

Dadansoddi ar gyfer Polisi



Analysis for Policy



Llywodraeth Cymru  
Welsh Government

RHIF YMCHWIL GYMDEITHASOL:

46/2019

DYDDIAD CYHOEDDI:

15/10/2019

# Adolygiad o effaith unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol ar iechyd a llesiant ac a yw pobl sy'n profi unigrwydd / ynysigrwydd cymdeithasol yn defnyddio mwy ar wasanaethau cyhoeddus

Adolygiad o effaith unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol ar iechyd a llesiant ac a yw pobl sy'n profi unigrwydd / ynysigrwydd cymdeithasol yn defnyddio mwy ar wasanaethau cyhoeddus

Janine Owens a Fuschia Sirois, Prifysgol Sheffield

Cynhaliwyd y cyfweiliadau ymgynghori gan Nia Bryer a Heledd Bebb, Ymchwil OB3

Adroddiad ymchwil llawn: Owens, J a Sirois, F. 2019. *Adolygiad o effaith unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol ar iechyd a llesiant ac a yw pobl sy'n profi unigrwydd / ynysigrwydd cymdeithasol yn defnyddio mwy ar wasanaethau cyhoeddus*. Caerdydd: Llywodraeth Cymru, adroddiad GSR rhif 46/2019.

Ar gael yn: <https://llyw.cymru/adolygiad-llenyddiaeth-ar-unigrwydd-defnyddio-gwasanaethau-cyhoeddus>

Safbwyntiau'r ymchwilwyr ac nid o reidrwydd rhai Llywodraeth Cymru yw'r safbwyntiau a fynegir yn yr adroddiad hwn.

I gael rhagor o wybodaeth, cysylltwch ag:

Ymchwil Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol

Is-adran Ymchwil Gymdeithasol a Gwybodaeth

Gwasanaethau Gwybodaeth a Dadansoddi

Llywodraeth Cymru

Parc Cathays

Caerdydd

CF10 3NQ

E-bost: [Ymchwil.IechydAGwasanaethauCymdeithasol@llyw.cymru](mailto:Ymchwil.IechydAGwasanaethauCymdeithasol@llyw.cymru)

## **Tabl Cynnwys**

Crynodeb Gweithredol .....	3
1. Cyflwyniad/Cefndir.....	10
2. Dulliau.....	17
3. Canfyddiadau.....	22
4. Casgliadau ac Argymhellion .....	52
Cyfeiriadau.....	62
Atodiad A: Tabl o bapurau a nodwyd i'w defnyddio yn yr adolygiad cwmpasu .....	74
Atodiad B: Tabl astudiaethau metaddadansoddi a chrynodeb o fetaddadansoddiad technegol ..	101
Atodiad C: Canllaw pwnc ar gyfer cyfweiliadau â hysbyswyr allweddol.....	108

## **Rhestr o dablau**

Tabl 2.1: Termau chwilio llenyddiaeth	20
Tabl 3.2: Y ffocws o ran canlyniadau iechyd mewn astudiaethau	25

## **Rhestr o ffigurau**

Ffigwr 2.1 Y broses o gynnal adolygiad cwmpasu .....	18
Ffigwr 2.2: Siart Llif PRISMA o broses ddethol yr astudiaeth.....	23
Ffigwr 2.3: Nifer y papurau a gyhoeddwyd yn ôl gwlad .....	24

## Geirfa

Acronym/Gair neu ymadrodd allweddol	Diffiniad
LGBTQ+	Pobl Lesbiaidd, Hoyw, Deurywiol, Trawsryweddol, <i>Queer</i> a “Plws” sy'n cynrychioli hunaniaethau rhywiol eraill gan gynnwys pobl panrywiol, anrhywiol ac omnirywiol. Y ffordd dderbyniol a chynhwysol i gyfeirio at y gymuned <i>queer</i> , y gellir eu grwpio yn ôl un thema gyffredin: y ffaith nad ydynt yn arddel hunaniaeth syth neu gydryweddol.
Gofalwr	Person sy'n darparu neu'n bwriadu darparu gofal i oedolyn neu blentyn anabl.
Gofalwr anffurfiol	Unrhyw berson, fel aelod o'r teulu, ffrind neu gymydog, sy'n rhoi cymorth parhaus, rheolaidd i berson arall heb gael tâl am y gofal a roddir.
Y rhai sy'n gadael gofal	Unrhyw oedolyn o dan 18 oed a dreuliodd amser mewn gofal pan yn blentyn. Gallai hyn fod mewn gofal maeth, gofal preswyl (cartrefi plant yn bennaf), neu drefniadau eraill y tu allan i'r teulu agos neu deulu estynedig. Gallai'r gofal fod wedi'i ddarparu'n uniongyrchol gan y wladwriaeth (yn bennaf drwy adrannau gwasanaethau cymdeithasol awdurdodau lleol) neu gan y sector gwirfoddol neu breifat (er enghraifft, Barnardo's, Cymdeithas y Plant ac ati).
Model cymdeithasol-ymddygiadol o ddefnyddio gofal iechyd	Model cysyniadol sy'n cynnwys ffactorau cymdeithasol ac ymddygiadol mewn perthynas â defnyddio gofal iechyd
Niwroamrywiaeth	Mae niwroamrywiaeth yn gysyniad lle y dylid parchu a chydabod gwahaniaethau niwrolegol fel unrhyw amrywiad dynol arall.
WHO	Sefydliad Iechyd y Byd
Heteronormadol	Barn gyffredinol sy'n hyrwyddo heterorywioldeb fel y cyfeiriadedd rhywiol normal neu'r cyfeiriadedd rhywiol a ffefrir.

## **Crynodeb Gweithredol**

### **Cyflwyniad**

Argymhellodd Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon y Cynulliad Cenedlaethol y dylai Llywodraeth Cymru ymgymryd â neu gomisiynu gwaith i asesu effaith unigrwydd ac ynysigrwydd ar iechyd a llesiant ac a yw pobl sy'n profi hynny yn defnyddio mwy ar wasanaethau cyhoeddus. Comisiynwyd Prifysgol Sheffield ac Ymchwil OB3 gan Lywodraeth Cymru i gynnal gwaith ymchwil i'r mater hwn. Awgryma'r llenyddiaeth academaidd fod cysylltiad cryf rhwng ynysigrwydd cymdeithasol, unigrwydd ac iechyd. Er enghraifft, gall pobl sydd wedi'u hynysu'n gymdeithasol ddiodef mwy o broblemau iechyd meddwl, problemau cardiofasgwlaidd a salwch cronig. Yr hyn nad ydym yn ei wybod yw a yw unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn ffactor achosol ar gyfer afiechyd, a yw afiechyd yn ffactor achosol ar gyfer unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol, ynteu a oes cyfuniad.

Mae'r termau unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol wedi'u gwahanu oherwydd eu bod yn wahanol, ond yn y llenyddiaeth academaidd mae'r termau yn aml yn cael eu defnyddio i gyfeirio at y naill beth a'r llall. Mae'r maes yn gymhleth iawn oherwydd gall rhai pobl sy'n profi unigrwydd hefyd fod wedi'u hynysu'n gymdeithasol ond ni fydd pobl eraill sydd wedi'u hynysu'n gymdeithasol bob amser yn unig. Unigrwydd yw sut y mae pobl yn teimlo am eu sefyllfa gymdeithasol. Nid yw'n ymwneud â faint o bobl sydd ganddynt yn eu rhwydwaith cymdeithasol. Yn hytrach mae'n ymwneud ag ansawdd y perthnasoedd hynny. Yr hyn y mae'r llenyddiaeth yn ei ddweud wrthym yw y gall unrhyw un brofi ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd ar ryw adeg yn ystod eu bywydau.

### **Dulliau**

Defnyddiwyd ystod o ddulliau i gynhyrchu tystiolaeth. Rhwng mis Rhagfyr 2018 a mis Ionawr 2019, cynhaliwyd chwiliad cwmpasu o'r llenyddiaeth academaidd a'r llenyddiaeth lwyd. Yn dilyn y chwiliad cychwynnol canfuwyd 2,777 o erthyglau ac ar ôl cymhwyso meini prawf manwl ar gyfer cynnwys/hepgor erthyglau, roedd cyfanswm o 40 o astudiaethau'n weddill i'w cynnwys yn yr adolygiad cwmpasu. Defnyddiwyd gweithdrefn ystadegol o'r enw metaddadansoddi i gyfuno data o sawl astudiaeth a ddaeth i'r amlwg o'r adolygiad cwmpasu er mwyn cynyddu cadernid y canfyddiadau. Roedd naw o'r 40 erthygl (roedd un

erthygl yn cynnwys tair astudiaeth wahanol a gellid defnyddio'r ystadegau o bob un o'r tair astudiaeth unigol) yn cynnwys data y gellir eu defnyddio i ddarparu tystiolaeth ystadegol. Cynhwyswyd ymarfer ymgynghori fel rhan o'r adolygiad cwmpasu gyda 10 sefydliad allweddol a oedd yn cynrychioli ystod o grwpiau yng Nghymru; defnyddiwyd y llenyddiaeth bresennol ac arweiniad gan Lywodraeth Cymru i bennu'r grwpiau a gyfwelwyd. Cynhaliwyd yr ymgynghoriad gan ddefnyddio cyfweiliadau dros y ffôn, a gynhaliwyd rhwng mis Ionawr a mis Chwefror 2019.

### **Canfyddiadau**

Awgrymodd yr adolygiad cwmpasu, er bod cysylltiad rhwng iechyd gwael a mwy neu lai o ddefnydd ar wasanaethau cyhoeddus, ei fod yn fater cymhleth iawn ac nad oedd yn ymwneud ag achos ac effaith yn unig. Daeth y dadansoddiad ystadegol i'r casgliad fod cysylltiad bach ond sylweddol rhwng unigrwydd a mynd i weld y meddyg yn amlach. Awgrymodd hefyd fod ffactorau eraill yn bresennol, er enghraifft cyflyrau iechyd presennol a allai fod wedi cynyddu nifer yr ymweliadau â'r meddyg.

Awgrymodd y llenyddiaeth academaidd a'r cyfweiliadau ymgynghori y gallai unigrwydd ddechrau yn ystod plentyndod ac y gall ddeillio o anghydraddoldebau cymdeithasol sy'n gallu cyfrannu at bobl yn cael eu hynysu'n gymdeithasol, eu bwlio neu eu herlid yn yr ysgol a pheidio â chael rhwydwaith o gyfeillion cefnogol. Ystyriwyd bod cwnsela a gofal bugeiliol mewn ysgolion yn ddefnyddiol ond roedd lefel y gwasanaeth yn annigonol i bobl ifanc a oedd yn rhan o grŵp amrywiol. Mae pobl ifanc lesbiaidd, hoyw, deurywiol, trawsryweddol, *queer* a "plws" (LGBTQ+) yn adrodd am fwy o broblemau iechyd meddwl na'u cyfoedion nad ydynt yn LGBTQ+. Roedd hyn yn aml oherwydd nad oedd problemau yn yr ysgol megis bwlio, yn cael eu datrys yn briodol ac nad oedd pobl ifanc yn gallu siarad yn agored ag eraill am eu problemau.

Mae teimlo'n ynysig yn gymdeithasol ac yn unig yn gwaethygu pan fydd pobl yn wynebu stigma neu wahaniaethu, er enghraifft mae'r ymchwil academaidd a'r cyfweiliadau ymgynghori yn awgrymu bod grwpiau LGBTQ+ yn llai tebygol o ddefnyddio gwasanaethau oherwydd eu bod yn teimlo bod gweithwyr proffesiynol megis gweithwyr cymdeithasol, gofalwyr, meddygon teulu, staff ysbyty a staff meddygol yn dangos diffyg dealltwriaeth o

gymhlethdod eu bywydau. Maent hefyd yn teimlo eu bod yn cael eu barnu am eu rhywioldeb. Mae hyn yn ychwanegu at yr unigrwydd, yn enwedig ar gyfnodau allweddol yn eu bywydau, megis yn ystod profedigaeth. Mae materion yn ymwneud ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn tueddu i fod yn fwy amlwg ymhlith pobl hŷn LGBTQ+ oherwydd eu bod wedi cael eu magu mewn cyfnod lle roedd bod yn gyfunrhywiol yn drosedd. Maent felly yn llai tebygol o ddatgelu eu rhywioldeb. Roedd pobl drawsryweddol yn grŵp a amlygodd broblemau penodol gyda gwasanaethau yn ymwneud â gwahaniaethu.

Roedd rhieni sengl yn profi unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol. Roeddent wedi'u hynysu'n gymdeithasol oherwydd diffyg mynediad at drafnidiaeth, diffyg hyder i wneud cysylltiadau cymdeithasol newydd ac roeddent yn profi lefelau uwch o dlodi. Awgrymodd y llenyddiaeth academaidd fod rhieni sengl a newydd yn gwneud mwy o ddefnydd o gymorth gan eu meddyg teulu a bod mwy o atgyfeiriadau at wasanaethau iechyd meddwl ymysg y grŵp hwn o ganlyniad i iselder ôl-enedigol, nosweithiau digwsg, straen, rhwystredigaeth feddyliol a thrallod. Datgelodd y cyfweiliadau ymgynghori fod rhieni a oedd yn hysbys i'r gwasanaethau cymdeithasol yn llai tebygol o ddefnyddio gwasanaethau oherwydd stigma, ond hefyd oherwydd eu bod yn teimlo nad oedd gwasanaethau'n briodol i ddiwallu eu hanghenion cymdeithasol cymhleth ac yn hytrach roeddent yn tueddu i'w trin fel problemau meddygol a chanolbwytio ar driniaeth.

Ymddengys fod ffoaduriaid a cheiswyr lloches yn profi lefelau uwch o unigrwydd o gymharu â'r boblogaeth gyffredinol yng Nghymru. Roedd hyn oherwydd eu bod wedi dod o wlad/cymuned lle roedd ganddynt rwydwaith teuluol, rhwydwaith o ffrindiau a rhwydwaith proffesiynol. Roeddent hefyd yn ddrwgdybus o wasanaethau, fel arfer oherwydd eu profiad o ryngweithio â swyddogion, a hynny yn y wlad yr oeddent yn hanu ohoni yn ogystal â thrwy gydol y broses adsefydlu. Hefyd, roedd diffyg sgiliau Saesneg yn eu hatal rhag integreiddio i'r gymuned a chael mynediad at wasanaethau cyhoeddus. Roedd amheuaeth ynghylch a oedd y gwasanaeth iechyd yn deall eu problemau a'u safbwyntiau penodol. Awgrymodd sefydliadau sy'n cefnogi ffoaduriaid a cheiswyr lloches nad oeddent yn cael eu cymryd o ddifrif pan oeddent yn gofyn am gymorth ac yn aml dim ond pan oeddent yn wynebu argyfwng yr oeddent yn defnyddio gwasanaethau.

Mae'r llenyddiaeth academaidd yn nodi bod pobl anabl yn cael trafferth gyda thoriadau yn y gyllideb a lleihad yn y gwasanaethau a ddarperir. Roedd y cyfweiliadau ymgynghori yn ategu'r farn hon. Roedd newidiadau yn y ffordd yr oedd gwasanaethau'n cael eu darparu, er enghraifft mwy o wasanaethau dros y ffôn, yn cynyddu'r problemau i bobl â nam ar eu clyw oherwydd bod hynny'n rhwystr i fynediad. Nid oedd y gwasanaethau'n gydgysylltiedig ychwaith gyda gwasanaethau'n cael eu dyblygu neu eu hepgor o ganlyniad i ddiffyg cyfathrebu a chydweithio. Hefyd, dyblygwyd rhai gwasanaethau yn ddiangen neu roeddent yn gwbl absennol, gan arwain at ddiffyg gofal cydgysylltiedig.

Cyfeirir at dlodi yn y llenyddiaeth academaidd fel y ffactor sy'n cael yr effaith fwyaf. Ategwyd hyn gan y cyfweiliadau ymgynghori gan ddatgelu ei fod yn lleihau gallu pobl i deithio, rhyngweithio ag eraill ac ehangu eu rhwydwaith cymdeithasol. Datgelodd y cyfweiliadau ymgynghori yr effeithiwyd yn benodol ar ffoaduriaid a cheiswyr lloches. Roedd gofawyr yr oedd eu bywydau wedi newid i rôl ofalu yn aml yn methu â chydabod eu statws newydd, gan olygu nad oeddent yn ymwybodol o fudd-daliadau a grantiau y gallai fod ganddynt hawl i'w cael. Nid oedd pobl a fyddai wedi cael help yn y gorffennol yn cael cymorth mwyach, ac roedd hyn yn cynyddu'r pwysau ar ofalwyr anffurfiol. Yn ei dro, roedd hyn yn cynyddu'r risg o unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol ac yn cael effaith ar iechyd corfforol a meddyliol. Roedd materion fel cwtogi ar wariant ar wasanaethau cyhoeddus; diffyg trafnidiaeth gyhoeddus ac yn arbennig drafnidiaeth ar gais/ymatebol, er enghraifft, cynlluniau trafnidiaeth gwirfoddol, yn golygu bod pobl hŷn yn cael eu hatal rhag manteisio ar wasanaethau ehangach i gynyddu eu rhyngweithio cymdeithasol. Mae cau canolfannau dydd lle y cynhaliwyd gweithgareddau eraill hefyd yn golygu bod llai o leoedd fforddiadwy i gynnal cyfarfodydd a gweithgareddau ac roedd pobl hŷn yn profi mwy o ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd o ganlyniad.

Cyfeiriwyd at dai fel un o anghenion pobl hŷn yn y llenyddiaeth academaidd, ond datgelodd y cyfweiliadau ymgynghori ei fod hefyd yn un o anghenion y rhai sy'n gadael gofal, pobl anabl, ffoaduriaid a cheiswyr lloches. Cyfeiriwyd at dai anaddas yn y llenyddiaeth academaidd fel maes sy'n gallu cynyddu problemau iechyd meddwl. Adroddodd sefydliadau mai ychydig o dai priodol, fforddiadwy a hygyrch a oedd ar gael. Er enghraifft, gallai pobl anabl deimlo'n gaeth yn eu cartrefi eu hunain oherwydd nad oeddent



wedi'u haddasu i ddiwallu eu hanghenion. Roedd hyn yn gwneud iddynt deimlo'n ynysig. Yn aml nid oedd llety gwarchod priodol ar gael i fenywod anabl a oedd wedi dioddef camdrin domestig ac roedd hyn yn gwneud pobl hyd yn oed yn fwy ynysig a bregus. Roedd y rhai sy'n gadael gofal yn aml yn cael eu rhoi mewn llety o ansawdd gwael ac mewn ardal ddaearyddol arall yr oeddent yn anghyfarwydd â hi. Roedd hyn yn golygu eu bod yn colli eu rhwydwaith cymorth cymdeithasol, ac roedd eu teimladau o unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn cynyddu. Roedd ffoaduriaid a cheiswyr lloches yn aml yn cael eu cartrefu mewn ardaloedd yr oeddent yn anghyfarwydd â nhw ac roedd eu sgiliau Saesneg yn aml yn annigonol i'w helpu i integreiddio.

Yn yr adolygiad cwmpasu o lenyddiaeth academaidd, y metaddadansoddiad a'r cyfweiliadau ymgynghori drwyddynt draw, mae unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn chwarae rhan yn y defnydd cynyddol o wasanaethau. Mae'r llenyddiaeth academaidd a'r cyfweiliadau ymgynghori yn awgrymu bod y maes yn gymhleth iawn ac nad yw unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol ar eu pen eu hunain yn creu'r amodau ar gyfer mwy o ddefnydd ar wasanaethau. Yn hytrach, dyma'r ffordd y mae cymdeithas a gwasanaethau wedi'u strwythuro i ystyried anghenion lluosog ac anghenion sy'n cystadlu â'i gilydd mewn poblogaeth amrywiol.

## **Argymhellion**

Mae 16 o argymhellion i Lywodraeth Cymru eu hystyried ar gyfer polisi. Ni chyflwynir y rhain yn nhrefn eu pwysigrwydd. Daw argymhellion 1, 7, 14 a 15 yn uniongyrchol o'r dystiolaeth academaidd. Daw argymhellion 2, 4, 5, 6, 8 a 9 o'r cyfweiliadau a deillia argymhellion 3, 10, 11, 12, 13 ac 16 o gyfuniad o'r cyfweiliadau a'r dystiolaeth academaidd.

**Argymhelliad 1:** Ariannu mwy o ymchwil i unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol, ac yn arbennig mesur unigrwydd fel mater o drefn mewn grwpiau sydd mewn perygl sy'n defnyddio gwasanaethau gofal sylfaenol, fel yr argymhellir gan y dystiolaeth academaidd.

**Argymhelliad 2:** Cynnal arolwg i ddarparu tystiolaeth ynghylch y defnydd o'r cyfeirlyfr seibiannau byr a ddatblygwyd gan Brifysgol Abertawe ac Awdurdod Lleol Pen-y-bont ar Ogwr i ddarganfod a fyddai'n werth ehangu'r gwasanaeth ledled Cymru.

**Argymhelliad 3:** Dylai'r sectorau gwirfoddol a chyhoeddus recriwtio mwy o weithwyr cymorth allweddol neu gyfeillion cefnogol ar gyfer grwpiau gwahanol o bobl yn y sectorau gwirfoddol a chyhoeddus. Er enghraifft, y rhai sy'n gadael gofal, teuluoedd, ffoaduriaid a cheiswyr lloches, a phobl LGBTQ+ y gall fod angen cymorth arnynt i gael mynediad at wasanaethau. Gall y rhain fod yn gymysgedd o staff gwirfoddol a chyflogedig sydd â dealltwriaeth o faterion yn ymwneud â grwpiau penodol.

**Argymhelliad 4:** Mae angen i ymarferwyr yng Nghymru sicrhau bod ganddynt y wybodaeth ddiweddaraf am lywodraethu clinigol ac arferion da sy'n ymwneud â gwahaniaethu drwy fynychu gweithdai ar ymwybyddiaeth o amrywiaeth o fewn gwasanaethau ac ymchwilio i ragfarn cadarnhad (sy'n ffafrio'r hyn y mae pobl eisoes y ei gredu am bobl eraill). Dylai hyn ddigwydd drwy gynnwys grwpiau o bobl fel ffoaduriaid, ceiswyr lloches, pobl LGBTQ+ a phobl anabl.

**Argymhelliad 5:** Dylai ysgolion a cholegau addysgu'r holl bobl ifanc am y cysyniad o gyfeillgarwch cadarnhaol ac iach fel rhan annatod o'r cwricwlwm. Y nod yw cynyddu rhyngweithio rhwng cymheiriaid, cael dealltwriaeth o effaith materion fel bwlio ac erledigaeth ar wahanol grwpiau a'r rhesymau pam mae hyn yn digwydd.

**Argymhelliad 6:** O fewn Llywodraeth Cymru, dylai'r Adran Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol a'r Adran Addysg a Sgiliau gydweithio i ddatblygu llwybr mynediad ar gyfer gwasanaethau cwnsela, seicoleg ac asesu iechyd meddwl ffurfiol, gan ymgorffori darpariaeth iechyd meddwl er mwyn darparu gwasanaethau mewn ffordd fwy cydgysylltiedig a chanfod problemau'n gynharach cyn iddynt ddod yn argyfwng.

**Argymhelliad 7:** Ariannu ymchwil newydd i weithio gyda grwpiau ar y cyrion ac ymchwilio i ffyrdd o wneud tai a llety gwarchod yn fwy fforddiadwy, hygyrch a phriodol i'r bobl fwyaf anghenus. Er enghraifft, y rhai sy'n gadael gofal; ceiswyr lloches a ffoaduriaid; pobl anabl ac yn enwedig menywod anabl sy'n dioddef cam-drin domestig.

