanaethau** a mwy o angen am **gymorth arbenigol** eu **gwireddu yn ystod y peilot**. **Nid oedd unrhyw glaf wedi cynhyrfu neu'n ofidus** pan gyflwynwyd y modelau ymholi am ACE y cytunwyd arnynt.

Er bod modelau cyflwyno **hyblyg** yn caniatáu i'r peilot ymholi am ACE gael ei addasu i ofynion eraill a oedd yn cystadlu am eu hamser, roedd **gwyro o'r broses safonol** (e.e. ar gyfer arwyddo i mewn) yn creu **baich ychwanegol ar staff gweinyddol a dryswch i gleifion**.



Roedd gwybodaeth am ACE yn **gwella dealltwriaeth** o gleifion ac **empathi** tuag atynt, gan ganiatáu i ymarferwyr ddarparu **dull mwy cyfannol** o ofal i gleifion.

Darparodd y broses ymholi am ACE **wybodaeth newydd** a oedd yn groes i ragdybiaethau blaenorol am gleifion ac ystyriwyd ei bod yn **bwysig er mwyn bod yn sail i ddiagnosis a thriniaeth yn y dyfodol**.

Casgliadau

- ▶ Mae'r gwerthusiad o'r peilot hwn wedi canfod bod cryn gefnogaeth i dderbynioldeb ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol ymysg y cleifion a'r ymarferwyr, sydd ill dau yn deall ei berthnasedd a'i werth ychwanegol o ran cefnogi iechyd a llesiant unigolion.
- ▶ Er bod cysylltiad amlwg rhwng ACE a chanlyniadau iechyd meddwl gwael, a bod y canfyddiadau'n cefnogi'n betrus y syniad o fudd cyffredinol therapiwtig sy'n deillio o ymholi am ACE, mae sut y gall ymarferwyr ddefnyddio'r ddealltwriaeth o ACE yn sail i driniaeth a'r cymorth a ddarperir i gleifion yn parhau i fod yn aneglur.
- ▶ Er bod y cynllun peilot hwn yn rhoi rhywfaint o ddealltwriaeth galonogol o ddichonoldeb holi am ACE, ceir cymhlethdodau yn y lleoliad iechyd hwn sy'n parhau i fod yn her o ran ymgysylltu a chyflwyno dull gweithredu parhaus.
- ▶ Mae angen gwaith ymchwil a gwerthuso pellach er mwyn adeiladu ar y canfyddiadau cychwynnol hyn ac ymchwilio i ddefnyddioldeb dulliau graddedig a chynaliadwy o ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol.

^cCwestiynau adborth gan ddefnyddwyr gwasanaethau a gwblhawyd gan 333 o gleifion (58.9% o'r rhai a gafodd ymholiad am ACE); roedd yr opsiynau ymateb ar raddfa Likert (cytuno'n gryf; cytuno; ddim yn siŵr; anghytuno; anghytuno'n gryf); ^dCanfyddiadau ansoddol o gyfweiliadau adborth gyda rhanddeiliaid yn dilyn gweithredu'r model (n=12 o gyfranogwr).

Crynodeb Gweithredol

Cefndir

Yn ystod y blynyddoedd cynnar, gall dod i gysylltiad â pherthnasoedd ac amgylcheddau diogel, sefydlog a meithringar neu'r rhai a nodweddir gan straen niweidiol a thrawma pan yn blentyn gael effaith sylweddol a pharhaus ar ddatblygiad corfforol, cymdeithasol ac emosiynol.

Mae cysylltiad cryf rhwng profiadau niweidiol yn ystod plentyndod (ACE), megis cam-drin plant ac esgeulustod neu gael eu magu gyda gofalwyr sy'n camdefnyddio alcohol neu gyffuriau, a chanlyniadau iechyd gwael yn ddiweddarach mewn bywyd. Fel rhan o sylfeini afiachedd a marwolaethau cynamserol, mae atal ac ymateb i ACE yn ogystal â lliniaru eu heffeithiau ar iechyd a llesiant yn ystyriaeth hanfodol ar gyfer gwasanaethau gofal iechyd. Er bod rhywfaint o dystiolaeth yn dangos y gall y rhai sydd wedi cael nifer fawr o ACE fod yn faich mawr ar wasanaethau gofal sylfaenol ac eilaidd, mae awgrym hefyd y gallai'r rhai sydd wedi dioddef trawma yn ystod plentyndod brofi rhwystrau rhag ymgysylltu â gwasanaethau sy'n hybu iechyd neu wasanaethau ataliol yn arbennig. Gall rhoi'r sgiliau a'r hyder i ymarferwyr iechyd holi am ACE mewn ymarfer cyffredinol gynnig budd therapiwtig cynhenid i gleifion, cynorthwyo'r rhai a allai brofi rhwystrau i ofal iechyd i ymgysylltu â gwasanaethau, neu ganiatáu i ymarferwyr nodi opsiynau triniaeth a chymorth mwy priodol, yn seiliedig ar ddealltwriaeth well o achosion sylfaenol afiechyd.

Mae'r adroddiad hwn yn crynhoi canfyddiadau allweddol gwerthusiad o fenter beilot leol sy'n cynnal ymholiad am ACE gyda chleifion practisau cyffredinol sy'n oedolion. Yn y cynllun peilot aml-safle hwn a roddwyd ar waith mewn tri phractis cyffredinol yn Ynys Môn (Amlwch, Llangefni a Chaergybi) o fis Tachwedd 2017 i fis Ebrill 2018, cafodd 565 o gleifion eu holi am ACE. Gan ddefnyddio data ansoddol a meintiol, mae'r adroddiad hwn yn ystyried dichonoldeb a derbynioldeb ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol o safbwynt y claf a'r ymarferydd. Mae'r adroddiad hefyd yn ymchwilio i'r berthynas rhwng ACE a chanlyniadau iechyd yn y boblogaeth hon ac yn cynnig cipolwg ar sut y gellir defnyddio data o'r fath i ymchwilio i effaith ymholi am ACE ar y defnydd o wasanaethau yn y dyfodol.

Canfyddiadau allweddol

Dylunio a gweithredu

- Menter leol wedi'i hysgogi a'i chefnogi gan Fwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr a Canolfan Cefnogi: Profiadau Niweidiol Mewn Plentyndod (ACE Hub) oedd y prosiect peilot hwn. Penodwyd hwylusydd ymgynghorol i ddarparu hyfforddiant, deunyddiau a chymorth i'r practisau cyffredinol ac i gydgyhyrchu model ymholi am ACE gyda rheolwyr y practisau.
- Nid oedd y dull cyflwyno yn unffurf, ond dewisodd y tri phractis a gymerodd ran yn y prosiect ddulliau samplu systematig gwahanol i bennu'r sesiynau meddygfa lle yr ymholwyd am ACE.
- Cytunodd cyfanswm o 565 o gleifion i ddarparu gwybodaeth am ACE; cyfradd amcangyfrifedig o 90.5% o gleifion cymwys. Roedd data cyflawn i'w dadansoddi ar gael i 549 o gleifion. Roedd y cleifion hyn yn amrywio o 18 i 91 oed (cymedr=53.4 oed) ac roedd 61% yn fenywod.
- Cwblhaodd pob claf a oedd yn rhan o'r broses ymholi am ACE holiadur ysgrifenedig yn yr ystafell aros cyn eu hapwyntiad ac yna trafod y wybodaeth hon gyda'r ymarferydd yn ystod eu hymgynghoriad. Mewn un practis, defnyddiwyd proses ymholi am ACE wahanol i'r model y cytunwyd arno.

ACE ac iechyd

- Ar draws y cynllun peilot cyfan, roedd ychydig yn llai na thraean (29.5%) o gleifion practisau cyffredinol wedi cael dau ACE neu fwy; cyfradd debyg i'r un a nodwyd mewn arolygon cenedlaethol yng Nghymru. Fodd bynnag, roedd nifer yr ACE yn gwahaniaethu'n sylweddol rhwng practisau, gyda bron i hanner yr holl gleifion yng Nghaergybi wedi cael ≥ 2 ACE, o'i gymharu â thuag un o bob pump o gleifion yn Amlwch a Llangefni.
- Canfuwyd bod perthynas arwyddocaol rhwng nifer yr ACE a statws ysmegu, gyda chleifion ≥ 2 ACE ddwywaith yn fwy tebygol o fod yn ysmegwr presennol, o'u cymharu â chleifion gyda 0-1 ACE. Ni chanfuwyd unrhyw berthynas rhwng nifer yr ACE a gordewdra. Er bod gan ≥ 2 ACE gyfraddau uwch o glefyd rhwystrol

cronig yr ysgyfaint (COPD), nid oedd y cysylltiad hwn yn ystadegol arwyddocaol, o drwch blewyn. Ni chanfuwyd unrhyw berthynas arwyddocaol rhwng dod i gysylltiad ag ACE yn y gorffennol a chyfraddau asthma, diabetes Math II, pwysedd gwaed uchel, canser neu glefyd cardiofasgwlaidd (CVD) fel oedolion.

- Cafwyd perthynas arwyddocaol gref rhwng nifer yr ACE a salwch meddwl, gyda chleifion ≥ 2 ACE bron ddwywaith yn fwy tebygol o gael problemau iechyd meddwl megis iselder ysbryd a gorbryder fel oedolion, o'u cymharu â'r rhai $\geq 0-1$ ACE.
- Er na chanfuwyd unrhyw berthynas arwyddocaol rhwng ACE yn ystod plentyndod ac ymweld â'r meddyg teulu yn aml neu ddefnyddio llawer o feddyginiaeth fel oedolion, roedd y rhai a gafodd bresgripsiwn ar gyfer gwrth-iselyddion (erioed) ac atgyfeiriadau i ofal eilaidd (yn ystod y 12 mis blaenorol) yn sylweddol uwch ymysg cleifion ≥ 2 ACE.

Profiad yr ymarferydd

- Ar draws pob practis, roedd modelau cyflwyno hyblyg yn caniatáu i ymarferwyr clinigol addasu'r peilot ymholi am ACE yn unol â gofynion eraill sy'n cystadlu am eu hamser. Fodd bynnag, yn sgil gwyro oddi wrth brosesau safonol (e.e. ar gyfer apwyntiadau) crewyd rhywfaint o faich ychwanegol i staff gweinyddol a dryswch i gleifion. Er bod y defnydd o offeryn strwythuredig wedi'i groesawu er mwyn lleihau'r pwysau gwybyddol ac emosiynol ar gleifion, disgrifiodd yr ymarferwyr bryderon ynghylch storio data ar ACE a'r goblygiadau yn sgil hynny i'w perthnasedd clinigol yn y dyfodol.
- Arweiniodd ymholi am ACE at effeithiau bach iawn ar amser ymgynghoriad unigolion, gydag ymarferwyr yn fodlon derbyn mân oedi yn gyffredinol, fel sy'n digwydd yn rheolaidd mewn gofal sylfaenol. Ni chafodd pryderon am y galw cyffredinol ar wasanaethau a mwy o angen am gymorth arbenigol eu gwireddu yn ystod y peilot. Fodd bynnag, roedd clinigwyr yn dal i bryderu am ddiffyg camau dilynol i ddeall sut roedd cleifion yn teimlo ar ôl gadael y feddygfa.

- Roedd yr ymarferwyr yn cytuno bod cael gwybodaeth am ACE yn gwella eu dealltwriaeth o gleifion a'u hempoethi tuag atynt, gan ddarparu dull mwy cyfannol o ddarparu gofal i gleifion. Yn gyffredinol, roeddent yn teimlo na fyddai'r wybodaeth hon yn hysbys heb ofn amdani'n uniongyrchol. Felly, rhoddodd ymholi am ACE dystiolaeth a oedd yn groes i'w rhagdybiaethau blaenorol am gleifion, gan gefnogi'r angen a amlinellir yn *Cymru Iachach: Ein cynllun ar gyfer Iechyd a Gofal Cymdeithasol* i edrych y tu hwnt i symptomau neu anghenion uniongyrchol wrth gefnogi unigolion i gynnal neu wella eu hiechyd. Er bod ymarferwyr o'r farn y gallai'r wybodaeth newydd hon fod yn bwysig er mwyn bod yn sail i ddiagnosis a thriniaeth yn dyfodol, a bod ymholi am ACE felly yn fuddsoddiad ar gyfer y dyfodol, nid oedd yn glir o hyd o dan ba amgylchiadau y gallai ymarferwyr ddefnyddio'r wybodaeth hon a sut. Roedd gwerth gwybodaeth am ACE ar gyfer dulliau gweithredu cyffredinol neu wedi'u targedu yn destun dadl.
- Roedd hanner yr holl ymatebwyr yn teimlo bod eu hapwyntiad yn well oherwydd bod yr ymarferydd iechyd yn deall eu plentyndod yn well. Fodd bynnag, roedd 35% arall o gleifion yn ansicr. Ar gyfer y mesur hwn, canfuwyd gwahaniaethau sylweddol rhwng practisau, gyda dwy ran o dair o'r ymatebwyr o Langefni yn nodi eu hapwyntiad yn well oherwydd yr ymholiad am ACE, o gymharu â dim ond 46% o'r rhai yn Amlwch a llai na thraean y cleifion yng Nghaerdybi. Mewn adborth ysgrifenedig gan gleifion, gofynnodd nifer fach o gleifion gwestiynau am gwmpas yr holiadur ACE, gan fynegi diddordeb mewn cynnwys profiadau eraill ynddo.
- Er bod tua hanner yr holl gleifion â ≥ 2 ACE wedi ymweld â'r practis yn llai aml yn ystod y chwe mis ar ôl yr ymholiad am ACE ac wedi cynyddu eu defnydd o feddyginiaeth amlroddadwy, mae newidiadau tebyg mewn patrymau ymgynghori a rhagnodi ar gyfer y rhai â 0-1 ACE yn ei gwneud hi'n anodd dod i unrhyw gasgliadau cadarn ynghylch effaith ymholi am ACE ar y defnydd o wasanaethau.

Profiad y claf

- Dywedodd yr ymarferwyr fod cleifion yn croesawu'r broses ymholi am ACE gan ei bod yn cynyddu hunanymwybyddiaeth ac yn caniatáu iddynt fyfyr ar brofiadau negyddol a'u gwydnwch o ran ymdopi ag anawsterau bywyd. Ar gyfer dau o'r tri phractis, dywedwyd na fu i unrhyw glaf gynhyrfu neu anesmwytho neu ddangos arwyddion eraill o ofid drwy gydol y cynllun peilot. Yn y practis arall, dywedwyd bod un person wedi mynd yn "ddig iawn" yn ystod trafodaeth grŵp - rhywbeth a oedd yn gwyro o'r model cyflwyno a fwriadwyd. Awgrymodd yr ymarferwyr fod rhai cleifion wedi rhoi ymatebion emosiynol i'r holiadur ACE ac roeddent yn teimlo eu bod yn ymatebion o natur sensitif, yn enwedig y rhai a oedd yn ymwneud â cham-drin rhywiol.
- Ar gyfer ychydig o dan 60% o gleifion a oedd wedi cael ACE, y fenter hon oedd y tro cyntaf iddynt ddweud wrth weithiwr proffesiynol neu wasanaeth am y profiadau hyn. At ei gilydd, roedd barn y cleifion ynghylch ymholi am ACE yn gadarnhaol, gyda thros 95% yn dweud bod y cwestiynau am ACE yn glir ac yn ddealladwy ac 87% yn dweud bod y feddygfa'n lle addas i ofn cwestiynau o'r fath. Ar draws yr holl safleoedd, roedd 85% o'r cleifion o'r farn ei bod yn dderbyniol darparu gwybodaeth am brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod i ymarferydd iechyd ac roedd pedwar o bob pump o'r farn ei bod yn bwysig i ymarferwyr ddeall y wybodaeth hon.

Casgliadau

Mae'r gwerthusiad peilot hwn wedi canfod bod cryn gefnogaeth i dderbynioldeb ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol ymysg y cleifion a'r ymarferwyr, sydd ill dau yn deall ei berthnasedd a'i werth ychwanegol o ran cefnogi iechyd a llesiant unigolion. Felly mae ymholi am ACE yn y lleoliad hwn yn cynnig cyfle sy'n cael ei groesawu i gleifion ddatgelu ACE yng nghyd-destun perthynas gefnogol gyda gweithiwr iechyd proffesiynol. Er bod cysylltiad amlwg rhwng ACE â chanlyniadau iechyd meddwl gwael, a bod y canfyddiadau'n cefnogi'n betrus i'r syniad o fudd cyffredinol therapiwtig sy'n deillio o ymholi am ACE, mae sut y gall ymarferwyr ddefnyddio'r ddealltwriaeth o ACE yn sail i driniaeth a'r cymorth a ddarperir i gleifion yn parhau i fod yn aneglur.

Er bod y cynllun peilot hwn yn rhoi rhywfaint o ddealltwriaeth galonogol o ddichonoldeb holi am ACE, ceir cymhlethdodau yn y lleoliad iechyd hwn sy'n parhau i fod yn her o ran ymgysylltu a chyflwyno dull gweithredu parhaus. Mae'r canfyddiadau hyn yn awgrymu y gall gwydnwch unigolion o fewn y system a'r system ei hun chwarae rhan allweddol wrth bennu addasrwydd ac effeithiolrwydd ymholi.

Argymhellion

Argymhelliad cyffredinol

- Mae angen gwaith ymchwil a gwerthuso pellach er mwyn adeiladu ar y canfyddiadau cychwynnol hyn ac ymchwilio i ddefnyddioldeb dulliau graddedig a chynaliadwy o ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol, gan ystyried y pwyntiau isod i'w mireinio ac i ymchwilio ymhellach iddynt.

Gweithredu - Mireinio modelau ymholi am ACE

- Dylai datblygiadau yn y maes ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol yn y dyfodol sicrhau bod asesiadau manwl a chydweithredol o barodrwydd yn cael eu cynnal. Rhanddeiliaid ddylai benderfynu ar gwmpas yr asesiadau hyn yn unol ag amcanion ymholi am ACE a dylid cynnwys staff rheng flaen, rheolwyr a chynrychiolwyr cleifion yn y broses o'u rhoi ar waith, lle bynnag y bo modd. Mae'r materion allweddol i'w hystyried yn cynnwys (ond heb eu cyfyngu i): lefelau staffio cyfredol a heriau parhaus yn ymwneud ag adnoddau; yr angen am addasiadau i lwybr y claf i gefnogi ymholi am ACE (e.e. systemau apwyntiadau); pwysau allanol neu fentrau newydd eraill a all ddargyfeirio sylw ac adnoddau o'r broses ymholi; hyblygrwydd unrhyw brosesau presennol i ymdopi â'r galw ychwanegol; ac argaeledd data cleifion i gefnogi monitro a gwerthuso ac adnoddau parhaus i reoli, echdynnu a dadansoddi data.
- Dylai'r rhai sy'n gyfrifol am gomisiynu neu hwyluso dulliau o ymholi am ACE sicrhau bod practisau yn cael cefnogaeth barhaus wrth gyflwyno modelau ymholi y cytunwyd arnynt. Dylid datblygu dulliau ac offer monitro er mwyn sicrhau bod y broses yn cael ei chyflwyno yn unol â'r bwriad, neu fel isafswm bod y gwyradau o'r dulliau cyflwyno bwriadedig yn cael eu cofnodi'n gywir.
- Dylai practisau nodi sut y gellir storio data am ACE i sicrhau eu bod yn cynnwys digon o wybodaeth a'u bod yn ddigon hygyrch i glinigwyr er mwyn bod yn glinigol berthnasol, ond gan gadw at y safonau angenrheidiol o ran cyfrinachedd cleifion ac egwyddorion llywodraethu gwybodaeth.

- Efallai y bydd rhanddeiliaid yn dymuno ystyried datblygu a threialu modelau wedi'u targedu o ymholi am ACE a/neu'r rhai sy'n digwydd mewn lleoliadau eraill (e.e. pan fydd ymgynghoriadau yn cael eu cynnal yn y cartref neu mewn lleoliadau gofal). Dylai'r cyfleoedd hyn gael eu pennu ar sail cysylltiadau hysbys rhwng ACE a chanlyniadau iechyd; e.e. cynnwys trafodaeth ar hanes plentyndod mewn ymgynghoriadau cychwynnol ar gyfer problemau iechyd meddwl. Mae'n bwysig bod unrhyw fodolau cyflwyno newydd yn cael eu disgrifio'n gywir a bod gwerthusiad yn cael ei wneud i ymchwilio i ddichonolrwydd a derbynioldeb y dulliau hyn gyda chleifion ac ymarferwyr.
- Dylai practisau sy'n ymholi am ACE wneud ymrwymiad clir i sicrhau bod modelau ymholi yn cael eu hymgorffori, yn cael eu cefnogi gan yr holl staff, ac yn cyd-fynd â gwerthoedd y sefydliad. Rhaid i ymarferwyr gael eu cefnogi gan hyfforddiant a goruchwyliaeth er mwyn sicrhau eu bod yn cael deialog wirioneddol gyda chleifion am ACE, a bod y defnydd o offeryn neu holiadur i gasglu gwybodaeth am ACE wedi'i seilio ar gyddestun newid diwylliannol ehangach sy'n symud y practis tuag at ddarparu gofal sy'n seiliedig ar wybodaeth am drawma neu ACE.

Ymchwil - Mynd i'r afael â chwestiynau allweddol sy'n dod i'r amlwg

- Dylid ymgymryd â rhagor o werthusiadau gwasanaeth er mwyn efelychu amcanion y gwerthusiad peilot hwn ac ymchwilio i ymarferoldeb a derbynioldeb gwahanol fodolau ymholi am ACE (yn seiliedig ar yr argymhellion ar gyfer gweithredu a amlinellir uchod) mewn gwahanol leoliadau ymarfer cyffredinol. Dylai'r gwerthusiadau hyn anelu at recriwtio samplau mwy o faint a mwy amrywiol o gleifion a dadansoddi'r holl ddata sydd ar gael dros gyfnodau dilynol yn y tymor hwy.
- Dylid gwneud gwaith ymchwil ansoddol manwl gyda chleifion i ymchwilio i fanteision therapiwtig posibl ymholi am ACE a rôl gwell perthynas rhwng yr ymarferydd a chleifion fel mecanwaith ar gyfer y budd hwn.



- Dylai ymchwil manwl hefyd archwilio gydag ymarferwyr iechyd rheng flaen sut y gall dealltwriaeth o ACE cleifion effeithio ar eu penderfyniadau proffesiynol ynghylch diagnosis, triniaeth a chymorth neu atgyfeirio, neu sut mae dealltwriaeth o ACE wedi effeithio ar hynny.
- Er mwyn darparu llinell sylfaen ar gyfer ystyried effaith bosibl ymholi am ACE ar y defnydd o wasanaethau, dylid gwneud gwaith ymchwil i ddeall sut y mae oedolion sydd wedi cael ACE yn defnyddio'r gwasanaeth gofal sylfaenol, gan gynnwys ffactorau demograffig, iechyd a ffactorau eraill a allai ddylanwadu ar barodrwydd i gysylltu ag ymarferydd iechyd, a pharodrwydd i ddatgelu profiadau niweidiol cynnar mewn lleoliadau iechyd.
- Er mwyn canfod unrhyw ostyngiadau yn y galw am wasanaethau iechyd yn dilyn ymholi am ACE, dylai gwaith ymchwil archwilio dichonoldeb ymholi am ACE a threialu dulliau ar gyfer deall effaith hynny ar y system gofal iechyd ehangach, er enghraifft gan gynnwys gofal eilaidd neu ddefnyddio gwasanaethau gofal brys.

1. Cyflwyniad

Mae'r adroddiad hwn yn crynhoi canfyddiadau allweddol gwerthusiad o brosiect peilot yn ymwneud ag ymholi am brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod (ACE) gan glinigwyr mewn practisau cyffredinol yn Ynys Môn. Fel y prosiect peilot cyntaf o'i fath yng Nghymru, nod yr adroddiad yw ymchwilio i brawf o'r cysyniad o ymholi am ACE yn ôl-syllol gyda chleifion sy'n oedolion wrth ddefnyddio gwasanaethau iechyd cyffredinol. O ganlyniad, mae'n canolbwyntio ar ddichonoldeb a derbynoldeb ymholi am ACE o safbwynt yr ymarferydd a'r claf. Gallai'r adroddiad fod o ddiddordeb i'r sawl sydd â chyfrifoldebau dros gomisiynu, dylunio neu ddarparu gwasanaethau yn y maes ymarfer cyffredinol a gwasanaethau gofal sylfaenol eraill, neu unrhyw un sydd â diddordeb mwy cyffredinol yn yr ymateb i ACE, meithrin gwydnwch a lliniaru effeithiau niwed cynnar ar ganlyniadau iechyd a llesiant.

Mae blynyddoedd cynnar bywyd yn gyfnod hollbwysig ar gyfer datblygiad corfforol, emosiynol a chymdeithasol. Mae gan blant sy'n cael eu magu mewn amgylcheddau diogel, sefydlog, meithringar a chanddynt berthynas gefnogol gyda'r rhai sy'n darparu gofal iddynt y sylfeini ar gyfer datblygiad iach a'r cyfle mwyaf i ffynnu. Fodd bynnag, ar gyfer plant sy'n cael eu hesgeuluso, eu cam-drin neu sy'n dod i gysylltiad â math arall o drawma, efallai y bydd y datblygiad yn canolbwyntio ar oroesi yn y tymor byr gyda'r plentyn yn dioddef ymateb andwyol ar ffurf straen niweidiol. Mae ymchwil yng Nghymru ac ar draws y byd yn amlygu nifer yr achosion o brofiadau trawmatig yn gynnar mewn bywyd a'u heffeithiau ar gwrs bywyd. Mae profiadau niweidiol yn ystod (ACE) yn disgrifio erledigaeth uniongyrchol y plentyn (e.e. drwy gam-drin ac esgeuluso) a ffactorau sy'n bygwth diogelwch a sefydlogrwydd yr amgylchedd y maent yn cael eu magu ynddo (Blwch 1[1]). Mae tystiolaeth gynyddol sy'n tanlinellu effeithiau cronol ffurfiau lluosog o niwed a'r berthynas rhwng ACE chanlyniadau niweidiol ar gyfer iechyd a gweithrediad [2-5]. Yn ôl arolwg cynrychioliadol o aelwydydd cenedlaethol a gynhaliwyd yn 2017, mae oddeutu hanner yr holl oedolion yng Nghymru wedi cael o leiaf un ACE, ac mae 14% wedi cael cymaint â phedwar ACE neu fwy yn ystod y 18 mlynedd gyntaf o fywyd (Blwch 1[1]).