**Argymhelliad 8:** Ariannu ymchwil i arolygu'r ddarpariaeth drafndiaeth bresennol gyda'r bwriad o ddarparu trafndiaeth hygyrch a fforddiadwy neu am ddim i rai grwpiau. Mae trafndiaeth hygyrch yn golygu nad oes rhaid i bobl gerdded yn bell i'r arhosfan bysiau os oes ganddynt nam corfforol a sicrhau bod trafndiaeth yn teimlo'n ddiogel.

**Argymhelliad 9:** Annog rhannu data drwy Dechnoleg Gwybodaeth a Chyfathrebu [TGCh] ac ymchwilio i ffyrdd eraill o sicrhau bod gwasanaethau'n fwy cydgysylltiedig gan ddefnyddio technoleg i leihau dyblygu a sicrhau bod gwasanaethau'n cydweithio â'i gilydd.

Gallai hyn helpu i deilwra asesiad yn fwy i'r unigolyn hefyd. Datblygu atebion sy'n gysylltiedig â TGCh i ofalwyr eu mabwysiadu i'w galluogi i fyw bywyd beunyddiol.

**Argymhelliad 10:** Dadansoddi'r gwasanaethau presennol a ddarperir i wahanol grwpiau ledled Cymru i ddarganfod a oes mynediad anghyfartal ar draws y rhanbarthau ac ailgyfeirio adnoddau er mwyn lleihau hyn.

**Argymhelliad 11:** Cynnal ymarfer mapio a gwerthuso'r ffyrdd y mae awdurdodau lleol yng Nghymru yn nodi, yn asesu ac yn cefnogi gofalwyr. Gall hyn dynnu sylw at arferion da, nodi bylchau pellach a chreu llwybr didrafferth i gyfnodau pontio a chymorth.

**Argymhelliad 12:** Dylai Llywodraeth Cymru weithio gyda Chymdeithas Feddygol Prydain, Cymdeithas Ddeintyddol Prydain a Chymdeithas Nyrsio Prydain i'w hannog i ddarparu mwy o addysg yn y cwricwlwm israddedig ar faterion penodol megis pobl LGBTQ+ a grwpiau lleiafrifol eraill mewn perthynas ag iechyd.

**Argymhelliad 13:** Dylai cyllidwyr a chomisiynwyr adeiladu ar waith ymchwil sydd eisoes yn cael ei wneud yng Nghymru ym Mhrifysgol Abertawe i ddatblygu canllawiau ar gyfer gwasanaethau, mewn cydweithrediad â phobl drawsryweddol.

**Argymhelliad 14:** Dylai cyllidwyr a chomisiynwyr gefnogi gwaith i gau'r bylchau mewn tystiolaeth ynghylch unigrwydd drwy gydol cwrs bywyd. Dylai cyllidwyr gefnogi ymchwil sy'n defnyddio mesurau unigrwydd trylwyr ac uchel eu parch. Yn absenoldeb setiau data mawr, byddai'n ddoeth canolbwyntio ar y grwpiau hynny sy'n ymddangos fel pe baent mewn perygl penodol o ddod yn unig.

**Argymhelliad 15:** Dylai Llywodraeth Cymru ddarparu mwy o eglurder ynghylch y gwahanol wasanaethau sydd ar gael i ofalwyr hŷn/pobl hŷn. Dylai hyn gynnwys pa wasanaethau y gallant eu cael am ddim drwy'r GIG ynghyd â chymorth sy'n seiliedig ar brawf modd drwy'r gwasanaethau cymdeithasol. Yn ychwanegol at hyn, dylai Llywodraeth Cymru ymchwilio i weld a yw asesiadau o bobl hŷn yn gwneud rhagdybiaethau priodol am anghenion gofal pobl hŷn.

**Argymhelliad 16:** Dylai Llywodraeth Cymru gynyddu'r cymorth i wasanaethau eiriolaeth gyda sefydliadau allanol sy'n galluogi pobl i gael mynediad at fudd-daliadau a meysydd eraill o gymorth a chefnogaeth. Sicrhau bod gan wasanaethau iechyd wybodaeth er mwyn cyfeirio pobl. Byddai hyn yn ffordd anfygythiol o hyrwyddo cynhwysiant, cefnogi pobl a lliniaru tlodi i rai grwpiau.

## 1. Cyflwyniad/Cefndir

- 1.1 Nod yr astudiaeth hon yw adolygu'r llenyddiaeth a darparu tystiolaeth ynghylch a yw pobl sy'n profi unigrwydd a/neu ynysigrwydd cymdeithasol yn defnyddio mwy ynteu lai ar wasanaethau cyhoeddus.

*Diffiniad o unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol*

- 1.2 Mae unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn gysyniadau cysylltiedig ond eithaf gwahanol. Yn aml, diffinnir unigrwydd fel:

*"[...] sefyllfa a brofir gan yr unigolyn lle mae ansawdd rhai perthnasoedd yn annymunol neu'n annerbyniol. Mae hyn yn cynnwys sefyllfaoedd, lle mae niferoedd y perthnasoedd presennol yn llai na'r hyn a ystyrir yn ddymunol neu'n dderbyniol, yn ogystal â sefyllfaoedd lle nad yw'r agosrwydd y mae rhywun yn ei ddymuno wedi'i wireddu."* (De Jong Gierveld, 1987:20)

- 1.3 Felly, mae unigrwydd yn brofiad goddrychol a negyddol yn seiliedig ar y canfyddiad o ddiffyg dyfnder neu agosrwydd sy'n deillio o berthnasoedd rhyngpersonol (Weiss 1987). Mae'n ymwneud ag ansawdd perthnasoedd, yn hytrach na'u niferoedd. Gall unigrwydd wneud i bobl deimlo eu bod wedi'u datgysylltu oddi wrth eraill, fel pe na baent yn perthyn ac mae'n dangos y gwahaniaeth rhwng yr hyn y mae pobl yn teimlo y gallai fod ei angen arnynt o'i gymharu â'r hyn sydd ar gael iddynt (Hawkley, Browne, a Cacioppo 2005; Hawkley a Capitano 2015).
- 1.4 Mewn gwrthgyferbyniad â hynny, ynysigrwydd cymdeithasol yw diffyg cyswllt â phobl eraill arwyddocaol, diffyg integreiddio cymunedol a diffyg mynediad at wasanaethau (Wheeler, Reis, a Nezelek 1983; Victor et al. 2002). Mae'n ymwneud ag i ba raddau y mae unigolyn yn gallu cyfranogi neu'n dewis cyfranogi'n gymdeithasol (Perlman a Peplau 1981, Peplau a Perlman 1982). Efallai na fydd pobl sydd wedi'u hynysu'n gymdeithasol o reidrwydd yn teimlo'n unig, yn yr un modd ag y gall rhai pobl adrodd eu bod yn teimlo'n unig er eu bod wedi'u hamgylchynu gan eraill.
- 1.5 Er gwaethaf diffiniadau gwahanol, gall unrhyw un brofi unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol ar unrhyw adeg yn ystod eu bywydau.

### *Llenyddiaeth Gefndir*

- 1.6 Mae adroddiadau amrywiol wedi nodi bod unigrwydd yn benodol yn broblem sydd ar gynnydd ac mae Age UK yn rhagweld y bydd cynnydd o 44 y cant yn nifer y bobl 65-74 oed sy'n byw ar eu pen eu hunain, cynnydd o 38 y cant yn y rhai 75 i 85 oed a chynnydd o 145 y cant yn y rhai 85+ oed rhwng 2008 a 2033 (Davidson a Rossall 2014). Yn eu hadroddiad a gyhoeddwyd yn 2016, nododd y Co-op a'r Groes Goch Brydeinig fod unigrwydd yn effeithio ar bobl o bob oed, nid dim ond pobl hŷn ac y gall pobl anabl, rhieni, gofawyr, ymfudwyr a ffoaduriaid yn ogystal â phobl ifanc brofi unigrwydd neu ynysigrwydd cymdeithasol ar ryw adeg neu drwy gydol eu hoes (Kantar Public 2016).

### *Dull cwrs bywyd o ystyried unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol*

- 1.7 Gellir dweud bod effeithiau unigrwydd yn cronni ar draws y cwrs bywyd a'u bod yn barhaus. Er enghraifft, mae astudiaeth hydredol Dunedin yn Seland Newydd yn awgrymu bod cyfraddau uwch o glefyd cardiofasgwlaidd i'w gweld ymysg pobl sydd wedi cael eu hynysu'n gymdeithasol yn ystod eu plentyndod a bod cysylltiad cryf rhwng hynny a phenderfynyddion cymdeithasol iechyd (Caspi et al. 2006). Penderfynyddion cymdeithasol iechyd yw'r amodau y mae pobl yn cael eu geni, yn tyfu, yn byw, yn gweithio ac yn heneiddio ynddynt. Mae'r amodau hyn yn cael eu dylanwadu gan amgylchiadau economaidd-gymdeithasol a chymdeithasol ar lefelau byd-eang, cenedlaethol a lleol. O astudiaeth Dunedin, ymddengys fod cydberthynas gref rhwng y penderfynyddion cymdeithasol ac unigrwydd, ynysigrwydd cymdeithasol ac allgáu cymdeithasol. Mae hyn yn awgrymu bod materion megis tlodi, tai, mynediad at addysg, gofal iechyd, swyddi, cymorth teuluol a chymdeithasol ac ati yn cael effaith ar iechyd (Marmot a Wilkinson 1999; Wilkinson a Marmot 2003). Mae gwaith Marmot yn awgrymu bod allgáu cymdeithasol ynddo'i hun yn ffactor sylfaenol sy'n ysgogi anghydraddoldebau iechyd. Mae hyn oherwydd ei fod yn cyfyngu ar gyfranogi mewn gweithgareddau, mynediad at wasanaethau, ac yn cael effaith sylweddol ar ansawdd bywyd ac, yn wir, ar gydlyniant cymdeithasol (Levitas et al. 2007). Gall penderfynyddion cymdeithasol iechyd hefyd gynnwys amgylchedd byw pobl a gall mynediad at wasanaethau gynnwys argaeledd a fforddiadwyedd trafniadaeth, a ddisgrifir yn aml fel gwasanaeth porth (Anciaes, Jones, a Mindell, 2014; Cymdeithas Llywodraeth Leol 2016). I rai pobl hŷn sy'n eiddil, gall ofn

cwmpo neu gyflyrau cronig eraill eu cadw'n gaeth i'w cartrefi gan olygu na allant gael mynediad at wasanaethau (Collard et al. 2012).

- 1.8 Gellir dweud bod y prosesau sy'n arwain at allgáu cymdeithasol yn rhai aml-ddimensiwn, wedi'u hymgorffori mewn perthnasoedd lle ceir pŵer anghyfartal, gan ryngweithio ar draws dimensiynau diwylliannol, cymdeithasol-economaidd a gwleidyddol a gweithredu ar lefelau unigol, cymunedol, poblogaeth a byd-eang (Popay et al. 2008). Mae hyn oll yn gwneud i rai ymchwilwyr awgrymu y dylai unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol ynddynt eu hunain fod yn rhai o benderfynyddion cymdeithasol iechyd (Holt-Lunstad, Robles, a Sbarra, 2017).
- 1.9 Mae yna hefyd sbardunau allweddol neu newidiadau drwy gydol y cwrs bywyd a all gynyddu'r risg o ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd. Er enghraifft, dod yn rhiant, yn enwedig rhiant ifanc; gadael addysg uwchradd a mynd i addysg bellach; gadael gofal; dod yn ofalwr llawn amser; cael eich diswyddo/colli swydd; perthynas hirdymor yn chwalu; byw heb blant gartref (nyth gwag); ymddeol; a cholli partner (Kantar Public 2016). Gallai cymorth cymdeithasol fod yn ffactor sy'n cynyddu gwytnwch i'r newidiadau neu'r sbardunau hyn. Mae cymorth cymdeithasol nid yn unig yn rhoi ymdeimlad o berthyn a hunaniaeth i bobl (Walsh et al. 2015), gall ddarparu gwybodaeth am sut i gael gafael ar adnoddau a gwasanaethau cymdeithasol (Whitley a Campbell 2014), dylanwadu'n gadarnhaol a negyddol ar ymddygiad iechyd unigolion (Berkman 1985; Richmond a Ross 2008; Harvey ac Alexander 2012), a chynorthwyo i ymdopi â straen megis newid ysgol, swyddi, newid rôl, perthynas yn chwalu, ymddeol a phrofedigaeth (Sarason, Sarason a Pierce 1990; Burke, Neimeyer, a McDevitt -Murphy, 2010).
- 1.10 Felly, gellir awgrymu bod nifer o ffactorau a allai gyfrannu at deimladau o unigrwydd a'r risg o fod yn ynysig yn gymdeithasol, er enghraifft iechyd corfforol neu feddyliol gwael, nam, byw ar eich pen eich hun, bod yn ofalwr, byw mewn tai anaddas, diffyg cymorth cymdeithasol a pherthyn i rai grwpiau lleiafrifol (Walker, 2017).

#### *Grwpiau lleiafrifoedd, unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol*

- 1.11 O edrych ar ystod o grwpiau lleiafrifol, awgrymir bod lesbiaid hŷn yn profi lefelau uwch o unigrwydd na'u cymheiriaid heterorywiol am sawl rheswm. Er enghraifft, efallai eu bod wedi cael blynyddoedd lawer o breifatrwydd a chuddio; yn fwy tebygol o fod yn sengl; yn ddi-blant, ac wedi cael perthnasoedd anodd gyda theuluoedd biolegol (Wilkens 2015). Gall

fod ganddynt hefyd lefelau isel o gymorth cymdeithasol nad yw'n gysylltiedig ag oedran yn unig. Yn wir, mae cymorth yn chwarae rhan hanfodol mewn perthynas ag unigrwydd, anobaith a chanlyniadau iechyd meddwl ymysg pobl ifanc Lesbiaidd, Hoyw, Deurywiol, Trawsrywiol, *Queer* a "plws" (LGBTQ+) (McConnell, Birkett, a Mustanski, 2015). Ymddengys hefyd fod mwy o wahaniaethau iechyd ymysg oedolion LGBTQ+ ac efallai fod modd priodoli hyn i ddiffyg gwasanaethau hygyrch ynghyd â diffyg hyder y bydd gwasanaethau'n diwallu eu hanghenion (Guasp 2011; Emlet a Fredriksen-Goldsen 2017).

1.12 Gellir hefyd ystyried bod pobl anabl ymhlith y rhai mwyaf ymylol mewn cymdeithas (Sefydliad Iechyd y Byd [WHO] 2011). Gall lefelau ymyleiddio, unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol i bobl ag anableddau deallusol fod hyd yn oed yn ddwysach (Campbell ac Oliver 1996). Gall hyn fod am nifer o resymau. Mae tystiolaeth yn awgrymu, o blentyndod cynnar, y gall plant ag anableddau deallusol gael llai o berthnasoedd cilyddol ac y gallant gael anawsterau wrth wneud a chynnal cyfeillgarwch o gymharu â'u cyfoedion niwronodweddiadol (Solish, Perry, a Minnes, 2010). Mae pobl ifanc a chanddynt anableddau deallusol yn tueddu i dreulio mwy o amser ar eu pen eu hunain ac mae hyn yn parhau pan fyddant yn oedolion gyda chyfeillgarwch fel arfer â phobl ag anableddau deallusol a chysylltiadau cymdeithasol wedi'u cyfyngu i'r teulu a staff gofal (Buttimer a Tierney 2005; Lippold a Burns 2009; Bigby a Knox 2009). Mae'r profiadau hyn yn tynnu sylw at ddiffyg cyfleoedd cymdeithasol i bobl ag anableddau deallusol, yr hyfforddiant sgiliau cyfyngedig i ddatblygu cyfeillgarwch ac agweddau cymdeithas (Gilmore a Cuskelly 2014). Yn hytrach na chanolbwyntio ar y syniad bod anabledd deallusol yn gwneud rhywun yn anabl, mae nifer o awduron wedi ein hannog i ddefnyddio model cymdeithasol o anabledd sy'n dadlau bod cymdeithas yn creu'r sylfeini ar gyfer unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol drwy stigmatiddio, ymyleiddio ac eithrio pobl (Chappell 1997; Cross 2013; Macdonald et al. 2018).

1.13 Nid dim ond pobl anabl sy'n wynebu stigma a chael eu hymyleiddio. Gall rhieni sengl profi stigma oherwydd eu statws cymdeithasol a chaledi ariannol, ac maent yn aml yn mynd heb fwyd i sicrhau bod eu plant yn cael digon; efallai y byddant yn gwneud gwaith ychwanegol ac yn treulio nosweithiau di-gwsg yn poeni am bethau fel biliau, bwyd, credydau treth a gofalu am eu plant (Stack a Meredith 2018). Os ydynt wedi'u hynysu a heb gymorth yna gall hyn waethygu nes eu bod yn teimlo eu bod wedi'u gorlethu ac na allant ymdopi. Yna mae rhai yn chwilio am gymorth neu gefnogaeth broffesiynol. Mae

astudiaethau eraill yn nodi bod iechyd rhieni sengl sy'n profi caledi ariannol yn waeth nag iechyd eu cymheiriaid sy'n cyd-fyw neu'n briod (Van de Velde et al. 2014; Campbell et al. 2015).

- 1.14 Mae'r ymchwil academiaidd yn dangos bod rhywfaint o amrywiad mewn unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol ymysg grwpiau Pobl Dduon ac Asiaidd a Lleiafrifoedd Ethnig, yn enwedig wrth iddynt heneiddio ac maent yn fwy tebygol o brofi anghydraddoldebau iechyd a defnyddio mwy ar wasanaethau iechyd (Scheppers et al . 2006; Victor, Burholt, a Martin, 2012). Yn benodol, mae cysylltiadau negyddol rhwng ynysigrwydd cymdeithasol ac iechyd ar draws grwpiau hili ac ethnig, gydag unigrwydd yn cael effaith ar iechyd corfforol ac ynysigrwydd cymdeithasol yn cael effaith sylweddol ar iechyd meddwl (Miyawaki 2015). Yn y DU, mae pobl dduon ac Asiaidd a lleiafrifoedd ethnig yn profi mwy o anghydraddoldebau iechyd, cymdeithasol ac economaidd o gymharu ag unigolion eraill (Jivraj a Simpson 2015). Gall anghydraddoldebau arwain at lai o gyfleoedd ar gyfer cyfranogiad cymdeithasol, sy'n cynyddu'r risg y bydd pobl yn cael eu hynysu drwy gydol y cwrs bywyd (Jivraj a Khan 2013). I rai grwpiau, mae rhwystrau iaith hefyd yn ffactor sy'n cyfrannu at hyn a gallant gael effaith ar iechyd (Simkhada et al. 2015). Yr hyn nad yw'r llenyddiaeth yn mynd i'r afael ag ef yw'r amrywiaeth ymhlith is-grwpiau o bobl dduon ac Asiaidd a lleiafrifoedd ethnig ac a yw gwahanol ddimensiynau ynysigrwydd cymdeithasol yn cael effeithiau amrywiol ar draws ystod eang o wledydd.

*Unigrwydd, ynysigrwydd cymdeithasol, iechyd a gwasanaethau iechyd*

- 1.15 Mae unigrwydd hefyd wedi bod yn gysylltiedig ag amrywiaeth o fesurau iechyd corfforol ac mae pobl sy'n wael eu hiechyd yn aml yn adrodd bod ganddynt lefelau uwch o unigrwydd (Penninx et al.1999; Steverink et al. 2001; Kramer et al. 2002; Cacioppo et al. 2002; Courtin a Knapp 2015; Holt-Lunstad et al. 2015; Shankar et al. 2017). Mae unigrwydd hefyd wedi'i gysylltu ag ystod o ganlyniadau iechyd niweidiol, o broblemau iechyd corfforol a meddyliol i ansawdd bywyd (Lente et al. 2012; Schinka et al. 2012). Mae ynysigrwydd cymdeithasol hefyd yn cynyddu'r risg o gael diagnosis o salwch cronig, ond mae'n ymddangos bod gan bobl â lefelau uwch o gyfranogiad cymdeithasol risg is o gael nifer o glefydau cronig (Cantarero-Prieto, Pascual-Sáez, a Blázquez-Fernández 2018; Holt-Lunstad 2018; Shankar et al. 2017).



- 1.16 Mae rhywfaint o dystiolaeth sy'n awgrymu bod unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn gysylltiedig â mwy o ddefnydd ar wasanaethau cyhoeddus a gwasanaethau iechyd (Lauder et al. 2006; Fulton a Jupp 2015; Gerst-Emerson a Jayawardhana 2015). Mae'r rhesymau dros y cysylltiadau hyn yn aneglur, maent yn ymddangos yn gymhleth ac mae llawer o ffactorau yn cyfrannu atynt. Ychydig iawn sy'n hysbys ynghylch a allai'r un ffactorau egluro'r ffaith bod ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd yn arwain at fwy o ddefnydd ar wasanaethau iechyd. Mae unigrwydd/ynysigrwydd cymdeithasol a mwy o ddefnydd ar wasanaethau cyhoeddus wedi cael eu cysylltu â chyfraddau uwch o deimladau negyddol, iselder ysbryd a gorbryder (Perese a Wolf 2005; Zebhauser et al. 2014) ac efallai mai dyma un rheswm dros y cysylltiad. Er enghraifft, mae pobl sy'n profi lefelau uchel o deimladau negyddol, gan gynnwys gorbryder ac iselder ysbryd, yn talu mwy o sylw i bresenoldeb symptomau corfforol, gan ddehongli'r symptomau hynny fel rhai sy'n adlewyrchu problemau iechyd difrifol yn hytrach na rhai diniwed, ac o ganlyniad yn ceisio gofal ar gyfraddau uwch (Taylor, Sirois, a Molnar 2017). Mae gorbryder ac iselder nid yn unig yn dylanwadu ar y tebygolrwydd o gysylltu â gwasanaethau yn y lle cyntaf ond gallant hefyd arwain at ymweliadau rheolaidd a chyfnodau estynedig yn yr ysbyty (de Jonge et al. 2003; Rubin, Cleare a Hotopof 2004). Mae'r canfyddiad hwn yn gyson â thystiolaeth sy'n dangos bod unigrwydd yn gysylltiedig a chyfraddau uwch o aildderbyniadau i'r ysbyty (García-Pérez et al. 2011; Valtorta a Hanratty 2012; Newall, Chipperfield, a Bailis 2014).
- 1.17 Gellir defnyddio gofal iechyd hefyd fel procsi ar gyfer cymorth cymdeithasol pan nad oes cymorth o'r fath ar gael yn gyfleus. Er enghraifft, mae un astudiaeth benodol yn awgrymu y bu cynnydd pedwarplyg yn y defnydd o wasanaethau iechyd cleifion allanol pan oedd gan unigolion lefel uchel o drallod a lefelau isel o gymorth cymdeithasol canfyddedig (Kouzis ac Eaton 1998). Mewn gwrthgyferbyniad â hyn, mae astudiaethau eraill yn awgrymu pan fydd gan rywun gyflwr penodol, er enghraifft problem iechyd meddwl, mai pobl â rhwydweithiau cymorth cymdeithasol ehangach a mwy effeithiol sy'n cael eu hannog i ymgysylltu'n amlach â gwasanaethau iechyd (Maulik, Eaton a Bradshaw 2010). Felly, er ei bod yn bosibl y gall pobl sy'n unig a/neu'n ynysig yn gymdeithasol ymweld yn amlach â lleoliadau gofal iechyd fel ffordd o ddiwallu eu hangen am gysylltiad cymdeithasol, mae hefyd yn bosibl y gall y cyflwr ar y cyd â lefelau uwch o gymorth cymdeithasol ynddo'i hun

gael effaith ar a yw pobl yn defnyddio gofal iechyd ai peidio. Mae hyn yn dangos cymhlethdod y maes a'r angen i fod yn benodol wrth wneud gwaith ymchwil.