Blwch 1: ACE a nifer yr achosion ymysg oedolion yng Nghymru

ACE	Nifer yr achosion	
Cam-drin plant	Cam-drin llafar	20%
	Cam-drin corfforol	16%
	Cam-drin rhywiol	7%
	Esgeulustod corfforol	4%
	Esgeulustod emosiynol	7%
Yr aelwyd yn ystod plentyndod wedi cynnwys	Rhieni'n gwahanu	25%
	Trais domestig	17%
	Salwch meddwl	18%
	Camddefnyddio alcohol	13%
	Defnyddio cyffuriau	6%
	Carcharu	4%

Ffynhonnell: Hughes et al., 2018 [1]

1.1 ACE, iechyd a'r defnydd o wasanaethau

O ran y plentyn sy'n datblygu, gall bod o dan straen am gyfnod maith yn absenoldeb perthnasoedd amddiffynnol achosi niwed ar lefel celloedd hyd yn oed [6]. Felly, ar gyfer plant sy'n dioddef ACE, rydym bellach yn deall y newidiadau niwrobiologol, imiwnolegol a hormonaidd sy'n digwydd wrth i'r corff addasu i straen niweidiol [7]. Mae hyn yn gosod ACE yn gadarn o fewn cylch gwaith gweithwyr gofal iechyd proffesiynol fel un o achosion sylfaenol marwolaethau ac afiachedd. Mae'r dystiolaeth yn nodi bod cysylltiad cryf rhwng digwyddiadau niweidiol yn ystod bywyd cynnar a chyflyrau iechyd cronig, gyda'r rhai sy'n profi mwy o ACE yn tueddu i brofi mwy o niwed. Mewn meta-ddadansoddiad o ymchwil byd-eang, gwelwyd cysylltiad cryf rhwng ACE a mwy o risg o ganser, clefyd y galon a chlefyd anadlol [8]. Adlewyrchwyd y canfyddiadau hyn hefyd mewn arolwg cenedlaethol yng Nghymru, a ganfu fod oedolion a oedd wedi cael dim ond un ACE bron un a hanner gwaith yn fwy tebygol a'r rhai a oedd wedi cael ≥ 4 ACE dros ddwy waith yn fwy tebygol o gael diagnosis o un neu fwy o glefydau cronig, o'u cymharu â'r rhai nad oeddent wedi cael unrhyw ACE [9]. Yn yr astudiaeth hon, roedd gan y rhai a oedd yn y categori ACE uchaf (≥ 4) lefelau diagnosis o glefydau cronig a oedd yr un fath ag oedolion heb unrhyw ACE a oedd oddeutu ddeng mlynedd yn hŷn [9]. Gall llesiant meddyliol gwael gyfrannu ymhellach at afiechyd corfforol ac arwain at newidiadau negyddol mewn ffordd o fyw a gweithrediad [10-11]. Mae astudiaethau yng Nghymru yn awgrymu y gall cymaint â 23% o oedolion â 2-3 ACE a 40% o oedolion â ≥ 4 ACE fod â llesiant meddyliol gwael, o'i gymharu â 14-15% o'r rhai â 0 neu 1 ACE [12]. Mae cyfraddau'r problemau iechyd meddwl y gwnaed diagnosis ohonynt hefyd yn dangos perthynas gref ag ACE, gyda hanes o niwed yn gysylltiedig â mwy o debygolrwydd o gael anhwylderau sy'n effeithio ar dymer megis gorbryder ac iselder [13-14]. Yn ogystal ag effeithiau uniongyrchol ACE ar ddatblygiad plant, gall effeithiau niwed cynnar ar iechyd a llesiant yn yr hirdymor gynnwys tuedd gynyddol i hunan-niweidio megis defnyddio sylweddau [15-16], yn rhannol fel modd o ymdopi â niwed cynnar [17]. Yng Nghymru, mae oedolion â ≥ 4 ACE bedair gwaith yn fwy tebygol o fod yn yfwr risg uchel a chwe gwaith yn fwy tebygol o ysmegu e-sigaréts neu dybaco [18].

Yn unol â'r berthynas rhwng niwed cynnar ac iechyd corfforol a meddyliol gwael, mae rhai astudiaethau'n awgrymu bod oedolion sydd wedi cael ACE yn fwy tebygol o ddefnyddio ystod o wasanaethau iechyd, gan gynnwys gofal sylfaenol [19], gwasanaethau ysbyty a gofal cleifion allanol, a gwasanaethau fferyllol [20]. Er enghraifft, yn y 12 mis blaenorol, roedd oedolion yng Nghymru â ≥ 4 ACE ddwywaith yn fwy tebygol o fod wedi ymweld â'u meddyg teulu yn aml (chwe gwaith neu fwy mewn 12 mis), tair gwaith yn fwy tebygol o fod wedi mynychu Adran Damweiniau ac Achosion Brys a thair gwaith yn fwy tebygol o fod wedi treulio noson yn yr ysbyty, o'i gymharu â'r rheini nad oeddent wedi cael unrhyw ACE [9]. Mae dod i gysylltiad ag ACE wedi cael ei gysylltu â chanfyddiadau mwy negyddol gan unigolion o'u hiechyd a'u bywiogrwydd eu hunain [21] ac mae oedolion sydd wedi cael ACE sy'n aml yn defnyddio gwasanaethau gofal sylfaenol yn fwy tebygol o'u defnyddio ar gyfer problemau somatig megis poen cronig a symptomau blinder [22]. Fodd bynnag, efallai bod peidio â defnyddio gwasanaethau gofal iechyd mewn ffordd ataliol hefyd yn rhan o batrwm ehangach o ymddygiad peryglus neu'n ganlyniad ffordd o fyw fwy 'di-drefn' y rhai sydd wedi dioddef ACE [23]. Er enghraifft, mae ymchwil o'r Unol Daleithiau a Chanada i wasanaethau 'cadw'n iach' (h.y. yn hytrach na gwasanaethau triniaeth) wedi dangos bod cysylltiad rhwng ACE a llai o ddefnydd o wasanaethau sgrinio ar gyfer canser [24] ac archwiliadau iechyd cyffredinol [25] neu ofal deintyddol ataliol [26]. Yn ogystal, mae tystiolaeth ryngwladol hefyd yn dechrau dod i'r amlwg o effaith niwed yn ystod plentyndod ar reoli chyflyrau iechyd cronig, megis peidio â chadw at feddyginiaethau cardiofasgwlaidd ataliol ymhlith dynion yn y Ffindir [27]. Er y dangoswyd bod canlyniadau iechyd negyddol sy'n gysylltiedig ag ACE yn annibynnol ar amddifadedd [9], mae pobl sy'n byw mewn ardaloedd mwy difreintiedig, sy'n dioddef tlodi neu anfantais economaidd-gymdeithasol arall yn debygol o wynebu mwy o risg o gael ACE [28]. Yma ceir potensial am anfantaision niferus, gan fod amddifadedd hefyd yn gysylltiedig â gwasanaethau o ansawdd gwael a mwy o anhawster i gael gafael ar wasanaethau o'r fath [29], sy'n golygu ei bod yn fwy tebygol nad oes gan bobl yr adnoddau, y sgiliau neu'r dulliau cymorth i liniaru effeithiau niwed.

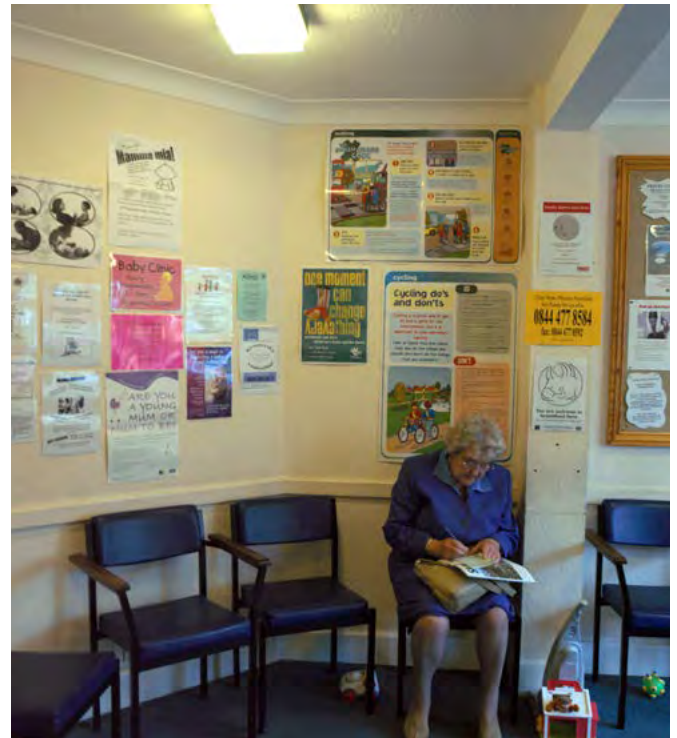
1.2 Holi am ACE mewn lleoliadau gofal iechyd

Er gwaethaf y cynnydd cyffredinol yn ein dealltwriaeth o'r cysylltiadau rhwng niwed cynnar ac iechyd a llesiant yn ddiweddarach mewn bywyd, ac adlewyrchiad o'r ddealltwriaeth hon mewn polisïau cenedlaethol craidd [30], mae rhai bylchau sylweddol yn parhau rhwng ymchwil ac ymarfer yn y maes ACE, yn enwedig mewn lleoliadau iechyd. Gall diffyg sylw i ACE a thrawma yn ystod bywyd cynnar yng nghwricwlwm hyfforddiant y rhan fwyaf o weithwyr iechyd proffesiynol gyfrannu at y bwlch hwn [31-32], gan fod astudiaethau'n awgrymu bod ymarferwyr iechyd yn gyffredinol yn teimlo nad ydynt yn barod i drafod trawma a'i effeithiau gyda chleifion [33] gan ofni achosi gofid neu 'godi hen grachod' drwy gychwyn sgysysiau o'r fath [34]. O ganlyniad, ymddengys fod trafodaethau ar benderfynyddion iechyd ehangach yn eithriad yn hytrach na'r rheol mewn gofal sylfaenol [35]. Serch hynny, gofal sylfaenol yw 'cartref meddygol' ymarfer sy'n seiliedig ar wybodaeth am drawma, oherwydd ffactorau megis perthynas barhaus gyda chleifion a darparu gofal sy'n canolbwyntio ar y claf sy'n digwydd yn y cyd-destun hwn [36].

Mae p'un a yw sgrinio ar gyfer ACE yn briodol ai peidio, o ystyried prinder y dystiolaeth wrth ymateb i'r rhai y canfyddir eu bod wedi cael profiadau o'r fath a'r adnoddau sydd ar gael ar gyfer hynny, yn parhau i fod yn destun dadl [37-38].

Fodd bynnag, mae gan holi am ACE a chychwyn trafodaeth ehangach am hanes plentyndod ac iechyd presennol mewn lleoliadau gofal iechyd (ymholi am ACE) y potensial i:

- helpu'r rhai sydd wedi dioddef ACE i siarad am eu profiadau;
- caniatáu i weithwyr iechyd proffesiynol ddeall rhai o achosion sylfaenol ymddygiad ac afiechyd a threfnu cefnogaeth fwy priodol o fewn y darpariaethau presennol;
- darparu'r cyfle i nodi adnoddau personol, cymunedol, iechyd ac adnoddau ychwanegol a all helpu i liniaru rhai o effeithiau trawma mewn bywyd cynnar;
- atal y trawma rhag gwaethygu drwy gael gofal meddygol neu driniaeth feddygol; a
- helpu i dorri rhai o'r tabŵs sy'n dal fodoli mewn cymdeithas ynghylch y materion hyn [39-40].



Mae astudiaethau cychwynnol yn yr Unol Daleithiau wedi nodi cyfraddau ymateb uchel i ymholi am ACE gydag oedolion mewn lleoliadau gofal iechyd sylfaenol [41-42]. Er enghraifft, dywedodd cleifion sy'n ymweld â chlinig iechyd yng Nghaliffornia eu bod yn gyfforddus yn cael eu holi am ACE gan glinigwyr ac roeddent yn fodlon i'r wybodaeth hon gael ei chynnwys yn eu cofnod meddygol [42]. At hynny, disgrifiodd cleifion mewn astudiaeth arall, lle yr oedd ymarferydd nyrsio yn holi am ACE, ymdeimlad o rym yn ogystal â theimlo 'rhyddhad' ac 'iachâd' [43]. Mae canfyddiadau o astudiaeth beilot yn Lloegr hefyd yn cefnogi'n betrus ddichonoldeb a derbynoldeb ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol, gyda 93% o gleifion yn cytuno i hynny a thros 85% o'r cleifion hynny yn nodi bod ymholi am ACE yn dderbyniol ac yn bwysig. Awgrymodd cymaint â 70% o gleifion hefyd fod eu hapwyntiad yn well o ganlyniad i'r ymarferydd iechyd yn holi am ACE [44]. Ategir dichonoldeb a derbynoldeb ymholi am ACE hefyd mewn canfyddiadau o beilot cychwynnol gydag ymwelwyr iechyd yng Ngogledd Cymru [45]. Yn y fenter leol hon, roedd mamau yn fodlon siarad am brofiadau plentyndod gydag ymwelydd iechyd, ac yn dilyn hynny gwelodd ymarferwyr welliannau yn ansawdd a natur agored eu perthynas â defnyddwyr gwasanaethau [45].

1.3 Ymarfer cyffredinol yng Nghymru a'r agenda ACE

Mae unigolion sydd wedi dioddef trawma fel arfer yn cael gofal drwy systemau ymarfer cyffredinol. Fodd bynnag, yng Nghymru, fel ar draws y DU, mae'r galw am y darpariaethau hyn yn parhau i dyfu, gyda llai na 2,000 o feddygon teulu yn gwasanaethu'r genedl gyfan o 3.1 miliwn - tua 6.5 o ymarferwyr fesul 10,000 o'r boblogaeth [46]. Yn ôl Cymdeithas Feddygol Prydain, mae'r person cyffredin yn ymweld â'r feddygfa chwe gwaith y flwyddyn - dwbl nifer yr ymweliadau ddegawd yn ôl [47]. Er bod arolygiadau diweddar wedi canmol ymarfer cyffredinol yng Nghymru am barhad gofal ac am ganolbwyntio ar ddatblygiad proffesiynol parhaus i'r holl staff, mae heriau'n parhau i sicrhau bod systemau yn hygyrch, yn enwedig i'r cleifion hynny a chanddynt anghenion ychwanegol [48]. Mae cyfeiriad a datblygiad y maes gofal sylfaenol yng Nghymru yn cael eu llywio gan Egwyddorion Gofal Iechyd Darbodus [49] a'r cynllun iechyd a gofal cymdeithasol diwygiedig - *Cymru Iachach* [30]. Yn unol â Deddf Cenedlaethau'r Dyfodol [50], mae camau gweithredu cenedlaethol ar y cyd wedi'u hanelu at dri maes blaenoriaeth allweddol, gan gynnwys lleihau profion, triniaethau a phresgripsiynau diangen ac amhriodol a sicrhau bod pobl yn gallu gwneud penderfyniadau gwybodus am y gofal a gânt. Mae gwerthoedd y system gyfan a nodir yn y cynllun iechyd a gofal cymdeithasol yn cynnwys cefnogi pobl yn rhagweithiol drwy gydol eu hoes a sicrhau gofal o ansawdd a gwerth [30].

Yn dilyn cyflwyno'r arolwg cenedlaethol cyntaf o ACE yng Nghymru yn 2015, a ddisgrifiodd pa mor gyffredin yw ACE a'u heffeithiau ar iechyd [18], mae Llywodraeth Cymru, gwasanaethau cyhoeddus a'r sector gwirfoddol wedi dod ynghyd i lunio agenda genedlaethol i atal ACE, meithrin gwydnwch a darparu cymorth i'r rhai sydd eisoes wedi dioddef o'u heffeithiau. Er bod rhaglenni gwaith yn parhau i ddatblygu mewn sectorau megis addysg, tai a phlisma, mae'r fframweithiau polisi uchod yn gyfle i ddechrau archwilio rôl ymarferwyr iechyd rheng flaen i nodi'n uniongyrchol unigolion sydd wedi dioddef trawma yn ystod plentyndod a'u cefnogi. Yn 2017-18, cydnabuwyd y cyfle hwn gan Ganolfan Gymorth ACE Cymru Well a Bwrdd Iechyd Prifysgol Betsi Cadwaladr (BIPBC), a geisiodd dreialu dull o ymholi am ACE mewn tri phractis cyffredinol yn Ynys Môn. Comisiynwyd Iechyd Cyhoeddus Cymru i ddarparu gwerthusiad annibynnol o'r cynllun peilot hwn.

1.4 Amcanion y gwerthusiad

Prif amcan y gwerthusiad hwn oedd:

- 1 Archwilio gyda chleifion ac ymarferwyr ddichonoldeb a derbynioldeb ymholi am ACE mewn lleoliadau ymarfer cyffredinol.

Yr amcanion eilaidd oedd:

- 2 Nodi nifer yr ACE mewn sampl gofal sylfaenol o oedolion ac archwilio'r cysylltiad rhwng ACE a newidynnau allweddol yn ymwneud â demograffeg, ffordd o fyw, iechyd, llesiant a'r defnydd o wasanaethau;
- 3 Ystyried effeithiau posibl ymholi am ACE ar ymweliadau cleifion a phractis cyffredinol a'r defnydd o feddyginiaeth dros gyfnod dilynol o chwe mis.

2. Dulliau

2.1 Dylunio a chyflwyno'r peilot

Menter leol wedi'i hysgogi a'i chefnogi gan BIPBC a Chanolfan Gymorth ACE Cymru Well (Canolfan ACE) oedd y prosiect peilot. Gofynnwyd i Iechyd Cyhoeddus Cymru ddarparu gwerthusiad annibynnol o'r gwaith ond nid oeddent yn rhan o gynllunio a chyflwyno'r ymholiad am ACE. Er gwybodaeth, ceir crynodeb o'r model cyflawni bwriadedig a luniwyd gan BIPBC ym Mlwh 2.

Ymgysylltiad a pharodrwydd sefydliadol

Cefnogwyd y peilot gan hwylusydd ymgynghorol a benodwyd gan y Ganolfan ACE. Yn ystod cyfarfod cychwynnol, edrychodd hwylusydd ymgynghorol, y cyfarwyddwr meddygol ardal BIPBC ac arweinydd ymchwil y clwstwr ar ddyluniad cyffredinol y prosiect. Cysylltodd y cyfarwyddwr meddygol ardal â phob rheolwr practis o fewn y clwstwr a'u gwahodd i fynegi diddordeb mewn cymryd rhan yn y peilot. Cynhaliwyd cyfarfodydd cychwynnol rhwng yr hwylusydd ymgynghorol a'r rheolwyr yn y tri phractis a nodwyd ym mis Awst 2017 i gytuno ar y cyfrifoldebau a'r gofynion ar gyfer cymryd rhan yn y peilot (gweler Atodiad 1: Tabl I am wybodaeth am y tri phractis a gymerodd ran). Dilynwyd hyn gan gyfarfodydd cynllunio ym mis Medi 2017 lle y gweithiodd yr hwylusydd ymgynghorol gyda rheolwyr y practisau a chlinigwyr allweddol i fireinio'r model ymholi am ACE (e.e. penderfynu sut y byddai cleifion yn cael yr holiadur ACE). Darparodd yr hwylusydd ymgynghorol gefnogaeth barhaus i bractisau drwy gydol y broses o weithredu'r peilot, gan gysylltu â hwy dros y ffôn bob mis i 6 wythnos ac ymweld â'r practisau ym mis Rhagfyr 2017 (Amlwch a Chaergybi) a mis Chwefror 2018 (Llangefni).

Blwch 2: Model ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol

Staff y dderbynfa yn nodi cleifion cymwys ac yn rhoi taflen wybodaeth a holiadur ACE iddynt

Claf yn cwblhau holiadur ACE yn yr ardal aros cyn yr apwyntiad

Claf yn rhoi'r holiadur wedi'i gwblhau i'r clinigydd ar ddechrau'r apwyntiad

Clinigydd yn trafod y broblem/problemau iechyd yna'n cyflwynor cysylltiad rhwng ACE ac iechyd ac yn gwahodd i claf i drafod ei ACE

Claf yn cael cyfle i gael cymorth pellach neu ei atgyfeirio ac yn cael gwybodaeth am wasanaethau cymorth lleol a chenedlaethol

Hyfforddiant a deunyddiau

Darparwyd hyfforddiant gan yr hwylusydd ymgynghorol a chyflwynodd bwrpas a rhesymeg ymholi am ACE cyn amlinellu'r broses ymholi 4 cam: **egluo, gofyn, gwrando a chau**. Yn Amlwch a Llangefni, cynhaliwyd hyfforddiant dros awr a hanner ac roedd yn cynnwys yr holl staff (meddygon teulu, ymarferwyr nyrsio, staff derbyn/gweinyddol). Yng Nghaergybi, rhannwyd yr hyfforddiant yn ddwy sesiwn: (1) cwrs gwybodaeth ac ymwybyddiaeth o ACE a ddarparwyd i'r holl staff a barhaodd oddeutu 45 munud; (2) cwrs gweithredu cam wrth gam dwy awr a gyflwynwyd i feddygon teulu ac uwch ymarferwyr nyrsio yn unig. Cynhaliwyd cyfarfodydd adolygu gyda phob practis ym mis Ebrill/Mai 2018.

Cynhyrchodd yr hwylusydd ymgynghorol ganllawiau/pecyn cymorth i ymarferwyr i gefnogi'r wybodaeth a ddarperir mewn hyfforddiant a chyfeiriadur o wasanaethau cymorth lleol a chenedlaethol y gallai clinigwyr eu defnyddio i gyfeirio cleifion atynt pe bai angen. Cwblhaodd y cleifion holiadur ACE ar bapur yn Gymraeg neu Saesneg. Seiliwyd yr holiadur hwn ar holiadur ACE byr y Canolfannau Rheoli ac Atal Clefydau (CDC) [51] ond cafodd ei addasu¹ i'w ddefnyddio i ymholi am ACE gan yr hwylusydd ymgynghorol. Roedd yr holiadur yn gofyn cwestiynau ôl-syllol i oedolion am brofiadau niweidiol a ddigwyddodd yn ystodeu plentyndod hwy. Nid oedd yr holiadur yn ystyried cysylltiad presennol â niwed (e.e. trais gan bartner neu gyn bartner).

Meini prawf cymhwysedd a dewis sampl

Cafodd y meini prawf cymhwysedd ar gyfer y peilot ymholi am ACE eu pennu'n unigol gan bob practis (gweler Atodiad 1: Tabl II). Ar draws pob practis, dim ond cleifion 18 oed a throsodd a'r rhai yr oedd staff y dderbynfa yn credu bod ganddynt allu gwybyddol i gydsynio ar lafar i gymryd rhan a gafodd eu gwahodd i gwblhau'r holiadur ACE. At ddibenion y peilot, dewisodd y practisau gynnal yr ymarfer ymholi am ACE yn Gymraeg a Saesneg yn unig.² At hynny, yn Amlwch, ni chynigiwyd holiadur ACE i gleifion os ystyriwyd eu bod yn ofidus iawn pan oeddent yn cyrraedd y feddygfa (h.y. cyn eu

cyflwyno i'r peilot). Yn Llangefni, roedd cleifion oedrannus y nodwyd eu bod yn eithriadol fregus yn anghymwys, yn ogystal â'r rhai yr ystyriwyd bod ganddynt broblemau iechyd meddwl neu ddatblygiadol sylweddol a chleifion â nam ar eu golwg. Roedd cleifion oedrannus a bregus iawn hefyd yn anghymwys yng Nghaergybi.

Nododd pob practis ddull samplu systematig i ddewis is-garfan o gleifion cymwys i'w cynnwys yn y peilot. Mewn dau bractis (Amlwch a Llangefni), dim ond ar ddyddiau/mewn sesiynau a bennwyd gan y clinigwyr ymholi (y cyfeirir atynt fel sesiynau gweithredol o hyn ymlaen) y defnyddiwyd y dull samplu hwn. Felly, ar amseroedd prysur iawn, gallai clinigwyr benderfynu peidio â chynnal ymholiad am ACE. Yng Nghaergybi, defnyddiwyd dull samplu systematig mewn set benodol o sesiynau gweithredol a ddewiswyd ymlaen llaw gan reolwr y practis. Fodd bynnag, yn y practis hwn, recriwtiwyd grŵp ychwanegol o gleifion fel sampl cyfleustra yn seiliedig ar eu presenoldeb mewn grŵp a gynhaliwyd gan reolwr y practis (gweler Blwch 3).

Amrywiadau yn y broses gyflwyno

Y drefn arferol ym mhob un o'r tri phractis oedd defnyddio system arwyddo i mewn electronig ar gyfer cleifion a oedd yn cyrraedd y practis. Yn Amlwch a Chaergybi, cafodd y peiriannau hyn eu diffodd yn ystod y cyfnod peilot a chafodd cleifion eu dargyfeirio drwy'r dderbynfa. Rhoddodd staff y dderbynfa becyn i gleifion a oedd yn cyrraedd y feddygfa yn ystod sesiynau gweithredol a oedd yn cynnwys: taflen wybodaeth i gleifion (a oedd yn egluro diben a phroses y peilot); yr holiadur ACE; ac arolwg byr i gael adborth gan gleifion (gweler 2.4). Yn Llangefni, parhaodd y cleifion i ddefnyddio'r system arwyddo i mewn electronig. Fodd bynnag, yn ystod sesiynau gweithredol, ar ôl i glaf cymwys arwyddo i mewn yn electronig, roedd staff y dderbynfa yn cwrdd â nhw yn yr ardal aros gan roi pecyn iddynt (fel uchod) cyn iddynt gael eu gweld gan y clinigydd. Ym mhob practis, cwblhaodd y cleifion yr holiadur ACE yn yr ystafell aros cyn eu hapwyntiad a rhoi'r holiadur wedi'i gwblhau i'r clinigydd ar ddechrau/yn ystod eu hymgyngoriad.

¹ Roedd addasiadau'n cynnwys cywasgu'r eitemau ar ymosodiad rhywiol i un cwestiwn, a newid yr ymatebion o rai yn seiliedig o amllder (e.e. byth, weithiau, yn aml) i ymatebion ie/na syml.

² Wrth ddylunio'r model ymholi am ACE, trafododd y practisau yr angen posibl i gynnal ymholiad am ACE mewn ieithoedd eraill. Er eu bod yn nodi y gallai fod angen gwneud hyn yn y dyfodol er mwyn defnyddio'r dull mewn modd graddedig a chynaliadwy, roedd pob un o'r tri phractis yn cydnabod mai dim ond yn Gymraeg neu Saesneg yr oedd yr ymgynghoriad cael eu cynnal ar hyn o bryd ac na fyddai defnyddio cyfieithydd yn briodol heb waith ymchwil pellach i gyfieithu a phriodoldeb diwyllianol yr holiadur ACE.

Er bod y clinigwyr yn y mwyafrif o achosion ym mhob un o'r tri phractis yn dewis ymdrin â'r mater y daeth y claf i'w weld amdano yn gyntaf cyn cychwyn trafodaeth am ACE, nid oedd hyn bob amser yn bosibl ac adroddwyd bod y broses yn amrywio weithiau yn dibynnu ar anghenion/bwriadau'r claf (gweler adran 3.4). Yn Amlwch a Llangefni, roedd clinigwyr ymholi yn ychwanegu cyfanswm sgôr ACE claf at gofnod y claf yn ystod yr ymgynghoriad neu yn union ar ôl yr ymgynghoriad. Er bod y broses hon hefyd yn cael ei defnyddio yng Nghaergybi, ar adegau ychwanegwyd rhif EMIS y claf (ei rif adnabod unigryw ar gyfer cofnodion electronig) at ei holiadur ACE gan staff y dderbynfa cyn i'r holiadur gael ei roi i'r claf. Trosglwyddwyd yr holiaduron a gwblhawyd â rhifau EMIS y claf i reolwr y practis i'w mewnbynnu'n electronig yn dilyn ymgynghoriadau ymholi am ACE.

Roedd y dull gweithredu yng Nghaergybi, fel y disgrifiwyd gan reolwr y practis, y clinigwyr ymholi a staff y dderbynfa yn ystod sesiwn adborth gan ymarferwyr (adran 2.3/3.4), yn wahanol i'r ddwy feddygfa arall. Rhoddir disgrifiad o'r gwahaniaethau allweddol hyn ym Mlwch 3. Oherwydd y gwahaniaethau hyn, a ddigwyddodd heb yn wybod i'r hwylusydd ymgynghorol a heb ei gefnogaeth, caiff y canfyddiadau o ddata dilynol cleifion (gweler adran 2.5) ac arolygon adborth gan gleifion (2.4) eu dadansoddi a'u cyflwyno ar y cyd a fesul practis. Pan fo'r gwahaniaethau yn y broses weithredu yn berthnasol ac o bosibl yn gyfrifol am wahaniaethau yn yr adborth gan ymarferwyr, mae'r gwahanol bractisau hefyd yn cael eu nodi mewn adborth ansoddol gan ymarferwyr (adran 2.3).

Blwch 3. Dull cyflwyno amgen yng Nghaergybi

Roedd y broses gyflwyno a roddwyd ar waith ym mhactis Caergybi yn wahanol i'r model cyflwyno a fwriadwyd a'r un y cytunwyd arno'n wreiddiol gan yr hwylusydd ymgynghorol a'r practis, a hynny mewn pum ffordd nodedig:

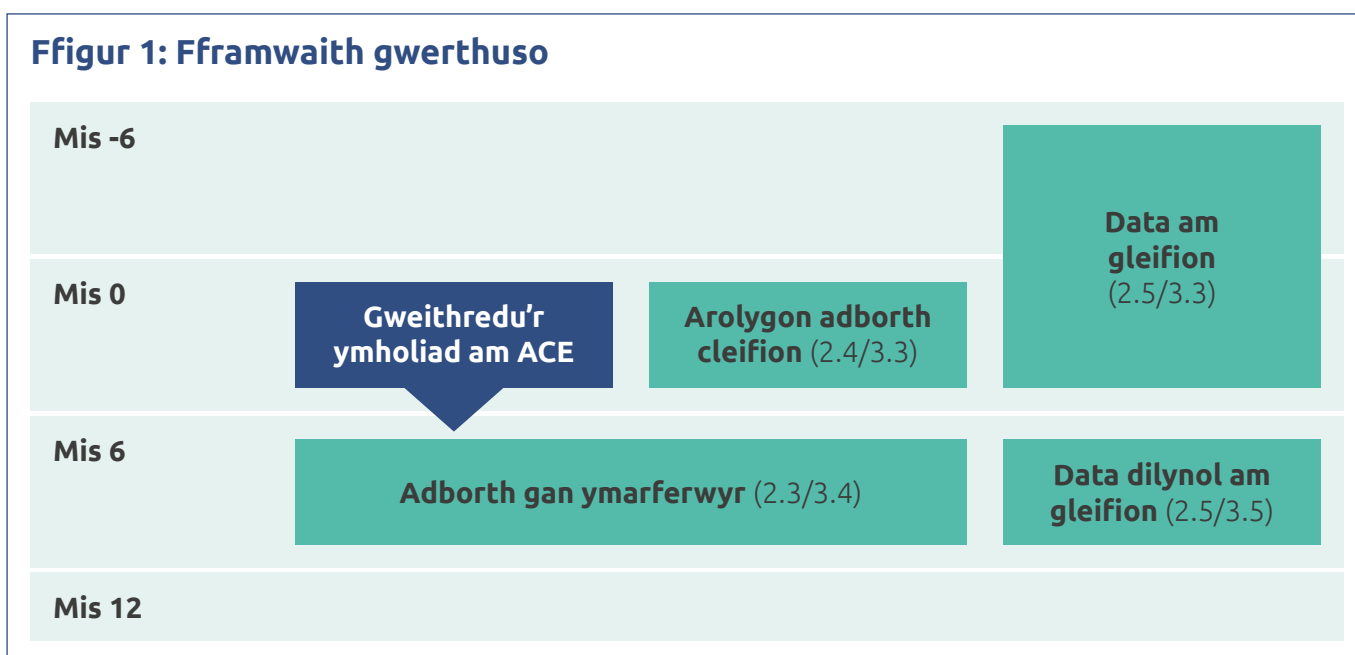
- 1 Yn ystod yr hyfforddiant, anogwyd clinigwyr i gychwyn y sgwrs am ACE gyda chleifion drwy ddisgrifio effaith bosibl niwed cynnar ar ganlyniadau iechyd a llesiant yn diweddarach mewn bywyd, cyn myfyrio ar atebion y claf i'r holiadur ACE - e.e. 'Rwy'n gweld eich bod wedi nodi i chi gael tri o'r ACE hyn pan oeddech yn iau. Ydych chi'n meddwl bod hyn yn effeithio ar eich iechyd o gwbl ar hyn o bryd?'. Er bod y model cyflwyno arfaethedig hwn wedi'i ddisgrifio gan ymarferwyr yn Amlwch a Llangefni, yng Nghaergybi, disgrifiwyd yr holiadur ACE i gleifion gan glinigwyr fel 'astudiaeth beilot' a ffordd o ddeall nifer yr ACE yn y boblogaeth.
- 2 Er bod y practis wedi nodi gweithdrefn samplu systematig, disgrifiwyd bod staff y dderbynfa yn 'hidlo' cleifion pan oeddent yn teimlo na fyddai ymholi am ACE gyda'r unigolion hynny yn briodol. Nid oedd unrhyw arwydd clir ynghylch ar ba sail y gallai staff y dderbynfa wneud penderfyniad o'r fath.
- 3 Caniatwyd i rai cleifion fynd â'r holiadur ACE gartref i'w lenwi pan ofynnwyd am wneud hynny. Er i'r holiaduron hyn gael eu dychwelyd yn ddiweddarach wedi eu cwblhau, fel arfer nid oedd y cleifion wedi nodi eu bod wedi cael unrhyw ACE.
- 4 Yn ogystal ag ymholi am ACE ar sail 1:1 gyda meddygon teulu ac uwch ymarferwyr nyrsio fel y cytunwyd, cyflwynwyd sesiwn ymholi am ACE mewn grŵp hefyd gan reolwr y practis. Darparwyd yr holiadur ACE a'r daflen wybodaeth i gleifion ar ddechrau'r sesiwn gan lenwi'r holiaduron yn unigol, cyn myfyrio ar yr ymatebion yn ystod trafodaeth grŵp. Ar ôl y sesiwn grŵp, rhoddwyd cyfle i gleifion siarad ar sail 1:1 gyda rheolwr y practis.
- 5 Yn ystod y peilot, ochr yn ochr â'r meddygon teulu a'r uwch ymarferwyr nyrsio hyfforddedig, cyflwynwyd yr ymholiad am ACE gan feddygon locwm nad oeddent wedi cael hyfforddiant gan yr hwylusydd ymgynghorol ond a oedd wedi cael eu cyflwyno i'r cysyniad o ACE a'r broses o ymholi am ACE gan eu cydweithwyr hyfforddedig.



2.2 Y fframwaith gwerthuso

Amlinellir y fframwaith gwerthuso a gynlluniwyd gan Iechyd Cyhoeddus Cymru yn Ffigur 1. Defnyddiwyd ystod o ddulliau casglu data meintiol ac ansoddol i asesu dichonoldeb, derbynioldeb ac effaith gychwynnol ymholi am ACE gyda chleifion ac ymarferwyr mewn ymarfer cyffredinol. Cytunwyd ar darged i gwblhau 600 o ymholiadau am ACE (200 fesul practis) rhwng partneriaid ar y sail bod hynny'n darparu sampl digonol ar gyfer dadansoddiadau ystadegol sylfaenol.

Ffigur 1: Fframwaith gwerthuso



2.3 Adborth gan ymarferwyr

Sampl a gweithdrefn

Ar ôl gweithredu'r cynllun peilot, cynhaliwyd cyfres o grwpiau ffocws/cyfweliadau lled-strwythuredig gydag ymarferwyr ym mhob practis i gael eu hadborth ar:

- Amcanion a gweithrediad ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol, gan gynnwys gwahanol rolau ymarferwyr ac ymgysylltiad;
- Newidiadau tybiedig mewn ymarfer yn ystod ac ar ôl ymgynoriadau lle yr ymholwyd am ACE;
- Effeithiau cychwynnol ymholi am ACE ar gleifion a staff;
- Rhwystrau a heriau i ymholi am ACE mewn lleoliad ymarfer cyffredinol;
- Awgrymiadau ar gyfer gweithredu hyn yn llwyddiannus yn y dyfodol, gan gynnwys ei gynyddu i lefel practis cyfan.

Cymerodd cyfanswm o 12 o ymarferwyr ran mewn trafodaethau adborth gan ymarferwyr ar draws y tri phractis. Mae crynodeb o'r cyfranogwyr a'u rolau yn Nhabl 1. Cynhaliwyd grwpiau ffocws neu gyfweliadau yn y practisau a chawsant eu hwyluso a'u cofnodi gan yr awdur arweiniol. Rhoddodd yr holl gyfranogwyr ganiatâd ar sail gwybodaeth. Defnyddiwyd cwestiynau lled-strwythuredig i gyfarwyddo'r trafodaethau, a barhaodd am tua 45-60 munud. Mae'n bwysig nodi na chafodd clinigwyr eu harsylwi'n uniongyrchol yn ystod yr ymarfer braenaru. Felly, mae unrhyw ddealltwriaeth o weithredu'r broses ymholi am ACE, natur y trafodaethau gyda chleifion a ffyddlondeb i'r model cyflwyno bwriadedig yn deillio o adborth gan ymarferwyr ac un darn o adborth gan glaf anhysbys (adran 2.4) yn unig.³



Tabl 1: Cyfranogwyr mewn adborth gan ymarferwyr

Practis	Clinigwyr ymholi	Rheolwyr	Gweinyddol
Amlwch	1	1	0
Llangefni	2	1	0
Caergybi	3	2*	2
Cyfanswm			12

*Cynhaliodd un rheolwr hefyd ymholiad am ACE (gweler Blwch 3).

Dadansoddi'r data

Dadansoddwyd trawsgrifiadau o'r grwpiau ffocws â llaw ar gyfer eu codio a'u dadansoddi'n thematig, gyda chymorth ymchwilydd ansoddol profiadol (yn gweithredu fel ail adolygydd). Rhoddwyd sylw arbennig i achosion lle roedd ymarferwyr yn anghytuno a, lle y bo'n briodol, cafodd barn ei chymharu a'i chyferbynnu â chanfyddiadau'r adborth gan gleifion (gweler adran 3.3).

³ Cwestiwn: Rwy'n credu bod fy apwyntiad gyda'r meddyg teulu/nyrs yn wellam ei fod ef/ei bod hi'n deall fy mhientydod yn well. Opsiynau ymateb: cytuno'n gryf, cytuno, ddim yn cytuno nac anghytuno, anghytuno, anghytuno'n gryf.

2.4 Holiaduron adborth cleifion

Sampl a gweithdrefn

Gwahoddwyd yr holl gleifion pob claf a gwblhaodd yr holiadur ACE ac a gafodd drafodaeth am ACE ac iechyd gyda'u meddyg teulu neu uwch ymarferydd nyrsio i roi adborth dienw ar gyfer y gwerthusiad ar ffurf holiadur byr. Roedd holiaduron yn cynnwys cyfres o ddatganiadau gydag ymatebion ar raddfa Likert (cytuno'n gryf; cytuno; ddim yn cytuno nac yn anghytuno; anghytuno; anghytuno'n gryf) a oedd hefyd yn cynnwys lle i ymatebwyr roi unrhyw sylwadau eraill yn uniongyrchol i'r tîm ymchwil. Rhoddwyd cyfarwyddyd i gleifion adael arolygon wedi'u cwblhau mewn blychau casglu dan glo yn yr ardal aros ar bob safle neu eu cyflwyno wrth adael y feddygfa. Dyluniwyd y cwestiynau i asesu barn cleifion ynghylch pa mor ddealladwy a derbyniol oedd y cwestiynau am ACE a'r broses ymholi. Roedd un cwestiwn arall yn ystyried effaith gofyn y cwestiynau hyn yn ystod eu hymgyngoriad gyda'r ymarferydd iechyd. Gofynnwyd hefyd i gleifion a oedd wedi datgelu ACE nodi ai dyma'r tro cyntaf iddynt ddweud wrth wasanaeth proffesiynol (h.y. nid eu ffrindiau a'u teulu) am y profiadau plentyndod hyn. Roedd gan gleifion yr opsiwn i gwblhau holiaduron adborth yn Gymraeg neu Saesneg (n = 1 cwblhau yn Cymraeg). Ar draws y tair meddygfa, cwblhaodd 333 o gleifion yr holiadur adborth, sy'n cynrychioli cyfradd ymateb gyffredinol o 58.9% (i weld y gwahaniaethau rhwng safleoedd, gweler Atodiad: Tabl 1).

Dadansoddi'r data

Dadansoddwyd holiaduron adborth cleifion gan ddefnyddio amllder sylfaenol. Er mwyn annog pobl i gymryd rhan a rhoi cyfle i'r holl gyfranogwyr roi adborth yn uniongyrchol i'r tîm ymchwil, roedd holiaduron adborth cleifion yn ddienw ac ni ellir eu cysylltu ag unrhyw wybodaeth ddemograffig neu wybodaeth arall am gleifion. Fodd bynnag, cafodd yr ymatebion eu cymharu ar draws y practisau, ar gyfer y rhai a oedd wedi cael ACE a'r rhai heb ACE, ac yn ôl datgeliad cyntaf (o gymharu â'r rhai a oedd wedi datgelu o'r blaen i weithiwr proffesiynol neu wasanaeth).

2.5 Data cleifion (o gofnodion y practis)

Sampl a gweithdrefn

Amlinellir diagram llif o gyfranogiad cleifion yn y peilot yn Ffigur 2. Echdynnodd rheolwr y practis ym mhob practis ddata dienw (gan ddefnyddio rhif adnabod unigryw claf; nid oedd data a echdynnwyd yn cynnwys gwybodaeth adnabyddadwy, e.e. enw, dyddiad geni neu gyfeiriad) o EMIS i Microsoft Excel ar gyfer pob claf a gafodd ei holi am ACE yn seiliedig ar restr o'r newidynnau gofynnol a nodwyd ymlaen llaw gan yr awdur arweiniol. Anfonwyd ffeiliau data Excel at yr awdur arweiniol drwy e-bost diogel. Cymerwyd gofal neilltuoel i sicrhau nad oedd modd adnabod cleifion drwy'r data ar sail diagnosis unigryw (e.e. os mai dim ond un claf mewn practis oedd â math prin o ganser). Cafodd data ei echdynnu ar ddau bwynt - yn union ar ôl y cyfnod gweithredu (tua Ebrill 2018; lle y cafodd data hanesyddol am y chwe mis cyn ymholi am ACE eu hechdynnu) ac ar ôl cyfnod dilynol o chwe mis (tua mis Hydref 2018). O fewn chwe mis, dim ond data ar ddefnyddio gwasanaethau a gasglwyd (gweler Ffigur 2).

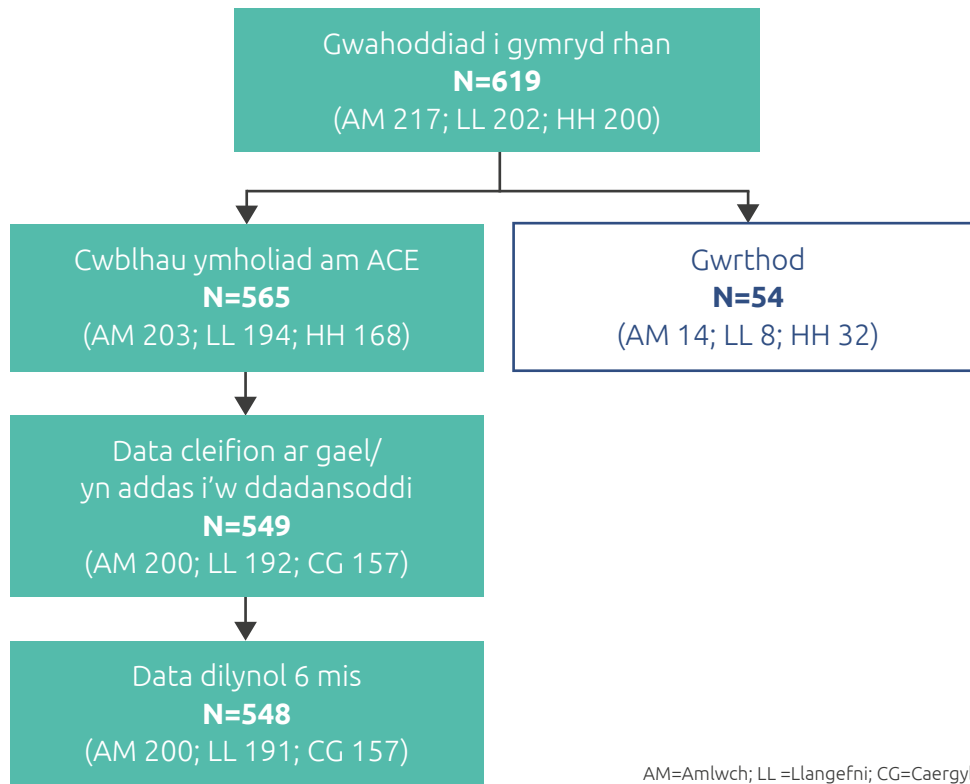
Dadansoddi'r data

Cafodd data cleifion dienw eu mewnfario i feddalwedd IBM SPSS v24 i'w glanhau a'u dadansoddi'n ystadegol. Roedd achosion wedi'u heithrio o'r dadansoddiad os nad oedd data o gofnod y claf yn hygyrch neu oes oeddent yn anghyflawn. Arweiniodd hyn at sampl dadansoddol terfynol o n=549 (Ffigur 2).

Data demograffig

Darparwyd data ar rywedd cleifion (gwrywod; benywod). Cafodd oedran y cleifion ei gategoreiddio yn bedwar categori oedran ar wahân (18-30; 31-50; 51-70 a ≥71 mlwydd oed). Cofnodwyd ethnigrwydd gan rai practisau yng nghategoriâu cyfrifiad 2011, ond oherwydd swm sylweddol o ddata coll, ni chynhwyswyd y newidynnau hwn mewn dadansoddiadau. Nid oedd yr un o'r tri phracticis yn gallu darparu data am amddifadedd neu newidynnau demograffig eraill (e.e. statws priodasol, data addysg neu gyflogaeth; gweler y cyfyngiadau yn adran 4.1).

Ffigur 2: Diagram llif o gyfranogiad cleifion yn y peilot ymholi am ACE



Profiadau Niweidiol yn Ystod Plentyndod (ACE)

Defnyddiwyd cwestiynau a addaswyd o gwestiynau sefydledig offeryn ACE byr y Canolfannau Atal a Rheol Clefydau [51] ac a ddefnyddiwyd yn helaeth mewn ymchwil flaenorol [8] i fesur y cysylltiad â mathau o gamdriniaeth a thrafferthion ar aelwydydd yn ystod plentyndod (gweler Atodiad 2). Ymatebodd y cleifion ie/na i gwestiynau ynglŷn â'u profiad o bob un o'r 10 ACE a defnyddiwyd y data hyn i gyfrifo sgôr gyffredinol ACE. Dewisodd y tri phraxis gofnodi cyfanswm sgôr ACE y claf yn unig. Felly nid oedd data ar gael ar y gwahanol gategoriâu o ACE. At ddibenion dadansoddi, cafodd sgoriau ACE eu dosbarthu'n ddau gategori o ran nifer yr ACE: 0-1 ACE; ≥ 2 ACE.⁴

Ffactorau ffordd o fyw

Cynhwyswyd data ffordd o fyw ar BMI a statws ysmegu mewn dadansoddiadau os oeddent wedi'u casglu neu eu diweddarau gan y practis yn ystod y pum mlynedd diwethaf (mae data presennol ar gael ar gyfer 80.0% a 89.4% o'r sampl cyfan yn y drefn honno). Cafodd BMI ei gategoreiddio fel pwysau iach (BMI = 18-25); dros bwysau (26-30) a gordew (>30). Defnyddiwyd gordewdra (I/N) fel y canlyniad o ddiddordeb mewn dadansoddiadau dilynol.

Dosbarthwyd categorïau ar gyfer statws ysmegu hunanadrodd fel: ysmygwr presennol; neu gyn-ysmygwr/ddim yn ysmegu. Roedd y cofnodion o faint o alcohol yr oedd cleifion yn ei yfed a lefelau gweithgarwch corfforol/ymarfer corff yn wael (dim ond data ar gyfer <50% o gleifion sydd ar gael ar hyn o bryd) ac felly ni chawsant eu defnyddio mewn dadansoddiadau.

Iechyd corfforol a meddyliol

Darparodd y practisau ddata a echdynnwyd ar gyflyrau iechyd cronig cleifion yn seiliedig ar godau READ⁴ a nodwyd ar gyfer cyflyrau presennol. Roedd y cyflyrau iechyd corfforol yn cynnwys: asthma; clefyd rhwystr cronig yr ysgyfaint (COPD); diabetes Math II; clefyd cardiofasgwlaidd (gan gynnwys clefyd coronaidd y galon, cnawdnychiant myocardaidd; methiant y galon; angina; strôc a phwl o isgemia dros dro); pwysedd gwaed uchel a chanser. Ar draws pob practis, nodwyd cleifion a oedd â dau neu fwy o'r cyflyrau iechyd uchod ymhellach fel cleifion â chyflyrau hirdymor niferus (MLTC).

⁴ Cafodd y categorïau hyn ei ddewis i gadw cysondeb gydag ymchwil empeiraidd flaenorol ac ond yn unig a fwriedir i ddangos gwahaniaeth posibl mewn canlyniadau nifer yr ACE. Nid yw'r categorïau hyn a gynrychiolo trothwyon ar gyfer profi effeithiau negyddol ACE ac nid ydynt wedi'u nodi fel rhai sydd ag unrhyw gymhwysiad ymarferol ar gyfer sgrinio neu ymrydd.

Nodwyd hefyd gleifion â chod READ ar gyfer unrhyw gyflwr iechyd meddwl. Pan ategwyd y cod READ⁵ hwn gan gofnod o ddefnydd hanesyddol o wrthiselyddion (gweler isod) neu feddyginiaeth aciwt restredig gyson, cafodd y newidyn hwn ei ail-godio i'r is-gategorïau canlynol: iselder; gorbryder (gan gynnwys anhwylderau panig); seicosis; iselder ôl-enedigol; blinder a symptomau somatig; anhwylderau bwyta; camddefnyddio alcohol a sylweddu; problemau seicorywiol. Fodd bynnag, oherwydd y cyfraddau isel o'r cyflyrau iechyd meddwl hyn, dim ond iselder a gorbryder a ddefnyddiwyd mewn dadansoddiadau pellach (yn ôl cyflwr). Lle nad oedd tystiolaeth o ddefnydd meddyginiaeth ond lle y nodwyd problemau iechyd meddwl ar gyfer y claf hwnnw dros nifer o flynyddoedd gwahanol, crëwyd categorï ar wahân o 'gyflyrau iechyd meddwl lefel isel niferus'.

Y defnydd o wasanaethau iechyd

Echdynnwyd data ar nifer yr apwyntiadau a fynychwyd gan gleifion yn y chwe mis cyn ymholi am ACE. Roedd hyn yn cynnwys apwyntiad wyneb yn wyneb gydag unrhyw glinigydd ond nid oedd yn cynnwys apwyntiadau a drefnwyd ond a gategoreiddiwyd wedyn fel 'DNA' (y claf heb fynychu). Oherwydd yr amrywiad mawr mewn cyfraddau mynychu rhwng practisau, cyfrifwyd y nifer cymedrig o ymweliadau fesul practis a nodwyd cleifion yn y practis hwnnw a fynychodd yn amlach na chymedr y practis fel 'mynychwr cyson' (Amlwch ≥ 4 ymweliad mewn 6 mis; Llangefni > 1 ymweliad mewn 6 mis; Caergybi ≥ 7 ymweliad mewn 6 mis). Darparodd dwy feddygfa (Amlwch a Llangefni) ddata ar sawl gwaith y cafodd cleifion eu hatgyfeirio i ofal eilaidd yn ystod y 12 mis blaenorol. Ar draws pob practis, nodwyd cleifion a gafodd ≥ 4 atgyfeiriad fel 'galw uchel am ofal eilaidd'.

Arweiniodd amrywiadau mawr rhwng practisau hefyd at ddefnyddio mesur cymharol (h.y. uwchlaw cymder y practis) ar gyfer defnydd helaeth o feddyginiaeth. Ar gyfer presgripsiynau amlroddadwy, nodwyd cleifion o Amlwch gyda ≥ 4 presgripsiwn amlroddadwy adeg yr ymholiad am ACE, cleifion o Llangefni $\hat{=}$ ≥ 2 a chleifion o Gaergybi $\hat{=}$ ≥ 5 fel cleifion â 'defnydd uchel o feddyginiaeth amlroddadwy'. Echdynnwyd data ychwanegol i adnabod y cleifion hynny a oedd wedi cael meddyginiaeth gwrth-iselder ar ryw adeg (ie/na). Pan oedd ar gael, casglwyd data ar nifer yr ymweliadau yn ystod y chwe mis yn dilyn ymholi am ACE (N=548 o gleifion; gweler Ffigur 2) i archwilio'n betrus effaith bosibl ymholi am ACE ar y defnydd dilynol o wasanaethau.

Dadansoddiadau ystadegol

Ystyriwyd y berthynas rhwng ACE a ffactorau ffordd o fyw, iechyd cronig a gwasanaeth iechyd gan ddefnyddio ystadegau deunewidyn (Chi wedi'i sgwario) ac ystadegau lluosnewidyn (atchweliad logistaidd deuaid, atchweliad Cox).

⁵ Thesawrws o dermau clinigol sy'n darparu geirfa safonol i glinigwyr gofnodi canfyddiadau a gweithdrefnau cleifion mewn iechyd a gofal cymdeithasol yw codau READ.

3. Canlyniadau

3.1 Gweithredu

Dechreuodd y gwaith ymgysylltu cychwynnol rhwng yr hwylusydd ymgynghorol a'r practisau meddygon teulu ym mis Awst 2017 pan hysbyswyd rheolwyr y practisau o nodau ac amcanion y peilot a'r gofynion ar gyfer cyfranogi (e.e. echdynnu data cleifion ar gyfer dadansoddiadau). I ddechrau, cytunwyd ar faint sampl targed o 200 o ymholiadau am ACE fesul practis i ganiatáu sampl digonol ar gyfer dadansoddiad ystadegol lluosnewidyn.

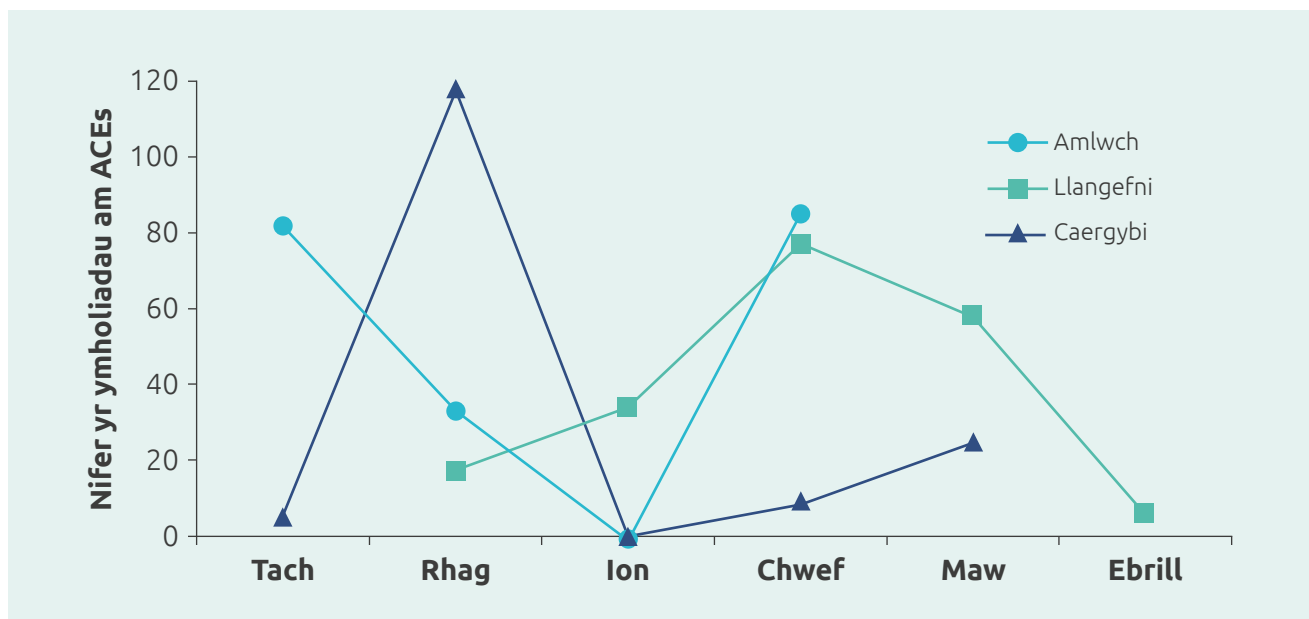
Yn dilyn hyfforddiant ym mis Hydref 2017, dechreuwyd gweithredu'r peilot ymholi am ACE yn y practis cyntaf (Amlwch) ddechrau mis Tachwedd 2017 ac mewn practisau dilynol ddiwedd Tachwedd/Rhagfyr 2017. Cwblhawyd cyfanswm o 565 o ymholiadau am ACE wrth weithredu'r fenter ar draws y tri phractis. Ar gyfer pob practis, roedd y dull o weithredu'r peilot yn amrywio'n sylweddol o fis i fis, ac ni chynhaliodd dau o'r tri phractis unrhyw ymholiadau o gwbl ym mis Ionawr (Ffigur 3). Ar draws y practisau, gwrthododd cyfanswm o 54 o gleifion gymryd rhan yn y peilot ymholi am ACE (gweler Ffigur 2), sy'n cynrychioli cyfradd gyfranogi gyffredinol o 90.5%. Roedd y nifer a gymerodd ran yn amrywio'n sylweddol rhwng practisau (93.5% yn Amlwch; 96.0% yn Llangefni; 84.0% yng Nghaergybi; $X^2=13.730$, $p=0.001$). Er nad oedd yn ofynnol i gleifion a wrthododd gymryd rhan roi rhesymau dros hynny, os oedd rhesymau'n cael eu cynnig yn wirfoddol, disgrifir y rhain yn yr adborth gan ymarferwyr (gweler adran 3.4). Darparwyd data demograffig ar y rhai a wrthododd gymryd rhan gan bractis Caergybi yn unig ac fe'u crynhoir ym Mluch 4.