- 1.18 Mae strategaeth Llywodraeth Cymru, 'Symud Cymru Ymlaen 2016-2021', yn nodi ymrwymiad i '[d]atblygu strategaeth genedlaethol a thrawslywodraethol i roi sylw i unigrwydd ac arwahanrwydd' fel rhan o'i strategaeth i wella iechyd a llesiant y boblogaeth (Cynulliad Cenedlaethol Cymru 2017). Bellach, cydnabyddir bod unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn bryder cymdeithasol a gwleidyddol ehangach. Yn 2017, awgrymodd astudiaeth gan yr Eden Project fod y costau ychwanegol sy'n gysylltiedig ag ynysigrwydd cymdeithasol yn £2.6 biliwn y flwyddyn yng Nghymru, ac roedd £427 miliwn o hwnnw i'w briodol i'r gwasanaeth iechyd a £10m i gostau plismona (Canolfan Ymchwil Busnes ac Economaidd 2017). Argymhellodd Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon y Cynulliad Cenedlaethol y dylai Llywodraeth Cymru ymgymryd â neu gomisiynu gwaith i asesu effaith unigrwydd ac ynysigrwydd ar iechyd a llesiant ac a yw pobl sy'n profi hynny yn defnyddio mwy ar wasanaethau cyhoeddus.

### **Strwythur yr adroddiad**

- 1.19 Nodau'r astudiaeth hon yw archwilio'r dystiolaeth ynghylch y berthynas rhwng ynysigrwydd cymdeithasol, unigrwydd a'r cynnydd yn y defnydd o wasanaethau cyhoeddus ac iechyd ar gyfer pob grŵp. Nod eilaidd yw archwilio'r mathau o gyd-destunau a gynyddodd neu a leihaodd y defnydd o wasanaethau o ganlyniad i unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.
- 1.20 Mae'r adroddiad hwn yn archwilio'r dystiolaeth ynghylch y berthynas rhwng ynysigrwydd cymdeithasol, unigrwydd a mwy o ddefnydd ar wasanaethau cyhoeddus. Mae'n ceisio dehongli'r dystiolaeth o ystod o ffynonellau; llenyddiaeth academaidd, llenyddiaeth lwyd ac ymgynghoriadau â sefydliadau allweddol.
- 1.21 Mae'r adroddiad yn dechrau gydag adolygiad o'r llenyddiaeth yn ymwneud â'r maes; mae'r adran nesaf yn trafod y dulliau a ddefnyddiwyd. Roedd hyn yn cynnwys adolygiad cwmpasu o'r llenyddiaeth academaidd, metaddadansoddiad a oedd yn cynnwys ystadegau ac yn cyfuno canlyniadau astudiaethau allweddol i edrych ar gryfder eu cysylltiad. Hefyd, cynhaliwyd ymarfer ymgynghori a oedd yn cynnwys cyfweiliadau â sefydliadau allweddol a roddodd ragor o ddealltwriaeth inni o unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol a'r defnydd o wasanaethau cyhoeddus ymysg grwpiau lleiafrifol. Daw'r adroddiad i ben gyda chasgliadau ac argymhellion.

## **2. Dulliau**

2.1 Mae'r adran hon yn amlinellu'r dulliau ymchwil a'u cryfderau a'u cyfyngiadau. Yn yr astudiaeth, defnyddiwyd adolygiad cwmpasu, metaddadansoddiad o naw papur a dadansoddiad naratif o'r gweddill. Ar y cyd â'r adolygiad cwmpasu, cynhaliwyd ymarfer ymgynghori a oedd yn cynnwys 10 cyfweiliad gan sefydliadau sy'n cynrychioli grwpiau lleiafrifol.

### **Cyfweiliadau â Sefydliadau Allweddol**

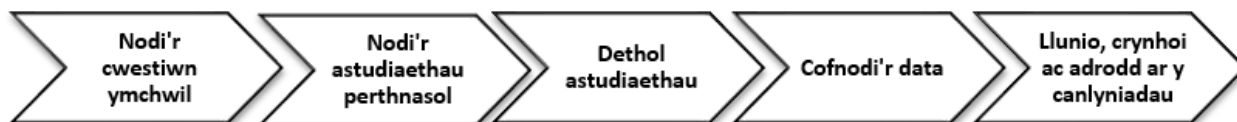
- 2.2 I ddechrau, datblygwyd canllaw pwnc i strwythuro'r cyfweiliadau. Cafodd y canllaw hwn ei lunio drwy ddefnyddio llenyddiaeth academiaidd flaenorol ac arbenigedd ar unigrwydd, ynysigrwydd cymdeithasol ac iechyd gan ymchwilwyr a gomisiynwyd ac ymchwilwyr Llywodraeth Cymru. Defnyddiwyd y cwestiynau i dywys y cyfweiliad pan oeddent allan yn y maes, i'w helpu i gadw ffocws, sicrhau rhywfaint o debygrwydd ond ar yr un pryd oherwydd ei fod yn ganllaw, i alluogi rhywfaint o hyblygrwydd i sefydliadau a oedd wedi'u strwythuro'n wahanol (Gweler Atodiad C). Darparodd Llywodraeth Cymru gysylltiadau i'r sefydliadau penodol yr oedd yn dymuno eu cynnwys a rhoddodd gyngor ar fathau eraill o sefydliadau, er mwyn sicrhau bod amrywiaeth o safbwyntiau yn cael eu cynrychioli. Cytunodd cyfanswm o 10 sefydliad a oedd yn cynrychioli grwpiau lleiafrifol i gymryd rhan. Dewisodd pedwar sefydliad arall beidio â chymryd rhan. Roedd un yn teimlo nad oedd ganddo ddim i'w gyfrannu, dywedodd un nad oedd yn cymryd rhan mewn gwaith ymchwil ac er i ddau arall gytuno i gymryd rhan, ni wnaethant drefnu amser a dyddiad ar gyfer y cyfweiliad, er i'r ymchwilwyr gysylltu â hwy ddwywaith. Ar ôl cysylltu eilwaith, penderfynwyd peidio â chysylltu â'r sefydliadau hyn eto, gan y teimlwyd y gellid ystyried bod yr ymchwilwyr yn ceisio gorfodi'r sefydliadau i gymryd rhan, yn hytrach na'u bod yn cydsynio'n wirfoddol.
- 2.3 Cynhaliwyd cyfweiliadau dros y ffôn gan ddefnyddio'r canllawiau pwnc ym mis Ionawr a mis Chwefror 2019. Roedd dau ymchwilydd ar wahân yn ymwneud â'r cyfweiliadau a'r gwaith o ysgrifennu adroddiadau dilynol. Diwygiwyd y canllaw pwnc yn ystod y gwaith maes. Roedd hyn er mwyn adlewyrchu sefydliadau a oedd yn canolbwyntio ar eiriolaeth ac nid ar ddarparu gwasanaethau a sefydliadau a oedd yn teimlo na allent ateb rhai o'r cwestiynau oherwydd nad oedd y sawl a gyfweiliwyd yn ymwneud â darparu gwasanaethau ar y rheng flaen.

2.4 Darllenwyd y cyfweiliadau a'u rhannu'n adrannau storïol er mwyn sicrhau eu bod yn hawdd eu darllen. Dechreuodd y broses hon dwy holi am faterion penodol ar gyfer grwpiau, yna is-grwpiau. Ar gyfer pobl hŷn, cynhaliwyd cyfweiliadau â sefydliadau sy'n cynrychioli gofalmwr hŷn hefyd. Rhoddwyd y rhain mewn un adran a rhoddwyd gofalmwr hŷn mewn is-grŵp o bobl hŷn oherwydd bod ganddynt broblemau tebyg ond eu bod hefyd yn ofalmwr. Mynediad at wasanaethau oedd yr adran nesaf, ac yna'r hyn sy'n gweithio i grwpiau a beth oedd ei angen. Roedd ymwybyddiaeth bod rhoi grwpiau o bobl gyda'i gilydd yn lleihau eu hamrywiaeth ond roedd y ffaith bod eu hanghenion yn cael eu cynrychioli gyda'i gilydd hefyd yn rhoi mwy o gryfder iddynt fel grŵp.

### **Adolygiad cwmpasu**

2.5 Gwnaed gwaith i gwmpasu'r llenyddiaeth ac roedd yn canolbwyntio ar y cynnydd yn y defnydd o wasanaethau iechyd a gwasanaethau cyhoeddus ymysg pob grŵp sy'n profi ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd. Cymerwyd sylw hefyd o unrhyw ddangosyddion a grybwyllwyd am gyd-destun y grwpiau hyn, er enghraifft statws economaidd-gymdeithasol isel, oedran, ardal ddaearyddol ac ati. Dilynwyd y fframwaith methodolegol pum cam ar gyfer astudiaethau cwmpasu a awgrymwyd gan Arksey ac O'Malley (2005). Dilynwyd 'ymarfer ymgynghori' dewisol y fframwaith hefyd drwy gyfweild â sefydliadau a ddarprodd gyfeiriadau ychwanegol at astudiaethau posibl i'w cynnwys yn yr adolygiad ynghyd â mewnwleidiad gwerthfawr am faterion yn ymwneud ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol ymysg grwpiau lleiafrifol a'u rhyngweithio â gwasanaethau, ac ni fyddai adolygiad cwmpasu ar ei ben ei hun wedi nodi hynny.

**Ffigur 2.1 Y broses o gynnal adolygiad cwmpasu**



Ffynhonnell: Arksey, H., ac O'Malley, L., (2005).

2.6 Nod adolygiad cwmpasu yw mapio'n gyflym y cysyniadau allweddol yn gyflym o fewn maes ymchwil, y prif ffynonellau a'r mathau o dystiolaeth sydd ar gael a thynnu sylw at y bylchau yn y dystiolaeth. Fe'i defnyddir pan fydd maes yn gymhleth neu heb gael ei adolygu'n gynhwysfawr o'r blaen (Mays, Roberts a Popay 2001; Levac, Colquhoun, ac

O'Brien 2010; Daudt, van Mossel a Scott 2013). Mae'r astudiaeth hon yn wahanol i adolygiadau blaenorol yn yr ystyr ein bod wedi canolbwyntio ar effaith ynysigrwydd ac unigrwydd ar gynnydd neu ostyngiad yn y defnydd o wasanaethau cyhoeddus.

### **Peiriannau chwilio**

- 2.7 Chwiliwyd am dystiolaeth rhwng mis Tachwedd a mis Rhagfyr 2018. Defnyddiwyd ystod o beiriannau chwilio ar gyfer hyn: Medline, Web of Science, Current Contents Connect, Scopus, Psych INFO a chronfeydd data Cochrane ynghyd â 10 tudalen gyntaf Google Scholar. Cyfyngwyd y cwmpas i astudiaethau empirig [nid adolygiadau, erthyglau golygyddol, llythyrau, a phapurau cynhadledd], a ysgrifennwyd yn Saesneg ac a gyhoeddwyd mewn cyfnodolion a adolygwyd gan gymheiriaid rhwng 1990 a 2018 i ystyried ymyriadau o'r 1990au a pholisïau a chanllawiau mwy diweddar.

### **Termau chwilio**

- 2.8 O'r llenyddiaeth bresennol ar unigrwydd, ynysigrwydd cymdeithasol ac iechyd lluniwyd tabl o dermau chwilio.

**Tabl 2.1: Termau chwilio llenyddiaeth**

<b>Poblogaeth neu grŵp targed</b>	<b>Problem</b>	<b>Canlyniadau iechyd</b>
Older people	Isolation	Health*
elderly	Loneliness	Iechyd meddwl
Age*	Cumulative Disadvantage	Mental Health Problems
Single mothers	Stigma	Depression
Children, Young People, Adolescents	Life transitions	Symptoms
BME, BAME	Life stages	Dementia
LGBT	Profedigaeth	Mental Disorder
LGB	Widowhood	Well-being
Lesbian*	Partner death	Incontinence
Gay	Leaving care	Fluctuating health, Chronic Illness
Bisexual, Transgender	Retirement	Acquired Brain Injury (ABI)
Men, boys, Women, girls	Carer role change	Frailty
Students	Divorce	Hearing Loss, Hearing impairment, Sight loss,
Informal Carers, Family carers, Unpaid carers, Young carers	Parking	In-patient admission, hospital visits
Volunteers	Access to transport	Cardio-vascular disease
Refugees	Dependency	Alzheimer's
Unemployed	Low income or benefits	Vision impairment
Intellectual disability	Friendships	Stress
Learning disability*	Renting	Memory problems
Disability*		Health related quality of life
		Physician visits
		Anxiety
		Cognitive decline

## **Meini Prawf ar gyfer Cynnwys ac Eithrio**

2.9 Y meini prawf ar gyfer eithrio oedd:

- Astudiaethau sy'n canolbwyntio ar wledydd heblaw Gorllewin Ewrop, UDA a Chanada oherwydd gwahaniaethau'n ymwneud â diwyllianol a lleoliadau
- Astudiaethau sy'n canolbwyntio ar faterion heblaw ynysigrydd cymdeithasol, unigrwydd ac iechyd
- Astudiaethau nad ydynt yn asesu canlyniadau iechyd corfforol neu feddyliol

- Erthyglau golygyddol, llythyrau, adolygiadau llyfrau, papurau cynhadledd, traethodau estynedig a thraethodau ymchwil
- Papurau trafod a dogfennau canllaw
- Adolygiadau systematig, cwmpasu, beirniadol ac adolygiadau llenyddiaeth
- Astudiaethau nad oeddent yn cwmpasu'r grwpiau targed
- Astudiaethau nad oeddent wedi'u hysgrifennu yn Saesneg

2.10 Y meini prawf ar gyfer cynnwys oedd:

- Astudiaethau sy'n canolbwyntio ar ynysigrwydd cymdeithasol, unigrwydd a chynnydd neu ostyngaid yn y defnydd o wasanaethau cyhoeddus
- Astudiaethau o 1990-2018 i ystyried ymyriadau o'r 1990au a pholisïau a chanllawiau mwy diweddar
- Erthyglau testun llawn
- Cyfranogwyr o bob oed

### **Sgrinio perthnasedd teitlau a chrynodebau**

2.11 Roedd astudiaethau'n gymwys i'w cynnwys os oeddent yn disgrifio unigrwydd, ynysigrwydd cymdeithasol a'r effaith ar iechyd yn gyffredinol. Prin oedd yr adnoddau cyfieithu, ac am y rheswm hwn cafodd erthyglau a gyhoeddwyd mewn ieithoedd heblaw Saesneg eu heithrio. Ar gyfer y lefel sgrinio gyntaf, adolygwyd teitl a chrynodeb o ddyfyniadau yn unig gan ddau adolygydd. Roedd hyn er mwyn atal gwastraffu adnoddau'n cael gafael ar erthyglau nad oeddent yn bodloni'r meini prawf sylfaenol. Roedd yr ail gam yn cynnwys cael gafael ar y papur llawn a daethpwyd i gytundeb rhwng y ddau adolygydd ynghylch pa bapurau i'w cynnwys a'u heithrio. Penodwyd trydydd adolygydd rhag ofn i unrhyw anghytundeb na ellid ei ddatrys godi. Nid oedd unrhyw anghytundeb mawr rhwng yr adolygwyr a chytunwyd ar ba bapurau i'w cynnwys yn unol â'r meini prawf eithrio.

### **Sgrinio a choladu'r llenyddiaeth**

2.12 Lluniwyd taenlen Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corporation, Redmond, WA) gyda phenawdau'n dynodi: awdur, dyddiad, teitl, cyhoeddiad, dyluniad ymchwil, maint y sampl, oedran neu ystod oedran, gwlad/ardal, canlyniad. Llwyddwyd i gael gafael ar destun llawn pob erthygl berthnasol a chawsant eu rhoi mewn tabl a'u rhannu.

### **3. Canfyddiadau**

3.1 Mae'r adran hon yn cyflwyno canfyddiadau'r adolygiad cwmpasu, y metaddadansoddi a'r ymarfer ymgynghori a oedd yn cynnwys cyfweiliadau dros y ffôn gyda'r 10 sefydliad. Mae'n dechrau gyda'r adolygiad cwmpasu a'r metaddadansoddiad ac yn gorffen gyda'r cyfweiliadau.

#### **Adolygiad cwmpasu**

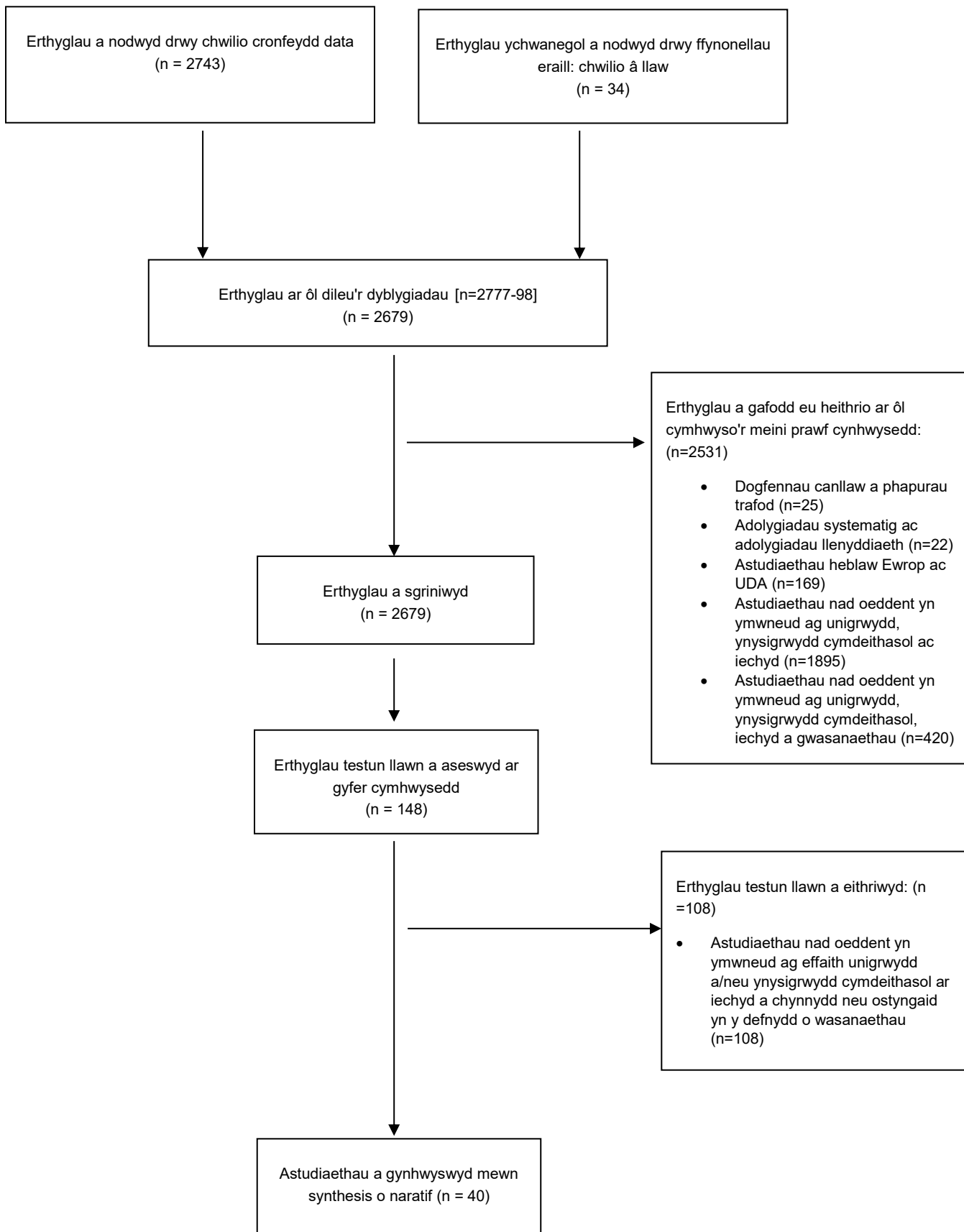
3.2 Ar gyfer yr adolygiad cwmpasu, o'r 2778 o ganlyniadau cychwynnol, cafodd 98 o ddyblygiadau, 25 o ganllawiau a phapurau trafod, 22 o adolygiadau systematig, 169 o bapurau y tu allan i Ewrop ac UDA, 1895 o astudiaethau nad oeddent yn ymwneud ag unigrwydd, ynysigrwydd cymdeithasol ac iechyd a 420 o astudiaethau nad oeddent yn ymwneud ag unigrwydd, ynysigrwydd cymdeithasol, iechyd a gwasanaethau eu heithrio, gan adael 141 o astudiaethau. Cafodd 108 o astudiaethau eraill, nad oeddent yn ymwneud ag effaith unigrwydd a/neu ynysigrwydd cymdeithasol a chynnydd neu ostyngiad yn y defnydd o wasanaethau cyhoeddus, eu heithrio gan adael 40 o astudiaethau i'w cynnwys (Gweler Atodiad A).

#### *Siart Llif PRISMA*

3.3 Dilynwyd y canllawiau estyniad i adolygiad cwmpasu, sef Eitemau Adrodd a Ffefrir ar gyfer Adolygiadau Systematig a Metaddadansoddiadau [PRISMA ScR]. Set sylfaenol o eitemau sy'n seiliedig ar dystiolaeth i adrodd arnynt mewn adolygiadau systematig a metaddadansoddiadau, gydag estyniad ar gyfer adolygiadau cwmpasu, yw PRISMA. Lluniwyd siart llif o broses ddethol yr astudiaeth ac mae hyn i'w weld yn ffigur 2.2:



**Ffigur 2.2: Siart Llif ScR PRISMA o broses ddethol yr astudiaeth**



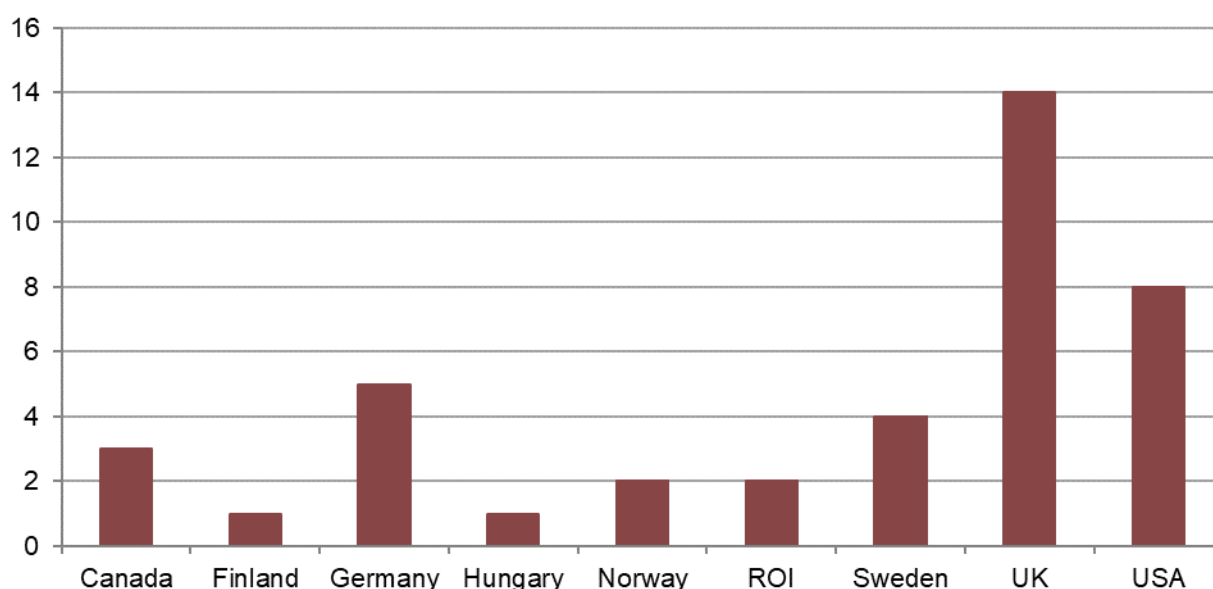
### *Dadansoddiad naratif o'r astudiaethau*

3.4 Defnyddiwyd dull adolygu naratif i gasglu gwybodaeth debyg am astudiaethau (Pawson 2002). Dyma lle y cafodd nodweddion a chanfyddiadau'r astudiaethau eu disgrifio a'u trafod ac yna defnyddiwyd tabl i gofnodi'r awdur cyntaf; blwyddyn gyhoeddi; gwlad; dyluniad yr astudiaeth; maint y sampl a chanfyddiadau. Darparwyd cyd-destun yr astudiaethau hefyd.