Gan fod pob practis wedi dewis gweithdrefn samplu systematig, ond gyda hyblygrwydd ychwanegol o ran pa sesiynau meddygfa a ddefnyddiwyd ganddynt (gweler Atodiad 1: Tabl II) nid oedd yn bosibl mesur faint o apwyntiadau cymwys a ddigwyddodd yn ystod sesiynau gweithredol neu a gafodd pob claf y dylid bod wedi gofyn iddo (gan y dderbynfa) i gwblhau holiadur ACE y cyfle i wneud hynny. Ni fesurwyd ffyddlondeb i'r broses ymholi y cytunwyd arni (Blwch 2) ac ni all y canfyddiadau fesur neu gadarnhau'r rhyngweithio rhwng cleifion a staff derbynfa neu glinigwyr (h.y. yn ystod yr ymgynghoriad). Darperir gwybodaeth am natur apwntiadau o'r adborth gan ymarferwyr (adran 3.4) a'r adborth dienw gan gleifion (adran 3.3) yn unig.

Blwch 4: Cleifion yn gwrthod cymryd rhan yng Nghaergybi

Roedd ychydig dros hanner y cleifion a wrthododd gymryd rhan mewn ymholiad am ACE yng Nghaergybi yn fenywod (59.4%; $n=19$). Er mai dim ond dau glaf a wrthododd gymryd rhan yn y categori oedran ieuengaf (18-30 oed), roedd ychydig llai na hanner y rhai a wrthododd dros 71 oed (46.9%; $n=15$). Mae hyn yn golygu o blith yr holl gleifion hynny sy'n 71 oed a throsodd y gofynnwyd iddynt gymryd rhan yn y peilot ($n = 52$), bod un o bob pedwar (28.8%) wedi gwrthod.

Ffigur 3: Nifer yr ymholiadau am ACE a gwblhawyd ym mhob practis fesul mis



3.2 ACE a'u cysylltiad ag iechyd a'r defnydd o wasanaethau

3.2.1 Nodweddion y sampl a chyfraddau ACE

Ar draws y tri phractis peilot, darparwyd data ar 549 o gleifion a gwblhaodd holiadur ACE ac a drafododd niwed yn ystod plentyndod ag ymarferydd iechyd (Ffigur 2). Darperir crynodeb o'r ACE hyn, a newidynnau demograffig a newidynnau eraill yn ymwneud â ffordd o fyw ac iechyd a echdynnwyd o gofnodion iechyd yn Nhabl 2. Roedd y cleifion a gymerodd ran yn amrywio o 18 i 91 oed (oedran cymedrig: 53.4 oed) ac roedd ychydig dros chwe deg y cant yn fenywod. Roedd cyfraddau cyffredinol cyflyrau iechyd cronig yn amrywio o 7.8% o gleifion â chanser i hyd at 25.5% o gleifion â gyda phwysedd gwaed uchel a 33.3% â phroblemau iechyd meddwl. Roedd ychydig yn llai na thraean (29.5%) y cleifion wedi cael dau ACE neu fwy yn ystod y 18 mlynedd gyntaf o fywyd. Roedd y cyfraddau ACE cyffredinol yn debyg iawn i'r hyn a nodwyd mewn gwaith ymchwil blaenorol ar y boblogaeth gyffredinol yng Nghymru a gasglwyd drwy arolygon hunanddethol o aelwydydd (29.5% o gymharu â 31.0% ≥ 2 ACE; ar gyfer astudiaeth meddygon teulu a phoblogaeth gyffredinol yn y drefn honno; [1]).⁶

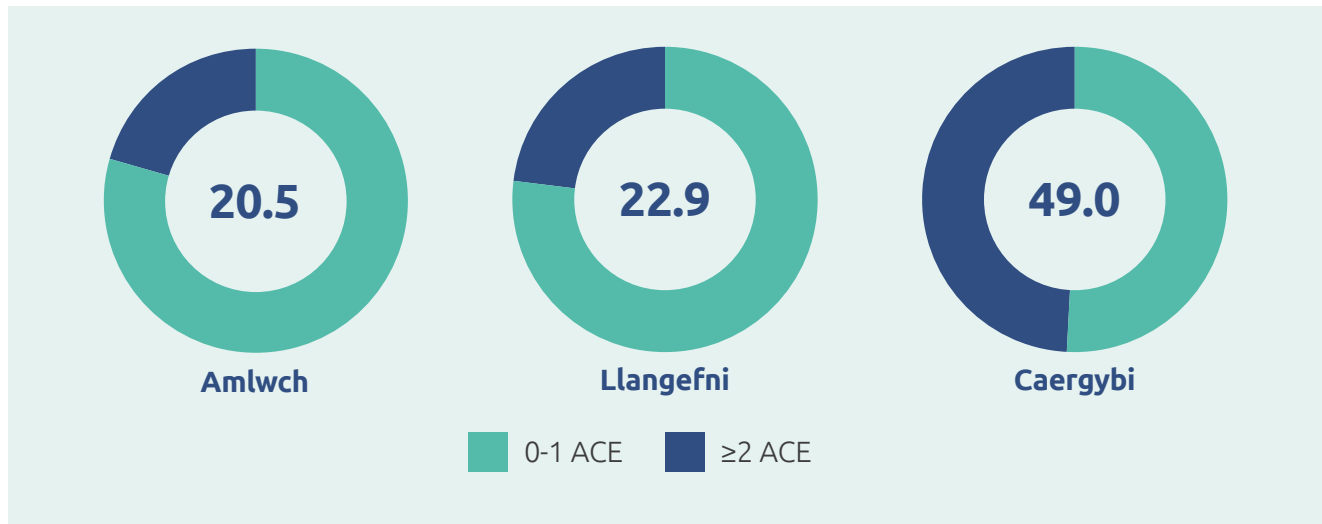
Gwelwyd gwahaniaethau allweddol yn nodweddion y sampl rhwng practisau (Atodiad 3: Tabl I); gyda charfan iau o gleifion yn Llangefni a chyfran sylweddol uwch o gleifion gwrywaidd yng Nghaergybi. Roedd cyfraddau ysmegu presennol hefyd yn gwahaniaethu rhwng practisau, gyda mwy o ysmygwyr yn Llangefni a Chaergybi. Canfuwyd gwahaniaethau rhwng practisau yng nghyfraddau'r holl gyflyrau iechyd cronig ac eithrio canser, a oedd yn isel ar draws pob practis. Yn gyffredinol, roedd yr holl gyflyrau iechyd cronig a phroblemau iechyd meddwl yn sylweddol is yn Llangefni. Er nad oedd nifer yr ACE yn amrywio yn ôl categori oedran neu rywedd, canfuwyd gwahaniaethau sylweddol rhwng practisau, gyda chyfraddau uwch o ACE yng Nghaergybi ($X^2 = 40.620$, $p < 0.001$; Ffigur 4). Gall gwahaniaethau rhwng yr ardaloedd daeryddol hyn gyfrif am rywfaint o'r amrywiad yn nifer yr ACE. Er enghraifft, ystyrir bod lefelau amddifadedd yn uwch yng Nghaergybi nag yn y ddwy ardal arall (Atodiad 1: Tabl I).

⁶ Mae data o arolygon poblogaeth cyffredinol yn cynnwys dim ond y rhai 18-69 oed.

Mae newidyn practis yn cael ei gynnwys mewn dadansoddiadau lluosnewidyn dilynol i reoli effeithiau dryslyd posibl amddifadedd (a gwahaniaethau anhysbys eraill yn ôl ardal ddaearyddol).

Defnyddiwyd gwybodaeth o gofnodion iechyd cleifion i archwilio'r berthynas rhwng ACE, ffactorau demograffig a newidynnau'n ymwneud â ffordd o fyw ac iechyd, gan ddefnyddio ystadegau deunewidyn a lluosnewidyn. Mae tablau o ddadansoddiadau deunewidyn a lluosnewidyn llawn i'w gweld yn Atodiad 3.

Ffigur 4: Cyfraddau ACE (%), yn ôl practis



Tabl 2: Nodweddion y sampl

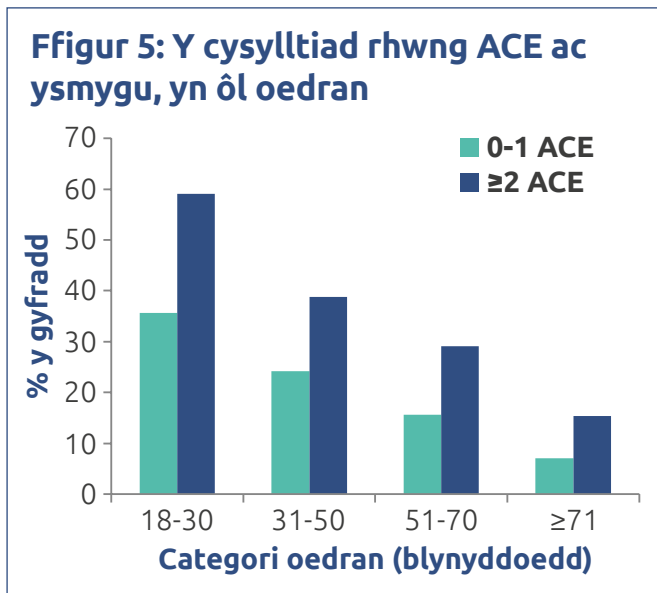
		N	%
Pawb		549	–
Demograffeg			
Oedran (blynyddoedd)	18-30 oed	76	13.8
	31-50 oed	163	29.7
	51-70 oed	196	35.7
	≥71 oed	114	20.8
Oedran cymedrig (blynyddoedd)		53.4	-
Rhywedd	Gwryw	216	39.3
Ffactorau ffordd o fyw			
BMI (n=439)	Gordew (≥30)	186	42.4
BMI Cymedrig		29.4	
Ysmygu (n=491)	Ysmygwr	114	23.2
Iechyd			
Cyflyrau cronig	Asthma	110	20.0
	COPD	48	8.7
	Diabetes Math II	45	8.2
	CVD	63	11.5
	Gorbwysedd	140	25.5
	Canser	43	7.8
	MLTC	151	27.5
	Iechyd meddwl	Unrhyw fath	183
	Iselder	72	13.1
	Gorbryder	41	7.5
	Gwrth-iselyddion*	204	37.2
Y defnydd o wasanaethau iechyd			
Mynchwyr cyson (n= 543)**		225	41.4
Defnydd uchel o feddyginiaeth amlroddadwy (n=541) [§]		194	35.9
Galw am ofal eilaidd (n=318) [£]		94	29.6
ACE			
Categori nifer yr ACE	0-1	387	70.5
	≥2	162	29.5

Troednodyn: BMI=Mynegai màs y corff; COPD=Clefyd rhwystr cronig yr ysgyfaint; MLTC=Cyflyrau hirdymor niferus; ACE = Profiadau niweidiol yn ystod plentyndod. *Wedi cael presgripsiwn am wrth-iselyddion erioed; **Uwch na chymedr y practis ar gyfer nifer yr apwyntiadau wyneb yn wyneb a fynychwyd yn ystod y chwe mis cyn ymholi am ACE (≥4 Amlwch; ≥1 Llangefni; ≥7 Caer gybi); [§]Uwch na chymedr y practis ar gyfer cyfanswm y presgripsiynau amlroddadwy gweithredol am feddyginiaeth adeg yr ymholiad (≥4 Amlwch; ≥2 Llangefni; ≥5 Caer gybi); [£]≥4 atgyfeiriad i ofal eilaidd yn ystod y 12 mis blaenorol.

3.2.2 ACE a ffactorau'n ymwneud â ffordd o fyw

Canfuwyd perthynas arwyddocaol bendant mewn dadansoddiadau deunewidyn rhwng statws fel ysmgwr a nifer fwy o ACE ar gyfer cleifion ar draws pob categori oedran (Ffigur 5; $X^2 = 14.923$, $p < 0.001$). Ar ôl ystyried yr elfennau dryslyd cymdeithasol-ddemograffig sydd ar gael (e.e. oedran, rhywedd, meddyg teulu) mewn dadansoddiadau lluosnewidyn, roedd cleifion â ≥ 2 ACE ddwywaith yn fwy tebygol o fod yn ysmgwr o'u cymharu â chleifion â 0-1 ACE (AOR=2.10; 95% CI=1.33-3.34, $p=0.002$; Atodiad 3: Tabl II).

Ni chanfuwyd bod ACE yn gysylltiedig â gordewdra yn y sampl gofal sylfaenol hwn (Atodiad 3: Tabl II). Echdynnwyd data ar yfed alcohol gan y practisau ond nid oeddent yn ddigon cyflawn i'w dadansoddi.

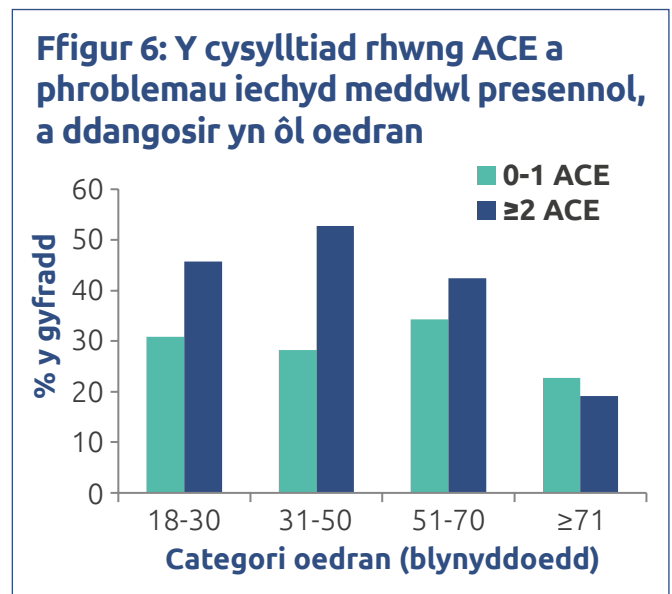


3.2.3 ACE a chyflyrau iechyd cronig

Ac eithrio asthma, roedd cyfradd yr holl gyflyrau iechyd cronig y gwnaed diagnosis ohonynt yn cynyddu gydag oedran (Atodiad 3; Tabl III). Ar draws pob categori oedran, roedd nifer yr achosion o COPD yn uwch ymysg cleifion â ≥ 2 ACE (o'i gymharu â'r rhai â 0-1 ACE), ond nid oedd gan y berthynas rhwng nifer yr ACE a COPD arwyddocâd ystadegol mewn dadansoddiadau deunewidyn a lluosnewidyn (Atodiad 3: Tabl II a Thabl V). Ni chanfuwyd unrhyw berthynas arwyddocaol rhwng dod i gysylltiad ag ACE a chyfraddau asthma, diabetes Math II, pwysedd gwaed uchel neu ganser pan oeddent yn oedolion (Atodiad 3: Tabl V).

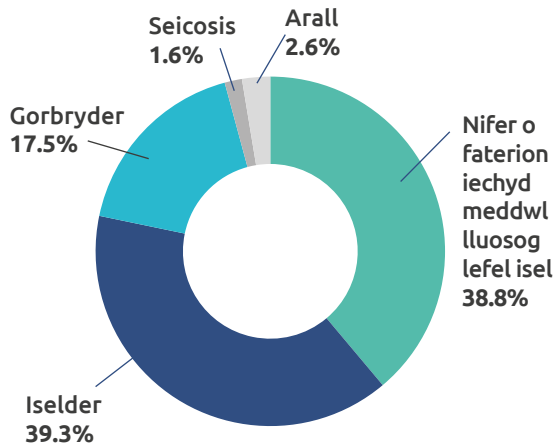
3.2.4 ACE ac iechyd meddwl

Canfuwyd y cysylltiad cryfaf rhwng niwed yn ystod plentyndod a chanlyniad iechyd negyddol pan yn oedolion wrth ystyried iechyd meddwl presennol ($X^2=8.866$, $p=0.003$; Atodiad 3: Tabl II). Yn wahanol i'r cyflyrau iechyd corfforol a archwiliwyd, nid oedd nifer y problemau iechyd meddwl presennol yn dangos cynnydd fesul cam gydag oedran, gan gyrraedd uchafbwynt bach yn y categori oedran 31-50 (Ffigur 6). Datgelodd dadansoddiadau amlamrywedd ar gyfer elfennau dryslyd cymdeithasol-ddemograffig fod cleifion â ≥ 2 ACE bron ddwywaith yn fwy tebygol o gael problemau iechyd meddwl yn oedolion, o'u cymharu â'r rhai â 0-1 ACE (AOR=1.92; CH 95%=1.27- 2.89, $p=0.002$; Atodiad 3: Tabl IV).



Nodwyd bod gan gleifion ystod o wahanol broblemau iechyd meddwl sylfaenol (Ffigur 7). Nid oedd ychydig dros draean y cleifion yr oedd eu cofnod yn dangos bod ganddynt broblemau iechyd meddwl wedi cael cod READ ar gyfer diagnosis o gyflwr, ond yn lle hynny roedd ganddynt gyflyrau iechyd meddwl lluosog lefel isel yn cwmpasu >1 flwyddyn (e.e. hwyliau isel, straen sy'n gysylltiedig â gwaith). Er na ddatgelwyd cysylltiad rhwng y rhai â salwch meddwl lluosog lefel isel a dod i gysylltiad ag ACE yn y gorffennol, roedd cleifion â ≥ 2 ACE yn llawer mwy tebygol o brofi iselder ysbryd (fel mater iechyd meddwl sylfaenol neu eilaidd), o'u cymharu â'r rheini â 0-1 ACE (AOR=2.29, CH 95%=1.33-3.93, $p=0.003$; Atodiad 3: Tabl IV).

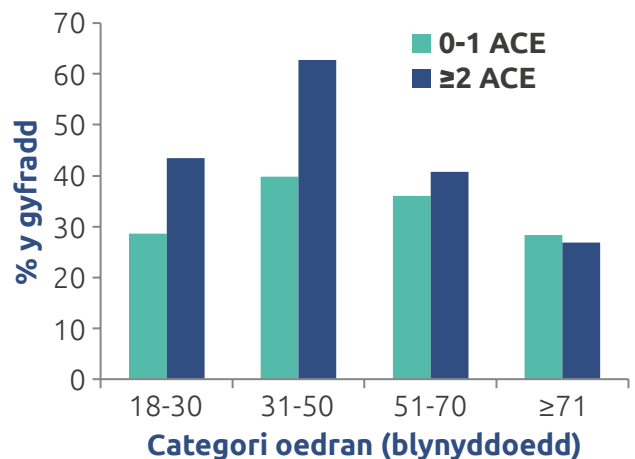
Ffigur 7: Cyfraddau gwahanol broblemau iechyd meddwl (sylfaenol)



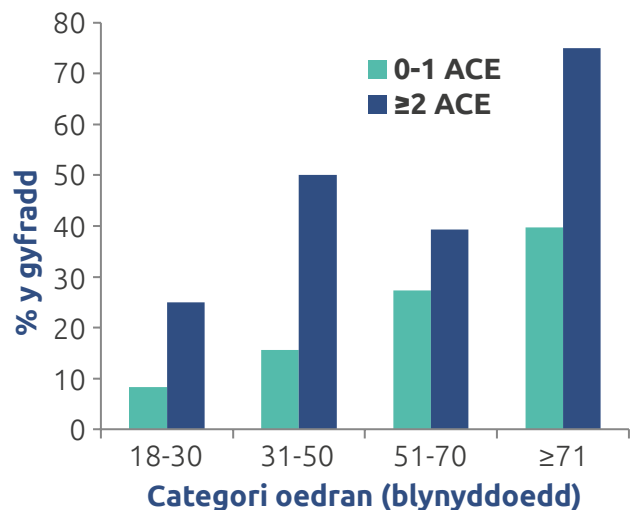
3.2.5 ACE a'r defnydd o wasanaethau iechyd

At ei gilydd, nid oedd unrhyw berthynas arwyddocaol rhwng dod i gysylltiad ag ACE yn ystod plentyndod ac ymweliadau cyson â meddyg teulu ($X^2=0.735$, $p=0.391$; Atodiad 3: Tabl II). Ymhlith y cleifion hynny rhwng 18 a 30 oed, 31-50 a 51-70 oed, roedd y rheini â ≥ 2 ACE wedi cael llai o apwyntiadau wyneb yn wyneb na chleifion â 0-1 ACE yn ystod y chwe mis blaenorol. At hynny, ni chanfuwyd unrhyw wahaniaeth yn y defnydd o feddyginiaethau/presgripsiynau amlroddadwy yn ôl categori nifer yr ACE (Atodiad 3: Tabl II). Fodd bynnag, canfuwyd perthynas arwyddocaol gyffredinol bendant rhwng categori nifer yr ACE a'r rhai a oedd wedi defnyddio gwrth-isleyddion erioed ($X^2=6.343$, $p=0.012$; Ffigur 8; Atodiad 3: Tabl II). Mewn dadansoddiadau lluosnewidyn gan ystyried elfennau drslyd demograffig a lleoliad y practis, roedd cleifion â ≥ 2 ACE fwy nag un a hanner gwaith yn fwy tebygol o fod wedi cael presgripsiwn am wrth-iselyddion erioed, o'u cymharu â chleifion â 0-1 ACE (AOR=1.61, CH 95%=1.05-2.48, $p=0.031$; Atodiad 3: Tabl IV). Cafwyd perthynas arwyddocaol bendant hefyd rhwng categori nifer yr ACE a galw uchel am ofal eilaidd ar draws pob categori oedran (Ffigur 9). Roedd cleifion â ≥ 2 ACE dair gwaith yn fwy tebygol o fod wedi cael nifer fawr o atgyfeiriadau (≥ 4) at ofal eilaidd yn ystod y 12 mis blaenorol, o'i gymharu â chleifion â 0-1 ACE (AOR = 2.99, 95% CI = 1.64-5.46, $p < 0.001$; Atodiad 3: Tabl IV).

Ffigur 8: Y cysylltiad rhwng ACE a'r defnydd o wrth-iselyddion (erioed), yn ôl categori oedran



Ffigur 9: Y cysylltiad rhwng ACE a galw mawr am ofal eilaidd, yn ôl categori oedran



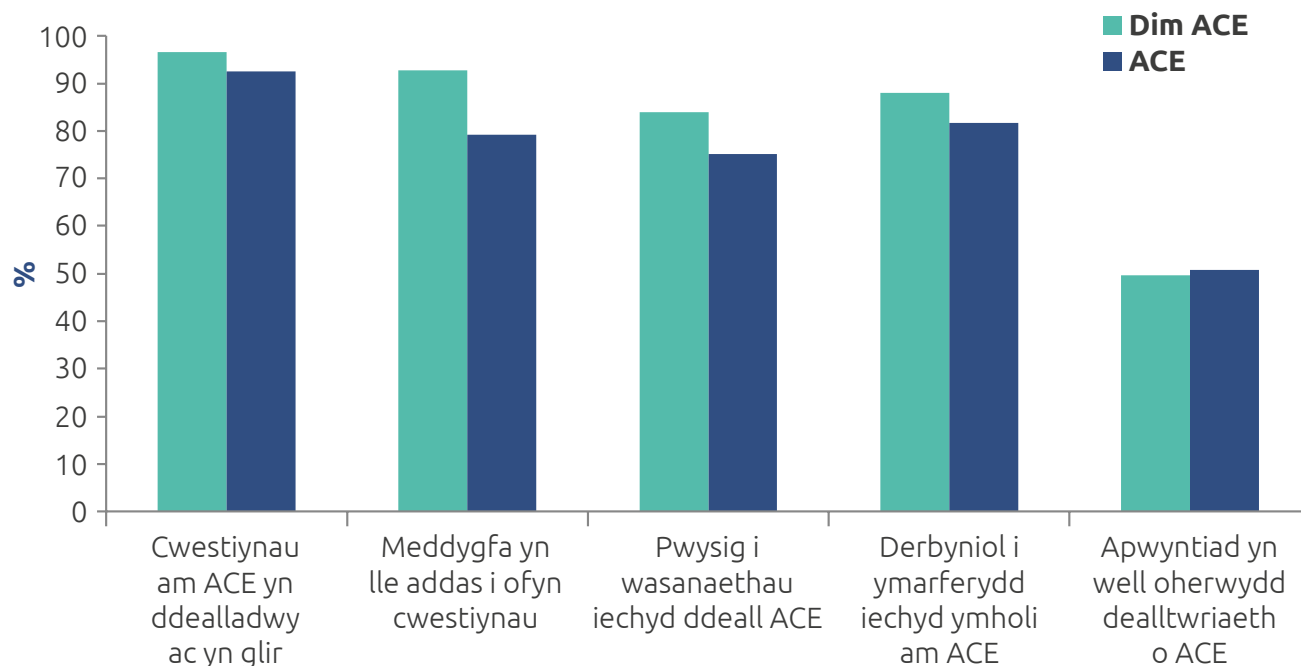
3.3 Arolygon adborth cleifion

Ar draws pob safle peilot, cwblhaodd 333 o gleifion holiaduron adborth. Gan dybio bod yr holl gleifion wedi cael y ffurflen briodol i gwblhau eu hadborth (heb ei fesur), mae hyn yn awgrymu cyfradd ymateb gyffredinol o 58.9%. Roedd y cyfraddau ymateb yn amrywio rhwng practisau, gyda bron i dri chwarter (72.4%) y cleifion yn Amlwch yn cwblhau holiadur adborth, o'i gymharu â llai na hanner y rhai yng Nghaergybi (43.5%; gweler Atodiad 1: Tabl II). O blith y cleifion a roddodd adborth, cwblhaodd 294 yr eitem ar eu datgeliad o ACE (gweler adran 2.4) a nododd 46.6% o'r rheini eu bod wedi cael o leiaf un ACE. Yn gyffredinol, roedd barn y cleifion am ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol yn gadarnhaol iawn. Roedd dros 95% o'r holl ymatebwyr yn cytuno neu'n cytuno'n gryf bod y cwestiynau am ACE yn glir ac yn ddealladwy ac roedd 87% yn teimlo bod y feddygfa'n lle addas i ofyn y cwestiynau hyn. Yn yr un modd, dywedodd 85% o'r ymatebwyr fod ymarferydd iechyd yn ymholi am ACE yn dderbyniol ac roedd pedwar o bod pump (80.7%) o'r farn ei bod yn bwysig i wasanaethau iechyd ddeall yr hyn sy'n digwydd ym mhentyndod rhywun (Ffigur 10). Nid oedd unrhyw wahaniaethau arwyddocaol rhwng practisau yn yr ymatebion i'r pedair eitem adborth hyn gan gleifion. Er bod hanner yr holl ymatebwyr yn nodi bod eu hapwyntiad yn well oherwydd bod

y meddyg teulu yn deall eu plentyndod yn well, roedd mwy o wahaniaeth barn ar y mesur hwn yn gyffredinol, gyda 35% o'r ymatebwyr yn nodi eu bod yn ansicr. Yma canfuwyd gwahaniaethau arwyddocaol rhwng practisau, gyda dwy ran o dair (66.1%) o'r ymatebwyr o Langefni yn nodi bod eu hapwyntiad yn well o'i gymharu â dim ond 45.7% o'r rhai yn Amlwch a llai na thraean (32.8%) y cleifion yng Nghaergybi ($X^2=19.842, p<0.001$).

Er bod cleifion gydag ACE a heb ACE yn cytuno yn gyffredinol, roedd barn ynghylch addasrwydd meddygfa ar gyfer ymholi am ACE yn sylweddol fwy cadarnhaol ymhlith cleifion heb ACE (92.9% yn cytuno/cytuno'n gryf o gymharu â 79.4% o'r rhai ag ACE; $X^2=11.505, p=0.001$; Ffigur 10). O blith y 137 o ymatebwyr a ddywedodd eu bod wedi cael o leiaf un ACE, ar gyfer 59.9% ohonynt dyma'r tro cyntaf iddynt ddweud wrth weithiwr proffesiynol neu wasanaeth (h.y. rhywun heblaw eu ffrindiau a'u teulu) am y profiadau hyn. Roedd gan y rhai a oedd yn datgelu ACE am y tro cyntaf yn ystod yr ymholiad farn llawer mwy cadarnhaol ynghylch pwysigrwydd ymholi am ACE (81.7% yn cytuno/cytuno'n gryf o gymharu â 65.5% o'r rhai nad oeddent wedi datgelu am y tro cyntaf; $X^2=4.661, p=0.031$).

Ffigur 10: Canran y cleifion gyda (N= 137) a heb (N = 157) ACE a oedd yn cytuno'n gryf neu'n cytuno â'r eitemau sy'n disgrifio ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol mewn ffordd gadarnhaol



Cyflwynodd 28 o gleifion sylwadau ychwanegol ar ffurf testun rhydd yn y gofod a ddarparwyd ar eu harolygon adborth gan gleifion. Roedd pedwar o'r ymatebion hyn yn annealladwy. Cafodd y 24 sylw arall (o Amlwch - 8 claf; Llangefni - 12 claf; Caergybi - 4 claf) eu categorioedd yn bedair prif thema ac fe'u disgrifir yn Nhabl 3 isod gydag enghreifftiau o bob thema. Nid oedd dau sylw yn gysylltiedig ag ymholi am ACE ac roeddent yn ymwneud yn fwy â myfyrdodau ar y practis yn gyffredinol (e.e. "Mae'r meddygon yn dda wrtha'i ac wedi rhoi cymorth i mi gyda fy COPD").

Tabl 3: Sylwadau a ddarparwyd mewn adborth gan gleifion

Thema	N	Enghreifftiau
Myfyrdodau cadarnhaol ar brofiadau a pherthnasedd ymholi am ACE	8	<ul style="list-style-type: none"> Rwy'n credu bod hwn yn holiadur gwerthfawr. Y mwyaf o wybodaeth sydd ar gael a'r mwyaf agored yw pobl/plant am broblemau y gorau fydd pethau i blant/oedolion yn y dyfodol. Rwy'n credu y gallai cael adborth gan bobl y mae un neu fwy o'r eitemau ar yr holiadur wedi effeithio arnynt helpu'r person hwnnw i gydnabod rhesymau posibl dros eu hymddygiad eu hunain. Braf gweld ymchwil sy'n anelu at wella iechyd a gofal.
Pryderon ynghylch gweithredu'r ymholiad am ACE	2	<ul style="list-style-type: none"> Gobeithio nad yw'r arolwg yn faich ychwanegol ar feddygon teulu - mae ganddynt ddigon o waith papur! Mae'r amser yn brin i gael trafodaeth ychwanegol. Byddai'n well gennyf fod wedi ateb cwestiynau sensitif mewn lle mwy preifat. Roedd yn sioc emosiynol ac roeddwn wedi cynhyrfu braidd o orfod ateb cwestiynau ar bapur mewn ystafell aros yn llawn dieithriaid. Nid oedd yn beth da bod yn ddagreuol yn annisgwyl. Byddai holiadur drwy'r post wedi bod yn well. Rwy'n cytuno bod angen cynnal yr arolwg er hynny.
Cyfngiadau holiadur ACE ac awgrymiadau ar gyfer ei ymestyn	7	<ul style="list-style-type: none"> Gallai fod wedi cynnwys cwestiwn ynghylch a oeddem yn teimlo bod profiadau negyddol yn ystod plentyndod wedi effeithio arnom yn y tymor hir. Rwy'n credu y byddai ychydig o gwestiynau am amgylchedd eich cartref chi nawr yn ddefnyddiol, nid dim ond pan oeddech yn tyfu i fyny. Dylai'r cwestiynau hyn gael eu gofyn i bobl ifanc, nid yr henoed.
Darparu gwybodaeth ychwanegol am ACE	5	<ul style="list-style-type: none"> Cafodd fy mam chwalfa nerfol a chafodd ei hanfon i'r ysbyty pan oeddwn i'n bedair oed.

3.4 Adborth gan ymarferwyr

Canolbwyntiodd yr adborth gan ymarferwyr ar dair thema graidd: y broses gyflwyno; effaith ymholi am ACE ar ymarfer; manteision deall am niwed yn ystod plentyndod i'r berthynas rhwng yr ymarferydd a'r claf ac iechyd a llesiant cleifion. O fewn pob un o'r themâu hyn, nodwyd amrywiol is-themâu ac fe'u hamlinellir isod. Rhoddir pwyslais ar y themâu hynny lle yr adroddodd yr ymarferwyr bod consensws, y rhai a ysgogodd drafodaeth fwy manwl neu frwdfrydig neu faterion lle roedd gwahaniaeth barn clir.

3.4.1 Myfyrdodau ar y broses gyflawni

Disgrifiodd staff gweinyddol, staff clinigol a rheolwyr practisau eu profiadau o gynnal ymholiad am ACE ar draws y tri safle, gan ganolbwyntio ar gryfderau canfyddedig y dull peilot a'r meysydd posibl i'w datblygu yn y dyfodol.

Nodi cleifion cymwys ac ymgysylltu â hwy:

- Dywedodd clinigwyr a wirfoddolodd i gymryd rhan yn y peilot eu bod wedi cadw graddau amrywiol o reolaeth dros pryd yr oeddent yn ymholi am ACE (h.y. pa sesiynau ar ba ddyddiau), a bod hyn wedi arwain at ddull cyflwyno hyblyg (heb fod yn safonol) wedi'i addasu i ofynion eraill a oedd yn cystadlu am eu hamser. Creodd y broses gyflwyno afreolaidd hon a dargyfeirio cleifion o systemau arwyddo i mewn electronig safonol rai problemau i staff y dderbynfa i ddechrau o ran nodi cleifion cymwys ac ymgysylltu â hwy, ond dywedodd y staff bod eu hyder i wneud hyn wedi cynyddu gydag amser a thrwy anogaeth cadarnhaol gan gleifion.

“Roedd yn haws nag yr oeddwn yn ei ddisgwyl a dweud y gwir. Roeddwn wedi codi pryderon o'r blaen ynglŷn â gwneud hyn, ond cefais fy siomi ar yr ochr orau pa mor agored oedd pobl i hyn.

(Derbynydd; Caergybi)

- Dywedodd y clinigwyr a oedd yn ymholi eu bod yn cynnwys cyfeiriad at yr holiadur ACE yn eu harddull eu hunain o holi penagored/cofnodi hanes, gan ddefnyddio'r cysylltiadau rhwng niwed cynnar ac iechyd a llesiant. Nid oeddent felly yn teimlo bod angen dibynnu ar yr awgrymiadau a ddarparwyd gan yr hwylusydd ymgynghorol.
- Roedd y broses a ddisgrifiwyd mewn un practis (Caergybi) yn gwyro o'r model cyflawni arfaethedig oherwydd ochr yn ochr ag ymholiad gan glingwyr mewn ymgynghoriadau 1:1 a drefnwyd ymlaen llaw, cafodd ymholiad am ACE ei gynnal gan reolwr y practis mewn sesiynau grŵp (e.e. grŵp colli pwysau; gweler Blwch 3).
- Yn gyffredinol roedd cleifion yn fodlon cymryd rhan yn y broses ymholi am ACE, gyda llawer yn cydnabod gwerth a phwysigrwydd y trafodaethau hyn. Drwy gydol y tri chynllun peilot, prin iawn oedd y cleifion a wrthododd gymryd rhan, gydag ymarferwyr yn awgrymu bod y rhai a wrthododd fel arfer yn gwneud hynny oherwydd eu bod yn teimlo'n sâl (e.e. tonsilitis difrifol), nid oherwydd eu bod yn pryderu am natur yr holiadur ACE.

Casglu a storio gwybodaeth am ACE:

- Croesawyd y defnydd o offeryn strwythuredig ar gyfer lleihau'r galw gwybyddol ac emosynol ar gleifion a goresgyn yr her o gyflwyno'r cysyniad o ACE pan fo cleifion yn ymweld â'r feddygfa am fater anghysylltiedig (i bob golwg). Fodd bynnag, nododd yr ymarferwyr fod y defnydd o'r holiadur, a oedd flaenaf ym meddyliau'r cleifion, mewn rhai achosion wedi torri ar lif arferol yr ymgynghoriad (h.y. pan fyddai ymarferwyr yn dymuno ymdrin â materion iechyd y claf yn gyntaf).

“Mae holiadur strwythuredig yn ffordd dda o ofyn yn ofalus am ystod o brofiadau. Mae'n gyflym, yn hawdd ac nid yn rhy ymwithiol, felly bydd ymarferwyr yn ei ddefnyddio.

(Meddyg Teulu; Amlwch)

“ Roedd cleifion yn arbennig o bryderus am y llwybr archwilio. Roeddent am wybod sut roedd y wybodaeth honno'n cael ei storio a phwy fyddai'n ei gweld. Roeddent am wybod a fyddai ar eu cofnodion yn barhaol ac roeddent yn ofni hynny.

(Rheolwr Practis; Caergybi)

- Disgrifiodd yr ymarferwyr sut mae angen cydbwysu pryderon ynghylch cyfrinachedd a mynediad i gofnodion meddygol, yn enwedig mewn cymunedau bach, a'r angen i gofnodi gwybodaeth o berthnasedd clinigol mewn modd y gellir ei ddefnyddio. Yn Amlwch a Llangefni, codwyd y pryderon hyn gan staff ond nid yn benodol gan gleifion. Fodd bynnag, yng Nghaergybi, mynegodd rhai cleifion bryderon ynghylch diogelwch data gan ofyn am sicrwydd gan y staff.

3.4.2 Deall yr effeithiau ar ymarfer

Disgrifiodd yr ymarferwyr sut yr oedd y peilot ymholi am ACE wedi dylanwadu ar eu hymarfer unigol a'r gwasanaeth cyffredinol a ddarparwyd gan y feddygfa.

Anghenion o ran amser a gwasanaeth:

- Disgrifiodd rhai clinigwyr effaith fach iawn ymholi am ACE ar amser ymgynghori unigolion, tra bod eraill yn awgrymu bod angen mwy o amser weithiau. Awgrymodd un clinigydd o Gaergybi fod myfyrio ar yr holiadur ACE a pherthnasedd ACE i iechyd, hyd yn oed ymhlith y rhai nad oeddent wedi datgelu unrhyw ACE wedi ychwanegu o leiaf 3 munud at bob ymgynghoriad, ac felly roedd potensial i hynny gael sgil-effeithiau sylweddol ar draws y sesiwn gyfan yn y feddygfa. Fodd bynnag, at ei gilydd, roedd ymarferwyr eraill ar draws yr holl safleoedd yn barod i dderbyn bod y mân oedi hyn yn rhan gynhenid o ymarfer cyffredinol. Er enghraifft, pan oedd cleifion yn cyrraedd eu hapwyntiadau'n hwyr. Awgrymodd staff un practis fod angen mwy o amser na'r 5 munud a fwriadwyd i gwblhau'r holiadur ACE ar tua thraean o gleifion. Yng Nghaergybi, awgrymodd rheolwr y practis mai staff y dderbynfa a oedd yn ysgwyddo'r baich mwyaf yn sgil ymholi am ACE, staff a oedd eisoes o dan ormod o bwysau ac y mae'n ofynnol iddynt ddosbarthu holiaduron ac ateb cwestiynau gan gleifion, a'r cyfan tra

“ Yn gyffredinol, nid oedd yn ychwanegu amser sylweddol at apwyntiadau ac nid oedd yn effeithio ar y ffordd yr oedd y practisyn cael ei redeg. Mae apwyntiadau sy'n mynd dros amser yn rhan o fywyd bob dydd mewn practis meddyg teulu.

(Meddyg Teulu; Caergybi)

byddant arwyddo cleifion i mewn ac yn ateb y ffonau.

- Fodd bynnag, roedd cytundeb ar draws yr holl feddygfeydd nad oedd pryderon cychwynnol ynglŷn â galw am wasanaethau a mwy o angen am gymorth arbenigol yn cael eu gwireddu, heb unrhyw glaf yn gofyn am apwyntiad dilynol a dim ond un claf yr oedd angen ei atgyfeirio o ganlyniad uniongyrchol i ymholi am ACE (gweler isod). Yn gyffredinol, dywedodd cleifion a oedd wedi cael ACE nad oeddent eisiau siarad yn fanwl am eu profiadau yn ystod bywyd cynnar, gyda llawer yn awgrymu eu bod eisoes wedi delio â'r materion hyn (gyda a heb gymorth gan wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol).
- Serch hynny, roedd clinigwyr yn dal i bryderu am ddiffyg camau dilynol i ddeall yr hyn a ddigwyddodd i gleifion, sut roeddent yn teimlo, a pha gymorth arall y gallent fod wedi'i gael ar ôl gadael y feddygfa. Roedd ymdeimlad clir bod ymarferwyr am weld tystiolaeth o effeithiau cadarnhaol y newid hwn wrth ddarparu gwasanaethau a bod angen dealltwriaeth glir o'r defnydd o wybodaeth am ACE yn y dyfodol i annog ymarferwyr i ymgorffori a chynnal ymholi am ACE mewn ymarfer rheolaidd.

Herio rhagdybiaethau ymarferwyr:

- Ar draws y tri safle, awgrymodd yr ymarferwyr nad y cleifion yr oeddent yn disgwyl iddynt ddatgelu'r nifer fwyaf o ACE a oedd yn gwneud hynny mewn gwirionedd. Felly, dywedodd yr ymarferwyr fod ymgymryd â phroses ffurfiol o ymholi am ACE wedi herio rhai o'u rhagdybiaethau am gleifion. Yn benodol, cafodd ymarferwyr eu synnu gan y cyfraddau uchel o ACE ymhlith y categori oedran ieuengaf (18-30), lle roeddent yn teimlo y gallent wedyn weld yn glir y cysylltiadau â phroblemau iechyd meddwl presennol.

“ Ni fyddwn o reidrwydd wedi meddwl am bobl ifanc yn byw mewn amgylchiadau sy'n achosi niwed iddynt yn ystod plentyndod o'r blaen. Mae hyn wedi amlygu problem wirioneddol ymhlith y grŵp oedran iau hwn...Rwy'n meddwl am y materion hyn yn fwy cyffredinol nawr yn ystod ymgynghoriadau ac yn gweld cyfleoedd lle y gallai fod yn berthnasol cael y drafodaeth honno gyda chleifion. (Meddyg Teulu; Llangefni)

“ Yma yn y DU mae gennym system ofal wahanol iawn. Pan fydd gofal iechyd yn cael ei gefnogi gan y wladwriaeth, mae gan gleifion agwedd o beidio â bod eisiau traferthu'r meddyg. Yr her, felly, yw dal pobl â symptomau yn ddigon cynnar. Yn gyffredinol, ni fyddant yn gwirfoddoli gwybodaeth ychwanegol y maen nhw'n credu y bydd yn cymryd amser y meddyg. (Meddyg Teulu; Amlwch)

- Er bod rhai ymarferwyr o'r farn bod ymholi am ACE yn fwyaf buddiol fel dull cyffredinol, roedd eraill yn awgrymu y byddai'n fwy priodol ystyried sut y gallai gwybodaeth am ACE gael gwerth diagnostig penodol, er enghraifft mewn perthynas â symptomau na ellir eu hesbonio'n feddygol. Roedd ymdeimlad ymhlith ymarferwyr yn Amlwch bod gwybodaeth am ACE yn fwy clinigol berthnasol na gwybodaeth arall sy'n cael ei chasglu ar hyn o bryd, megis gwybodaeth am ethnigrwydd. Awgrymodd ymarferwyr yng Nghaergybi y gellid targedu ymholi am ACE yn well at y rhai sy'n rheoli cyflyrau iechyd cronig fel cleifion a allai fod yn fwy tebygol o fod wedi cael ACE ond hefyd yn fwy tebygol o gael budd o gymorth. Yn ychwanegol at hynny, awgrymwyd apwyntiadau 15 munud i adolygu cyflyrau iechyd cronig fel amser mwy ymarferol i gychwyn y broses ymholi a phwysleisiwyd perthnasedd diagnosis o broblemau iechyd cronig yn ystod plentyndod (e.e. diabetes) fel ACE posibl.

3.4.3 Manteision cydnabyddedig ymholi am ACE

Disgrifiodd yr ymarferwyr sut roedd holi cleifion am eu ACE wedi cynyddu eu gwybodaeth am y penderfynyddion iechyd ehangach ar gyfer pob claf gan wneud y berthynas rhwng yr ymarferydd a'r claf yn fwy agored.

Deall a chymhwyso gwybodaeth newydd am gleifion:

- Roedd consensws bod gwybodaeth am ACE yn helpu ymarferwyr i ddeall cleifion a'u hanes teuluol yn well, a bod casglu'r wybodaeth hon drwy holiadur yn un o gryfderau'r dull peilot hwn.

- Yn gyffredinol, roedd yr ymarferwyr yn cytuno na fyddai'r cleifion fel arfer yn gwirfoddoli'r math yma o wybodaeth, a bod yn rhaid i glinigwyr ofyn iddynt (yn hytrach na thybio y bydd y ddealltwriaeth hon yn datblygu'n organig). Dim ond un ymarferydd a awgrymodd ei fod eisoes yn gwybod am brofiadau plentyndod rhai cleifion ac a oedd wedi trafod y rhain yn flaenorol, ond dim ond am gleifion yr oedd yn eu gweld yn rheolaidd ac a oedd wedi cael diagnosis o broblemau iechyd meddwl yr oedd hyn yn wir.
- Disgrifiodd clinigwyr newid cadarnhaol yn eu harddull ymgynghori, bod ganddynt fwy o empathi tuag at gleifion a dull gweithredu mwy cyfannol tuag at ofal. Teimlwyd hefyd bod ymholi am ACE yn meithrin ymdeimlad o ymddiriedaeth a pherthynas fwy agored gyda chleifion a ddisgrifiwyd ar ddau achlysur fel ffactorau a oedd yn cyfrannu at y ffaith bod cleifion yn fodlon datgelu profiadau trawmatig eraill (presennol, e.e. cam-drin domestig) yn ddigymell. At hynny, awgrymodd un meddyg teulu yng Nghaergybi y gallai gwybod beth yw ACE claf ganiatáu i bractis fod yn fwy ystyriol o'r claf hwnnw, er enghraifft os ydynt yn ymateb i'r staff mewn modd anffafriol.
- Roedd ymarferwyr o'r farn bod y wybodaeth a gafwyd drwy ymholi am ACE, er nad oedd yn berthnasol yn aml adeg yr apwyntiad, o bosibl yn bwysig ar gyfer diagnosis a chefnogi cleifion yn y dyfodol. Fodd bynnag, nid oedd yn glir o dan ba amgylchiadau y gellir defnyddio'r wybodaeth hon a sut.

“ Mae defnyddio'r holiadur wedi datgelu materion a oedd yn hynod ddefnyddiol. Rwy'n teimlo fy mod yn adnabod fy nghleifion yn well nag o'r blaen. Yn sicr ar gyfer cleifion â phroblemau iselder cronig; rwy'n deall hynny'n well ac rwy'n fwy goddefgar o gleifion.

(Meddyg Teulu; Llangefni)

Effeithiau posibl ar gleifion:

- Mewn dau o'r practisau (Amlwch a Llangefni) nid oedd unrhyw glaf wedi cynhyrfu neu'n anghysurus, nac wedi dangos unrhyw arwyddion eraill o ofid drwy gydol y cynllun peilot. Yn y practis arall (Caergybi), disgrifiwyd bod un claf ag ACE wedi mynd yn "ddig iawn" o gael ei gorfodi i feddwl am faterion yr oedd hi'n teimlo ei bod wedi ceisio eu hanghofio. Roedd hyn yn ymwneud ag ymholiad a gynhaliwyd gan reolwr y practis yn ystod sesiwn grŵp (gweler Blwch 3). Dywedodd rheolwr y practis hefyd fod rhai cleifion yn teimlo'n anghyfforddus yn datgelu gwybodaeth am ACE gan eu bod yn pryderu am fod yn "anffyddlon" i'w rhieni drwy rannu gwybodaeth breifat a allai arwain at farn negyddol yn erbyn y teulu cyfan. Unwaith eto, deilliodd y myfyrdodau hyn o'r sesiynau grŵp.

“ Fe wnaeth [ymholi am ACE] greu ymdeimlad bod y meddyg yno i siarad am y materion ehangach hyn ac felly roedd y cleifion yn teimlo bod modd iddynt wneud hynny.

(Meddyg Teulu; Llangefni)

- Er bod yr holiadur ACE yn gyffredinol yn cael ei ystyried yn dderbyniol iawn i gleifion, awgrymodd yr ymarferwyr fod y cwestiynau ar gam-drin rhywiol yn arbennig yn ennyn ymateb emosïynol iawn gan gleifion. Mewn rhai achosion gyda chleifion hŷn, teimlai'r ymarferwyr y gellir dehongli'r cwestiynau am ACE yn wahanol, gan adlewyrchu'r ffyrdd y mae normau a barn gyffredinol cymdeithas wedi newid (e.e. mewn perthynas â chosbi plant yn gorfforol).
- Awgrymodd yr ymarferwyr fod y broses ymholi am ACE yn ddefnyddiol i hunanymwybyddiaeth cleifion, gan eu helpu i ddeall pam maent yn ymddwyn mewn ffordd benodol, ond hefyd yn caniatáu iddynt fyfyrïo ar sut yr oeddent wedi ymdopi â'r niwed a sut roedd eu gwydnwch wedi galluogi iddynt ymdopi â gwahanol fathau o straen yn eu bywydau fel oedolion ers hynny. Dim ond un enghraifft a ddisgrifiwyd lle roedd claf wedi'i atgyfeirio am gymorth ychwanegol, ond awgrymodd ymarferwyr ar draws y safleoedd fod cleifion yn croesawu'r wybodaeth a ddarparwyd am wasanaethau cymorth lleol a chenedlaethol.

“ Roedd un person wedi cynhyrfu gan mai dyma'r tro cyntaf iddi ddweud wrth unrhyw un am hyn [ACE]. Fe wnes i ei hatgyfeirio i wasanaeth cwnsela. Doedd hi erioed wedi meddwl am hynny o'r blaen. Rwy'n gwybod ei bod wedi derbyn y gwasanaeth, ond dw i ddim yn gwybod beth yw'r canlyniad. (Nyrs; Caergybi)

3.5 Effeithiau posibl ymholi am ACE ar ddefnyddio gwasanaethau

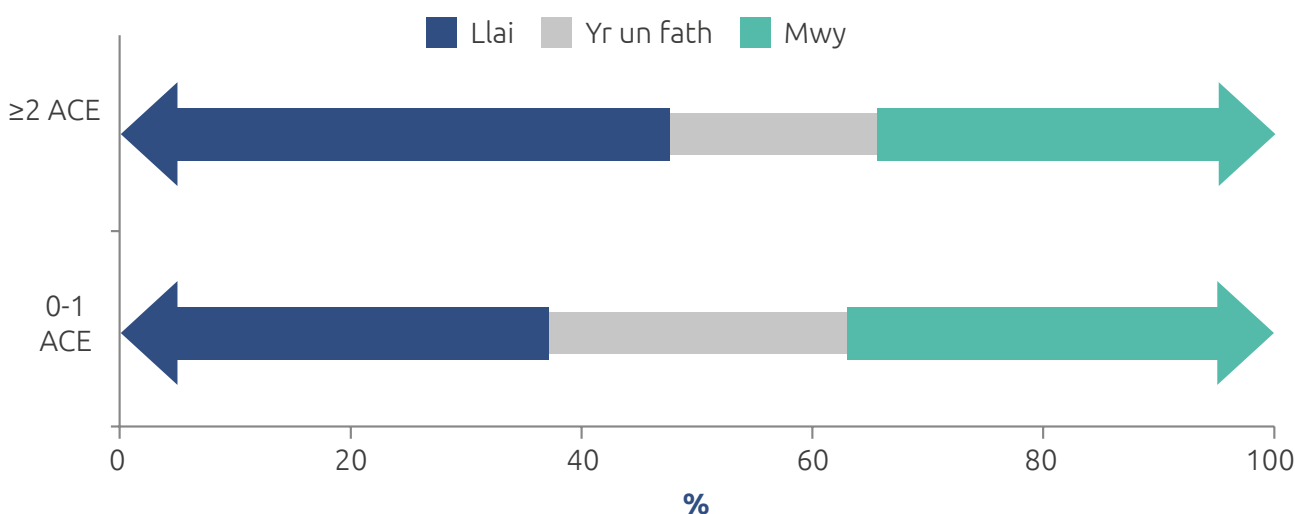
Cafodd sawl gwaith yr ymwelodd cleifion â'r practis ar gyfer apwyntiad wyneb yn wyneb gydag unrhyw feddyg teulu neu uwch ymarferydd nysio ei gymharu ar sail achosion cyfatebol yn y chwe mis cyn ac ar ôl ymholi am ACE (Ffigur 11). Ymwelodd bron i hanner (47.5%) yr holl gleifion â ≥ 2 ACE y practis yn llai aml yn ystod y chwe mis ar ôl yr ymholiad am ACE, ond gwelwyd gostyngiad yn yr ymweliadau dros yr un cyfnod mewn dim ond 37.2% o'r rhai â 0-1 ACE. Roedd y newid yn nifer yr ymweliadau yn ystod y chwe mis ar ôl ymholi am ACE yn sylweddol o ran y rhai â ≥ 2 ACE ($Z=-2.624$, $p=0.009$), ond nid ymhlith y rhai sydd â 0-1 ACE ($Z=-1.057$, $p=0.290$). Fodd bynnag, yn gyffredinol, nid oedd y gwahaniaeth yng nghyfran y cleifion ym mhob categori ymweliadau dilynol (llai; yr un fath; mwy) yn ôl nifer yr ACE yn ystadegol arwyddocaol ($X^2=5.654$, $p=0.059$).

Roedd cyfanswm y presgripsiynau amlroddadwy yr oedd cleifion yn eu derbyn chwe mis ar ôl ymholi am ACE yn y ddwy feddygfa a ddarparodd y data hyn (Amlwch a Llangefni) yn amrywio o 0 i 19, gyda chymedr o 4.1 ($SD=3.94$). O'i gymharu â'r presgripsiynau amlroddadwy am feddyginiaeth a roddwyd cyn yr ymholiad, roedd y presgripsiynau amlroddadwy ar ôl yr ymholiad

wedi cynyddu ymysg dros hanner y cleifion â 0-1 ACE a ≥ 2 ACE (53.3% a 51.8%) (Statws Wilcoxon $Z=-8.696$, $p<0.001$ a $Z=-3.872$, $p<0.001$ yn y drefn honno). At ei gilydd, nid oedd unrhyw wahaniaeth yng nghyfran y cleifion ym mhob categori meddyginiaeth amlroddadwy dilynol (llai; yr un fath; mwy) yn ôl nifer yr ACE ($X^2=0.801$, $p=0.670$).