### *Nifer y papurau yn ôl gwlad*

3.5 Daeth y nifer fwyaf o bapurau o'r DU (14); ac yna UDA (8); Yr Almaen (5); Sweden (4); Canada (3); Norwy (2); Gweriniaeth Iwerddon (2); Y Ffindir (1); a Hwngari (1). Efallai fod hyn o bosibl yn adlewyrchu ffocws polisi y gwledydd hyn.

**Ffigur 2.3: Nifer y papurau a gyhoeddwyd yn ôl gwlad**



3.6 Mae ymchwil ar effaith unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol ar fwy o ddefnydd ar wasanaethau cyhoeddus yn dangos bod corff mawr a chynyddol o lenyddiaeth ar y pwnc hwn, gyda chynnydd yn 2018. Yn ystod cyfnod o 14 mlynedd rhwng 1999-2013, cyhoeddwyd 14 o erthyglau o gymharu â'r cyfnod 5 mlynedd o 2014-2019 lle y cyhoeddwyd 26 o erthyglau, ac roedd wyth ohonynt o'r DU.

3.7 Casglodd pob un o'r astudiaethau ddata o astudiaeth fwy neu cynhyrchodd ei data ei hun; roedd un astudiaeth (Cruwys et al. 2018) yn cynnwys tri dyluniad mewn un astudiaeth gan

wneud cyfanswm o 42 o ddyluniadau ar gyfer 40 astudiaeth. Roedd 36 o ddyluniadau yn feintiol ac roedd 21 o'r rheini'n drawstoriadol. Roedd dwy astudiaeth yn defnyddio dulliau cymysg, ac roedd tair astudiaeth yn categoreiddio eu hunain fel rhai ansoddol, ond dim ond cyfweiliadau heb fframwaith methodolegol na damcaniaethol a ddefnyddiwyd, sy'n tanseilio cadernid eu canfyddiadau, ac roedd yr un ymchwil ansoddol a oedd yn weddill yn ymchwil weithredu.

- 3.8 Roedd llai na hanner yr astudiaethau yn darparu diffiniad o unigrwydd ac yn bennaf yn defnyddio'r un a ddarparwyd gan Peplau a Perlman (1982), sef profiad negyddol neu annymunol, ond dim ond tair astudiaeth a aeth ymlaen i ddisgrifio gwahanol ddimensiynau (Kvaal, Halding a Kvigne 2013; Kearns et al. 2015; Reijnders et al. 2018). Mewn gwrthgyferbyniad â hyn, roedd saith astudiaeth yn gwrthgyferbynnu unigrwydd ag ynysigrwydd cymdeithasol ac yn darparu diffiniad ond yn trin ynysigrwydd cymdeithasol fel cysyniad un dimensiwn neu fesur gwrthrychol o deulu neu ffrindiau. Nid oedd yr un astudiaeth yn ymchwilio i ansawdd perthnasoedd.
- 3.9 Y ffocws mewn 23 o blith 40 o'r astudiaethau oedd iechyd cyffredinol. O'r astudiaethau hyn ar iechyd cyffredinol, roedd traean yn canolbwyntio'n benodol ar fwy neu lai o ddefnydd ar wasanaethau gofal sylfaenol fel rhan o ddyluniad yr astudiaeth.

**Tabl 3.2: Y ffocws o ran canlyniadau iechyd mewn astudiaethau**

Canlyniad Cyflwr Iechyd	Nifer yr astudiaethau
Strôc	1
Clefyd Rhwystrol Cronig yr Ysgyfaint	1
Iechyd Cyffredinol a gweithrediad corfforol	23
Iechyd meddwl	11
Cymorth cymunedol	1
Llesiant	1
Profedigaeth	1
Defnydd o feddyginiaeth	1
Cyfanswm	40

- 3.10 O'r astudiaethau a ddewisodd edrych yn benodol ar gynnydd neu ostyngiad yn y defnydd o wasanaethau ymysg pobl a oedd yn unig, wedi'u hynysu'n gymdeithasol neu'r ddau, nid oedd y ffocws yn llwyr ar bobl hŷn, ac nid oeddent ychwaith yn canolbwyntio ar grwpiau lleiafrifol penodol. Yr ystod oedran yn yr astudiaethau hyn oedd 18-97 (Cruwys et al. 2018); 15-80 (Geller et al. 1999); 40-60 (Ellaway, Wood a MacIntyre 1999); a 45-95 (Newall, McArthur, a Menec 2015). Dewisodd gweddill y 40 astudiaeth ganolbwyntio ar ystodau oedran 60+ ac un astudiaeth ar yr ystod oedran 75-92 (Pitkala et al 2009).
- 3.11 Roedd y rhesymau a'r ffactorau posibl dros gynnydd neu ostyngiad yn y defnydd ar wasanaethau yn amrywio. Er enghraifft, pan oedd pobl wedi'u hintegreiddio'n well yn eu cymunedau, neu pan oedd ganddynt gysylltiadau cymunedol ehangach, roeddent yn defnyddio llai ar wasanaethau meddygon teulu na'r boblogaeth gyffredinol ac roeddent yn profi iechyd meddwl a llesiant mwy cadarnhaol (Field, Walker ac Orrell 2002; Pitkala et al. 2009; Denkinger et al. 2012; Li, Hubach, a Dodge 2015; Newall McArthur, a Menec 2015; Cruwys et al. 2018; Taube et al. 2018). Ystyrir bod penderfynyddion cymdeithasol iechyd yn chwarae rhan allweddol gyda chysylltiad rhwng amddifadedd cymdeithasol ac unigrwydd a mwy o ddefnydd ar wasanaethau meddygon teulu (Kearns et al 2015). I rieni, mae statws economaidd-gymdeithasol isel ac yn arbennig ddiffyg cymorth ariannol yn cael eu hystyried yn ffactorau sy'n cyfrannu at unigrwydd a mwy o ddefnydd ar wasanaethau meddygon teulu (Stack a Meredith 2018). Ystyriwyd bod incwm isel hefyd yn ffactor arwyddocaol sy'n gysylltiedig ag unigrwydd (Dahlberg a McKee 2014). Dengys gwaith ymchwil arall y gallai pobl o gefndiroedd mwy economaidd difreintiedig wynebu mwy o risg o gael eu hynysu'n gymdeithasol (Steptoe et al. 2013). Yn ogystal â chysylltiad cryf rhwng statws economaidd-gymdeithasol isel, iselder ysbryd ac unigrwydd a mwy o ddefnydd ar wasanaethau meddygon teulu a gwasanaethau cleifion mewnol, roedd cysylltiad cryf hefyd â phresenoldeb ymddygiadau pathogenig (niweidiol i iechyd) megis cyfraddau uwch o ysmegu ac yfed alcohol (Beutel et al. 2017 ). Roedd cysylltiad rhwng unigrwydd ynddo'i hun a mwy o ddefnydd ar feddyginiaethau presgripsiwn yn gyffredinol a chyffuriau seicotropig ymysg pobl hŷn (Bath a Gardiner 2005; Theeke a Mallow 2013; Boehlen et al. 2015).
- 3.12 Roedd byw ar eich pen eich hun hefyd yn cael ei ystyried yn ffactor sy'n cyfrannu at unigrwydd neu ynysigrwydd cymdeithasol (Dreyer et al. 2018; Gutzman, Sohn, a Harada 2004). Nid yw'r astudiaethau penodol hyn yn gwahaniaethu rhwng byw ar eich pen eich

hun (disgrifiad o drefniadau byw), ynysigrwydd cymdeithasol (lefel yr integreiddio o fewn cymdeithas) a bod ar eich pen eich hun (amser a dreulir ar eich pen eich hun). Mae'r diffyg dyfnder wrth ystyried yr hyn a olygir wrth fyw ar eich pen eich hun yn lleihau'r ddealltwriaeth o'r ffactorau sy'n cyfrannu at unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol. I bobl hŷn, roedd byw ar eu pen eu hunain heb gymorth a phrofi unigrwydd cronig yn cael ei ystyried yn ffactor a gyfrannodd at gael eu derbyn i gartref gofal yn gynnar (Hanratty et al. 2018). Nododd astudiaethau eraill fod cysylltiadau cyfeillgarwch (perthynas neu gymuned) yn cynyddu gweithgarwch corfforol y tu allan i'r cartref a oedd yn cynnal statws weithredol ac yn lleihau iselder ac ynysigrwydd cymdeithasol (Herbolsheimer, Ungar, a Richard 2018). Mae'n ymddangos bod gwasanaethau cyfeillio i bobl hŷn yn benodol yn lleihau'r gost i wasanaethau iechyd a gwasanaethau cymdeithasol. Mae'r darn penodol hwn o waith a wnaed ar Lannau Mersi yn awgrymu bod y mathau hyn o wasanaethau yn gwella ansawdd bywyd ac yn lleihau ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd drwy leihau ffactorau risg ar gyfer cwmpadau, cynyddu hunanofal ac osgoi camau brys drwy atal argyfyngau. Yn ei dro, mae hyn yn cynyddu'r gallu i fyw'n annibynnol ac yn galluogi pobl hŷn i 'heneiddio gartref' gyda chymorth gofalwr lle bo angen (McGoldrick, Barrett, a Cook 2017).

- 3.13 Roedd arwydd hefyd bod effeithiau amddifadedd, cam-drin, bwlio ac erledigaeth yn ystod plentyndod a theimladau o unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn cael effeithiau parhaol ar iechyd ar draws y cwrs bywyd ac yn enwedig ar iechyd meddwl a llesiant (Løhre 2012; Ollife et al. 2018). Awgrymodd yr astudiaethau hyn fod teimlo'n unig yn barhaus neu brofi ynysigrwydd cymdeithasol yn ystod plentyndod yn parhau tra roeddent yn oedolyn a'i fod yn risg o ran hunan-niweidio neu dueddiadau hunanladdol. Un ffactor amddiffynnol oedd teuluoedd cefnogol a weithredodd fel clustog i leihau tueddiadau hunanladdol (Chang et al. 2017). Mae'n ymddangos bod hyn yn amlygu ansawdd y perthnasoedd a allai fod gan bobl â'u teuluoedd, nid dim ond cymorth ar ei ben ei hun.
- 3.14 Awgrymwyd bod gwell llesiant yn deillio o gael gafael ar wasanaethau cymorth a oedd hefyd yn darparu trafndiaeth i weithgareddau mynediad (Hemingway a Jack 2013). Roedd trafndiaeth effeithlon, dibynadwy a hygyrch yn ymddangos yn ffactor o ran lleihau ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd i bobl nad oedd ganddynt gar na thrafnidiaeth eu hunain ac yn eu galluogi i gadw eu cysylltiadau cymdeithasol (Ellaway, Wood, a MacIntyre 1999; Field et al. 2005; Burholt a Scharf 2014).

3.15 Roedd sefydliadau a oedd yn cynrychioli grwpiau lleiafrifol yn cynorthwyo i leihau defnydd gormodol o wasanaethau ac roedd rhai oedolion hŷn LGBT yn dibynnu ar sefydliadau â ffocws ar LGBT i ddiwallu eu hanghenion. Roedd y mwyafrif yn tueddu i ddibynnu'n bennaf ar ddarparwyr prif ffrwd, megis cymorth cymdeithasol yn y gymuned, a darparwyr gofal iechyd (Brennan-Ing et al. 2014). Canfuwyd bod heriau i oedolion LGBT hŷn o ran cael mynediad i wasanaethau prif ffrwd gan ofni y byddent yn wynebu gwahaniaethu ar ôl datgelu eu hunaniaeth rywiol i ddarparwyr nad ydynt yn LGBT ac roeddent yn teimlo bod diffyg dealltwriaeth o gymhlethdod eu problemau sy'n gwaethygu teimladau o unigrwydd (Jenkins et al. 2014).

### **Cryfderau a chyfyngiadau'r adolygiad cwmpasu**

3.16 Un o brif gryfderau'r adolygiad cwmpasu hwn yw ei fod wedi darparu dull trylwyr a thryloyw o fapio'r ymchwil ar unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol a'r defnydd ar wasanaethau mewn cyfnod byr o amser (o'i gymharu ag adolygiad systematig). Mae cyflwyno'r canlyniadau mewn fformat cryno yn golygu bod llunwyr polisïau mewn gwell sefyllfa i ddefnyddio'r canfyddiadau. Un o'r cyfyngiadau yw na chafodd ansawdd y dystiolaeth ei asesu'n ffurfiol. Nid oedd modd asesu'r dystiolaeth a gynhyrchwyd yn erbyn canlyniadau'r astudiaethau fel y gwneir mewn adolygiad systematig, a fyddai'n syntheseiddio'r dystiolaeth i ffurfio casgliadau newydd. Byddai hyn wedi cymryd chwe mis arall i gynhyrchu unrhyw dystiolaeth ddefnyddiol.

### *Metaddadansoddiad*

3.17 Mae metaddadansoddiad yn weithdrefn ystadegol ar gyfer cyfuno data o sawl astudiaeth i amcangyfrif maint cysylltiad y canlyniadau. Mae'r canlyniadau'n rhoi amcangyfrif mwy cadarn o effaith triniaeth neu ganlyniadau. Er mwyn cyfuno canlyniadau, mae angen i'r astudiaethau adrodd ar y cysylltiad rhwng dau newidyn (deunewidyn) nad ydynt yn cynnwys dylanwad newidynnau eraill (amlamryweb). Mae hefyd yn bwysig bod y data gyda'i gilydd yn adlewyrchu'r cysylltiadau rhwng newidynnau tebyg. Ar gyfer y metaddadansoddiad dim ond papurau a nododd gysylltiadau rhwng unigrwydd/ynysigrwydd cymdeithasol ac ymweliadau â meddyg/Meddyg Teulu fel effeithiau a gafodd eu cynnwys. O'r papurau a sgriniwyd ac a gynhwyswyd yn y dadansoddiad naratif, nodwyd bod 11 yn bodloni'r meini prawf uchod i'w cynnwys yn y dadansoddiad meintiol. Roedd un papur (Cruwys et al., 2018) yn cynnwys data o dair

astudiaeth ar wahân, pob un yn bodloni'r meini prawf ar gyfer eu cynnwys. Fodd bynnag, roedd yr effeithiau yr adroddwyd arnynt yn amlamryweb, a chysylltwyd â'r awdur i gael yr effeithiau deunewidyn syml. Cafodd cyfanswm o 11 o effeithiau eu dethol a'u sgrinio i'w cynnwys yn y metaddadansoddiad. Roedd yr 11 astudiaeth hon yn cynnwys 30,969 o gyfranogwyr (gweler Atodiad B am y tabl ac esboniad technegol pellach o'r metaddadansoddiad). Datgelodd y metaddadansoddiad gysylltiad cyfartalog cadarnhaol bach ond arwyddocaol rhwng unigrwydd/ynysigrwydd cymdeithasol ac ymweliadau â meddyg/meddyg teulu. Er bod rhywfaint o amrywiadau ym maint y cysylltiadau hyn ar draws yr astudiaethau, dangosodd profion pellach nad oedd hyn oherwydd gwahaniaethau yn oedran neu ryw'r cyfranogwyr.

- 3.18 Mae canfyddiadau'r metaddadansoddiad bach hwn yn awgrymu bod pobl sy'n profi unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn ymweld â'u meddyg/meddyg teulu yn amlach. Er bod y cysylltiad a ganfuwyd yn fach, dangosodd wahaniaethau mewn oedran a rhyw. Gellid dehongli'r canfyddiadau hyn mewn sawl ffordd. Gallai nifer fwy o ymweliadau â'r meddyg/meddyg teulu adlewyrchu mwy o angen meddygol fel yr awgrymwyd gan y model Cymdeithasol-ymddygiadol o ddefnyddio gofal iechyd (Andersen 1995). Byddai'r cynnig hwn yn gyson â thystiolaeth arall sy'n cysylltu unigrwydd ag iechyd gwael (Luo et al. 2012). Mae hefyd yn bosibl bod y defnydd o ofal iechyd yn brocsi ar gyfer cymorth cymdeithasol pan nad yw cymorth o'r fath ar gael yn gyfleus. Mae'n debygol bod cyfuniad o'r ddau ffactor ar waith, hynny yw, bod unigrwydd yn ffactor risg ar gyfer iechyd gwael a bod ymweliadau â'r meddyg/meddyg teulu yn fodd o ddiwallu'r angen am gysylltiad cymdeithasol. Serch hynny, roedd yr astudiaethau a ddadansoddwyd yn drawstoriadol yn bennaf, gan ei gwneud hi'n anodd canfod cyfeiriad achosol.
- 3.19 Gallai ffactorau eraill hefyd gyfrif am y cysylltiad, gan gynnwys iselder, a chyflyrau iechyd sy'n bodoli eisoes, gan y gwyddys bod pob un ohonynt yn cyfrannu at ymddygiad sy'n defnyddio gwasanaethau iechyd yn y maes gofal sylfaenol (Andersen 1995). Yn wir, er bod cryn amrywiant ar draws yr effeithiau a ddadansoddwyd, nid oedd y cymedrolwyr a brofwyd (rhyw ac oedran) yn arwyddocaol. Mae hyn yn awgrymu bod newidynnau eraill yn effeithio ar y cysylltiad rhwng unigrwydd ac ymweliadau â'r meddyg/meddyg teulu. Er enghraifft, gallai'r ffyrdd y cafodd unigrwydd ac ymweliadau â meddygon eu diffinio a'u mesur fod wedi cyfrannu at y lefel uchel o amrywiadau ymhlith y cysylltiadau a ganfuwyd,

oherwydd defnyddiwyd nifer o wahanol fesurau a cyfnodau amser i asesu'r newidynnau hyn.

3.20 Hefyd, mae sawl cryfder yn y dadansoddiad presennol sy'n werth eu nodi. Roedd rhywfaint o amrywiaeth yn y mathau o samplau a gynhwyswyd yn yr astudiaethau a ddadansoddwyd. Er bod sawl un yn canolbwytio ar samplau o oedolion hŷn, cafwyd samplau o bobl canol oed, iau a'r gymuned yn gyffredinol hefyd. Mae'r amrywiaeth yn yr ystod oedran yn awgrymu nad yw effaith bosibl unigrwydd ar ymweliadau â'r meddyg/meddyg teulu wedi'i gyfyngu i grwpiau oedran penodol nac p'un yw rhywun yn wryw neu'n fenyw. Mae'r canfyddiad hwn, er ei fod yn ganfyddiad cychwynol oherwydd y nifer fach o astudiaethau a ddadansoddwyd, yn bwysig serch hynny ac mae'n tynnu sylw at effeithiau hidreiddiol posibl unigrwydd ar y defnydd o ofal iechyd. Roedd nifer o astudiaethau a gynhwyswyd yn y dadansoddiad yn astudiaethau ar sail poblogaeth yn hytrach na samplau cyfleustra bach. Mae hyn yn cynyddu hyder y gellir cyffredinoli'r canfyddiadau cyfredol i samplau tebyg eraill.

### ***Crynodeb***

3.21 Nod gwreiddiol yr astudiaeth hon oedd cwmpasu'r llenyddiaeth ynghylch ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd a chynnydd neu ostyngiad yn y defnydd o wasanaethau cyhoeddus. Mae'r dystiolaeth ymchwil ar y meysydd hyn wedi ehangu er 1999. Daeth mwyafrif y dystiolaeth a oedd ar gael o'r DU ac roedd yn canolbwytio'n bennaf ar unigrwydd a mwy o ddefnydd ar wasanaethau. Un broblem yn y llenyddiaeth academaidd oedd y duedd i gyfuno ynysigrwydd cymdeithasol ag unigrwydd, gan fethu â diffinio'r ddau gysyniad, sy'n dra gwahanol. Methwyd hefyd â diffinio byw ar eich pen eich hun (disgrifiad o drefniadau byw), bod yn ynysig yn gymdeithasol (lefel yr integreiddio o fewn cymdeithas) a bod ar eich pen eich hun (amser a dreulir ar eich pen eich hun), a lleihaodd hyn y ddealltwriaeth o'r ffactorau sy'n cyfrannu at unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol. Canolbwyntiodd mwyafrif yr astudiaethau yn bennaf ar agweddau ar iechyd cyffredinol a gweithrediad corfforol, ac yna ar iechyd meddwl, ac roedd cynnydd neu ostyngiad yn y defnydd ar wasanaethau yn nod eilaidd. Prif nod dros draean yr astudiaethau oedd canfod y cysylltiad rhwng unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol a mwy o ddefnydd ar wasanaethau ond oherwydd bod dyluniad yr ymchwil yn drawstoriadol yn bennaf, dim ond cipolwg ar gyfnod mewn amser a roddodd ac nid oedd modd dod i gasgliad ynglŷn ag



achos ac effaith. Dylanwadodd dyluniad yr astudiaethau ar y ffordd y gwnaethant gasglu data a'r mathau o ganfyddiadau a ddaeth i'r amlwg. Er enghraifft, mabwysiadodd rhai astudiaethau ddull cwrs bywyd, dewisodd eraill ganolbwyntio ar fater penodol, edrychodd eraill ar anghenion cymorth grwpiau penodol megis rhieni, ac roedd hyn yn ei gwneud yn anodd syntheseiddio'r canlyniadau.

- 3.22 Er bod y metaddadansoddiad yn awgrymu cysylltiad cyfartalog cadarnhaol bach rhwng unigrwydd/ynysigrwydd cymdeithasol ac ymweliadau â'r meddyg, unwaith eto roedd yr astudiaethau a ddadansoddwyd yn drawstoriadol yn bennaf, sy'n fath o astudiaeth arsylwadol sy'n dadansoddi data o boblogaeth, neu is-set gynrychioliadol, ar adeg benodol. Mae hyn yn golygu eu bod yn ddefnyddiol ar gyfer amcangyfrif afiechyd ond oherwydd eu bod yn dibynnu ar fesuriad untro mae'n anodd pennu cyfeiriad achosol. At ei gilydd, mae'r adolygiad cwmpasu a'r metaddadansoddiad yn awgrymu bod newidynnau eraill yn dylanwadu ar unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol a'r defnydd o wasanaethau cyhoeddus.

### ***Cyfweliadau â Sefydliadau***

- 3.23 Mae'r adran hon yn cyflwyno barn y sefydliadau sy'n cynrychioli amrywiaeth o grwpiau yng Nghymru. Gadawyd y cyfweliadau fel naratif cyflawn i ddechrau a'u segmentu i ddangos y prif broblemau i gwahanol grwpiau yn ymwneud ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol, yr amrywiaeth o fewn y boblogaeth benodol, problemau o ran mynediad at wasanaethau, yr hyn a oedd yn gweithio a beth arall y gellir ei wneud. Daw'r adran i ben gyda chrynodeb byr o'r gwahaniaethau a'r tebygrwydd ar gyfer y grwpiau mewn perthynas ag unigrwydd, ynysigrwydd cymdeithasol a'r defnydd o wasanaethau. Yna mae Adran 4 yn dangos y themâu sy'n deillio o'r naratif gan ddefnyddio dadansoddiad o'r naratif (Reissman 2008).