Gyda'r data sydd ar gael, nid yw'n bosibl nodi a yw cleifion â nifer fwy o ACE yn ymweld yn llai aml oherwydd bod eu hanghenion yn llai, bod ganddynt lai o fynediad i wasanaethau/bod llai o apwyntiadau ar gael neu newid yn eu parodrwydd i ymweld â'r practis. Nid yw'n bosibl ychwaith nodi neu roi cyfrif am effeithiau tymhorol ac effeithiau allanol eraill ar ymweliadau. Fodd bynnag, mae'n bosibl meithrin dealltwriaeth ddefnyddiol yn sgil ystyried cyfran y cleifion a oedd heb ymweld â'r practis o gwbl ar ôl yr ymholiad am ACE. O blith y 548 o gleifion yr oedd data dilynol chwe misol ar gael ar eu cyfer, ni wnaeth 137 o gleifion ymweld â'r practis o gwbl yn ystod y cyfnod hwnnw. Nid oedd unrhyw wahaniaeth arwyddocaol yng nghyfraddau'r rhai na wnaethant ymweld o gwbl yn ystod y chwe mis hynny ar gyfer y rhai â 0-1 a ≥ 2 ACE (25.6% a 23.5% yn y drefn honno; $X^2=0.292$, $p=0.589$).

Ffigur 11: Newidiadau mewn ymweliadau cleifion yn ystod y chwe mis yn dilyn ymholi am ACE, yn ôl nifer yr ACE



4. Trafodaeth

Rhwng mis Tachwedd 2017 a mis Ebrill 2018, fe wnaeth 11 o glinigwyr ar draws tri safle ymarfer cyffredinol yn Ynys Môn dreialu dull ymholi am ACE gyda chleifion dros 18 oed a oedd yn mynychu apwyntiadau wyneb yn wyneb wedi'u trefnu ymlaen llaw. Yn ystod y peilot, cytunodd cyfanswm o 565 o gleifion i lenwi holiadur ACE 10 eitem yn yr ardal aros cyn eu hapwyntiad, ac wedyn rhannu'r wybodaeth hon gydag ymarferydd iechyd yn ystod eu hymgynghoriad. Yn ystod yr un cyfnod, cofnodwyd bod cyn lleied â 54 o gleifion wedi gwrthod cymryd rhan (adran 3.1). Cafwyd data an-adnabyddadwy o gofnodion practisau ar gyfer 549 o gleifion i ymchwilio i iechyd a'r defnydd o wasanaethau a rhoddwyd adborth dienw gan 333 o gleifion. Darparodd y clinigwyr, rheolwyr y practisau a'r staff gweinyddol a gymerodd ran yn y peilot adborth ansoddol manwl ar eu profiadau personol o holi am ACE mewn ymarfer cyffredinol gan fyfrio ar heriau a llwyddiannau'r dull gweithredu hwn.

Dichonoldeb ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol

Yn gyffredinol, roedd barn ymarferwyr am y broses ymholi am ACE yn gadarnhaol, gan ystyried ei bod yn briodol ac yn berthnasol i ymarfer cyffredinol (adran 3.4.1). Fel y dangoswyd gydag ymarferwyr mewn lleoliadau eraill [45], gyda hyfforddiant a chymorth i gynyddu eu hymwybyddiaeth a'u dealltwriaeth o ACE, teimlai ymarferwyr yn hyderus i gynnwys sgysiau am niwed yn ystod plentyndod yn eu hymgynghoriadau. Nid ystyriwyd bod hyn yn gwyrô'n sylweddol o'r ddeialog arferol rhwng ymarferydd a chlaf, ond yn hytrach roedd yn ategu dulliau presennol o gofnodi hanes. Disgrifiodd yr ymarferwyr yr holiadur ACE strwythuredig fel rhywbeth a oedd yn cefnogi'r ymgynghoriad drwy ddarparu dull effeithlon ac anymwithiol o gasglu gwybodaeth newydd (am ACE) gan gleifion (adran 3.4.2). Yn gyffredinol, roeddent yn teimlo na fyddai'r wybodaeth hon yn hysbys heb ofyn amdani'n uniongyrchol. Felly, rhoddodd holi am ACE dystiolaeth a oedd yn groes i'w rhagdybiaethau blaenorol am gleifion. Mae hyn yn cefnogi'r angen a amlinellir yn Cymru Iachach: Ein Cynllun Iechyd a Gofal Cymdeithasol i edrych y tu hwnt i symptomau neu anghenion uniongyrchol wrth gefnogi unigolion i gynnal neu wella eu hiechyd [30; tudalen 11].

Yn ôl ymarferwyr, ystyriwyd bod ymholi am ACE nid yn unig yn broses werthfawr er mwyn cynyddu dealltwriaeth o hanes cleifion, ond hefyd roedd defnydd ehangach iddi o ran cynyddu empathi a meithrin perthynas fwy agored rhwng yr ymarferydd a'r claf (adran 3.4.3). Teimlai'r ymarferwyr mai anaml y byddai gwerth neu berthnasedd ymholi am ACE yn amlwg i gleifion adeg yr ymgynghoriad. Fodd bynnag, roeddent o'r farn bod y wybodaeth hon yn glinigol berthnasol ac o werth diagnostig defnyddiol yn y dyfodol. Felly, ystyriwyd bod ymholi am ACE yn fuddsoddiad ar gyfer eu ymarfer yn y dyfodol. Mae hyn yn gyson ag adroddiadau gan ymarferwyr nad oedd unrhyw glaf wedi gofyn am ymgynghoriad dilynol a dim ond un a ystyriwyd i'w atgyfeirio am gymorth arbenigol yn dilyn ymholi am ACE. Er bod yr ymarferwyr yn credu bod ymholi am ACE yn gwella eu perthynas â chleifion, roedd nifer fach o sylwadau a ddarparwyd yn yr adborth gan gleifion yn cynnwys ceisiadau i ymestyn yr holiadur ACE i gynnwys profiadau hanesyddol (e.e. cam-drin gan frawd neu chwaer neu fwlio) ac i fyfrio ar eu profiadau fel oedolion (e.e. trais yn y cartref; Tabl 3; adran 3.5).

Mae hyn yn awgrymu efallai nad yw rhai cleifion yn ystyried bod y broses ymholi am ACE yn cefnogi datgeliad digymell ac yn mynd i'r afael ag achosion sylfaenol afiechyd o ganlyniad. Yn lle hynny gallant ei ystyried yn ddim mwy na chyfle i ymateb i gwestiynau uniongyrchol gan ymarferwyr iechyd.

Mae cryn dystiolaeth fyd-eang sy'n cysylltu ACE a chanlyniadau iechyd a llesiant gwael [8,10] ac mae astudiaethau cychwynnol mewn mannau eraill wedi datgelu cyfraddau uwch o ACE ymhlith y rhai sy'n defnyddio gwasanaethau meddygon teulu a gwasanaethau iechyd eraill (o'u cymharu â'r boblogaeth gyffredinol; [44]). Nodwyd cyfraddau ACE uchel ar gyfer rhai cleifion gofal sylfaenol yn y peilot hwn (adran 3.2.1). Fodd bynnag, roedd lefelau o gysylltiad â niwed yn ystod plentyndod yn debyg i'r rhai a ganfuwyd gan arolygon cenedlaethol yng Nghymru [1]⁷, gydag ychydig o dan draean o'r holl gleifion yn datgelu ≥ 2 ACE. Gallai hyn godi cwestiwn ynghylch parodrwydd cleifion i adrodd yn ddibynadwy ar ACE, gan y gellid disgwyl i bractisau meddygon teulu fod yn gorsamplu poblogaethau sy'n sâl. Felly, gall cyfraddau is na'r disgwyl adlewyrchu lleihad cyffredinol mewn parodrwydd i ddatgelu pob ACE, neu amharodrwydd mwy penodol i adrodd am rai ACE yn unig (e.e. cam-drin rhywiol; gweler adran 3.4.3). Fodd bynnag, er y gellid disgwyl i bobl sy'n defnyddio gwasanaethau iechyd ar gyfer triniaeth brofi mwy o ACE, efallai y bydd rhai pobl hefyd yn ymgysylltu â gwasanaethau iechyd gofal sylfaenol i gynnal eu hiechyd a hyrwyddo ffordd iach o fyw. Gall yr unigolion hyn hefyd roi pwysau ar wasanaethau iechyd ond efallai eu bod yn llai tebygol o fod â hanes o ACE. Serch hynny, nid yw'r berthynas rhwng ACE ac ymddygiad iechyd cadarnhaol wedi'u hastudio i'r un graddau [e.e. 52].

Cafwyd gwahaniaethau arwyddocaol o ran cyfraddau ACE rhwng practisau, gyda bron i hanner yr holl gleifion yng Nghaerdybi yn dweud eu bod wedi cael ≥ 2 ACE, o'i gymharu â thuag un o bob pump yn Amlwch a Llangefni. Gan fod meddygfeydd wedi'u lleoli mewn ardaloedd a oedd yn amrywio o ran amddifadedd (Atodiad 1: Tabl I) ac yn wahanol o ran eu proffil i ddemograffeg cleifion a ffactorau iechyd a ffordd o fyw hysbys (gweler Atodiad 3: Tabl I), nid yw'n bosibl penderfynu a ellir cysylltu amrywiad mewn cyfraddau ACE yn gywir â nodweddion cofnodedig neu anhysbys poblogaeth y claf, neu a yw'n adlewyrchu gwahaniaethau yn y modd y cyflwynwyd ymholiad am ACE ar draws y safleoedd.

Er enghraifft, er i un claf fynegi pryder ynglŷn â chynnal ymholiad am ACE yn ystod sesiwn cymorth grŵp (gweler 3.4.3), mae'n bosibl y gallai'r gwyriad hwn o'r dull cyflwyno a fwriadwyd ganiatáu mynediad i boblogaeth â chyfraddau uwch o ACE (h.y. grŵp a ddewiswyd ar gyfer anghenion iechyd a llesiant ychwanegol). Er mwyn deall yn well y rhwystrau posibl i adrodd am ACE ac i lywio'r broses o fireinio modelau ymholi am ACE i'w cyflwyno ar raddfa fwy, dylai gwaith ymchwil pellach ystyried rôl ffactorau dryslyd o ran y parodrwydd i ddatgelu. Gall hyn gynnwys a yw cleifion wedi/yn gallu gweld meddyg teulu penodol ai peidio. Er enghraifft, amlygodd astudiaeth o fenywod mewn gofal sylfaenol yng Nghanaada bwysigrwydd parhad gofal o ran cefnogi ymholi am ACE [53].

Mewn amgylchedd cymhleth a deinamig ymarfer cyffredinol, nid yw'n syndod o bosibl y cafwyd heriau cynhenid annisgwyl wrth gyflwyno proses a oedd yn golygu addasu llwybrau presennol cleifion (e.e. prosesau apwyntiadau) a chydweithrediad gwahanol elfennau o'r system (e.e. timau derbyn a chlinigwyr). Roedd llawer o'r heriau hyn yn ymwneud yn uniongyrchol ag ymddygiad cleifion a oedd y tu hwnt i reolaeth uniongyrchol y practis, megis cyrraedd yn hwyr am apwyntiadau ac angen mwy o amser i gwblhau'r holiadur ACE (adran 3.4.2). Roedd nodi cleifion cymwys ac ymgysylltu â hwy yn rhoi pwysau ar dimau derbynfa a thimau gweinyddol ac mae'n bosibl bod hyn yn ffactor allweddol a gyfrannodd at beidio a chadw at y prosesau y cytunwyd arnynt ar brydiau (adran 3.4.1). Fodd bynnag, mae rhai rhwystrau rhagweladwy sy'n tynnu sylw at yr angen i ystyried yn ofalus wydnwch system ar gyfer cyflwyno proses ymholi. Cytunodd yr ymarferwyr ar draws y safleoedd peilot fod gan y broses ymholi am ACE y potensial i effeithio ar hyd ymgynoriadau unigol gan arwain at sgil-effeithiau ar sut yr oedd sesiwn y feddygfa yn cael ei rhedeg yn gyffredinol. Er na ddigwyddodd hyn ar y cyfan, roedd mwyafrif yr ymarferwyr yn cytuno y gallai oedi gydag ymgynoriadau unigol ddigwydd mewn ymarfer cyffredinol ar unrhyw adeg am nifer fawr o resymau gwahanol. Felly, roedd y rhan fwyaf o ymarferwyr yn barod i dderbyn mân oedi os oedd budd posibl i gleifion. Dylai hyblygrwydd a gwytnwch ymarferwyr o fewn y system fod yn ystyriaeth allweddol wrth bennu parodrwydd ar gyfer ymholi am ACE.

⁷ Nid yw'n bosibl gwneud cymhariaeth uniongyrchol rhwng y cyfraddau cyffredinol a nodwyd yn y sampl hwn ac mewn arolygon cyffredinol o'r boblogaeth gan fod arolygon o'r fath yn cynnwys y rhai rhwng 18 a 69 oed. Mewn cyferbyniad â hyn, roedd cleifion yn yr astudiaeth beilot hon yn amrywio o 18 i 91 oed. Serch hynny, er bod peth tystiolaeth i awgrymu bod nifer yr ACE yn lleihau gydag oedran, pan gafodd y categori oedran hynaf ei eithrio o'r dadansoddiad, nid oedd nifer yr ACE ymhlith cleifion 18-70 oed yn sylweddol wahanol i'r sampl llawn (31.3% o gymharu â 29.5% ≥ 2 ACE yn y drefn honno).

Derbynioldeb ymholi am ACE i gleifion ymarfer cyffredinol

Mynegwyd barn gadarnhaol iawn am ymholi am ACE mewn arolygon adborth gan gleifion (adran 3.5). Yn gyson â thystiolaeth sy'n dod i'r amlwg [42], roedd mwyafrif helaeth y cleifion o'r farn bod yr holiadur ACE yn glir ac yn ddealladwy a bod ymholi am ACE mewn sefyllfa dda, yn dderbyniol ac yn bwysig mewn ymarfer cyffredinol. Er gwaethaf gwahaniaethau wrth weithredu'r broses o ymholi am ACE (gweler adran 2.1 a Blwch 3), nid oedd ymatebion i bedair allan o bum eitem adborth gan gleifion yn wahanol iawn rhwng practisau. Teimlai hanner yr holl gleifion bod eu hapwyntiad yn well o ganlyniad i'r ffaith bod y meddyg teulu neu'r uwch nyrs practis yn deall eu ACE. Fodd bynnag, adroddodd cyn lleied â thraean o gleifion yng Nghaerdybi fod eu hapwyntiad yn well gan awgrymu y gallai rhai o'r newidiadau yn y broses o gynnal y ymholiad yn y practis hwn fod wedi cyfyngu ar ddefnyddioldeb y broses (e.e. ei fframio fel astudiaeth o gyfraddau yn hytrach na gwelliant i'r gwasanaeth meddyg teulu; Blwch 3). Yn ddiddorol ddigon, fel mewn astudiaethau eraill sy'n edrych ar ddewisiadau cleifion [42], ni chanfuwyd unrhyw wahaniaeth yn y canfyddiad o ddefnyddioldeb ymholi am ACE rhwng y cleifion hynny ag ACE a heb ACE, neu rhwng y rhai a oedd neu nad oeddent yn datgelu eu bod wedi cael ACE am y tro cyntaf. Mae hyn yn lled awgrymu bod budd cyffredinol i ymholi am ACE waeth beth yw'r nifer a'r math o ACE neu'r hanes datgelu. Mae angen gwaith ymchwil pellach i ystyried mecanweithiau posibl ar gyfer y budd hwn.

Ar gyfer dros hanner yr holl gleifion a oedd wedi cael ACE, y peilot ymholi am ACE oedd y tro cyntaf iddynt ddatgelu niwed yn ystod plentyndod i wasanaeth proffesiynol. Roedd cymaint ag 80% o gleifion a oedd wedi cael ACE a oedd yn datgelu hynny am y tro cyntaf yn teimlo ei bod yn bwysig i wasanaethau iechyd ddeall eu ACE, gan awgrymu bod cleifion eisoes wedi datblygu, neu'n gallu datblygu, gwerthfawrogiad yn ystod y peilot o arwyddocâd hanes eu plentyndod ar eu hiechyd a'u llesiant presennol.

Roedd y canfyddiad pellach bod bron i ddwy ran o dair o gleifion a oedd wedi datgelu ACE o'r blaen hefyd yn teimlo ei bod yn bwysig eu datgelu eto ac yn barod i wneud hynny yn tanlinellu'r awgrym bod cleifion yn deall y perthnasedd i'w hiechyd presennol ac efallai eu bod wedi cael profiadau positif o ddatgelu i wasanaethau eraill yn y gorffennol. Gall effaith profiadau o ddatgelu ACE ar farn ehangach pobl am iechyd a gofal cymdeithasol a phatrymau dilynol ymgysylltu â gwasanaethau statudol yn benodol ddarparu llwybr gwerthfawr ar gyfer gwaith ymchwil pellach.

Ar draws pob practis, wrth ddilyn y dulliau gweithredu y cytunwyd arnynt, nid oedd unrhyw dystiolaeth bod unrhyw glaf wedi cynhyrfu neu wedi dioddef niwed o ganlyniad i'r broses ymholi am ACE (adran 3.4.3). Er y dywedwyd bod un claf wedi cael ymateb emosiynol negyddol i ymholiad am ACE, digwyddodd hyn yn dilyn sesiwn grŵp ac mae'n tanlinellu pwysigrwydd ystyried yn ofalus pa bryd yw'r amser gorau yn llwybr y claf i holi am ACE, gyda phwy, a chan ba ymarferwyr. Mae tystiolaeth empirig sy'n cefnogi'r defnydd o offeryn strwythuredig i hwyluso holi am ACE mewn ymgynghoriadau unigol yn parhau i ddeillio o ystod fach o leoliadau [42,44,45,54]. Fodd bynnag, hyd y gwyddom, nid achwiliwyd dichonoldeb a derbynioldeb holi yn benodol am ACE mewn cyd-destun ar y cyd (h.y. cymorth grŵp) hyd yma. Felly, os am fynd ar drywydd model o'r fath, dylai fod yn seiliedig ar theori glir a dylid gwneud gwaith ymchwil i ystyried ei ddichonolrwydd a'i dderbynioldeb, gan ganolbwyntio'n benodol ar y potensial am niwed anfwriadol.

Archwilio'r berthynas rhwng ACE ac iechyd ymysg cleifion ymarfer cyffredinol

Cafwyd perthynas arwyddocaol gref rhwng ACE a chanlyniadau iechyd meddwl oedolion, gan gynnwys diagnosis cyfredol o anhwylderau iechyd meddwl cyffredin a chael presgripsiwn ar gyfer gwrth-iselyddion erioed (Ffigur 6; adran 3.2.4). Felly, roedd cleifion â ≥ 2 ACE bron ddwywaith yn fwy tebygol o ddiodef salwch meddwl. Mae'r canfyddiadau hyn yn cyd-fynd â thystiolaeth bresennol o astudiaethau cenedlaethol [8,12] a samplau meddygon teulu [44] ac yn tanlinellu pwysigrwydd dulliau atal ac ymateb sy'n cefnogi anghenion iechyd meddwl y rhai sydd â hanes o niwed yn ystod plentyndod. Yn ôl arolwg a gynhaliwyd gan Mind yn y DU, mae dau o bob pum apwyntiad meddyg teulu yn ymwneud ag iechyd meddwl, gyda chyfran y cleifion y mae angen cymorth arnynt gyda'u hiechyd meddwl yn cynyddu bob blwyddyn [55]. Mae Coleg Brenhinol y Meddygon Teulu yn awgrymu bod cynifer â 90% o bobl â phroblemau iechyd meddwl yn derbyn gofal yn gyfan gwbl yn y sector gofal sylfaenol [56] ac felly mae galwadau parhaus am fwy o hyfforddiant a chymorth iechyd meddwl i feddygon teulu. Mae buddsoddi mewn staff yn un o werthoedd craidd GIG Cymru, ac mae'n cyd-fynd â gwerthoedd system gyfan megis cyrraedd y rhai sydd fwyaf mewn angen [30]. Mae Cymru iachach yn amlinellu gweledigaeth ar gyfer Cymru sy'n cynnwys dull cyfannol o gefnogi iechyd a llesiant, gan wella ansawdd a gwerth. Mae ymarfer cyffredinol yn bwynt mynediad clir i ofal iechyd i bobl â phroblemau iechyd meddwl. O ganlyniad, mae gan hyfforddiant ymwybyddiaeth o ACE a rhoi'r sgiliau a'r hyder i ymarferwyr holi am ACE mewn ymarfer cyffredinol y potensial i wella profiad y claf, cynorthwyo i adnabod y rhai y mae angen mwy o ofal iechyd meddwl arnynt, a hwyluso triniaeth a chymorth mwy effeithiol i gleifion.

Yn gyson â gwaith ymchwil cenedlaethol a rhyngwladol blaenorol [8,15,18], ymysg cleifion ymarfer cyffredinol yn y sampl hon, canfuwyd cysylltiad cadarnhaol rhwng ACE a statws ysmegu presennol (Ffigur 5; adran 3.2.2). Fodd bynnag, ni chafodd cysylltiadau a nodwyd yn flaenorol rhwng ACE a chanlyniadau iechyd corfforol cronig [8] eu hailadrodd. Mae rhesymau posibl am yr anghysondeb

hwn yn cynnwys maint y sampl, ansawdd y data a chywirdeb cofnodi (e.e. yn seiliedig ar ymarferwyr sy'n nodi a chymhwyso'r cod READ priodol i gofnod claf i ganiatáu echdynnu data cywir). Er bod cyfraddau diabetes a phwysedd gwaed uchel yn y sampl hwn yn cyd-fynd â data cenedlaethol ar gyfer Cymru yn 2017/18 sy'n deillio o'r Fframwaith Ansawdd a Chanlyniadau [57], mae asthma, COPD a phwysedd gwaed uchel yn digwydd ar gyfradd fwy yn y sampl hwn nag a ddisgwylir yn seiliedig ar ddata cyfraddau cenedlaethol. Efallai fod hyn yn cynrychioli rhagfarn samplu tuag at unigolion a all fod yn ymweld â phractisau yn fwy rheolaidd ar gyfer rhai cyflyrau iechyd neu sy'n cynrychioli rhagfarn neu anghywirdeb arall wrth gofnodi a/neu echdynnu data.

Nid oedd unrhyw dystiolaeth bod cleifion ag ACE yn y tri phractis hyn yn creu mwy o alw am apwyntiadau wyneb yn wyneb neu feddyginiaeth amlroddadwy na phobl eraill sy'n ymweld â meddygon teulu (adran 3.2.5). Yn wir, roedd y rhai â ≥ 2 ACE ym mhob categori oedran heblaw yr un hynaf yn ymweld ychydig yn llai aml â'u meddygfa, o'u cymharu â'u cymheiriaid â 0-1 ACE. Fodd bynnag, roedd data ar ddefnydd blaenorol o wasanaethau ond yn edrych ar y chwe mis cyn yr ymholiad am ACE ac nid oedd yn bosibl nodi'r rhesymau dros yr ymweliadau yn ystod y cyfnod hwnnw. Felly, nid oes modd penderfynu a yw'r gwahaniaethau mewn ymweliadau a phatrymau meddyginiaeth yn cynrychioli materion iechyd aciwt neu'n adlewyrchu cyflyrau iechyd cronig neu ymddygiad tymor hwy o ran y defnydd o wasanaethau. Amlygwyd amharodrwydd posibl y rhai â mwy o ACE i ddefnyddio gwasanaethau iechyd ac i ymddwyn mewn ffordd sy'n diogelu neu'n hybu iechyd mewn gwaith ymchwil rhyngwladol arall (e.e. methu apwyntiadau [23]; peidio â manteisio ar brofion sgrinio am ganser [24]) ac mae ymchwil yng Nghymru yn awgrymu efallai bod ACE yn effeithio ar ganfyddiadau oedolion o ba mor gefnogol yw gwasanaethau iechyd [1]. Fodd bynnag, mae angen ymchwil pellach i archwilio'n well batrymau defnyddio gwasanaethau oedolion a'u perthnasoedd ag ACE yn fwy manwl. Mae darparu gofal iechyd teg yn un o elfennau craidd *Cymru Iachach* [30].



Er bod ffactorau megis daearyddiaeth neu amddifadedd yn cael eu hystyried yn ffynonellau anghydraddoldeb, gall profiadau o niwed yn ystod plentyndod hefyd greu anfantais i rai unigolion o ran cael mynediad at ofal priodol a sicrhau canlyniadau iach. Felly, gall deall sut i adnabod ACE a mynd i'r afael â hwy mewn amrywiaeth o leoliadau gofal iechyd gefnogi mynd i'r afael â'r anghydraddoldebau hyn.

Er na chanfuwyd bod niwed ar oedran cynnar yn cael unrhyw effeithiau amlwg ar gynyddu defnydd cyffredinol oedolion o wasanaethau gofal sylfaenol gan oedolion, mae canfyddiadau'n awgrymu y gallai cleifion ag ACE ddefnyddio mwy ar rai gwasanaethau gofal eilaidd (Ffigur 9). Mae'r berthynas hon yn gwarantu astudiaeth bellach i archwilio'r potensial ar gyfer llwybrau atgyfeirio gwahaniaethol i ofal eilaidd ar gyfer cleifion ag ACE ac i ba raddau y mae'r atgyfeiriadau sy'n cael eu derbyn gan y cleifion hyn, yn ymgysylltu â'r gwasanaeth iechyd ehangach ac yn cydymffurfio â thriniaeth ddilynol.

Mae'r canfyddiadau'n awgrymu'n betrus ostyngiad cyffredinol yn nifer yr ymweliadau chwe mis yn union ar ôl ymholi am ACE (adran 3.5). Fodd bynnag, dros yr un cyfnod, cynyddodd rhagnodi meddyginiaethau amlroddadwy. Heb fwy o fanylion ynghylch y cyd-destun a phatrymau defnydd ehangach, mae'n anodd ystyried unrhyw effeithiau posibl ymholi am ACE ar y defnydd o wasanaethau iechyd ac mae cefnogaeth i ymchwil o'r Unol Daleithiau a nododd ostyngiad o 35% mewn ymweliadau â meddygfeydd yn y flwyddyn ar ôl ymholi am ACE [58] yn parhau i fod yn amhendant. Hyd yn hyn, mae tystiolaeth empirig wedi methu i raddau helaeth ag archwilio'r mecanweithiau posibl ar gyfer newidiadau arfaethedig mewn patrymau defnyddio gwasanaethau yn dilyn ymholi am ACE ac mae angen ymchwil manylach (gweler adran 5 am yr argymhellion).