### ***Plant a Phobl Ifanc***

*Materion i blant a phobl ifanc yn ymwneud ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol*

- 3.24 Adroddwyd yn y cyfweliadau bod unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn effeithio'n bennaf ar bobl ifanc, yn fwy na phlant ifanc. Er enghraifft, 'mae bwlio yn mewn ysgolion yn fater a godir yn rheolaidd gan bobl ifanc sy'n awgrymu bod hyn yn gallu eu hynysu'n sylweddol. Mae pobl ifanc sy'n gadael gofal, rhwng 16 a 18 oed fel arfer yn cael dewis a

ydyn nhw'n dymuno mynd i lety â chymorth neu fyw ar eu pen eu hunain.' Nododd y cyfweliadau gyda'r sefydliadau bod pobl ifanc o'r fath yn 'cael eu symud i lety â chymorth neu'n cael llety mewn ardal wahanol i'r lle y cawsant eu maethu neu'r lle y gofalwyd amdanynt.' Gall diffyg ystyriaeth o ran lle mae pobl ifanc yn cael llety greu'r amodau ar gyfer unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol. Er enghraifft, 'cafodd un person ifanc o Gaerdydd leoliad maeth yn Wrecsam ond bu'n rhaid iddo symud yn ôl i Gaerdydd ar ôl gadael gofal - collodd ei rwydwaith cymorth a'i rwydwaith cyfeillgarwch cyfan dros nos.'

#### *Amrywiaeth o fewn a rhwng grwpiau*

- 3.25 Nododd y llenyddiaeth academaidd a'r cyfweliadau fod plant a phobl ifanc sydd â nam corfforol, yn ogystal â'r rhai ag anawsterau dysgu ysgafn i gymedrol a phlant niwro-amrywiol, yn fwy tebygol o adrodd bod eu cyflwr iechyd wedi cael effaith ar unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.
- 3.26 Mae pobl ifanc mewn gofal yn ogystal â'r rhai sy'n gadael gofal yn tueddu i brofi mwy o unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol o gymharu â phobl ifanc eraill mewn cymdeithas. Mae'r rhai sy'n gadael gofal yn profi lefelau uwch o unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol na'r rhai sy'n dal i fod mewn gofal oherwydd 'mae pobl ifanc sydd mewn cartrefi maeth neu leoliadau gofal preswyl yn tueddu i fod â rhywfaint o rwydwaith cymorth o'u cwmpas.'

#### *Mynediad at Wasanaethau*

- 3.27 Nododd y cyfweliadau â sefydliadau fod pobl ifanc yn debygol o droi at wasanaeth cwnsela a chymorth bugeiliol mewn ysgolion neu golegau am gymorth ond eu bod yn annhebygol iawn o droi at wasanaethau allanol eraill, megis gwasanaethau meddygon teulu, oherwydd eu bod yn cael eu hystyried yn rhai sy'n trin salwch corfforol yn unig. 'Mae'r cymorth o fewn gwasanaethau ysgol yn gymorth ysgafn iawn ac yn aml mae'n gweithredu fel cyfrwng i gyfeirio pobl ifanc at wasanaethau allanol eraill sydd mewn sefyllfa well i'w cynorthwyo gyda'u problemau.' Mae gwasanaethau cwnsela i bobl ifanc wedi'u targedu at 'y rhai mwyaf anghenus; y rhai sydd yn y cyflwr gwaethaf' ac yn eithaf aml mae'r rhai ag anghenion neu gyflyrau llai difrifol yn mynd heb gymorth. Gall rhieni a gofalwyr cyflogedig ffurfiol hefyd fod yn borthgeidwaid i wasanaethau ac mae hyn yn effeithio ar y galw a'r nifer sy'n eu defnyddio.

3.28 'Tra byddant mewn gofal, bydd y defnydd o wasanaethau cyhoeddus gan bobl ifanc yn dibynnu ar faint o anogaeth a chyfarwyddyd a gânt gan eu prif ofalwr, yn yr un modd ag y bydd unrhyw berson ifanc yn dibynnu ar eu rhieni i fynd â nhw at y meddyg. Bydd faint o ymddiriedaeth sydd ganddynt yn eu prif ofalwr yn effeithio ar eu mynediad at wasanaethau.' Dywedodd sefydliadau eu bod yn gwybod y gallai unigrwydd arwain at lesiant gwael ac 'nad yw pobl ifanc yn gofalu amdany'n nhw eu hunain bob tro.' Dyma pryd yr oedd eu hiechyd corfforol yn dirywio. Er enghraifft, 'gallant fagu pwysau oherwydd nad ydyn nhw'n bwyta'n dda, efallai eu bod nhw'n cael trafferth gydag iechyd deintyddol gwael ac ati. Yn aml nid iechyd corfforol yw'r achos ond yn hytrach broblemau iechyd meddwl wedi'u sbarduno gan eu profiadau.' I rai pobl ifanc, gall bod ar eu pen eu hunain arwain at orbryder ac iselder ysbryd ac 'os nad ydyn nhw'n cael y math cywir o help yna gall y rhain arwain at salwch mwy difrifol a phroblemau eraill.'

*Yr hyn y mae sefydliadau'n credu sy'n gweithio*

3.29 Ymysg yr ymyriadau llwyddiannus a nodwyd gan sefydliadau roedd clybiau ieuencid a gweithgareddau lleol hygyrch a chyfeillgar yr ystyriwyd eu bod yn chwarae rhan hanfodol o ran cefnogi pobl ifanc a phlant i ddatblygu rhwydweithiau cymdeithasol da. Gwelwyd bod y rhain yn aml yn 'gweithredu fel dull ataliol i leihau lefelau ynysigrwydd yn ddiweddarach mewn bywyd.' Ystyriwyd bod rôl gwnsela a chymorth bugeiliol yn yr ysgol yn 'bwysig o ran canfod problemau'n gynnar a mynd i'r afael â nhw cyn iddyn nhw fynd yn ddifrifol a chyn bod angen ymyrraeth ddwysach gan wasanaethau iechyd eraill.' I bobl ifanc sy'n gadael gofal, roedd mynd i'r brifysgol weithiau'n golygu byw mewn neuaddau preswyl, sy'n fan canol gyda llety priodol mewn lleoliad lle mae ganddynt fynediad ar unwaith i gwmni myfyrwyr eraill.

*Awgrymiadau ynghylch beth arall y gellir ei wneud*

3.30 Teimlai sefydliadau y gallai mynd i'r afael ag amseriad cyflwyno therapïau siarad gan alluogi mynediad cyflymach leihau trallod seicolegol a lleihau dirywiad mewn iechyd meddwl. Yn ail, gellid defnyddio cwricwlwm yr ysgol yn fwy effeithiol i ddysgu sgiliau cymdeithasol ochr yn ochr â'r cysyniad o berthnasoedd iach cadarnhaol. Yn olaf, roeddent yn teimlo y byddai gweithredu rhaglenni i fynd i'r afael ag amrywiaeth a lleihau unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol, megis cymorth gan gymheiriaid, yn integreiddio pobl ifanc yn well mewn ysgolion.

- 3.31 Trafododd sefydliadau ragnodi cymdeithasol fel cysyniad newydd a allai gynnig cyfle gwirioneddol i bobl ifanc sy'n gadael gofal. Er enghraifft, byddai 'cael meddygon teulu i ragnodi atebion cymdeithasol, fel prosiectau garddio neu wersi ffotograffiaeth, yn helpu i fynd i'r afael â phroblemau iechyd yn ogystal â chreu cysylltiadau cymdeithasol a goresgyn ynysigrwydd.'
- 3.32 Awgrym arall oedd cyflwyno 'rhianta corfforaethol' - pan fydd person yn symud i ofal yna daw'r wladwriaeth yn rhiant cyfrifol i'r unigolyn hwnnw. Dadleuwyd bod y cyfrifoldeb ar hyn o bryd yn gorwedd gyda'r gwasanaethau cymdeithasol ac aelodau etholedig o fewn awdurdodau lleol, ond y gellid ymestyn hynny i gyrff cyhoeddus eraill, gan gynnwys ymddiriedolaethau iechyd.
- 3.33 Roedd y ddarpariaeth o wasanaethau cymdeithasol ac iechyd yn cael ei ystyried yn faes yr oedd angen mynd i'r afael ag ef gyda mwy o gydweithio i gefnogi pobl ifanc sy'n gadael gofal. Gwelwyd bod angen i'r sector tai greu atebion arloesol i ddiwallu anghenion pobl ifanc a'r rhai sy'n gadael gofal. Cyfeiriwyd at dystiolaeth anecdotaidd yn dangos bod pobl ifanc a oedd mewn llety o safon uwch â rhwydweithiau cymorth o'u cwmpas yn fwy tebygol o ffynnu.

### ***Teuluoedd***

#### *Materion i deuluoedd yn ymwneud ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol*

- 3.34 Awgryma adroddiad Effaith Home Start 2018<sup>1</sup> fod '44 y cant o deuluoedd yn unig ac yn ynysig', adroddodd 41 y cant fod ganddynt anawsterau iechyd meddwl ac adroddodd 20 y cant fod angen help arnynt i gael mynediad at wasanaethau. Awgrymodd sefydliadau sy'n cefnogi teuluoedd fod ynysigrwydd i'w briodoli i sawl ffactor, a'r prif ffactor yw anawsterau ymarferol fel mynd â sawl plentyn ifanc allan o'r cartref. Roeddent yn dadlau y gall hyn yn aml gael ei gymhlethu gan ffactorau megis 'byw mewn ardal anghysbell, dim mynediad at drafnidiaeth (neu anawsterau wrth fynd â phlant ar drafnidiaeth gyhoeddus), bod ag anabledd corfforol, salwch neu gyflwr iechyd meddwl sy'n dod yn gyflwr hirdymor.' Awgrymodd y sefydliadau y gallai ymatebion rhai rhieni i fod yn ynysig gynnwys 'ymatebion hunan-leddfodol neu strategaethau ymdopi fel yfed mwy o alcohol neu gymryd cyffuriau yn ogystal â chymryd mwy o risg.' Awgrymodd y sefydliadau fod gan y mathau

---

<sup>1</sup> [Home Start](#)

hyn o ymddygiad y potensial i gael effeithiau andwyol ar fywyd teuluol a datblygiad plant. Er enghraifft, gall arwain at wrthod plentyn neu rianta camweithredol. Ategwyd hyn gan y llenyddiaeth academaidd.

*Amrywiaeth o fewn a rhwng grwpiau*

- 3.35 Adroddodd sefydliadau mai is-grwpiau o deuluoedd y mae ynysigrwydd cymdeithasol yn broblem iddynt oedd 'mamau neu dadau ifanc (rhieni sengl yn aml), rhieni â phroblemau iechyd meddwl neu iselder ôl-enedigol, ceiswyr lloches neu ffoaduriaid a rhieni anabl.' Mae is-grwpiau eraill yn cynnwys 'teuluoedd sy'n dioddef stigma oherwydd bod y gwasanaethau cymdeithasol wedi cymryd eu plant eraill oddi arnynt neu deuluoedd sydd wedi profi trais domestig.' Awgrymodd sefydliadau fod rhieni â'r mathau hyn o hanesion yn tueddu i ynysu eu hunain ac ymbellhau oddi wrth eraill yn eu cymuned o'u gwirfodd.'

*Mynediad at Wasanaethau*

- 3.36 Awgrymodd sefydliadau a gyfwelwyd fod 'teuluoedd â'r anghenion mwyaf dwys yn destun llawer o asesiadau cychwynnol gwahanol gan wasanaethau amrywiol nad ydynt yn cyfathrebu â'i gilydd.' Awgrymwyd bod lluo o wasanaethau a mentrau ond ychydig neu ddim parhad o ran gofal ac 'nad oedd gan deuluoedd un hwylusydd bob tro i symleiddio mynediad at yr ystod o wasanaethau sydd ar gael.' Mae hyn yn cefnogi'r hyn sydd yn adroddiad 2018 Home Start.
- 3.37 Y teuluoedd yr ystyriwyd eu bod yn llai tueddol o fanteisio ar gymorth oedd y rhai a oedd yn gweithio (ac yn aml yn profi tloidi) gyda llawer o sefydliadau yn dweud eu bod yn ei chael hi'n anodd darparu cymorth yn ystod oriau heblaw oriau gwaith. Roedd hyn oherwydd bod gwirfoddolwyr yn ogystal â staff yn tueddu i gefnogi teuluoedd yn ystod oriau gwaith.

*Yr hyn y mae sefydliadau'n credu sy'n gweithio*

- 3.38 Adroddodd y sefydliadau a gyfwelwyd fod y model gwirfoddolwr un-i-un o ymweliadau cartref yn arbennig o effeithiol o ran mynd i'r afael ag ynysigrwydd ymysg rhieni. Dywedwyd hefyd bod 'defnyddwyr gwasanaethau a oedd yn profi ynysigrwydd cronig yn fwy tebygol o fynychu sesiwn grŵp gyda chymorth gwirfoddolwr y maent yn ymddiried ynddo.'

### *Awgrymiadau ynghylch beth arall y gellir ei wneud*

- 3.39 Awgrymodd sefydliadau y byddai cael gweithiwr allweddol y mae teuluoedd yn ymddiried ynddo a allai eu cefnogi mewn ffordd anfygythiol ac a oedd yn cyd-drafod â gwasanaethau eraill ar eu rhan o gymorth i deuluoedd. Roedd nodi a chefnogi teuluoedd sydd mewn perygl o gael eu hynysu'n gymdeithasol yn cael ei ystyried yn fesur ataliol a fyddai'n 'atal teuluoedd rhag cael gafael ar wasanaethau pan fyddant yn wynebu argyfwng.' Teimlai sefydliadau hefyd fod angen i wasanaethau fod yn fwy cydgysylltiedig er mwyn darparu mwy o barhad o ran gofal.

### ***Pobl anabl***

#### *Materion i bobl anabl yn ymwneud ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol*

- 3.40 Roedd sefydliadau o'r farn bod pobl anabl yn fwy tebygol na phobl nad ydynt yn anabl o brofi unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol. Ategwyd hyn hefyd gan y llenyddiaeth academaidd. Awgrymwyd bod llawer o ffactorau'n cyfrannu at lefelau uwch o ynysigrwydd ac unigrwydd gan gynnwys diffyg trafndiaeth breifat a chyhoeddus hygyrch, ond hefyd ofni defnyddio trafndiaeth gyhoeddus, yn aml o ganlyniad i droseddau casineb ac aflonyddu. Roedd rhwystrau canfyddedig hefyd o ran mynediad ffisegol i adeiladau a lleoliadau eraill, ynghyd â pharcio cyfyngedig i bobl â nam corfforol. Er enghraifft, 'defnydd amhriodol o leoedd bathodyn glas sy'n cyfyngu ar y lleoedd sydd ar gael i bobl anabl barcio. Gall fod tensiynau gyda chymdogion a oedd weithiau'n deillio o'r ffaith bod cymdogion yn gwrthwynebu i gilfachau parcio anabl dynodedig y tu allan i'w cartrefi.'

#### *Amrywiaeth o fewn a rhwng grwpiau*

- 3.41 Roedd tinitws neu golli clyw yn rhannol yn nam ychwanegol, ond yn aml nid yw'n cael ei ystyried yn anabled. Adroddir yn aml yn y llenyddiaeth academaidd bod agweddau cymdeithasol yn rhwystr i ba mor dderbyniol yw rhywbeth i gymdeithas. Awgrymodd y sefydliadau y bydd pobl sydd wedi colli eu clyw yn aml yn cael eu hynysu oherwydd 'diffyg ymwybyddiaeth a dealltwriaeth o'u gofynion.' Er enghraifft, 'yn aml ni allant gael gwaith, oherwydd nid yw cyflogwyr yn ymwybodol o'u hanghenion o ran cael mynediad at waith.' Mae gan hyn y potensial i greu'r amodau i'w hynysu'n gymdeithasol yn y tymor hwy.

- 3.42 Ar wahân i bobl hŷn sydd wedi colli eu clyw wrth iddynt heneiddio, is-grŵp o fewn is-grŵp yw cyn-filwyr hŷn. 'Gall bod yn aelod o'r corfflu magnelau olygu bod personél y lluoedd arfog n dod i gysylltiad â synau uchel a heb amddiffyn y clustiau, mae mwy o risg iddynt ddiodef nam ar eu clyw fel tinitws neu golli eu clyw. Yn aml gall anhwylder straen wedi trawma [PTSD] heb ei ddatrys waethygu neu effeithio ar hyn.'
- 3.43 Nododd y sefydliadau fod pobl ag anableddau deallusol yn is-grŵp arall sy'n aml yn profi mwy o heriau na phobl â nam corfforol neu nam ar y synhwyrau. Nododd y sefydliadau, a'r llenyddiaeth academaidd a drafodwyd yn adran un, fod gan bobl ifanc ag anableddau deallusol 'gymorth a rhwydweithiau ffurfiol da ond nad oes ganddynt ffrindiau heblaw aelodau o'r teulu neu ofalwyr ac felly mae eu rhwydweithiau cymdeithasol yn gyfyngedig.' Trafododd y llenyddiaeth academaidd a'r sefydliadau sy'n cefnogi pobl anabl ddau brif ffactor sy'n gyfrifol am hyn; nid oeddent yn cael cyfleoedd i gwrdd â phobl eraill y tu allan i'w cylch teulu ac yn aml nid oedd ganddynt y sgiliau angenrheidiol i gymdeithasu â phobl ifanc eraill. Awgrymodd y sefydliadau fod pobl ag anableddau deallusol yn aml yn 'ei chael hi'n anodd gwahaniaethu rhwng ffrind dilys a rhywun a allai fanteisio arnynt', gan ddweud bod 'rhai pobl o'r farn ei bod yn well cael ffrind gwael na dim ffrind o gwbl.'
- 3.44 Is-grŵp arall oedd menywod anabl a oedd mewn perthnasoedd gwenwynig. Dywedodd sefydliadau fod menywod anabl wedi cael cymorth gan Cymorth i Ferched yn flaenorol i fynd i'r afael â cham-drin domestig. Ystyriwyd eu bod [menywod anabl] yn cael eu targedu gan fathau penodol o ddynion sy'n hoffi menywod sy'n ddibynnol arnynt. Yna roeddent yn ei chael hi'n anoddach gadael eu partner oherwydd 'diffyg llety gwarchod priodol i bobl anabl.'

#### *Mynediad at Wasanaethau*

- 3.45 Adroddwyd bod gwasanaethau ffôn (e.e. ar gyfer diagnosis) yn gwahaniaethu yn erbyn pobl sydd wedi colli eu clyw oherwydd eu bod yn ei gwneud yn anoddach cael gwasanaethau. Er enghraifft, 'nid oedd unigolyn a oedd wedi colli ei glyw wedi gallu archebu presgripsiwn arall oherwydd bod y gwasanaeth yn ei meddygfa wedi newid i fod yn wasanaeth ffôn. Cafodd y ffaith bod y gwasanaeth yn anhygyrch effaith ar ei hiechyd cyffredinol.' Roedd canlyniad y 'lleihad mewn gweithwyr cymdeithasol a oedd yn arbenigo ar namau ar y synhwyrau yn golygu nad oedd llawer o bobl â nam ar eu clyw yn cael eu hasesu'n gywir ar gyfer eu hanghenion.' Yn gyffredinol, roedd y sefydliadau sy'n cefnogi

ystod o bobl anabl yn teimlo nad oedd gwasanaethau'r sector cyhoeddus yn diwallu eu hanghenion. Er enghraifft, 'roedd gwasanaethau iechyd yn tueddu i gael eu defnyddio yn ystod argyfwng tra bod y sector gofal cymdeithasol yn darparu'r ymateb tymor hir, sy'n ymwneud â chymorth ataliol sy'n aml yn cael ei danariannu.' Gwelwyd bod gan wasanaethau gofal cymdeithasol ran bwysig iawn i'w chwarae wrth helpu pobl anabl i gynnal eu hannibyniaeth.

- 3.46 Roedd tai yn wasanaeth allweddol arall lle y credwyd bod problemau oherwydd nad oedd cartrefi wedi'u haddasu'n iawn a bod pobl yn teimlo eu bod wedi'u caethiwo. Roedd y sefydliadau o'r farn bod y fenter Mynediad at Waith yn 'rhwystr i bobl sy'n dymuno gwirfoddoli oherwydd mai dim ond y rhai sy'n dymuno dychwelyd i waith â thâl sy'n gallu cael mynediad ato.' Dadleuodd y sefydliadau y byddai gallu gwirfoddoli yn helpu i leddfu ynysigrwydd cymdeithasol. Er enghraifft, cynnig cyfle i bobl anabl ymgysylltu â phobl eraill mewn lleoliadau gwaith a datblygu mwy o sgiliau cymdeithasol a throsglwyddadwy.

*Yr hyn y mae sefydliadau'n credu sy'n gweithio*

- 3.47 Ystyriwyd bod grwpiau aelodau a gwirfoddolwyr lleol yn ceisio mynd i'r afael â rhwystrau ar lefel leol. Er enghraifft, maent yn tueddu i fynd i'r afael â materion yn ymwneud â throeddau casineb a hygyrchedd gyda chwmnïau bysiau ac awdurdodau lleol. Mae'r ffocws ar fynd i'r afael â'r materion strwythurol yn hytrach na mynd i'r afael ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol y mae pobl anabl yn eu profi. Mwy o ddefnydd o Daliadau Uniongyrchol fel ffordd o gael mwy o ddewis a rheolaeth dros y math o gymorth a'r ffordd y caiff ei ddarparu. Yn gysylltiedig â hyn, 'ystyrir bod Model Cydweithredol dan Gyfarwyddyd y Dinesydd, a gynhaliwyd mewn cydweithrediad â Chanolfan Cydweithredol Cymru, yn fodel effeithiol lle y gall pobl anabl fabwysiadu'r cynnig Taliadau Uniongyrchol heb orfod poeni am gyflogi eu gofalwr neu eu cynorthwyydd personol eu hunain.'

*Awgrymiadau ynghylch beth arall y gellir ei wneud*

- 3.48 Awgrymwyd buddsoddi mewn apiau a chanllawiau ar nam ar y synhwyrau (gyda hyfforddiant digonol) fel ffordd o helpu i wella bywydau bob dydd pobl â nam ar eu clyw, gydag meddygon teulu yn cyfeirio pobl yn gynharach pan amheuir eu bod yn colli eu clyw.
- 3.49 Awgrym arall oedd diwygio'r fenter 'Mynediad at Waith' er mwyn i bobl anabl allu gweithio fel gwirfoddolwyr. 'Cefnogi datblygiad gwasanaethau gofal cymdeithasol i ddod yn fwy



cydgysylltiedig ac effeithiol ac felly lleihau dyblygu gwasanaethau a'u teilwra'n fwy i anghenion pobl. Mynd i'r afael â materion yn ymwneud â thrafnidiaeth gyhoeddus hygyrch, priodol a derbyniol. Dod o hyd i atebion creadigol i integreiddio pobl anabl yn eu cymunedau lleol.' Ymgorffori hyfforddiant sgiliau cymdeithasol a nodweddion perthnasoedd iach a chadarnhaol yng nghwricwlwm yr ysgol, ochr yn ochr ag ehangu cyfleoedd i bobl iau anabl ddatblygu rhwydwaith cymdeithasol ehangach. 'Canolbwyntio ar dai er mwyn eu gwneud yn hygyrch, yn fforddiadwy ac yn briodol i bobl anabl.'

- 3.50 Dadleuodd y sefydliadau a gyfwelwyd fod 'cyni ariannol hefyd yn rhoi'r cyfrifoldeb ar unigolion i brynu'r adnoddau yr oedd eu hangen arnynt (e.e. ffôn arbenigol) yn hytrach na chael un gan yr adran gwasanaethau cymdeithasol.'

### ***Ffoaduriaid a Cheiswyr Lloches***

*Materion i ffoaduriaid a cheiswyr lloches mewn perthynas ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol*

- 3.51 Adroddodd y sefydliadau y gallai ffoaduriaid yn benodol dreulio cyfnodau cychwynnol hir yn rhannu llety gyda phobl nad oeddent yn eu hadnabod. 'Nid oedd y llety yn teimlo fel cartref a gallai hyn ysgogi hiraeth am eu bywyd teuluol a'u bywyd gartref a dwysáu teimladau o unigrwydd.' Adroddwyd bod llety yn cael ei 'ddyrannu'n aml mewn dinasoedd targed gwasgaredig pwrpasol, a oedd yn golygu ei bod yn cymryd mwy o amser i ffoaduriaid a cheiswyr lloches ymgyfarwyddo â'u lleoliad newydd.' Gwaethygydd hyn gan Saesneg gwael ac adnoddau ariannol cyfyngedig. Roedd tlodi difrifol, ac amddifadrwydd yn aml, yn ei gwneud bron yn amhosibl iddynt allu fforddio ymgysylltu a rhwydweithio. Er enghraifft, 'methu â fforddio taith bws i'r dref i fynd i ddosbarthiadau Saesneg ar gyfer Siaradwyr Ieithoedd Eraill.' Dywedodd y sefydliadau fod y cyfyngiadau ariannol hefyd yn atal rhyngweithio ac ymgysylltu cymdeithasol.
- 3.52 Dywedodd sefydliadau sy'n cynorthwyo ffoaduriaid a cheiswyr lloches fod y ffaith nad oedd gnaddynt hawl i weithio yn cyfyngu ar eu gallu i ddatblygu rhwydweithiau cymdeithasol a phroffesiynol. Ystyriwyd bod unigrwydd yn broblem ddisyfyd, gan eu bod wedi dod o wlad/cymuned 'lle roedd ganddynt rwydwaith teuluol, rhwydwaith o ffrindiau a rhwydwaith phroffesiynol'. Dywedwyd bod pobl yn colli eu hen rwydweithiau cymdeithasol ac yn poeni am amgylchiadau yn eu mamwlad. Adroddwyd bod rhai ceiswyr lloches yn 'treulio amser yn eistedd ac yn gwyllo pobl eraill mewn canolfannau siopa er mwyn profi

rhywfaint o normalrwydd, ond yn aml roedd eu gallu i ymgysylltu ag eraill yn gyfyngedig oherwydd rhwystrau ieithyddol.'

- 3.53 Adroddwyd bod ceiswyr lloches yn profi unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol dwysach na ffoaduriaid oherwydd eu bod yn fwy newydd i'r DU/eu llety presennol ac y byddant wedi cael eu symud o un lle i'r llall. O gymharu, 'bydd ffoaduriaid wedi bod yma am gyfnod hwy ac yn fwy tebygol o fod wedi setlo rhywfaint a dod i gysylltiad â chymunedau lleol a grwpiau cymorth.' Teimlai'r sefydliadau mai'r grwpiau sydd angen y cymorth mwyaf yw'r 'rhai sy'n dlawd iawn ac na allant gael gfael ar unrhyw arian o'r sector cyhoeddus.' Er enghraifft, os canfyddir nad oes gan unigolion hawl i lety amlfeddiannaeth.

#### *Amrywiaeth o fewn a rhwng grwpiau*

- 3.54 Gall ceiswyr lloches sydd hefyd yn rhan o'r gymuned LGBTQ+, neu sydd hefyd yn rhieni sengl neu'n fenywaidd, wynebu mwy o broblemau'n ymwneud ag ynysgirwydd ac unigrwydd. Gallant gael eu hynysu'n gymdeithasol oddi wrth eu cymuned oherwydd rhagdybiaethau heteronormadol neu 'oherwydd bod cyfunrhywiaeth yn annerbyniol yn ddiwylliannol.'

#### *Mynediad at Wasanaethau*

- 3.55 Roedd sefydliadau wedi gweld bod ceiswyr lloches a ffoaduriaid yn llai tebygol o fanteisio ar wasanaethau'r sector cyhoeddus am nifer o resymau.

*'Yn gyntaf, maen nhw'n teimlo mai eu cyfrifoldeb nhw yw goroesi. Yn ail, dydyn nhw ddim eisiau datgelu na dangos eu hunain i awdurdodau swyddogol nes bod eu cais mewnfudo wedi'i ddatrys. Yn drydydd, eu hunig brofiad o wasanaethau cyhoeddus yn y DU hyd yma yw'r Swyddfa Gartref yn aml, ac os byddan nhw wedi cael profiad negyddol yna mae'n debygol o'u hatal rhag cysylltu ag unrhyw wasanaeth arall. Yn bedwerydd, efallai eu bod yn dod i'r DU gyda chamdybiaeth y bydd yn rhaid iddyn nhw dalu am wasanaethau ieched a gall hyn eu hatal rhag eu defnyddio. Yn bumed, fel rheol nid oes ganddyn nhw ddigon o sgiliau Saesneg i gyfleu eu problemau neu eu hanghenion. Yn chweched, mae rhieni sengl, menywod yn aml, ac yn enwedig y rhai â phlant ifanc, yn ei chael hi'n anodd manteisio ar wasanaethau a gynigir, ac yn llai tebygol o wneud hynny, oherwydd tlodi, diffyg amser, materion logistaidd ymarferol o gyrraedd grŵp neu ddigwyddiad a'r tueddiad i siarad llai o Saesneg o'u*

*cymharu â'u cymheiriaid gwrywaidd. Yn olaf, efallai y byddan nhw'n ei chael hi'n anodd siarad am faterion fel iechyd meddwl gyda darparwyr gwasanaethau cyhoeddus os ydyn nhw'n dod o wlad/diwylliant lle mae stigma ynglŷn ag iechyd meddwl ac nad yw'n cael ei drafod yn eang."*

Awgrymodd sefydliadau fod ceiswyr lloches a ffoaduriaid yn teimlo nad oeddent yn cael eu cymryd o ddifrif pan oeddent yn gofyn am gymorth oherwydd nad oedd meddygon teulu a phersonél y gwasanaeth iechyd yn deall eu diwylliannau a'r materion sy'n gysylltiedig â bod yn ffoadur neu'n geisiwr lloches.

*Yr hyn y mae sefydliadau'n credu sy'n gweithio*

- 3.56 Mae grwpiau cymorth gwirfoddol a chymunedol yn cynnig arweiniad a chymorth i ffoaduriaid a cheiswyr lloches. Maent yn cyfeirio pobl at wasanaethau eraill ac yn eu gwneud yn ymwybodol o'r hyn sydd ar gael iddynt, gan gynnwys gwasanaethau'r trydydd sector a gwasanaethau cyhoeddus. Mae Alltudion ar Waith a Grŵp Cymorth Ceiswyr Lloches Bae Abertawe yn darparu gwasanaethau megis cymorth cyfeiriadedd (helpu unigolion i ddod yn gyfarwydd â'u dinas newydd), gwasanaethau cyfeillio/mentora a gwasanaethau galw heibio (e.e. Eglwys Gymunedol Bethel yng Nghasnewydd). 'Y neges allweddol yw gweithio drwy grwpiau lleol uchel eu parch a chanddynt rwydweithiau da gyda'r gymuned ffoaduriaid a cheiswyr lloches.' Er enghraifft, byddai'r rhain yn cynnwys y Tîm Lleiafrifoedd Ethnig a Chymorth i Ieuencid [EYST] yn Abertawe.

*Awgrymiadau ynghylch beth arall y gellir ei wneud*

- 3.57 Teimlai'r sefydliadau fod angen gwasanaethau eirioli hygyrch i hwyluso mynediad at wasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol, ochr yn ochr â rhwydweithio â grwpiau lleol sy'n ymwybodol o'r problemau ac sy'n gallu darparu cymorth ac arweiniad. 'Mae hefyd angen hyfforddiant ymwybyddiaeth ddiwylliannol ar gyfer staff gwasanaethau cyhoeddus, gyda ffocws penodol ar anghenion gwahanol grwpiau ac is-grwpiau.' Roedd mynediad at drafnidiaeth fforddiadwy a hygyrch hefyd yn cael ei ystyried yn angenrheidiol ac yn ffordd i bobl allu cynnal eu hunain. Yn olaf, mae angen 'atebion arloesol o ran tai a chymorth i'r rhai mwyaf anghenus.'

## **Pobl LGBTQ+**

### *Materion i bobl LGBTQ+ yn ymwneud ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol*

- 3.58 Pwysleisiodd y sefydliadau amrywiaeth y bobl LGBTQ+ a all fod yn fwy tebygol o brofi unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol, ond nid yw hyn yn wir am bawb. Trafodwyd y math o strwythurau cymorth i deuluoedd sydd gan bobl LGBTQ+ sy'n wahanol iawn [i bobl nad ydynt yn LGBTQ+]. Er enghraifft, 'mae pobl hŷn LGBTQ+ yn llai tebygol o fod â phlant, yn llai tebygol o fod mewn cysylltiad â'u teulu oherwydd rhwygiadau teuluol a'r ffaith nad ydynt yn eu derbyn fel y maent.' Mae pobl LGBTQ+ yn llai tebygol o fod â'r un strwythurau cymorth ar waith na phobl nad ydynt yn arddel hunaniaeth LGBTQ+ wrth iddyn nhw heneiddio. Yn ogystal â hynny, 'mae eu rhwydwaith cymorth o ffrindiau a chyfoedion yn lleihau gydag oedran oherwydd bod gan y rhwydwaith hwn yr un anghenion gofal â nhw.' (Ategir hyn gan dystiolaeth bellach gan Stonewall<sup>2</sup>).

### *Amrywiaeth o fewn a rhwng grwpiau*

- 3.59 Mae'r materion sy'n ymwneud ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn tueddu i fod yn fwy amlwg ymhlith pobl hŷn. Mae hyn i'w briodoli i nifer o faterion - yn anad dim oherwydd bod pobl hŷn LGBTQ+ wedi profi mwy o wahaniaethu oherwydd eu rhywioldeb. Er enghraifft 'efallai eu bod wedi cael eu magu mewn cymuned lle roedd cyfunrhywiaeth yn drosedd ac efallai eu bod wedi cael profiad uniongyrchol o wahaniaethu. Yn aml gall ofni gwahaniaethu pellach arwain at geisio cuddio neu beidio â thrafod eu rhywioldeb.' Er enghraifft, 'efallai na fydd person LGBTQ+ hŷn sy'n byw mewn cartref gofal yn datgelu unrhyw fanylion am ei rywioldeb oherwydd ei fod yn ofni ymatebion homoffobig. Gall pobl iau LGBTQ+ wynebu problemau iechyd meddwl, gyda meddyliau hunanladdol a hunan-niweidio i'w gweld yn aml ac ar gyfradd llawer uwch nag ymhlith pobl ifanc nad ydynt yn LGBTQ+. ' Mae hyn yn aml oherwydd nad oedd bwlio yn yr ysgol yn cael ei ddatrys yn briodol ac nad oedd pobl ifanc yn gallu siarad yn agored ag eraill am eu problemau.

### *Mynediad at Wasanaethau*

- 3.60 Adroddwyd bod pobl LGBTQ+ yn llai tebygol o ddefnyddio gwasanaethau iechyd a gofal yn gyffredinol. Un ffactor hanfodol y soniwyd amdano oedd 'diffyg ymwybyddiaeth a dealltwriaeth proffesiynau meddygol wrth ryngweithio â chleifion LGBTQ+.' Ystyriwyd bod

---

<sup>2</sup> [Lesbian, Gay and Bisexual People in Later life](#)

pobl LGBTQ+ yn llai tebygol o gael mynediad at wasanaethau neu unrhyw rwydweithiau os nad oedd 'eu deunydd hyrwyddo yn amlwg yn gynhwysol.' Teimlai'r sefydliadau fod pobl LGBTQ+ yn tueddu i brofi unigrwydd o ganlyniad i 'fethu â bod yn agored, trafod eu rhywioldeb ag eraill a mynegi eu gwir hunaniaeth.' Er enghraifft, 'efallai na fydd lesbiad y mae ei phartner wedi marw yn teimlo'n gyfforddus yn trafod hyn gyda gweithwyr proffesiynol, neu os yw mewn cartref gofal gyda thrigolion eraill oherwydd ei bod yn teimlo bod yn rhaid iddi guddio ei rhywioldeb.' Mae pobl drawsryweddol 'yn aml yn poeni am heneiddio ar eu pen eu hunain oherwydd eu bod yn draws\* ac yn llai tebygol o ddefnyddio gwasanaethau oherwydd eu bod yn credu y byddant y dioddef gwahaniaethu oherwydd eu bod yn draws\*.<sup>13</sup> Ar hyn o bryd mae Prifysgol Abertawe yn ymchwilio i ffyrdd o wella gwasanaethau iechyd a gofal cymdeithasol i unigolion traws\* dros 50 oed.<sup>4</sup>

3.61 Teimlai'r sefydliadau nad oedd materion LGBTQ+ yn cael eu hystyried fel rhan o'r cwricwlwm neu'r hyfforddiant meddygol y mae staff iechyd yn ei ddilyn felly nid oedd proffesiynau yng Nghymru yn deall anghenion pobl LGBTQ+, 'yn enwedig pobl draws\*.' 'Mae pobl draws\* yn llawer mwy tebygol o gael profiadau negyddol o'r gwasanaethau iechyd a than yn ddiweddar roedd yn rhaid iddynt ddefnyddio gwasanaethau fel gwasanaethau newid rhywedd yn Lloegr.' Y mater arall yn ymwneud â gwasanaethau iechyd yw bod angen i'r ddarpariaeth ganolbwyntio ar fod yn 'gynhwysol a hygyrch'.

3.62 *Beth mae'r sefydliadau'n credu sy'n gweithio*

Mae grwpiau LGBTQ+ yn y gymuned leol yn fecanwaith pwysig i wasanaethau iechyd ymgynghori ag ef mewn rhai ardaloedd. Er enghraifft, 'mae'r Rhwydwaith Trawsryweddol Unique yng Ngogledd Cymru wedi bod yn gweithio gyda Bwrdd Iechyd Betsi Cadwaladr i ddatblygu cymorth priodol i bobl â dementia. Un cyfyngiad yw nad yw'r perthnasoedd neu'r trafodaethau cydweithredol hyn yn gyson ledled Cymru.' Mae gwasanaethau cyfeillio yn cynnig ateb o ran darparu cwmnïaeth i bobl LGBTQ+ - yn enwedig mewn ardaloedd gwledig lle nad oes grŵp cymdeithasol ar gael iddynt o bosibl er mwyn cwrdd a chymdeithasu â phobl LGBTQ+ eraill .

*Awgrymiadau ynghylch beth arall sydd ei angen*

---

<sup>3</sup> [Trans Mental Health Study](#)

<sup>4</sup> Trans Ageing and Care (TrAC): [Dignified and inclusive health and social care for older trans people in Wales](#)

3.63 Teimlai'r sefydliadau y byddai gostyngiad mewn anghydraddoldebau cymdeithasol a mynediad at wasanaethau yn cael ei gynorthwyo drwy ddatblygu cymorth priodol a derbyniol o ran gwasanaethau iechyd ledled Cymru ar gyfer pobl LGBTQ+. Awgrymwyd ymgyrchoedd i fynd i'r afael â stigma ac chynnwys mwy o addysg ar amrywiaeth a chydraddoldeb i weithwyr iechyd proffesiynol a gwasanaethau cyhoeddus. Awgrymwyd hefyd y byddai gweithio gyda Chymdeithas Feddygol Prydain i ddarparu mwy o addysgu ar y cwricwlwm israddedig ar faterion penodol fel pobl LGBTQ+ mewn perthynas ag iechyd yn fuddiol. Ymysg yr awgrymiadau terfynol gan y sefydliadau roedd 'sicrhau bod unrhyw ddeunydd am wasanaethau cyhoeddus yn trafod derbyn pobl yn agored am bwy ydyn nhw a darparu mwy o gymorth ar gyfer gwasanaethau cyfeillio i bobl LGBTQ+, yn enwedig mewn ardaloedd mwy gwledig.'

### **Gofalwyr**

*Materion i ofalwyr yn ymwneud ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol*

3.64 Mae gwaith ymchwil a wnaed yn 2017 gan Carers UK yn awgrymu bod 8 o bob 10 gofalwr yn profi unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.<sup>5</sup> Mae gofalwyr yn fwy tebygol o brofi lefelau uwch o unigrwydd ac ynysigrwydd o gymharu â'r boblogaeth gyffredinol oherwydd eu hymrwymadau gofalu a'r ffaith na allant adael y tŷ a/neu gynnal perthnasoedd â phobl eraill. Canfuwyd bod ynysigrwydd cymdeithasol yn arwain at lefelau uwch o unigrwydd oherwydd bod gofalwyr 'yn aml yn cael eu cyfyngu rhag gadael eu cartrefi (oherwydd eu cyfrifoldebau gofalu) ac mae hyn yn sbarduno unigrwydd. Y sbardun ar gyfer ynysigrwydd ac unigrwydd yw dod yn ofalwr a'r hiraf y mae rhywun wedi bod yn ofalwr yna'r mwyaf tebygol y maent o adrodd eu bod yn profi'r materion hyn.'

*Amrywiaeth o fewn a rhwng grwpiau*

3.65 Adroddodd y sefydliadau fod

*Gofalwyr 'trwm' (y rhai sy'n gofalu am dros 30 awr yr wythnos) yn fwy tebygol o gael eu hynysu'n gymdeithasol dim ond am nad ydynt yn gallu mynd allan i weld eu ffrindiau neu eu teulu. Nid oes ganddynt amser i gymdeithasu ac yn eithaf aml bydd eu cylch ffrindiau yn dechrau rhagdybio na fydd modd iddyn nhw gwrdd felly mae'r gwahoddiadau yn lleihau dros amser. Mae'r rhai sydd mewn gwaith yn aml yn dweud*

---

<sup>5</sup> Carers UK: [Carer Loneliness Report](#)

*na allent siarad am eu cyfrifoldebau gofalu oherwydd y stigma sydd ynghlwm wrtho. Maen nhw hefyd yn fwy tebygol na'u cydweithwyr o golli cyfleoedd i ryngweithio'n gymdeithasol a chyfleoedd cymdeithasol eraill oherwydd yr angen i ruthro adref yn syth ar ôl gwaith.'*

- 3.66 Mae gofalwyr yn aml yn dweud eu bod yn 'teimlo'n anweledig', hyd yn oed pan ddaw ymwelwyr i'r tŷ oherwydd bod yr ymwelwyr hynny wedi dod i weld y sawl sy'n derbyn gofal, yn hytrach na'r gofalwr. Mae gan ofalwyr hŷn anghenion ychwanegol ac adroddir ar hyn yn yr adran ar bobl hŷn ond mae'r meysydd yn yr adran hon yn berthnasol iddynt hefyd.

#### *Mynediad at Wasanaethau*

- 3.67 Awgrymodd sefydliadau sy'n cefnogi gofalwyr

*'nad yw llawer o ofalwyr yn gweld eu hunain fel 'gofalwyr' a dyma un o'r problemau mwyaf sy'n cyfyngu ar fynediad i wasanaethau cymorth. Mae'r broses o ddod yn ofalwr yn aml wedi bod yn un raddol ac felly nid yw pobl yn gweld bod eu rôl wedi newid. O ganlyniad, nid ydynt yn adnabod eu hanghenion a'u hawliau eu hunain, sydd ar gael ond yn aml yn cael eu tanddefnyddio ac mae hyn yn arwain at anawsterau ariannol. Un sbardun pwysig fel rhan o'r broses adnabod hon yw'r pwynt lle mae'r person sy'n derbyn gofal yn cael mynediad at fudd-daliadau anabledd. Fel rhan o'r asesiad hwn gofynnir i'r person a oes ganddo ofalwr ai peidio ac mae hyn yn agor y drafodaeth ac yn cynorthwyo'r broses adnabod. Pwynt sbarduno arall yw pan fydd y person sy'n derbyn gofal yn defnyddio gwasanaeth meddygon teulu neu wasanaethau iechyd pan fydd yn wynebu argyfwng. Ar y pwynt hwn rhoddir taflen iddynt am gymorth i ofalwyr.'*

Credwyd bod gwahaniaeth daearyddol o ran y ddarpariaeth y gall gofalwyr gael mynediad ati yn eu hardal leol, a chyfeiriwyd at hyn fel loteri cod post. Ar lefel Cymru gyfan, roedd y cymorth a oedd ar gael yn ymddangos yn annigonol ac roedd angen i'r gwasanaethau cyhoeddus ystyried sut y gall fuddsoddi'n well rhwng gofal ataliol a gofal mewn argyfwng. Mae'n anodd cael y cydbwysedd yn iawn rhwng y ddau wasanaeth hyn. Mae stigma ynghlwm wrth ddefnyddio gwasanaethau cymdeithasol, felly mae gofalwyr yn tueddu i werthfawrogi cymorth gwirfoddol.

*Yr hyn y mae sefydliadau'n credu sy'n gweithio*

- 3.68 Awgrymodd y sefydliadau fod rhwydweithiau cyfryngau cymdeithasol yn ddefnyddiol oherwydd 'gall gofalwyr droi atynt fel un ffordd o oresgyn unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.' Mae rhwydweithiau cyfryngau cymdeithasol yn hawdd eu cyrraedd o'u cartref, unrhyw adeg o'r dydd. Elfen bositif arall oedd mynediad at wasanaethau eistedd gyda phobl, a oedd yn hyblyg ac yn fforddiadwy er mwyn caniatáu i ofalwr gael yr 'amser i ffwrdd' er mwyn rhyngweithio'n gymdeithasol. Datblygwyd cyfeirlyfr o lety hygyrch am brisiau fforddiadwy i ofalwyr gan Brifysgol Abertawe ac Awdurdod Lleol Pen-y-bont ar Ogwr. 'Mae'r cyfeirlyfr hwn yn cynnig cyfleoedd i gael amser i ffwrdd e.e. seibiannau bach fforddiadwy a hygyrch i'r gofalwr a'r sawl sy'n derbyn gofal (ac aelodau eraill o'r teulu lle bo hynny'n berthnasol).'

*Awgrymiadau ynghylch beth arall sydd ei angen*

- 3.69 Awgrymodd y sefydliadau y dylid efelychu'r cyfeirlyfr seibiannau byr a ddatblygwyd gan Brifysgol Abertawe ac Awdurdod Lleol Pen-y-bont ar Ogwr Cymru. Datblygu atebion sy'n gysylltiedig â TG i ofalwyr eu mabwysiadu (e.e. Seinyddion clyfar) a gallu rhoi'r teledu ymlaen o bell pan fyddant oddi cartref. Yn ddelfrydol, hoffent weld gostyngiad mewn anghydraddoldeb o ran mynediad i wasanaethau ledled Cymru. Roeddent hefyd eisiau gweld cynnydd mewn trafndiaeth hygyrch a fforddiadwy i ofalwyr a'r rhai sy'n derbyn gofal ganddynt.

***Pobl Hŷn***

- 3.70 Ymddangosodd rhai o'r materion sy'n effeithio ar bobl hŷn mewn astudiaethau achos yn ymwneud â phobl hŷn a gofalwyr hŷn ac felly mae'r ddau wedi'u cyfuno er mwyn rhoi darlun mwy cyflawn o'r cymhlethdod.

*Materion i bobl hŷn yn ymwneud ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol*

- 3.71 Mae yna nifer o gamau ar hyd y cwrs bywyd a all sbarduno unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol, fel profedigaeth, ymddeol, rhoi'r gorau i yrru. Mae yna hefyd ystod o ffactorau risg, nid dim ond salwch, a all gynyddu'r tebygolrwydd y bydd rhywun yn profi unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol. Ystyriwyd mai mynd i'r afael â'r ffactorau risg hyn a'r ffyrdd y maent yn rhyngweithio ag amgylchiadau unigol pobl yw'r ffordd o leihau'r risg y bydd pobl yn llithro i unigrwydd wrth iddynt heneiddio.