4.1 Cyfyngiadau

Dylai'r cyfyngiadau canlynol gael eu hystyried wrth ddehongli canfyddiadau'r fenter beilot leol hon:

- Oherwydd natur gyfrinachol yr ymgynghoriadau rhwng cleifion ac ymarferwyr iechyd, nid oedd modd i'r tîm gwerthuso arsylwi hyd a chynnwys gwirioneddol y trafodaethau a gynhaliwyd ar ôl cwblhau 'r holiadur ACE. Felly, nid oedd yn bosibl edrych yn uniongyrchol ar bob agwedd ar ffyddlondeb i'r model cyflwyno arfaethedig, y ffordd yr oedd ymarferwyr yn myfyrio ar wybodaeth am ACE ac yn cynnig cymorth i gleifion, neu ymddygiad/adwaith cleifion mewn ymateb i hynny. Er bod nifer fach o glinigwyr wedi gwneud rhai nodiadau ychwanegol ar gofnodion cleifion, ychydig iawn o fanylion yr oedd y rhain yn eu cynnwys am y trafodaethau a gynhaliwyd (e.e. 'dywedodd y claf nad oedd angen unrhyw gymorth arno'). Roedd y ddealltwriaeth bresennol o'r hyn a gyflwynwyd i gleifion mewn gwirionedd yn ystod y peilot felly'n deillio o adborth ansoddol gan ymarferwyr ac un eitem o adborth gan gleifion yn unig, gan ei gwneud hi'n anodd dod i unrhyw gasgliadau manwl am fudd therapiwtig posibl y broses ymholi am ACE.
- Nododd adborth gan ymarferwyr amrywiadau o ran sut y cyflwynwyd ymholiad am ACE. Mae rhai awgrymiadau petrus y gallai'r amrywiadau hyn (e.e. cyflwyno mewn grŵp) fod wedi arwain at brofiadau gwahanol i gleifion o ymholi am ACE. Fodd bynnag, heb ddealltwriaeth fwy manwl o'r hyn a gyflwynwyd, i bwy a chan bwy, a dull o gysylltu canlyniadau arolygon adborth gan gleifion â'r model ymholi am ACE a ddefnyddiwyd, nid yw'n bosibl archwilio'r cysylltiad rhwng gwahanol fodolau cyflwyno a chanlyniadau gwahanol i gleifion ac ymarferwyr.
- At ddibenion y peilot cychwynnol hwn, dewisodd practisau gyflwyno'r broses ymholi am ACE yn Gymraeg a Saesneg yn unig. Ymhellach, ystyriwyd bod cleifion eraill yn anghymwys oherwydd gallu gwybyddol, ond penderfynwyd ar hyn ymlaen llaw gan staff y dderbynfa. Oherwydd maint y prosiect peilot a phroffil demograffig y tri phractis cysylltiedig (h.y. poblogaethau cleifion nad oeddent yn amrywiol iawn o ran ethnigrwydd neu ddiwylliant), ni ellir ystyried bod y canfyddiadau a gyflwynir yn y gwerthusiad hwn yn gynrychioliadol o gleifion ymarfer cyffredinol ledled Cymru.
- Er bod staff y dderbynfa yn cadw cofnod o nifer y bobl y cynigwyd holiadur ACE iddynt ond a wrthododd ei lenwi, ni chofnodwyd y rhesymau dros beidio ei lenwi. Felly, nid oedd yn bosibl nodi unrhyw ffactorau cyffredin (e.e. proffil demograffig) y rhai na chymerodd ran a allai roi dealltwriaeth o rwystrau posibl i ymholi am ACE. At hynny, oherwydd dull cyflwyno ansafonedig ar ffurf ymyrraeth, nid oedd modd i bractisau fesur sawl apwyntiad cymwys a gynhaliwyd gan glinigwyr ymholi dros unrhyw gyfnod penodol (e.e. bob wythnos). Felly, nid oedd yn bosibl penderfynu a gafodd pob claf y ddylai fod wedi cael cyfle i lenwi'r holiadur ACE gynnig hynny gan y dderbynfa. Byddai mesurau gwerthuso prosesau o'r fath yn rhoi dealltwriaeth werthfawr o ddichonoldeb a chynaliadwyedd modelau ymholi am ACE a'r gallu i'w hehangu yn unol ag anghenion.
- Dyluniwyd y broses casglu data yn ystod y peilot i fod mor anymwthiol ac mor gynhwysol â phosibl, gyda'r nod o annog ymgysylltu a chyfyngu ar unrhyw faich ar gleifion a staff. Arweiniodd hyn at y cyfyngiadau canlynol:
 - Daeth data iechyd a llesiant cleifion yn gyfan gwbl o gofnodion cleifion presennol (h.y. ni ofynnwyd cwestiynau ychwanegol). Mewn rhai achosion roedd y cofnodion hyn yn absennol neu nid ystyriwyd eu bod yn ddigon amserol i'w cynnwys. Felly nid oedd yn bosibl archwilio'r berthynas rhwng ACE a demograffeg arall a allai fod yn berthnasol (e.e. ethnigrwydd, statws perthynas, amddifadedd) a newidynnau iechyd a llesiant (e.e. y defnydd o alcohol; boddhad gyda bywyd; gwydnwch).
 - Roedd data hefyd wedi'u cyfyngu i gofnodion practis cyffredinol cleifion ac nid oeddent yn darparu unrhyw dystiolaeth o effaith ymholi am ACE ar y defnydd o wasanaethau o fewn y system iechyd a gofal cymdeithasol ehangach (e.e. ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys; y defnydd o wasanaethau fferyllol).

- Roedd adborth meintiol gan gleifion yn ddiennw, nid oedd yn gysylltiedig â data cleifion a dim ond detholiad bach o gwestiynau a ofynnwyd ynghylch profiadau o ymholi am ACE. O ganlyniad, nid oedd yn bosibl archwilio profiadau o ymholi am ACE yn ôl ffactorau demograffig cleifion, eu statws iechyd, neu ffactorau ymddygiad/ffordd o fyw eraill (e.e. ysmegu), y gall pob un ohonynt ddylanwadu ar ba mor gyfforddus y mae cleifion yn teimlo wrth gymryd rhan mewn ymholiad am ACE. Er enghraifft, nid yw'n glir o'r peilot hwn sut y gall statws economaidd-gymdeithasol ac amgylchiadau presennol eraill ar gyfer yr unigolyn neu'r teulu effeithio ar barodrwydd i gymryd rhan mewn ymholiad am ACE. Yn gyffredinol, er bod y gyfradd ymateb ar gyfer adborth gan gleifion yn debyg i'r hyn a adroddwyd mewn manau eraill, sef 58.9%, mae'n bosibl nad yw'n adlewyrchiad dibynadwy o farn yr holl gleifion (adran 3.3).
- Mae maint cymharol fach y sampl yn y fenter beilot leol hon yn cynyddu'r tebygolrwydd y bydd gwallau Math II yn y dadansoddiadau o ddata cleifion. O'r herwydd, efallai bod nifer y cleifion sydd â ≥ 2 ACE ac unrhyw ganlyniad iechyd penodol o ddi-ddordeb yn rhy fach i gynhyrchu effaith ystadegol arwyddocaol, a allai arwain at negydd ffug, er enghraifft, wrth archwilio'r gwahaniaethau mewn cyflwr iechyd penodol yn ôl categori nifer yr ACE. Oherwydd maint bach y sampl hwn, symudodd y dadansoddiad i ffwrdd o'r cysyniad o bedwar categori ar gyfer nifer yr ACE (0, 1, 2-3, ≥ 4) a ddefnyddiwyd yn gyffredin mewn gwaith ymchwil blaenorol [8] i gynhyrchu dau gategori gyda nifer ddigonol o achosion (cleifion) ym mhob un er mwyn caniatáu cymhariaeth. Felly, detholwyd cleifion â 0-1 ACE fel grŵp cymhariaeth, gan ganiatáu ymchwilio i effeithiau posibl profi sawl math o niwed neu amlerledigaeth. Fodd bynnag, mae hyn yn golygu bod rhai cleifion yn y grŵp cymhariaeth a allai fod wedi dioddef straen cronig difrifol yn sgil un ACE, a allai fod yn dal i gael effeithiau parhaol ar eu hiechyd a'u llesiant.
- Mae'r adroddiad yn bwriadu triongli adborth gan gleifion (hunanadrodd) gyda myfyrdodau gan ymarferwyr a mesuriadau proses yn deillio o ddata practisau. Fodd bynnag, o ran y dulliau cymysg, gan ystyried maint bach y sampl a graddfa'r prosiect peilot cychwynnol hwn o ymholi am ACE, nid yw'n bosibl nodi a ddylid pwysoli'r elfennau data gwahanol ac, os felly, sut. Yn hytrach, mae'r gwerthusiad rhagarweiniol hwn yn bwriadu adlewyrchu data gan gleifion (meintiol) ac ymarferwyr (ansoddol) yn ei argymhellion, gan ganolbwyntio ar bwyntiau dysgu craidd a adlewyrchir gan y ddwy ffynhonnell.
- Oherwydd y cyllid a'r amserlenni ar gyfer cyflawni'r prosiect, dim ond y cyfnod dilynol cymharol fyr ar ôl ymholi am ACE y mae'r data yn ei ystyried. Mae tystiolaeth mewn manau eraill yn awgrymu na ellir parhau gyda newidiadau dros gyfnodau hwy ac felly ystyrir bod ymweliadau mynych yn fwy priodol dros gyfnod o flwyddyn neu fwy [59]. O ganlyniad, ni ellir allosod canfyddiadau o'r cyfnod dilynol o chwe mis dros gyfnodau hwy a gall ffactorau tymhorol a ffactorau dryslyd eraill effeithio arnynt. At hynny, nid oedd data ar gael ar y math(au) o gwyn(ion) iechyd yr oedd gan gleifion adeg yr ymholiad cychwynnol am ACE. O ganlyniad, nid yw'n bosibl nodi a oedd gan gleifion broblemau iechyd aciwt neu barhaus (y tu hwnt i'r rhai a nodwyd gan godau READ ar gyfer cyflyrau cronig), neu a oedd symptomau'r rhai â chyflyrau iechyd cronig yn gwaethygu neu a oedd angen rheoli/adolygu cyflwr yn barhaus adeg yr ymholiad, sydd oll yn ffactorau a allai ddylanwadu ar eu presenoldeb yn ystod y cyfnod dilynol.

5. Casgliadau ac argymhellion

Mae canfyddiadau'r gwerthusiad o'r prosiect peilot hwn ar Ynys Môn yn dangos bod cryn gefnogaeth i dderbynioldeb ymholi am ACE mewn practisau cyffredinol ymysg y cleifion a'r ymarferwyr, sydd ill dau yn deall ei berthnasedd a'i werth ychwanegol o ran cefnogi iechyd a llesiant unigolion. Felly mae ymholi am ACE yn y lleoliad hwn yn cynnig cyfle sy'n cael ei groesawu i gleifion ddatgelu ACE yng nghyd-destun perthynas gefnogol gyda gweithiwr iechyd proffesiynol.

Er bod cysylltiad amlwg rhwng ACE â chanlyniadau iechyd meddwl gwael, a bod y canfyddiadau'n cefnogi'n betrus i'r syniad o fudd cyffredinol therapiwtig sy'n deillio o ymholi am ACE, mae sut y gall ymarferwyr ddefnyddio'r ddealltwriaeth o ACE yn sail i driniaeth a'r cymorth a ddarperir i gleifion yn parhau i fod yn aneglur. Er bod y cynllun peilot hwn yn rhoi rhywfaint o ddealltwriaeth galonogol o ddichonoldeb holi am ACE, ceir cymhlethdodau yn y lleoliad iechyd hwn sy'n parhau i fod yn her o ran ymgysylltu a chyflwyno dull gweithredu parhaus. Mae'r canfyddiadau hyn yn awgrymu y gall gwydnwch unigolion o fewn y system a'r system ei hun chwarae rhan allweddol wrth bennu addasrwydd ac effeithiolrwydd ymholi. Yn seiliedig ar ganfyddiadau'r gwerthusiad hwn, gwneir yr argymhellion canlynol i gefnogi gweithredu a gwerthuso ymholi am ACE yn y dyfodol mewn ymarfer cyffredinol. Dylid ystyried yr argymhellion hyn, a datblygu proses ymholi am ACE yn y dyfodol, ochr yn ochr ag ymchwil ehangach sy'n edrych ar effeithiolrwydd ymyriadau i atal neu leihau canlyniadau iechyd gwael i unigolion sydd wedi dod i gysylltiad ag ACE.



Cyffredinol

Mae angen gwaith ymchwil a gwerthuso pellach er mwyn adeiladu ar y canfyddiadau cychwynnol hyn a chefnogi dulliau graddedig a chynaliadwy o ymholi am ACE mewn ymarfer cyffredinol, gan ystyried y pwyntiau isod mewn perthynas â mireinio ac ymchwilio ymhellach.

Gweithredu - Mireinio modelau ymholi am ACE

- Dylai datblygiadau pellach o ran ymholi am ACE yn y dyfodol mewn ymarfer cyffredinol sicrhau bod asesiadau manwl a chydweithredol o barodrwydd i ymholi am ACE yn cael eu cynnal. Dylai'r asesiadau hyn gynnwys staff rheng flaen yn ogystal â rheolwyr a dylent ystyried materion fel: lefelau staffio cyffredol a heriau parhaus o ran adnoddau; amseriad ac argaeledd hyfforddiant a dulliau addas o sicrhau bod gwybodaeth a sgiliau yn cael eu lledaenu i staff newydd; yr angen am addasiadau i lwybr y claf i gefnogi ymholi am ACE (e.e. systemau apwyntiadau) a pharodrwydd a gallu staff i wneud yr addasiadau hyn; pwysau allanol neu fentrau newydd eraill a all ddargyfeirio sylw ac adnoddau i ffwrdd o'r ymholiad; rheoli cleifion hwyr neu sesiynau sy'n mynd dros amser a hyblygrwydd unrhyw brosesau presennol i ymgorffori galw ychwanegol; ac argaeledd data cleifion i gefnogi monitro a gwerthuso ac adnoddau parhaus i reoli, echdynnu a dadansoddi data. Nid yw hon yn rhestr gynhwysfawr ac mae'n bwysig bod rhanddeiliaid yn pennu cynnwys a chyflwyno asesiadau parodrwydd yn unol ag amcanion ymholi am ACE. Lle y bo'n briodol, gall ymgysylltu â sampl amrywiol o gynrychiolwyr cleifion gefnogi practisau wrth bennu parodrwydd ar gyfer ymholi am ACE.
- Ochr yn ochr ag asesiad parodrwydd (gweler uchod), dylai'r rhai sy'n gyfrifol am gomisiynu neu hwyluso dulliau ymholi am ACE sicrhau bod practisau yn cael cefnogaeth barhaus wrth ddarparu modelau ymholi y cytunwyd arnynt. Dylid datblygu dulliau ac offer monitro er mwyn sicrhau bod y broses yn cael ei chyflwyno yn unol â'r bwriad, neu fel isafswm bod y gwyriadau o'r dulliau cyflwyno bwriadedig yn cael eu cofnodi'n gywir. Dylid datblygu proses adborth amserol sy'n caniatáu i rhanddeiliaid ymchwilio i pam mae'r gwahaniaethau hyn wedi codi a beth allai effaith/ effeithiau posibl y dulliau amgen hyn fod ar gleifion ac ymarferwyr.
- Mae storio data am ACE yn parhau i fod yn destun pryder. Dylai practisau sy'n bwriadu ymholi am ACE nodi sut y gellir storio data am ACE i sicrhau eu bod yn cynnwys digon o wybodaeth ac yn ddigon hygyrch i glinigwyr er mwyn bod yn glinigol berthnasol, ond yn cadw safonau gofynnol o gyfrinachedd cleifion ac yn dilyn egwyddorion llywodraethu gwybodaeth.
- Oherwydd diddordeb parhaus gan ymarferwyr, efallai y bydd rhanddeiliaid yn dymuno ystyried datblygu a threialu modelau ymholi am ACE wedi'u targedu. Dylai'r cyfleoedd hyn gael eu pennu ar sail cysylltiadau hysbys rhwng ACE a chanlyniadau iechyd; e.e. cynnwys trafodaeth ar hanes plentyndod mewn ymgynghoriadau cychwynnol ar gyfer problemau iechyd meddwl. Efallai y bydd y practisau hefyd yn hoffi ystyried treialu ymholi am ACE mewn lleoliadau nad ydynt yn feddygfeydd; e.e. gweithwyr iechyd proffesiynol yn ymgynghori â chleifion yn eu cartrefi neu mewn lleoliadau gofal. Mae'n bwysig bod unrhyw fodolau cyflwyno newydd yn cael eu disgrifio'n gywir a bod gwerthusiad yn cael ei wneud i ymchwilio i ddichonolrwydd a derbynoldeb y dulliau hyn gyda chleifion ac ymarferwyr.
- Dylai practisau sy'n ymholi am ACE wneud ymrwymiad clir i sicrhau bod modelau ymholi yn cael eu hymgorffori, yn cael eu cefnogi gan yr holl staff, ac yn cyd-fynd â gwerthoedd y sefydliad. Rhaid i ymarferwyr gael eu cefnogi gan hyfforddiant a goruchwyliaeth er mwyn sicrhau eu bod yn cael deialog wirioneddol gyda chleifion am ACE, a bod y defnydd o offeryn neu holiadur i gasglu gwybodaeth am ACE wedi'i seilio ar gyd-destun newid diwylliannol ehangach sy'n symud y practis tuag at ddarparu gofal sy'n seiliedig ar wybodaeth am drawma neu ACE. Efallai y bydd angen newidiadau ar lefel sefydliadol neu broses er mwyn cyflawni egwyddorion gofal sy'n seiliedig ar wybodaeth am ACE a chefnogi gweithredu ymholiad am ACE. Er enghraifft, gall hyn gynnwys y ffordd y mae cleifion yn cael mynediad at apwyntiadau pan fyddant am drafod ACE, neu sut y caiff gwybodaeth am ymholiad am ACE ei chyfathrebu i gleifion i osgoi sbarduno effaith negyddol.

Ymchwil - Mynd i'r afael â chwestiynau allweddol sy'n dod i'r amlwg

- Dylid ymgymryd â rhagor o werthusiadau gwasanaeth er mwyn efelychu amcanion y gwerthusiad peilot hwn ac ymchwilio i ymarferoldeb a derbynioldeb gwahanol fodolau ymholi am ACE (yn seiliedig ar yr argymhellion ar gyfer gweithredu a amlinellir uchod) mewn gwahanol leoliadau ymarfer cyffredinol. I ymestyn y tu hwnt i'r hyn a amlinellir yma, dylai'r gwerthusiadau hyn anelu at: recriwtio samplau mwy o faint a mwy amrywiol o gleifion; dadansoddi data dros gyfnodau dilynol tymor hwy; darparu data mwy manwl ar y rhai sy'n gwrthod cymryd rhan a, lle bo modd, eu rhesymau dros beidio â bod eisiau darparu neu drafod gwybodaeth am ACE; yn cynnwys dadansoddiadau o ffynonellau data eraill y gall practisau eu rhannu (e.e. cofnodion o ymweliadau ag Adrannau Damweiniau ac Achosion Brys).
- Dylid gwneud gwaith ymchwil ansoddol manwl gyda chleifion i ymchwilio i fanteision therapiwtig posibl ymholi am ACE a rôl gwell perthynas rhwng yr ymarferydd a chleifion fel mecanwaith ar gyfer y budd hwn. Gallai ymchwil gyda chleifion sydd wedi profi ymholiad am ACE hefyd helpu i ddeall sut y gall profiadau cadarnhaol neu negyddol ymholi newid agweddau ac ymddygiad y claf tuag at ofal sylfaenol a darpariaethau gofal iechyd eraill. Dylai ymchwil o'r fath geisio cynnwys cleifion o wahanol gefndiroedd demograffig-gymdeithasol, ethnig a diwylliannol.
- I gefnogi hyn, dylid gwneud gwaith ymchwil manwl hefyd gydag ymarferwyr iechyd rheng flaen i ymchwilio i sut y gall deall ACE cleifion effeithio ar eu penderfyniadau proffesiynol o ran diagnosis, triniaeth a chymorth neu atgyfeirio. Dylid ystyried sut y gall ymarferwyr gofnodi gwybodaeth am lwybrau cleifion neu ganlyniadau yn dilyn ymholi am ACE fel sylfaen i'r dystiolaeth ynghylch effaith ymholi am ACE.
- Er mwyn darparu llinell sylfaen ar gyfer ystyried effaith bosibl ymholi am ACE ar y defnydd o wasanaethau, dylid gwneud gwaith ymchwil i ddeall sut y mae oedolion sydd wedi cael ACE yn defnyddio'r gwasanaeth gofal sylfaenol, gan gynnwys ffactorau demograffig, iechyd a ffactorau eraill a allai ddylanwadu ar barodrwydd i gysylltu ag ymarferydd iechyd, a pharodrwydd i ddatgelu profiadau niweidiol cynnar mewn lleoliadau iechyd.
- Er mwyn canfod unrhyw ostyngiadau yn y galw am wasanaethau iechyd yn dilyn ymholi am ACE, dylai gwaith ymchwil archwilio dichonoldeb ymholi am ACE a threialu dulliau o ddeall effeithiau hynny, nid yn unig ar ymarfer cyffredinol ond ar y system gofal iechyd ehangach, gan gynnwys gofal eilaidd neu ddefnyddio gwasanaethau gofal brys.

Diolchiadau

Hoffai'r awduron ddiolch yn ddiffuant i Andrew Bennett (Hwylusydd Ymgynghorol), Dr Stephen MacVicar, Dr Dyfrig Ap-Dafydd, Deborah Kalaji, Bethan Williams a Sarah Jane Lupton (BCUHB) a gefnogodd y gwaith o ddatblygu a chyflawni'r rhaglen beilot hon. Mae'r awduron yn ddiolchgar i Gabriela Ramos Rodriguez (Iechyd Cyhoeddus Cymru) a Jade Platts (Prifysgol Bangor) am eu cymorth gyda chasglu data, Kat Ford (Prifysgol Bangor) am gynorthwyo gyda dadansoddiad thematig o adborth ymarferwyr a Thomas Jones, Jenny Hughes (Iechyd Cyhoeddus Cymru) a Kat Ford a Catherine Sharp (Prifysgol Bangor) am eu cefnogaeth wrth gynhyrchu'r adroddiad. Diolch hefyd i Dr Jamie Duckers (Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a'r Fro), Dr Ann Mullins (NHS Health Scotland) a Dr Harry Ahmed (Bwrdd Iechyd Prifysgol Cwm Taf) am ddarparu adolygiad cymheiriaid. Ariannwyd y gwerthusiad gan Ganolfan Gymorth ACE Cymru Well.

Cyfeiriadau

1. Hughes K, Ford K, Davies AR, Homolova L, Bellis MA. *Ffynonellau gwydnwch a'u cysylltiadau lliniarol gyda'r niwed sy'n cael ei achosi gan brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod*. Caerdydd: Iechyd Cyhoeddus Cymru, 2018.
2. Felitti VJ, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *American Journal of Preventive Medicine* 1998; 14:245-258.
3. Anda R et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2006; 256(3): 174-186.
4. Mitchell KJ, Tynes B, Umaña-Taylor AJ, Williams D. Cumulative experiences with life adversity: Identifying critical levels for targeting prevention efforts. *Journal of Adolescence* 2015; 43: 63-71.
5. Danese A & McEwen BS. Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology and Behavior* 2012; 106: 29-39.
6. Shonkoff et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics* 2012; 129(1): e232-246.
7. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience* 2016; 17: 652-66.
8. Hughes K et al. The impact of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2017; 2: e356-66.
9. Ashton K, Bellis MA, Davies AR, Hardcastle K, Hughes K. *Profiadau niweidiol yn ystod plentyndod a'u cysylltiad â chlefydau cronig a'r defnydd o'r gwasanaeth iechyd ymysg poblogaeth Cymru sy'n oedolion*. Caerdydd: Iechyd Cyhoeddus Cymru; 2016.
10. Robson D, Gray R. Serious mental illness and physical health problems: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44(3): 457-466.
11. De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review. *Tijdschr Psychoatry* 2013; 55(4): 259-68.
12. Ashton K, Bellis MA, Hardcastle K, Hughes K, Malby S, Evans M. *Profiadau niweidiol yn ystod plentyndod a'u cysylltiad â lles meddwl ymysg poblogaeth oedolion Cymru*. Caerdydd: Iechyd Cyhoeddus Cymru; 2016.
13. Liu RT. Childhood adversities and depression in adulthood: current findings and future directions. *Clinical Psychology* 2017; 24(2): 140-153.
14. Merrick MT et al. Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse and Neglect* 2017; 69: 10-19.
15. Ford ES et al. Adverse childhood experience and smoking status in five states. *Preventive Medicine* 2011; 53(3): 188-193.
16. Bellis et al. Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2014; 92(9): 641-655.
17. Campbell JA, Walker RJ, Egede LE. Associations between adverse childhood experiences, high-risk behaviors, and morbidity in adulthood. *American Journal of Preventive Medicine* 2016; 50(3): 344-352.
18. Bellis MA, Ashton K, Hughes K, Ford K, Bishop J, Paranjothy S. *Profiadau niweidiol mewn plentyndod a'u heffaith ar ymddygiad sy'n niweidio iechyd ymysg oedolion Cymru*. Caerdydd: Iechyd Cyhoeddus Cymru; 2015.
19. Bellis MA, et al. The impact of adverse childhood experiences on health service use across the life course using a retrospective cohort study. *Journal of Health Services Research and Policy* 2017; 22: 168-177.
20. Bonomi AE et al. Health care utilization and costs associated with childhood abuse. *Journal of General Internal Medicine* 2008; 23: 294-299.
21. Mostoufi S et al. Adverse childhood experiences, health perception, and the role of shared familial factors in adult twins. *Child Abuse and Neglect* 2013; 37: 910-916.
22. Fiddler M, Jackson J, Kapur N, Wells A, Creed F. Childhood adversity and frequent medical consultations. *General Hospital Psychiatry* 2004; 26:367-377.
23. Williamson AE, Ellis DA, Wilson P, McQueenie R, McConnachie A. Understanding repeated non-attendance in health services: a pilot analysis of administrative data and full study protocol for a national retrospective cohort. *BMJ Open* 2017; 7:e014120. doi: 10.1136/bmjopen-2016-014120.
24. Alcalá HE, Mitchell E, Keim-Malpass J. Adverse childhood experiences and cervical cancer screening. *Journal of Womens Health* 2016; 26(1):58-63.
25. Alcalá HE, Valdez-Dadia, von Ehrenstein OS. Adverse childhood experiences and access and utilization of health care. *Journal of Public Health* 2017; 22: 1-9.
26. Duke NN, Borowsky IW. Adverse childhood experiences: Evidence for screening beyond preventive visits. *Child Abuse and Neglect* 2018; 81: 380-388.
27. Korhonen MJ et al. Childhood adversity as a predictor of non-adherence to statin therapy in adulthood. *PLOS One* 2015; 10: e01276378.
28. Allen M, Donkin A. *The impact of adverse experiences in the home on the health of children and young people, and inequalities in prevalence and effects*. London; Department of Health; 2015.
29. Watt G. The inverse care law today. *Lancet* 2002; 360:252-4.
30. Llywodraeth Cymru. *Cymru Iachach: ein cynllun iechyd a gofal cymdeithasol*. Caerdydd; Llywodraeth Cymru: 2018.

31. Courtois CA, Gold SN. The need for inclusion of psychological trauma in the professional curriculum: A call to action. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2009; 1(1): 3–23.
32. Stokes Y, Jacob JD, Gifford W, Squires J, Vandyk A. Exploring nurse's knowledge and experiences related to trauma-informed care. *Global Qualitative Nursing Research* 2017; 4: 1-10.
33. Palfrey N et al. Achieving service change through the implementation of a trauma-informed care training program within a mental health service. *Community Mental Health Journal* 2018; Online first <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0272-6>.
34. Szilagyi M et al. Factors associated with whether pediatricians inquire about parents' adverse childhood experiences. *Academic Pediatrics* 2016; 16: 668-675.
35. Green BL et al. Primary care providers' experiences with trauma patients: A qualitative study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2011; 3:37.
36. Earls MF. Trauma-informed primary care: prevention, recognition and promoting resilience. *North Carolina Medical Journal* 2018; 79(2): 108-112.
37. Finkelhor D. Screening for adverse childhood experiences (ACE): cautions and suggestions. *Child Abuse and Neglect* 2018; 85: 174-179.
38. Dube SR. Continuing conversations about adverse childhood experiences (ACE) screening: A public health perspective. *Child Abuse and Neglect* 2018; 85: 180-184.
39. Magen E, DeLisser HM. Best practices in relational skills training for medical trainees and providers: an essential element of addressing adverse childhood experiences and promoting resilience. *Academic Pediatrics* 2017; 7: S102-S107.
40. Becker-Blease KA, Freyd JJ. Research participants telling the truth about their lives: The ethics of asking and not asking about abuse. *American Psychologist* 2006; 61(3): 218-226.
41. GLOWA PT, OLSON AL, JOHNSON J. Screening for adverse childhood experiences in a family medicine setting: a feasibility study. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 2016; 29(3): 303-307.
42. Goldstein E, Athale N, Sciolla AF, Catz SL. Patient preferences for discussing childhood trauma in primary care. *Permanente Journal* 2017; 21: 16-055.
43. Aponté E. *Adverse childhood screening among adult primary care patients* 2017. Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects. 129. Retrieved from https://scholarworks.umass.edu/nursing_dnp_capstone/129.
44. Hardcastle K, Bellis MA. *Routine enquiry for history of adverse childhood experiences (ACE) in the adult patient population in a general practice setting: A pathfinder study*. Cardiff: Public Health Wales; 2018.
45. Hardcastle K, Bellis MA. *Ymwelwyr iechyd yn holi am brofiadau niweidiol yn ystod plentyndod (ACE): Canfyddiadau o astudiaeth beilot*. Caerdydd: Iechyd Cyhoeddus Cymru; 2019.
46. Llywodraeth Cymru. GPs in Wales, September 2017: First statistical release. Datganiad Ystadegol Cyntaf: <https://gov.wales/docs/statistics/2018/180426-general-medical-practitioners-2006-2017-en.pdf> [Fel ar 24/01/2019].
47. Cymdeithas Feddygol Prydain. *General practice in the UK: background briefing*. Llundain: Cymdeithas Feddygol Prydain; 2017.
48. Arolygiaeth Iechyd Cymru. *Adroddiad blynyddol 2016-17: Archwiliad o bractisau meddygol cyffredinol*. Merthyr Tudful: Llywodraeth Cymru; 2017.
49. www.prudenthealthcare.org.uk/securing-health-and-wellbeing-for-future-generations. [Fel ar 19 Hydref 2018].
50. Llywodraeth Cymru. Deddf Llesiant Cenedlaethau'r Dyfodol (Cymru) 2015.
51. Canolfannau ar gyfer Rheoli ac Atal Clefydau: *Behavioural Risk Factor Surveillance System ACE data*. http://www.cdc.gov/violenceprevention/ACEstudy/ace_brfs.html. [Fel ar 19 Hydref 2018].
52. White RL, Bennie WA. Resilience in youth sport: a qualitative investigation of gymnastics coach and athlete perceptions. *International Journal of Sports Science and Coaching* 2015; 10(2): 379-393.
53. Purkey E, Patel R, Beckett T, Mathieu F. Primary care experiences of women with a history of childhood trauma and chronic disease. *Canadian Family Physician* 2018; 64(3): 204-211.
54. Flanagan T, Alabaster A, McCaw B, Stoller N, Watson C, Young-Wolff KC. Feasibility and acceptability of screening for adverse childhood experiences in prenatal care. *Journal of Women's Health* 2017; 27(7): 903-911.
55. Mind 2018 <https://www.mind.org.uk/news-campaigns/news/40-per-cent-of-all-gp-appointments-about-mental-health/#.XEnuSNL7TIU> [Fel ar 20/02/2019].
56. Coleg Brenhinol yr Ymarferwyr Cyffredinol; 2017 <https://www.rcgp.org.uk/clinical-and-research/about/clinical-news/2017/december/90-per-cent-of-people-with-mental-health-problems-cared-for-within-primary-care.aspx> [Fel ar 20/02/2019].
57. Stats Wales. Patients on Quality and Outcomes Framework (QOF) disease registers by local health board; 2018. <https://stats.wales.gov.wales/Catalogue/Health-and-Social-Care/NHS-Primary-and-Community-Activity/GMS-Contract/PatientsOnQualityAndOutcomesFramework-by-LocalHealthBoard-DiseaseRegister> [Fel ar 20/02/2019].
58. Felitti VJ, Anda RF. The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behaviour: implications for healthcare. In Lanius RA, Vermetten E & Pain C (Eds) *The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic*. London: Cambridge University Press, pp. 77-87; 2011.
59. Smit FT, Brouwer H, van Weert HCP, Schene AH, ter Riet G. Predictability of persistent frequent attendance: a historic 3-year cohort study. *British Journal of General Practice* 2009; 59: e44-350.

Tabl II: Y broses o weithredu ymholi am ACE ar draws practisau

Gwasanaeth	Dyddiadau	Techneg samplu	Meini prawf eithrio	Llwybr Claf (DG)	Cofnod o ddata ACE	Cyfanswm yr ymholiadau wedi'u cwblhau	Cyfanswm y rhai a wrthododd gymryd rhan	Cyfradd ymateb i'r holiadur adborth gan gleifion (%)
Amlwch	Tach 2017 - Chwef 2018	Samplu systematig - Y X* claf cyntaf fesul sesiwn y prynhawn ar ddiwrnodau dethol (gweithredu). Dewiswyd y diwrnodau gweithredu gan glinigwyr ymholi.	Dan 18 oed; problemau hysbys gyda'r cof; anawsterau dysgu; yn ofidus pan fyddant yn cyrraedd/cyn yr apwyntiad.	Diffodd y peiriant hunan-gofnodi. Y dderbynfa yn rhoi pecyn sy'n cynnwys taflen wybodaeth a holiadur ACE i'r DG. DG yn cwblhau'r holiadur yn yr ystafell aros a'i roi i feddyg teulu ar ddechrau'r apwyntiad. Y meddyg teulu yn trafod ACE gyda'r DG.	Y meddyg teulu yn ychwanegu cyfanswm sgôr ACE at gofnod y claf yn ystod/yn syth ar ôl ei apwyntiad.	203	14	72.4
Llangefni	Rhag 2017 - Ebr 2018	Samplu systematig - Y 5 claf cyntaf fesul sesiwn y bore ar ddiwrnodau dethol (gweithredu). Dewiswyd y diwrnodau gweithredu gan glinigwyr ymholi.	Dan 18 oed; anawsterau dysgu; nam ar y golwg; cleifion oedrannus y nodwyd eu bod yn eithriadol o fregus; problemau iechyd meddwl neu ddatblygiadol sylweddol.	DG yn hunangofnodi wrth gyrraedd drwy beiriant hunangofnodi. Staff y dderbynfa yn rhoi amlen i'r DG sy'n cynnwys gwybodaeth a holiadur am ACE. DG yn cwblhau'r holiadur yn yr ystafell aros a'i roi i feddyg teulu ar ddechrau'r apwyntiad. Y meddyg teulu yn trafod ACE gyda'r DG.	Y meddyg teulu yn ychwanegu cyfanswm sgôr ACE at gofnod y claf yn ystod/yn syth ar ôl ei apwyntiad.	194	8	58.2
Caergybi	Tach 2017 - Maw 2018	(1) Samplu systematig - Am yn ail glaf a welwyd yn ystod sesiynau dethol. Dewiswyd y sesiynau ymlaen llaw gan reolwr y practis. Roedd timau dderbynfa yn hidlo cleifion pan oeddent yn teimlo nad oedd ymholiad ACE yn briodol. (2) Samplu cyfleustra - Cleifion a oedd yn mynychu sesiynau grŵp a gynhaliwyd gan reolwr y practis.	Dan 18 oed; anawsterau dysgu; problemau'r cof; henoed iawn.	(1) Diffodd y peiriant hunangofnodi. Y dderbynfa yn rhoi pecyn sy'n cynnwys taflen wybodaeth, holiadur ACE ac arolwg adborth i'r DG. DG yn cwblhau'r holiadur yn yr ystafell aros a'i roi i'r meddyg teulu neu'r ymarferydd nyrsio ar ddechrau'r apwyntiad. Y meddyg teulu neu'r ymarferydd nyrsio yn trafod ACE gyda'r DG. (2) Rhoi holiadur ACE a thaflen wybodaeth i gleifion ar ddechrau sesiwn grŵp. Cwblhawyd holiaduron yn unigol. Mae'r ymatebion yn cael eu hadlewyrchu mewn trafodaeth grŵp, ac yna sesiynau 1:1 gyda rheolwr y practis.	Y meddyg teulu yn ychwanegu cyfanswm y sgôr ACE at gofnod y claf yn ystod/yn syth ar ôl yr apwyntiad NEU staff y dderbynfa yn ychwanegu rhif EMIS y claf at yr holiadur cyn ei roi i'r claf; trosglwyddodd y meddyg yr holiaduron a gwblhawyd i reolwr y practis i'w mewnblynnu.	168	32	43.5

Troednodyn: *Penderfynwyd ar y nifer gan staff y dderbynfa fesul sesiwn yn seilliedig ar y galw a chadw amser.

Atodiad 2

Mesurau - Profiadau Niweidiol yn Ystod Plentyndod (ACE)

ACE	Cwestiwn: <i>Cafodd pob cwestiwn am ACE ei ragflaenu gan y datganiad "Pan oeddech chi'n tyfu i fyny, yn ystod eich 18 mlynedd gyntaf..."</i> Opsiynau ymateb: Oeddwn/Do/Na
Salwch meddwl	A oeddech chi'n byw gyda rhiant neu oedolyn arall ar yr aelwyd a oedd yn dioddef o iselder, salwch meddwl neu a oedd eisiau lladd ei hun?
Alcohol	A oeddech chi'n byw gyda rhiant neu oedolyn arall oedd â phroblem diod neu alcoholic?
Defnyddio cyffuriau	A oeddech chi'n byw gyda rhiant neu oedolyn arall ar yr aelwyd a oedd yn defnyddio cyffuriau anghyfreithlon neu'n camdefnyddio meddyginiaethau presgripsiwn?
Carcharu	A oeddech chi'n byw gyda rhiant neu oedolyn arall ar yr aelwyd a oedd wedi treulio amser yn y carchar neu mewn sefydliad i droseddwyf ifanc?
Rhieni'n gwahanu	A wnaeth eich rhieni wahanu neu ysgaru erioed?
Trais domestig	A wnaeth eich rheini neu oedolyn arall yn eich cartref erioed slapio, taro, cicio, dyrnu neu guro ei gilydd?
Cam-drin llafar	A wnaeth eich rhieni neu oedolyn arall ar yr aelwyd regi arnoch, eich sarhau, eich rhoi lawr neu eich bychanu neu ymddwyn mewn modd a oedd yn gwneud i chi deimlo'n dda i ddim neu'n ofnus?
Cam-drin corfforol	A wnaeth eich rhieni neu oedolyn arall ar yr aelwyd eich gwthio, slapio neu daflu rhywbeth atoch neu wedi eich taro mor galed fel bod gennych farciau neu anafiadau?
Cam-drin rhywiol	A wnaeth oedolyn neu berson arall gyffwrdd â chi neu wneud i chi gyffwrdd eu corff mewn modd rhywiol neu geisio neu lwyddo i gael cyfathrach rhywiol, refrol neu weiniol hefo chi?
Esgeuluso	A wnaeth eich rhiant (rhieni) wneud i chi fynd heb ddigon o fwyd neu ddiod, dillad glân, neu le glân a chynnes i fyw yn dod am gyfnodau maith?

Arolygon adborth cleifion

Cwestiwn	Opsiynau ymateb
Roedd y cwestiynau a atebais yn yr ystafell aros yn glir ac roeddwn yn deall yr hyn oedd yn cael ei ofyn	Anghytuno'n gryf; anghytuno; ddim yn siŵr; cytuno; cytuno'n gryf
Rwy'n credu ei fod yn bwysig bod y gwasanaethau iechyd yn deall yr hyn a ddigwyddodd yn ystod fy mhentyndod	
Rwy'n credu bod fy meddygfa yn lle addas i ofyn y cwestiynau hyn	
Rwy'n credu bod fy apwyntiad heddiw gyda'r meddyg teulu/nyrs yn well am ei fod ef/ei bod hi yn deall fy mhentyndod yn well	
Ar y cyfan, roeddwn yn teimlo bod darparu gwybodaeth i weithiwr iechyd proffesiynol am brofiadau yn ystod fy mhentyndod yn dderbyniol	

Atodiad 3

Tabl I: Nodweddion sampl yn ôl practis

		Amlwch		Llangefni		Caergybi		X ²	p
		N	%	N	%	N	%		
Demograffeg									
Oedran (blynyddoedd)	18-30	22	11.0	24	12.5	30	19.1		
	31-50	49	24.5	73	38.0	41	26.1		
	51-70	81	40.5	66	34.4	49	31.2		
	≥71	48	24.0	29	15.1	37	26.3	18.377	0.005
Rhywedd	Gwryw	82	41.0	54	28.1	80	51.0	19.226	<0.001
Ffactorau ffordd o fyw									
BMI	Gordew (≥30)	53	26.5	47	24.5	86	54.8	15.933	<0.001
Ysmygu	Ysmygwyr	33	17.0	39	26.2	42	26.8	7.135	0.028
Iechyd									
Cyflyrau Cronig	Asthma	54	27.0	31	16.1	25	15.9	9.525	0.009
	COPD	20	10.0	8	4.2	20	12.7	8.578	0.014
	Diabetes Math II	19	9.5	7	3.6	19	12.1	8.918	0.012
	CVD	26	13.0	13	6.8	24	15.3	6.886	0.032
	Gorbwysedd	60	30.0	31	16.1	49	31.2	13.670	0.001
	Canser	19	9.5	14	7.3	10	6.4	1.314	0.518
	MLTC	69	34.5	34	17.7	48	30.6	14.891	0.001
Iechyd meddwl	Unrhyw fath	82	41.0	54	28.1	71	46.4	8.449	0.015
	Iselder	31	15.5	12	6.3	29	18.5	12.756	0.002
	Gorbryder	18	9.0	3	1.6	20	12.7	16.576	<0.001
	Gwrth-iselyddion*	33	16.5	112	58.6	59	39.6	74.092	<0.001
Y defnydd o wasanaethau iechyd									
Mynchwyr cyson**		79	39.7	89	46.4	57	37.5	3.132	0.209
Defnydd uchel o feddygiaeth amlroddadwy [§]		76	38.0	63	32.8	55	36.9	1.245	0.537
Galw am ofal eilaidd [¶]		57	28.5	37	31.4	-	-	0.291	0.590
ACE									
Categori nifer yr ACE	0-1	159	79.5	148	77.1	80	51.0		
	≥2	41	20.5	44	22.9	77	49.0	40.620	<0.001

Troednodyn: BMI=Mynegai màs y corff; COPD=Clefyd rhwystr cronig yr ysgyfaint; MLTC=Cyflyrau hirdymor niferus; ACE = Profiadau niweidiol yn ystod plentyndod. *Wedi cael presgripsiwn am wrthhelyddion erioed; **Uwch na chymedr y practis ar gyfer nifer yr apwyntiadau wyneb yn wyneb a fynychwyd yn ystod y chwe mis cyn ymholi am ACE (≥4 Amlwch; ≥1 Llangefni; ≥7 Caergybi); [§]Uwch na chymedr y practis ar gyfer cyfanswm y presgripsiynau amlroddadwy gweithredol am feddygiaeth adeg yr ymholiad (≥4 Amlwch; ≥2 Llangefni; ≥5 Caergybi); [¶]≥4 atgyfeiriad i ofal eilaidd yn ystod y 12 mis blaenorol (Amlwch a Llangefni).

Tabl II: Cysylltiad deunewidyn rhwng ACE a newidynnau demograffig a chanlyniadau iechyd a defnyddio gwasanaethau

		Ffactorau ffordd o fyw		Cyflyrau iechyd hirdymor							Defnydd o wasanaethau				
		Gordew	Ysmygwr	Asthma	COPD	Diabetes Math II	CVD	Gorb-wyessed	Canser	Iechyd meddwl	MLTC	Gwrth-iselyddion*	Mynychwr cyson**	Cyfradd uchel o feddyginiaethau amlroddadwy [§]	Galw am Ofal Eilaidd [€]
Nifer yr achosion	%	42.4	23.2	20.0	8.7	8.2	11.5	25.5	7.8	33.3	27.5	37.2	41.4	35.9	29.6
Categori nifer yr ACE	0-1	41.7	18.3	20.4	7.2	7.8	12.9	25.1	8.5	29.5	27.1	34.4	42.6	34.3	25.6
	≥2	43.8	34.2	19.1	12.3	9.3	8.0	26.5	6.2	42.6	28.4	45.9	38.6	39.6	44.1
	X ²	0.166	14.923	0.116	3.738	0.345	2.694	0.131	0.877	8.866	0.091	6.343	0.735	1.386	8.804
	p	0.684	<0.001	0.733	0.053	0.557	0.101	0.717	0.349	0.003	0.762	0.012	0.391	0.239	0.003
Categori oedran (blynyddoedd)	18-30	37.7	43.8	26.3	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	35.5	2.6	33.3	32.4	13.9	12.5
	31-50	53.4	29.3	19.6	2.5	3.7	3.7	8.6	3.1	36.2	11.7	47.2	38.1	25.2	26.1
	51-70	38.6	19.8	19.4	12.8	10.7	11.2	35.7	7.7	36.7	37.8	37.4	43.6	42.9	29.9
	≥71	38.3	9.1	17.5	15.8	15.8	30.7	49.1	20.2	21.9	49.1	28.1	48.2	52.6	41.8
	X ²	8.044	31.518	2.381	24.383	21.588	61.095	94.799	35.653	8.457	81.160	11.152	5.746	41.144	9.827
	p	0.045	<0.001	0.497	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	0.037	<0.001	0.011	0.125	<0.001
Rhywedd	Gwryw	40.8	23.2	18.1	11.6	11.6	15.3	30.1	10.6	25.5	31.5	24.9	35.4	36.2	23.6
	Benyw	43.4	23.3	21.3	6.9	6.0	9.0	22.5	6.0	38.4	24.9	45.9	45.3	35.6	32.7
	X ²	0.289	0.001	0.872	3.577	5.398	5.068	3.952	3.911	9.926	2.825	24.129	5.262	0.016	2.834
	p	0.591	0.980	0.350	0.059	0.020	0.024	0.047	0.048	0.002	0.093	<0.001	0.022	0.898	0.092
Meddygfa	Amlwch	37.6	17.0	27.0	10.0	9.5	13.0	30.0	9.5	41.0	34.5	16.5	39.7	38.0	28.5
	Llangefni	33.3	26.2	16.1	4.2	3.6	6.8	16.1	7.3	28.1	17.7	58.6	46.4	32.8	31.4
	Caergybi	54.8	28.4	15.9	12.7	12.1	15.3	31.2	6.4	29.9	30.6	39.6	37.5	36.9	-
	X ²	15.933	7.135	9.525	8.578	8.918	6.886	13.670	1.314	8.449	14.891	74.092	3.132	1.245	0.291
	p	<0.001	0.028	0.009	0.014	0.012	0.032	0.001	0.518	0.015	0.001	<0.001	0.209	0.537	0.590

Troednodyn: COPD=Clefyd rhwystr cronig yr ysgyfaint; MLTC=Cyflyrau hirdymor niferus; ACE = Profiadau niweidiol yn ystod plentyndod. *Wedi cael presgripsiwn am wrth-iselyddion erioed; **Uwch na chymedr y practis ar gyfer nifer yr apwyntiadau wyneb yn wyneb a fynychwyd yn ystod y chwe mis cyn ymholi am ACE (≥4 Amlwch; ≥1 Llangefni; ≥7 Caergybi); §Uwch na chymedr y practis ar gyfer cyfanswm y presgripsiynau amlroddadwy gweithredol am feddyginiaeth adeg yr ymholiad (≥4 Amlwch; ≥2 Llangefni; ≥5 Caergybi); €≥4 atgyfeiriad i ofal eilaidd yn ystod y 12 mis blaenorol.

Tabl III: Cysylltiad deunewidyn rhwng ACE a chanlyniadau iechyd a defnyddio gwasanaethau, wedi'i haenu yn ôl

		Cyfradd (%)													
		Ffactorau ffordd o fyw		Iechyd cronig								Y defnydd o wasanaethau iechyd			
Categori oedran (blynyddoedd)	Nifer yr ACE	Gordew	Ysmygwr	Asthma	COPD	Diabetes Math II	CVD	Gorb-wysedd	Canser	MLTC	Iechyd meddwl	Gwrth-iselyddion*	Mynchwrcyson**	Cyfradd uchel o feddyginiaethau amlroddadwy [§]	Galw am Ofal Eilaidd [€]
18-30	0-1	41.7	35.7	23.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	30.8	28.6	35.3	14.3	8.3
	≥2	28.6	59.1	33.3	4.2	0.0	0.0	0.0	8.3	8.3	45.8	43.5	26.1	13.0	25.0
	X ²	1.067	3.206	0.891	2.196	-	-	-	-	4.450	1.627	1.565	0.613	0.020	1.524
	p	0.302	0.073	0.345	0.138	-	-	-	-	0.035	0.202	0.211	0.434	0.887	0.217
31-50	0-1	51.3	24.2	20.9	0.0	1.8	3.6	8.2	1.8	9.1	28.2	39.8	39.4	22.2	15.6
	≥2	57.5	38.8	17.0	7.5	7.5	3.8	9.4	5.7	17.0	52.8	62.7	35.3	31.4	50.0
	X ²	0.411	3.278	0.350	8.511	3.311	0.002	0.071	1.776	2.162	9.409	7.309	0.254	1.540	11.937
	p	0.522	0.070	0.554	0.004	0.069	0.965	0.789	0.183	0.141	0.002	0.007	0.614	0.215	0.001
51-70	0-1	37.4	15.6	20.4	11.7	10.2	13.1	35.8	9.5	39.4	34.3	36.0	45.3	39.4	27.3
	≥2	41.2	29.1	16.9	15.3	11.9	6.8	35.6	3.4	33.9	42.4	40.7	39.7	50.8	39.3
	X ²	0.210	4.366	0.321	0.474	0.117	1.674	0.001	2.171	0.534	1.155	0.380	0.520	2.201	1.502
	p	0.647	0.037	0.571	0.491	0.733	0.196	0.981	0.141	0.465	0.283	0.538	0.471	0.138	0.220
71+	0-1	37.7	7.1	18.2	13.6	15.9	31.8	44.3	20.5	46.6	22.7	28.4	46.6	52.3	39.7
	≥2	40.0	15.4	15.4	23.1	15.4	29.6	65.4	19.2	57.7	19.2	26.9	53.8	53.8	75.0
	X ²	0.042	1.632	0.109	1.345	0.004	0.226	3.564	0.019	0.990	0.143	0.022	0.423	0.020	1.929
	p	0.838	0.201	0.742	0.246	0.949	0.634	0.059	0.891	0.320	0.705	0.882	0.515	0.888	0.165

Troednodyn: COPD=Clefyd rhwystr cronig yr ysgyfaint; MLTC=Cyflyrau hirdymor niferus; ACE = Profiadau niweidiol yn ystod plentyndod. *Wedi cael presgripsiwn am wrth-iselyddion erioed; **Uwch na chymedr y practis ar gyfer nifer yr apwyntiadau wyneb yn wyneb a fynychwyd yn ystod y chwe mis cyn ymholi am ACE (≥4 Amlwch; ≥1 Llangefni; ≥7 Caergybi); [§]Uwch na chymedr y practis ar gyfer cyfanswm y presgripsiynau amlroddadwy gweithredol am feddyginiaeth adeg yr ymholiad (≥4 Amlwch; ≥2 Llangefni; ≥5 Caergybi); [€]≥4 atgyfeiriad i ofal eilaidd yn ystod y 12 mis blaenorol.

Tabl IV: Dadansoddiadau atchweliad logistaidd o'r cysylltiad rhwng ACE a chanlyniadau iechyd oedolion a'u defnydd o wasanaethau (wedi'u haddasu ar gyfer demograffeg)

		Ysmygwr				Iechyd Meddwl (unrhyw fath)				Iselder				Gwrth-iselyddion*				Galw am Ofal Eilaidd [†]			
		AOR	CH Isel	CH Uchel	P	AOR	CH Isel	CH Uchel	P	AOR	CH Isel	CH Uchel	P	AOR	CH Isel	CH Uchel	P	AOR	CH Isel	CH Uchel	P
Categori nifer y ACE^a	≥2	2.10	1.33	3.34	0.002	1.92	1.27	2.89	0.002	2.29	1.33	3.93	0.003	1.61	1.05	2.48	0.031	2.99	1.64	5.46	<0.001
Categori oedran (blynyddoedd)	18 -30	(cyf)			<0.001	(cyf)			0.062	(cyf)			0.067	(cyf)			0.147	(cyf)			0.001
	31 -50	0.50	0.27	0.95	0.037	1.00	0.55	1.79	0.991	1.41	0.65	3.10	0.387	1.78	0.94	3.36	0.076	2.38	0.73	7.71	0.149
	51 -70	0.31	0.16	0.59	<0.001	1.07	0.60	1.90	0.814	0.87	0.39	1.93	0.726	1.65	0.88	3.08	0.121	3.78	1.19	11.99	0.024
	≥71	0.13	0.06	0.30	<0.001	0.52	0.27	1.10	0.054	0.46	0.17	1.23	0.12	1.09	0.54	2.18	0.818	7.97	2.37	26.77	0.001
Rhyw^a	Benyw	0.79	0.49	1.28	0.339	1.89	1.27	2.81	0.002	2.26	1.26	4.06	0.006	2.48	1.63	3.78	<0.001	1.83	1.04	3.23	0.037
Meddygfa	AM	(cyf)			0.195	(cyf)			0.002	(cyf)			0.001	(cyf)				(cyf)			
	LL	1.61	0.93	2.80	0.092	0.47	0.30	0.74	0.001	0.28	0.13	0.57	0.001	6.82	4.20	11.09		1.13	0.66	1.91	0.661
	CG	1.49	0.85	2.59	0.165	0.53	0.33	0.86	0.009	1.069	0.585	1.956	0.827	3.47	2.039	5.905	<0.001				

Troednodyn: ACE = Profiad niweidiol yn ystod plentyndod; AOR = Cymhareb ods wedi'i haddasu; CI=Cyfwng hyder; AM=Amlwch; LL=Llangefni; CG=Caergybi; *Wedi cael presgripsiwn am wrthiseilyddion erioed; [†]≥4 atgyfeiriad i ofal eilaidd yn ystod y 12 mis blaenorol; ^aCategoriâu cyfeirio ar gyfer deunewidynnau yw: 0-1 ACE a Gwryw. Nid yw'r galw am ofal eilaidd wedi'i gofnodi ar gyfer Caergybi.

Tabl V: Dadansoddiadau goroesi atchweliad Cox o'r cysylltiad rhwng ACE a'r risg i ganlyniadau iechyd oedolyn gydag oedran

		Asthma		COPD		Diabetes Math II		CVD		Gorbwysedd		Canser	
		HR(CH 95%)	p	HR(CH 95%)	p	HR(CH 95%)	p	HR(CH 95%)	p	HR(CH 95%)	p	HR(CH 95%)	p
Nifer yr ACE^a	0-1	(cyf)				(cyf)		(cyf)		(cyf)		(cyf)	
	≥2	1.28(0.79-2.06)	0.315	2.05(0.94-4.48)	0.071	1.69(0.84-3.38)	0.139	0.90(0.42-1.95)	0.793	1.09(0.72-1.64)	0.690	1.49(0.60-3.70)	0.388
Rhywedd	Gwryw	(cyf)				(cyf)		(cyf)		(cyf)		(cyf)	
	Benyw	1.52(1.01-2.29)	0.047	0.90(0.49-1.64)	0.731	1.00(0.51-1.96)	0.989	1.11(0.66-1.85)	0.699	0.99(0.71-1.40)	0.971	0.92(0.49-1.73)	0.792
Meddygfa	AM	(cyf)	0.603		0.752	(cyf)	0.999	(cyf)	0.728	(cyf)	0.074	(cyf)	0.201
	LL	1.20(0.76-1.90)	0.424	1.28(0.53-3.10)	0.580	1.99(0.38-2.63)	0.992	1.03(0.52-2.02)	0.937	1.53(0.98-2.39)	0.059	1.92(0.94-3.93)	0.074
	GB	1.26(0.74-2.15)	0.400	0.86(0.39-1.88)	0.705	1.01(0.52-1.97)	0.981	0.78(0.40-1.53)	0.468	0.91(0.59-1.40)	0.672	1.33(0.52-3.44)	0.554

Troednodyn: ACE=Profiad niweidiol yn ystod plentyndod; HR=Cymhareb perygl; CH=Cyfwng hyder; COPD=Clefyd rhwystrwl cronig yr ysgyfaint; CVD=Clefyd cardiofasgwlaidd; AM=Amlwch; LL=Llangefni; CG=Caergybi.

Katie Hardcastle a Mark A. Bellis
Cyfarwyddiaeth Polisi ac Iechyd Rhyngwladol
Canolfan Cydweithredol WHO ar Fuddsoddi ar gyfer Iechyd a Llesiant
Tŷ Clwydian
Parc Technoleg Wrecsam
Wrecsam
LL13 7YP

Ffôn: 01978 318417
Ebost: katie.hardcastle@wales.nhs.uk

© 2019 Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Cyhoeddus Cymru

Gellir atgynhyrchu'r deunydd a gynhwysir yn y ddogfen hon o dan delerau'r Drwydded Llywodraeth Agored (OGL) www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/version/3/ ar yr amod y gwneir hynny'n gywir ac na chaiff ei ddefnyddio mewn cyd-destun camarweiniol. Dylid cydnabod Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Cyhoeddus Cymru.

Mae'r hawlfraint o ran y trefniant teipograffyddol, y dylunio a'r diwygio yn eiddo i Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Cyhoeddus Cymru.

ISBN 978-1-78986-034-4