3.72 Awgrymodd sefydliadau 'nad yw pobl hŷn yn ystyried eu hunain yn unig ond yn ddiweddarach, mae'r gwasanaethau'n darganfod eu bod yn chwilio am rywbeth cymdeithasol neu am glust gyfeillgar.' Er enghraifft:

*'mae gwasanaethau cymorth dros y ffôn ar gau dros y penwythnos, sy'n aml yn gyfnod pan fydd yr anghenion ar eu huchaf, sy'n golygu nad oes gan bobl neb i siarad â nhw. Mae stigma sy'n ymwneud ag unigrwydd yn aml yn atal pobl rhag gofyn am help, weithiau gan berthnasau agos a chymdogion hyd yn oed. Mae unigrwydd yn cael effaith niweidiol ar lesiant corfforol a meddyliol pobl hŷn - maen nhw'n gaeth i'r tŷ, maen nhw'n symud llai, maen nhw'n mynd yn stiff, allan nhw ddim symud o gwmpas, ac mae hynny'n arwain at faglu a chwympo ac ymweliadau ag adrannau damweiniau ac achosion brys. Ar eithafion unigrwydd rydych chi'n cael iselder...nid yw pobl eisiau cymdeithasu...neu maen nhw'n dioddef o ynysigrwydd cronig.'*

3.73 Yn y cyfweiliadau â'r sefydliadau, soniwyd am dlodi fel mater penodol sy'n ymwneud â'r ffaith bod pobl hŷn yn fwy tebygol o brofi unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol oherwydd

*'ni allent fforddio cael mynediad at wasanaethau, neu efallai fod effeithiau tlodi eisoes wedi cael effaith ar eu hiechyd. Roedd materion fel cwtogi ar wariant ar wasanaethau cyhoeddus; diffyg trafndiaeth gyhoeddus ac yn arbennig trafndiaeth ar gais/ymatebol, e.e. cynlluniau trafndiaeth gwirfoddol, yn golygu bod pobl hŷn yn cael eu hatal rhag manteisio ar wasanaethau ehangach i gynyddu eu rhyngweithio cymdeithasol. Mae cau canolfannau dydd yn golygu bod gweithgareddau ychwanegol a gynhelir yn y lleoedd hynny hefyd wedi dod i ben, ynghyd â'r lleihad mewn grwpiau cymunedol.'*

Roedd y rhent ar fannau cymunedol yn aml yn anfforddiadwy ac roedd hyn hefyd yn lleihau'r gallu i gwrdd a rhyngweithio. Gwelwyd bod gwasanaethau'n cau a lleihau, a chostau gwasanaethau, yn eithrio pobl hŷn ac yn cynyddu teimladau o unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol. Soniwyd am ffactorau amgylcheddol, er enghraifft diffyg rhodfeydd diogel o gartrefi pobl hŷn i neuaddau pentref a diffyg toiledau cyhoeddus i bobl â phroblemau ymataliaeth, a oedd yn ychwanegu at y pryder ynghylch gadael y cartref i

lawer. 'Mae hyn oll yn gwaethygu teimladau'r person hŷn o "Alla i ddim - dwi ddim eisiau mentro".'

#### *Amrywiaeth o fewn a rhwng grwpiau*

- 3.74 Datgelodd y cyfweiliadau â sefydliadau pobl hŷn fod 'gofalwyr hŷn yn is-grŵp o bobl hŷn nad yw eu hanghenion yn aml yn cael eu diwallu, ac yn aml mae rhagdybiaethau afresymol yn cael eu gwneud gan aseswyr ynghylch gallu pobl hŷn i ymdopi heb gymorth ffurfiol.' Ymddengys fod hyn yn gamddehongliad o Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) (2014),<sup>6</sup> sy'n awgrymu bod pobl yn gymwys i gael gofal a chymorth dim ond os yw'r gwasanaethau cymdeithasol, a'r gwasanaethau cymdeithasol yn unig, yn gallu diwallu eu hanghenion. Gellir casglu o hyn ei bod yn ymddangos bod gwahaniaeth na ddeallir yn ddigonol rhwng profion modd gofal cymdeithasol a'r GIG. Yn 2002, cafodd Llywodraeth yr Alban wared ar y prawf modd ar gyfer gwasanaethau gofal personol (gan gynnwys cymorth gydag ymolchi a gwisgo) i bobl dros 65 oed, er bod prawf anghenion yn dal i fod yn berthnasol. Efallai y byddai'n ddefnyddiol edrych ar y polisi hwn oherwydd ei fod yn wahanol i'r polisi yng Nghymru, Lloegr a Gogledd Iwerddon a chanfod a ellir rhoi'r model ar waith yng Nghymru.

#### *Mynediad at wasanaethau*

- 3.75 Roedd canfyddiad o'r cyfweiliadau â sefydliadau 'nad yw llawer o bobl hŷn yn cael y gwasanaethau gofal cymdeithasol sylfaenol sydd eu hangen arnynt er mwyn cael ansawdd bywyd da a chynnal perthnasoedd o ansawdd da a rhwydwaith o gysylltiadau cymdeithasol.' O ran gwasanaethau cymdeithasol, adroddwyd bod problemau yn sgil y ffaith 'nad oedd pobl yn cael asesiadau, na'r cyngor cywir, neu daflu llwch i'w llygaid... mae hyn yn ei dro yn gwneud pobl hŷn yn anfodlon cysylltu â'u hawdurdod lleol - maen nhw'n mynd yn amheus oherwydd nad ydynt wedi cael unrhyw help yn y gorffennol.'
- 3.76 Awgrymodd sefydliadau fod gofalwyr hŷn wedi codi pryderon ynghylch: amseroedd aros am asesiadau; cael eu cam-gyfeirio a'u hatgyfeirio'n amhriodol. 'Maen nhw'n ei chael hi'n anodd darganfod beth sydd ar gael, ac maen nhw'n dweud bod jargon a dyblygu yn y broses asesu.' Canfuwyd bod diffyg asesiad sy'n canolbwyntio ar yr unigolyn a bod gwasanaethau cymdeithasol 'yn aml yn methu â gwrando nac ymateb yn amserol i

---

<sup>6</sup> [Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant \(Cymru\) 2014](#)

bryderon teulu'r person sydd angen gofal, neu ofalwyr yr unigolyn hwnnw.' Roedd cred bod mwy o bwys yn cael ei roi ar fudd-daliadau a phwy oedd yn mynd i dalu am ofal ychwanegol.

Mae anghenion iechyd a gofal cymdeithasol cymhleth gofalwyr hŷn yn golygu bod angen i'r broses asesu ar gyfer pennu anghenion cymorth gofalwr hŷn fod yn amlddisgyblaethol yn aml. Hefyd rhoddwyd enghreifftiau gan sefydliadau pobl hŷn o bobl yn cael gwybod 'na allent gael asesiad cyn gadael yr ysbyty oherwydd nad oedd gweithiwr cymdeithasol ar gael, ond y gallant gael cymorth nes bod asesiad yn cael ei gynnal.' Mewn achosion eraill, dywedwyd wrth bobl 'nad oeddent yn gymwys i gael cymorth drwy'r gwasanaethau cymdeithasol ac fe wnaethant ymdopi drwy brynu cymorth eu hunain.' Mae'n ymddangos bod hwn yn angen nad yw wedi'i ddiwallu. Nid yw pobl a fyddai wedi cael help yn y gorffennol yn cael cymorth mwyach, gan gynyddu'r pwysau ar ofalwyr anffurfiol.

*Yr hyn y mae sefydliadau'n credu sy'n gweithio*

- 3.77 Adroddodd y sefydliadau fod y cynllun teithiau bws am ddim wedi bod yn amhrisiadwy o ran helpu pobl hŷn yng Nghymru i gadw eu hannibyniaeth a pharhau i fod yn weithgar, ac o ran darparu cysylltiadau â gwasanaethau ac amwynderau. Adroddwyd bod gwasanaethau ataliol lefel isel wedi gwneud cyfraniad pwysig at lesiant pobl. Fodd bynnag, nid oedd tystiolaeth bendant i gadarnhau'r canfyddiadau hyn. 'Mae gwasanaeth eiriolaeth Gwynedd a Môn yn darparu gwasanaeth allgymorth cwbl ddwyieithog i'r rhai dros 50 oed a'u haelwydydd, sy'n byw mewn ardaloedd gwledig, sydd ag ychydig o fynediad neu ddim mynediad o gwbl at wasanaethau a chymorth prif ffrwd. Mae hyn yn galluogi pobl i gael mynediad at wasanaethau.'
- 3.78 Yng Nglynebwy, mae rhwydwaith gweithgar o gysylltwyr cymunedol sy'n cysylltu pobl leol â gweithgareddau, ond nid yw'n hysbys i ba raddau y bu hyn yn llwyddiannus o ran lleihau unigrwydd. Ystyriwyd bod darpariaeth ehangach yn amrywio yn ôl yr ardal y mae pobl yn byw ynddi, gyda mwy o ynysigrwydd cymdeithasol mewn ardaloedd gwledig. Soniodd sefydliadau hefyd am bresgripsiynu cymdeithasol fel ymyrraeth gadarnhaol ond bod angen llawer mwy o eglurder ynghylch y term oherwydd nad oedd meddygon teulu yn hoffi presgripsiynu heb ganlyniad yn seiliedig ar dystiolaeth. Mae angen mwy o eglurder hefyd ynglŷn â chysylltwyr cymunedol, eu rolau a'r canlyniadau.'

3.79 Fe wnaeth sgysiau dan arweiniad, neu asesiadau ysgogiadol, i ddeall amgylchiadau pobl hŷn helpu i greu cymorth wedi'i deilwra. Enghreifftiau o gymorth wedi'i deilwra a grybwyllwyd oedd gwasanaethau cyfeillio traddodiadol, neu gyngor ar fudd-daliadau, gwybodaeth am lesiant, trafndiaeth, neu gymorth ymarferol a chyfleoedd i ymgysylltu'n gymdeithasol. Nid oedd ymdrechion i leihau unigrwydd bob amser yn cael eu hystyried yn rhywbeth sy'n annog mwy o ymgysylltiad cymdeithasol ond yn hytrach fel rhywbeth sy'n 'datrys problemau eraill, fel mynediad at fudd-daliadau, helpu pobl i gymryd rhan mewn gweithgareddau, neu eu galluogi i helpu eu hunain, a thrwy hynny leihau eu teimladau o unigrwydd.'

#### *Awgrymiadau ynghylch beth arall sydd ei angen*

3.80 Awgrymodd sefydliadau y byddai angen datblygu mwy o wasanaethau ac adnoddau addysgol sy'n cefnogi pobl ar draws y cwrs bywyd ac yn eu galluogi i ymdopi'n dda â chyfnodau allweddol bywyd lle y gall unigrwydd gynyddu. Ategir y canfyddiad hwn gan ymchwil ar unigrwydd ar draws y cwrs bywyd ar gyfer Sefydliad Calouste Gulbenkian<sup>7</sup>. Teimlai sefydliadau hefyd y gallai 'defnyddio eiriolwyr a gwasanaethau eirioli fel hwyluswyr i leisiau pobl gynorthwyo i fynd i'r afael ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.' Roedd yn teimlo bod angen i asesiadua a chymorth ganolbwyntio mwy ar yr unigolyn a chael eu teilwra. Ar gyfer asesiadau amlddisgyblaethol, roedd sefydliadau'n teimlo bod angen i 'rannu data gael ei ategu gan TGCh, ochr yn ochr â lleihad mewn anghydraddoldeb o ran mynediad at wasanaethau.' Gwelwyd bod angen cynyddu gwaith atal ac ymyrraeth gynnar hefyd er mwyn lleihau'r effaith ar wasanaethau yn y dyfodol.

#### **Cyfyngiadau'r cyfweliadau**

3.81 Cyfyngiadau'r cyfweliadau ymgynghori yw mai dim ond gyda nifer fach o sefydliadau (10 i gyd) y cawsant eu cynnal, ac roedd y sefydliadau hynny'n cynrychioli, yn eirioli ar ran pobl, neu'n darparu gwasanaethau. Gall fod gan sefydliadau eraill wahanol farn ar rai o'r materion a drafodwyd. Mae'r safbwyntiau a gynigir yn gyfyngedig i farn yr unigolyn yn y sefydliad ac mae'n bosibl nad dyma farn defnyddwyr y gwasanaethau eu hunain mohonynt. At hynny, nid yw pob grŵp yn cael ei gynrychioli oherwydd bod rhai sefydliadau wedi gwrthod cymryd rhan. Mae defnyddio'r ffôn i gyfweld hefyd yn golygu y gellir colli gwybodaeth hanfodol a geir drwy gyfathrebu di-eiriau. Mantais cyfweliadau dros y ffôn yw

---

<sup>7</sup> [Unigrwydd ar draws y Cwrs Bywyd](#)

y gellir cynnal nifer fawr o gyfweiliadau o fewn cyfnod byr o amser dros bellter daearyddol eang.

### ***Crynodeb***

Mae'r sefydliadau gwahanol yn adrodd ar anghenion amrywiol poblogaeth Cymru, ond roedd themâu cyffredin a oedd yn codi droeon. Soniwyd am gludiant hygyrch, fforddiadwy a phriodol fel ffordd o alluogi pobl i symud o gwmpas ac integreiddio'n fwy effeithiol. Roedd lliniaru tldi yn broblem i rai grwpiau a mynediad at dai fforddiadwy a phriodol yn broblem i bobl iau, ffoaduriaid a cheiswyr lloches, a phobl anabl. Mynediad at wasanaethau o ran pa mor briodol oeddent ar gyfer asesiadau, pa mor hygyrch yr oeddent a pha mor dderbyniol oeddent o ran agweddau staff tuag at bobl a oedd yn cael eu hystyried yn 'wahanol'. Roedd lleihad mewn anghydraddoldebau o ran darparu gwasanaethau ledled Cymru yn thema a gododd droeon, ond gallai rhoi hyn ar waith fod yn her y mae angen ymchwilio ymhellach iddi. Awgrymwyd efelychu'r cyfeirlyfr seibiannau byr ar gyfer gofalwyr ledled Cymru fel budd i ofalwyr ond prin oedd y dystiolaeth ynghylch pa mor aml y defnyddiwyd y gwasanaeth hwn, sut yr oedd yn cael ei reoleiddio, pa mor gynhwysol ydoedd, pwy oedd yn berchen ar y cyfeiriadur ac yn ei ddiweddarau a pha mor hawdd neu heriol yw hyn i'w weithredu. Awgrymodd y sefydliadau fod angen cymorth i sichrau bod datblygu gwasanaethau gofal cymdeithasol yn broses fwy cydgysylltiedig ac effeithiol ac roedd gwasanaethau eirioli yn cael eu hystyried yn angenrheidiol, o ran datblygu perthnasoedd â gwasanaethau a galluogi pobl i gyfleu eu hanghenion. Roedd mwy o fynediad at weithgareddau fforddiadwy sy'n digwydd mewn lleoliadau diogel hefyd yn cael ei ystyried yn bwysig. Ar y cyfan, barn y sefydliadau a oedd yn cynrychioli neu'n eirioli dros bobl oedd bod cymunedau yng Nghymru yn ymddangos yn dameidiog ac y gallai creu cymunedau cefnogol sy'n gweithio gyda'i gilydd fod yn her yn y dyfodol.

## 4. Casgliadau ac Argymhellion

- 4.1 Ar ddechrau'r astudiaeth hon roedd dau brif nod. Y nod cyntaf oedd ymchwilio i'r dystiolaeth ynghylch y berthynas rhwng ynysigrwydd cymdeithasol, unigrwydd a mwy o ddefnydd ar wasanaethau cyhoeddus ac iechyd ar gyfer pob grŵp. Yr ail nod oedd ymchwilio i'r mathau o gyd-destunau a oedd yn cynyddu neu'n lleihau'r defnydd o wasanaeth o ganlyniad i unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.
- 4.2 Dangosodd yr adolygiad cwmpasu'r dystiolaeth, y dystiolaeth newydd a gynhyrchwyd gan y metaddadansoddiad a'r cyfweiliadau ymgynghori, er bod cysylltiad bach rhwng pobl a brofodd unigrwydd a theimladau o ynysigrwydd cymdeithasol a nifer yr ymweliadau â meddyg neu feddyg teulu, nid yw hyn yn eglur ac mae'n faes cymhleth iawn. Mae'r adolygiad yn tynnu sylw at nifer o fylchau yn y dystiolaeth. Yn gyntaf, mae diffyg cysondeb o ran y ffyrdd y mae unigrwydd yn cael ei ddiffinio ac, mewn rhai achosion, yn cael ei fesur. Mae hyn yn cyfyngu ar lefel y gymhariaeth ar gyfer yr astudiaethau a'r casgliadau y gellir dod iddynt. Yn ail, defnyddiodd hanner yr astudiaethau yn yr adolygiad ddyluniad trawstoriadol nad yw'n doddi gasgliad ynghylch achos ac effaith ac felly mae mecanweithiau a chysylltiadau ar gyfer effeithiau achosol yn parhau i fod yn anhysbys. Yn drydydd, mae prinder dystiolaeth ynghylch grwpiau lleiafrifol a'r rhyngweithio, neu'r diffyg rhyngweithio, â gwasanaethau. Yn bedwerydd, er bod rhywfaint o symudiad tuag at gynnwys carfanau iau o'r boblogaeth, mewn gwaith yn ymwneud ag unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol a'r defnydd o wasanaethau, y duedd yw canolbwyntio ar bobl hŷn o hyd. Mae potensial i hyn lywio canfyddiadau a lleihau'r gallu i gyffredinolli.
- 4.3 O'r metaddadansoddiad o'r astudiaethau, gallwn awgrymu bod angen ymchwil pellach i ddeall yn well y prosesau sy'n cysylltu unigrwydd â mwy o ddefnydd ar ofal iechyd sylfaenol, gan nad oedd yn bosibl mynd i'r afael â'r cwestiwn hwn yn feintiol oherwydd y nifer fach o astudiaethau a ganfuwyd a'r diffyg sylw i newidynnau yn ymwneud â phroses yr ymchwil. Byddai hefyd yn ddefnyddiol archwilio a yw'r canlyniadau hyn yn ymestyn i fathau eraill o ddefnydd o ofal iechyd i gael dealltwriaeth bellach o sut mae unigrwydd yn effeithio ar y defnydd o wasanaethau iechyd megis defnyddio gofal mewn adran achosion brys, gwasanaethau cleifion allanol, derbyniadau i'r ysbyty a gwasanaethau gofal iechyd meddwl. Argymhellodd rhai astudiaethau hefyd y dylid ymgorffori mesurau ar gyfer unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol mewn ymweliadau a chyswllt cleifion â phersonél

gofal sylfaenol a gallai hyn hefyd fod yn faes ymchwil pellach sy'n werth mynd ar ei drywydd (Cruwys et al. 2018; Gerst-Emerson a Jayawardhana 2015;. Newall, McArthur a Menec, 2015; Kvaal, Halding a Kvigne 2013).

- 4.4 Ymhelaethir ar y themâu sy'n deillio o'r cyfweiliadau a'r llenyddiaeth academaidd yn yr adran nesaf.

#### *Stigma a defnyddio gwasanaethau*

- 4.5 Yn y llenyddiaeth academaidd a'r cyfweiliadau ymgynghori, soniwyd am stigma fel ffactor sy'n cyfrannu at beidio â defnyddio gwasanaethau. Mae stigma yn gysyniad sydd wedi'i drafod ar lefelau amrywiol dros yr 50 mlynedd diwethaf ac a ddiffiniwyd gyntaf gan Erving Goffman (1963). Cynigiodd Goffman fod stigma yn berthynas gymdeithasol lle mae pobl yn cael eu difrio gan briodoledd amlwg neu ymwithiol na allant ei chuddio. I eraill, collir statws hefyd drwy stigmatiddio ac mae hyn yn creu anfantais sy'n gwaethygu'n barhaus (Link a Phelan 2001). Roedd yn ymddangos bod y mathau o gyd-destunau a oedd yn cynyddu neu'n lleihau'r defnydd o wasanaethau yn dibynnu ar amgylchiadau unigol pobl. Er enghraifft, os ydym yn ystyried ffoaduriaid neu geiswyr lloches sy'n unig neu'n ynysig yn gymdeithasol yna ni fydd rhai yn defnyddio gwasanaethau oherywdd ystod eang o ffactorau sy'n amrywio o ddrwgdybiaeth i deimladau o stigma ynghylch materion fel problemau iechyd meddwl. Mae hyn yn golygu gostyngiad cychwynnol yn y defnydd o wasanaethau ond yna gynnydd pan fydd yn rhaid i wasanaethau ddelio â phobl mewn argyfwng. Mae stigma hefyd yn rheswm pam na fydd teuluoedd y mae eu plant mewn gofal yn ymgysylltu â gwasanaethau. Maent yn cael eu hynysu'n gymdeithasol ac yna'n ailymgysylltu dim ond pan fydd argyfwng yn codi.

#### *Rhwystrau sy'n gysylltiedig â gwasanaethau*

- 4.6 Mae yna rwystrau amrywiol a all greu gostyngiad cychwynnol ac yna gynnydd yn y defnydd o wasanaethau. Er enghraifft, cynhyrchodd y cyfweiliadau ymgynghori dystiolaeth o wasanaethau'n symud tuag at ddarpariaeth dros y ffôn yn unig ar gyfer meysydd fel archebu presgripsiynau amlroddadwy. Mae hyn yn eithrio pobl sydd wedi colli eu clyw a gall gael effaith ar eu hiechyd. Datgelodd y cyfweiliadau ymgynghori hefyd ganfyddiadau o gyfathrebu gwael rhwng darparwyr gwasanaeth a phobl sy'n defnyddio gwasanaethau, er enghraifft peidio â rhoi cyngor priodol, neu wneud i bobl deimlo eu bod nhw a'u hanghenion yn ddibwys. Gall hyn leihau ymddiriedaeth a gwneud unigolyn naill ai'n

amheus neu'n anfodlon ymgysylltu, sy'n eu hynysu ymhellach ac yn creu problemau ar gyfer y dyfodol. Cefnogir y canfyddiadau hyn gan y llenyddiaeth academaidd ar fynediad at ofal iechyd i wahanol grwpiau o'r boblogaeth (Moore et al. 2017; Bradby et al. 2015; Krahn, Walker a Correa-De-Araujo 2015; Vance, Halpern-Felsher a Rosenthal 2015). Roedd canfyddiad gan sefydliadau ynghylch lleihad mewn argaeledd adnoddau fel y rhai ar gyfer colli clyw a oedd yn golygu bod unigolion yn gorfod prynu eu rhai eu hunain. Dadleuodd llawer o'r sefydliadau ei bod yn ymddangos bod adnoddau wedi'u dosbarthu'n anghyfartal, rhwng gwahanol ardaloedd ledled Cymru. Trafododd sefydliadau eraill ddyblygu adnoddau ar gyfer rhai pobl a phrinder adnoddau ar gyfer eraill. Yn y llenyddiaeth academaidd a'r cyfweiliadau ymgynghori, roedd agweddau staff yn rhwystr rhag defnyddio gwasanaethau gyda llawer o sefydliadau'n nodi diffyg ymwybyddiaeth o amrywiaeth ymysg y staff. I'r gwrthwyneb, gall fod rhwystrau gydag iaith hefyd oherwydd nad yw llawer o ffoaduriaid a cheiswyr lloches yn siarad Saesneg ac efallai na fydd cyfieithwyr ar gael bob amser.

#### *Rhagdybiaethau heteronormadol*

- 4.7 Yn y llenyddiaeth academaidd a'r cyfweiliadau ymgynghori, roedd pobl LGBTQ+ yn teimlo nad oedd gan wasanaethau ddealltwriaeth o'u hanghenion amrywiol. Er enghraifft, mae'r llenyddiaeth academaidd yn awgrymu bod lesbiaid yn anghyfforddus yn trafod marwolaeth partner oherwydd nad oedd rhagenwau niwtral o ran rhyw yn cael eu defnyddio nes eu bod wedi datgelu rhyw eu partner (Wilkens 2015). Datgelodd y cyfweiliadau ymgynghori fod dynion hoyw hŷn yn amharod i ddatgelu eu rhywioldeb i ofalwyr rhag ofn iddynt ddiodeff gwahaniaethu ac roedd hyn yn ychwanegu at deimlo'n ynysig. Ategir hyn gan y llenyddiaeth academaidd sy'n trafod sut mae pobl LGBTQ+ yn profi stigma wrth ddefnyddio gwasanaethau iechyd, ond gall datgelu'n gynharach ysgogi mwy o bobl i fanteisio ar wasanaethau a llai o ddefnydd mewn argyfwng (Healthy People 2020; Whitehead, Shaver a Stephenson 2016). Mae gan bobl drawsryweddol yn benodol ganfyddiadau negyddol o ddefnyddio gwasanaethau cyhoeddus (Bradford et al. 2013; Kosenko et al. 2013) ac mae ymchwil ar y gweill ym Mhrifysgol Abertawe, a allai esgor ar wybodaeth newydd am argymhellion ar gyfer y grŵp penodol hwn. Mae profiadau negyddol yn gwneud pobl yn llai tebygol o ymgysylltu â gwasanaethau nes bod argyfwng yn digwydd. Mae hyn yn gwaethygu os bydd pobl yn dod o ddiwylliannau lle y gall cyfunrhywiaeth fod yn drosedd ac maent yn llai tebygol o ddatgelu eu rhywioldeb. Roedd y



sefydliadau o'r farn na fyddai pobl LGBTQ+ yn ymgysylltu â gwasanaethau pe na baent yn cael eu hyrwyddo fel rhai cynhwysol. Serch hynny, nid oedd y sefydliadau eu hunain yn gwahaniaethu rhwng pobl a oedd yn lesbiaidd, yn hoyw neu'n ddeurywiol ac yn hytrach yn grwpio pawb gyda'i gilydd, gan ei gwneud hi'n anodd rhoi cyfrif am amrywiaeth.

#### *Bwlio ac erledigaeth*

- 4.8 Mae'r llenyddiaeth academaidd yn awgrymu y gallai dull cwrs bywyd olygu bod materion yn codi o'u plentynodod pan fydd plant yn cael eu bwlio neu eu herlid yn yr ysgol oherwydd agwedd wahanol, er enghraifft anabled, cefndir teuluol di-drefn, camdriniaeth, bod mewn gofal, neu arddel hunaniaeth LGBTQ+. Os na ddarperir cefnogaeth ar yr adeg hon yna gall problemau barhau pan fyddant yn oedolion gyda mwy o ddefnydd ar wasanaethau o bosibl. Amlygodd y cyfweiliadau ymgynghori a'r llenyddiaeth academaidd fod ysgol yn faes lle roedd plant yn profi bwlio, erledigaeth, ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd. Efallai y bydd gwasanaethau cwnsela a gwasanaethau bugeiliol mewn ysgolion yn lleihau'r baich ar wasanaethau cyffredinol ar gyfer mân broblemau ond mae'n rhaid iddynt gydnabod pan fydd y mater y tu hwnt i'w cymhwysedd a gwybod pryd i atgyfeirio.

#### *Cyfnodau pontio*

- 4.9 Mae Adroddiad y Co-op a'r Goes Goch Brydeinig yn awgrymu y gall cyfnodau pontio drwy gydol y cwrs bywyd greu cyfnodau allweddol pan fydd unigrwydd neu ynysigrwydd cymdeithasol yn broblem a phan fydd pobl yn chwilio am help (Aiden 2016). Roedd enghreifftiau o'r cyfweiliadau ymgynghori yn cynnwys pobl ifanc yn gadael gofal ac yn colli eu rhwydweithiau cymorth a/neu gyfeillgarwch ac yna'n byw mewn llety anaddas. Mae potensial i hyn arwain at gynnydd mewn problemau iechyd a, heb fesurau ataliol, cynnydd yn y defnydd o wasanaethau. Mae'r cyfweiliadau ymgynghori hefyd yn nodi 'pan fydd pobl yn dod yn ofalwyr mae eu hanghenion iechyd a chymdeithasol yn aml yn dod yn ail i anghenion y person y maen nhw'n gofalu amdano. Heb gymorth, gall eu hangen am wasanaethau sy'n gysylltiedig ag iechyd gynyddu wrth iddynt ddod yn fwy ynysig ac unig o ganlyniad i'w rôl ofalu.'

### *Anabledd a Chydraddoldeb*

4.10 Mae'r llenyddiaeth academiaidd yn nodi bod pobl anabl yn grŵp penodol sydd wedi'u gwahardd a'u hymyleiddio'n aml (Chappell 1997; Cross 2013; Macdonald et al. 2018). Yn aml nid yw materion fel cam-drin domestig neu broblemau iechyd meddwl yn cael sylw oherwydd nad oes gwasanaethau arbenigol penodol i gynorthwyo. Mae'r llenyddiaeth academiaidd a'r cyfweiliadau ymgynghori yn awgrymu eu bod hefyd yn profi lefelau uwch o unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol o'u plentyndod ac yn ei chael hi'n anodd gwneud neu gynnal cyfeillgarwch naill ai oherwydd nad oes ganddyn nhw'r sgiliau cymdeithasol neu oherwydd bod cymdeithas yn methu â'u cynnwys, neu gyfuniad o'r ddau. Mae Deddf Cydraddoldeb 2010 yn awgrymu na ddylid trin pobl yn wahanol oherwydd unrhyw nodwedd sydd ganddynt ac mae anabledd yn un nodwedd sydd hefyd yn dangos bod pobl mewn perygl. Datgelodd y cyfweiliadau ymgynghori hefyd fod menywod anabl sy'n profi trais domestig wedi cael cymorth o'r blaen gan Cymorth i Ferched Cymru ond bod diffyg llety gwarchod priodol ar gael ar eu cyfer. Mae'r Comisiwn Cydraddoldeb a Hawliau Dynol (2018) eisoes wedi ymchwilio'n fanwl i'r maes hwn, ac wedi dod i gasgliadau tebyg gan wneud argymhellion sy'n awgrymu bod 'cynnydd i sicrhau bod gan bobl anabl gartrefi hygyrch sy'n cefnogi eu hawl i fyw'n annibynnol yn annhebygol o gael ei wneud oni bai bod pobl anabl yn cymryd rhan weithredol yn y gwaith o lunio polisi ac ymarfer yn y maes tai.' (t.86).

### *Tai*

4.11 Yn y cyfweiliadau ymgynghori, soniwyd am dai fel problem i ffoaduriaid a cheiswyr lloches ac y gallai teimlo fel pe baent yn perthyn i rywle a bod ganddynt lety sy'n teimlo'n fwy parhaol gynorthwyo i leihau pryder a phroblemau iechyd meddwl. Mae ymchwil yn awgrymu y gall tai yn benodol gael effaith sylweddol ar iechyd meddwl pob grŵp.<sup>8</sup> Awgrymodd y sefydliadau a'r llenyddiaeth academiaidd fod tai priodol, derbynol a fforddiadwy hefyd yn broblem i bobl anabl a phobl ifanc sy'n gadael gofal (Comisiwn Cydraddoldeb a Hawliau Dynol 2018; Allen 2003). Yn aml, mae ffoaduriaid, ceiswyr lloches, pobl anabl a phobl ifanc yn cael eu hadleoli i lety mewn ardaloedd sy'n teimlo'n anniogel a lle nad oes ganddynt rwydwaith cymorth cymdeithasol. Dywedodd y

---

<sup>8</sup> [The Mind guide to housing and mental health](#)

sefydliadau sy'n eu cefnogi fod y llety yn aml o safon isel a dywedwyd hefyd fod pobl anabl 'yn aml yn methu â gadael eu cartref oherwydd diffyg addasiadau.'

### *Tlodi*

- 4.12 Gellir dweud mai tlodi sy'n cael yr effaith fwyaf ar bobl (Marmot a Wilkinson 1999; Wilkinson a Marmot 2003). Mae'n effeithio mwy ar rai grwpiau nag eraill, ond mae byw ar neu o dan y llinell dlodi yn cael effaith ar faint o adnoddau a'r math o adnoddau y gellir cael mynediad atynt. Er enghraifft, datgelodd y cyfweiliadau ymgynghori, 'nad yw ffoaduriaid a cheiswyr lloches yn gallu teithio i ddosbarthiadau Saesneg a allai eu helpu i integreiddio i'r gymuned leol.' Roedd eistedd mewn canolfannau siopa, yn methu â deall yr hyn a oedd yn cael ei ddweud, ac yn dyheu am 'normalrwydd' drwy deimlo fel pe baent yn perthyn drwy gael eu hamgylchynu ag eraill yn dangos lefel yr unigedd y gallai rhai ffoaduriaid ei deimlo. Gall sicrhau bod gan bobl sydd mewn perygl oherwydd nodwedd warchoddedig fynediad digonol at drafnidiaeth hygyrch, fforddiadwy neu am ddim, neu ddarparu llety yn agosach at wasanaethau, fod yn un ffordd o leihau unigrwydd ac, i rai, ynysigrwydd cymdeithasol. Ffordd arall yw cynorthwyo pobl i gael gafael ar fudd-daliadau y mae ganddynt hawl iddynt ac, wrth wneud hynny, roi rheolaeth yn ôl yn eu dwylo ac yn wir y dewis o ran sut y maent yn dymuno cyfranogi.

### *Lleihad yn y Defnydd o Wasanaethau*

- 4.13 Adroddwyd bod lleihad yn y defnydd o wasanaethau yn gadarnhaol pan ddefnyddiwyd gwasanaethau eiriolaeth a gwirfoddolwyr i gefnogi pobl ag anghenion penodol. Roedd trafniadaeth hygyrch, rhad neu am ddim hefyd yn cael ei ystyried yn ffactor cadarnhaol o ran galluogi pobl ar incwm isel i deithio o gwmpas a chael mynediad at wahanol adnoddau a chyfleusterau. Roedd creu lleoedd cyfarfod i bobl a oedd yn fforddiadwy neu'n rhad ac am ddim hefyd yn cael ei ystyried yn fuddiol. Roedd gwasanaethau cyfeillio hefyd yn cael eu hystyried yn gadarnhaol oherwydd gallent yn aml gyfeirio pobl at wasanaethau cymorth, neu fod ar gael pan oedd pobl yn teimlo'r angen i siarad. Fodd bynnag, prin yw'r dystiolaeth bod hyn yn lleihau unigrwydd neu ynysigrwydd cymdeithasol ac ar lefel ffurfiol mae yna faterion yn ymwneud â diogelu. Honnodd y sefydliadau fod y 'gwasanaethau hyn wedi helpu i leihau teimladau o unigrwydd ond bod hyn hefyd yn dibynnu ar ansawdd y berthynas â'r cyfaill.' Ystyriwyd bod cael cefnogwr dibynadwy yn angenrheidiol er mwyn i bobl ifanc ffynnu, er enghraifft i'r rhai sy'n gadael gofal, cael rhywun a allai eu gynorthwyo

gyda'r cyfnod pontio pe bai angen. Ategir hyn gan adroddiad Joseph Rowntree ar bobl ifanc sy'n gadael gofal gyda chymorth ymatebol, hyblyg, wedi'i dargedu a'i deilwra fel y prif ffactor wrth bontio'n llwyddiannus i fod yn oedolion ifanc (Allen 2003).

## **Argymhellion**

Mae 16 o argymhellion i Lywodraeth Cymru eu hystyried ar gyfer polisi. Ni chyflwynir y rhain yn nhrefn eu pwysigrwydd. Daw argymhellion 1, 7, 14 a 15 yn uniongyrchol o'r dystiolaeth academaidd. Daw argymhellion 2, 4, 5, 6, 8 a 9 o'r cyfweiliadau a deillia argymhellion 3, 10, 11, 12, 13 ac 16 o gyfuniad o'r cyfweiliadau a'r dystiolaeth academaidd.

- 4.14 **Argymhelliad 1:** Ariannu mwy o ymchwil i unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol, ac yn arbennig mesur unigrwydd fel mater o drefn ymysg grwpiau sydd mewn perygl sy'n defnyddio gwasanaethau gofal sylfaenol, fel yr argymhellir gan y dystiolaeth academaidd.
- 4.15 **Argymhelliad 2:** Cynnal arolwg i ddarparu tystiolaeth ynghylch y defnydd o'r cyfeirlyfr seibiannau byr a ddatblygwyd gan Brifysgol Abertawe ac Awdurdod Lleol Pen-y-bont ar Ogwr i ddarganfod a fyddai'n werth ehangu'r gwasanaeth ledled Cymru.
- 4.16 **Argymhelliad 3:** Dylai'r sectorau gwirfoddol a chyhoeddus recriwtio mwy o weithwyr cymorth allweddol neu gyfeillion cefnogol ar gyfer grwpiau gwahanol o bobl. Er enghraifft, y rhai sy'n gadael gofal, teuluoedd, ffoaduriaid a cheiswyr lloches, a phobl LGBTQ+ y gall fod angen cymorth arnynt i gael mynediad at wasanaethau. Gall y rhain fod yn gymysgedd o staff gwirfoddol a chyflogedig sydd â dealltwriaeth o faterion yn ymwneud â grwpiau penodol.
- 4.17 **Argymhelliad 4:** Mae angen i ymarferwyr yng Nghymru sicrhau bod ganddynt y wybodaeth ddiweddaraf am lywodraethu clinigol ac arferion da sy'n ymwneud â gwahaniaethu drwy fynychu gweithdai ar ymwybyddiaeth o amrywiaeth o fewn gwasanaethau ac ymchwilio i ragfarn cadarnhad (sy'n ffafrio'r hyn y mae pobl eisoes y ei gredu am bobl eraill). Dylai hyn ddigwydd drwy gynnwys grwpiau o bobl fel ffoaduriaid, ceiswyr lloches, pobl LGBTQ+ a phobl anabl. Dylai hyn arwain at fwy o ymwybyddiaeth ymysg y staff o'r materion penodol sy'n effeithio ar fywydau pobl i helpu grwpiau i dderbyn triniaeth/cymorth mwy priodol o fewn gwasanaethau.

- 4.18 **Argymhelliad 5:** Dylai ysgolion a cholegau addysgu'r holl bobl ifanc am y cysyniad o gyfeillgarwch cadarnhaol ac iach fel rhan annatod o'r cwricwlwm. Er enghraifft, nodweddion ffrind da, y defnydd negyddol o gyfryngau cymdeithasol a defnyddio'r dull Model Cymdeithasol o anabledd i herio'r ffyrdd y mae cymdeithas yn gweld ac yn delio â gwahaniaeth. Y nod yw cynyddu rhyngweithio rhwng cymheiriaid, cael dealltwriaeth o effaith materion fel bwlio ac erledigaeth ar wahanol grwpiau a'r rhesymau pam mae hyn yn digwydd.
- 4.19 **Argymhelliad 6:** O fewn Llywodraeth Cymru, dylai'r Adran Iechyd a Gwasanaethau Cymdeithasol a'r Adran Addysg a Sgiliau gydweithio i ddatblygu llwybr mynediad ar gyfer gwasanaethau cwnsela, seicoleg ac asesu iechyd meddwl ffurfiol, gan ymgorffori darpariaeth iechyd meddwl er mwyn darparu gwasanaethau mewn ffordd fwy cydgysylltiedig a chanfod problemau'n gynharach cyn iddynt ddod yn argyfwng.
- 4.20 **Argymhelliad 7:** Ariannu ymchwil newydd i weithio gyda grwpiau ar y cyrion ac ymchwilio i ffyrdd o wneud tai a llety gwarchod yn fwy fforddiadwy, hygyrch a phriodol i'r bobl fwyaf anghenus. Er enghraifft, y rhai sy'n gadael gofal; ceiswyr lloches a ffoaduriaid; pobl anabl ac yn enwedig menywod anabl sy'n dioddef cam-drin domestig.
- 4.21 **Argymhelliad 8:** Ariannu ymchwil i arolygu'r ddarpariaeth drafndiaeth bresennol gyda'r bwriad o ddarparu trafndiaeth hygyrch a fforddiadwy neu am ddim i rai grwpiau. Mae trafndiaeth hygyrch yn golygu nad oes rhaid i bobl gerdded yn bell i'r arhosfan bysiau os oes ganddynt nam corfforol a sicrhau bod trafndiaeth yn teimlo'n ddiogel. Mae trafndiaeth yn ffactor allweddol sy'n helpu pobl i gael mynediad at wasanaethau fel dosbarthiadau Saesneg, neu gynnal rhwydweithiau cyfeillgarwch, sy'n cynorthwyo i leihau unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.
- 4.22 **Argymhelliad 9:** Dylai Llywodraeth Cymru annog rhannu data drwy Dechnoleg Gwybodaeth a Chyfathrebu [TGCh] ac ymchwilio i ffyrdd eraill o sicrhau bod gwasanaethau'n fwy cydgysylltiedig gan ddefnyddio technoleg i leihau dyblygu a sicrhau bod gwasanaethau'n cydweithio â'i gilydd. Gallai hyn helpu i deilwra asesiad yn fwy i'r unigolyn hefyd. Datblygu atebion sy'n gysylltiedig â TGCh i ofalwyr eu mabwysiadu i'w galluogi i fyw bywyd beunyddiol.

- 4.23 **Argymhelliad 10:** Dadansoddi'r gwasanaethau presennol a ddarperir i wahanol grwpiau ledled Cymru i ddarganfod a oes mynediad anghyfartal ar draws y rhanbarthau ac ailgyfeirio adnoddau er mwyn lleihau hyn.
- 4.24 **Argymhelliad 11:** Cynnal ymarfer mapio a gwerthuso'r ffyrdd y mae awdurdodau lleol yng Nghymru yn nodi, yn asesu ac yn cefnogi gofalwyr. Gall hyn dynnu sylw at arferion da, nodi bylchau pellach a chreu llwybr didrafferth i gyfnodau pontio a chymorth. Yna ariannu ymchwil ar y cyd sy'n cynnwys gofalwyr yn y broses o ddatblygu atebion.
- 4.25 **Argymhelliad 12:** Dylai Llywodraeth Cymru weithio gyda Chymdeithas Feddygol Prydain, Cymdeithas Ddeintyddol Prydain a Chymdeithas Nyrsio Prydain i'w hannog i ddarparu mwy o addysg yn y cwricwlwm israddedig ar faterion penodol megis pobl LGBTQ+ a grwpiau lleiafrifol eraill mewn perthynas ag iechyd.
- 4.26 **Argymhelliad 13:** Dylai Llywodraeth Cymru adeiladu ar waith ymchwil sydd eisoes yn cael ei wneud yng Nghymru ym Mhrifysgol Abertawe i ddatblygu canllawiau ar gyfer gwasanaethau, mewn cydweithrediad â phobl drawsryweddol.
- 4.27 **Argymhelliad 14:** Dylai cyllidwyr a chomisiynwyr gefnogi gwaith i gau'r bylchau mewn tystiolaeth ynghylch unigrwydd drwy gydol cwrs bywyd. Dylai cyllidwyr gefnogi ymchwil sy'n defnyddio mesurau unigrwydd trylwyr ac uchel eu parch. Yn absenoldeb setiau data mawr, byddai'n ddoeth canolbwyntio ar y grwpiau hynny sy'n ymddangos fel pe baent mewn perygl penodol o ddod yn unig. Er enghraifft, pobl ifanc sy'n gadael gofal, pobl sydd â phrofiad o drais domestig, ffoaduriaid a cheiswyr lloches, pobl anabl, pobl a theuluoedd sy'n profi anfanteision niferus.
- 4.28 **Argymhelliad 1:** Dylai Llywodraeth Cymru ddarparu mwy o eglurder ynghylch y gwahanol wasanaethau sydd ar gael i ofalwyr hŷn/pobl hŷn. Dylai hyn gynnwys pa wasanaethau y gallant eu cael am ddim drwy'r GIG ynghyd â chymorth sy'n seiliedig ar brawf modd drwy'r gwasanaethau cymdeithasol. Yn ychwanegol at hyn, dylai Llywodraeth Cymru ymchwilio i weld a yw asesiadau o bobl hŷn yn gwneud rhagdybiaethau priodol am anghenion gofal pobl hŷn.
- 4.29 **Argymhelliad 16:** Dylai Llywodraeth Cymru gynyddu'r cymorth i wasanaethau eiriolaeth gyda sefydliadau allanol sy'n galluogi pobl i gael mynediad at fudd-daliadau a meysydd eraill o gymorth a chefnogaeth. Sicrhau bod gan wasanaethau iechyd wybodaeth er mwyn

cyfeirio pobl. Byddai hyn yn ffordd anfygythiol o hyrwyddo cynhwysiant, cefnogi pobl a lliniaru tlodi i rai grwpiau.

## Cyfeiriadau

- Aiden, H., (2016). *Isolation and Loneliness: An overview of the Literature*. Llundain: Co-op a'r Groes Goch Brydeinig.
- Allen, M., (2003). *Into the mainstream Care leavers entering work, education and training*. Caerefrog: Sefydliad Joseph Rowntree.
- Anaker, A., von Koch, L., Heylighen, A., ac Elf, M., (2018). 'It's Lonely': Patient's experiences of the physical environment at a newly built stroke unit. *Health Environments and Research Design Journal*. 1-12.
- Anciaes, P., Jones, P., Mindell, J, S., (2014). [Quantifying community severance: A literature review](#). Cyfres Street Mobility and Network Accessibility. Papur Gwaith 2. Coleg Prifysgol Llundain. Fel ar 21/02/2019.
- Andersen, RM, (1995). Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behavior*. Cyfrol 36(1):1-10.
- Arksey, H., ac O'Malley, L., (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journals of Social Research Methodology*. Cyfrol 8(1):19-32.
- Bath, P., a Gardiner, A., (2005). Social engagement and health and social care use and medication use among older people. *European Journal of Ageing*. Cyfrol 2: 56-63.
- Berkman, L, F., (1985).The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. Yn: Cohen S, Syme SL, (Gol). *Social support and health*. Orlando, FL: Academic Press; tud 241–262.
- Bibgy, C., a Knox, M., (2009). 'I want to see the Queen': Experience of service use by older people with an intellectual disability. *Australian Social Work*. Cyfrol 62(2): 216-231.
- Beutel, M. E., Klein, E, M., Brähler, E, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P, S., Münzel, T., Lackner, K, J., a Tibubos, A, N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(1), 97.
- Boehlen, F., Herzog W, Quinzler R, Haefeli WE, Maatouk I, Niehoff D, Saum KU, Brenner H, a Wild B.(2015). Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Cyfrol 30(9):957-964.
- Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J., a Rothstein, H. (2005). *Comprehensive Meta-analysis* (Version 2). Englewood NJ: Biostat.



- Bradby, H., Humphris, R., Newall, D., Phillimore, J., (2015). *Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region*. Copenhagen: Swyddfa Ranbarthol WHO ar gyfer Ewrop; (Adroddiad synthesis Rhwydwaith Tystiolaeth Iechyd 44).
- Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A., a Xavier J., (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*. Cyfrol 103(10): 1820–1829.
- Brenna-Ing, M., Seidel, L., Larson, B., a Karpiak, S., E., (2014). Social Care Networks and Older LGBT Adults: Challenges for the Future. *Journal of Homosexuality*. Cyfrol 61(1):21-52.
- Burholt, V., a Scharf, T., (2014). Poor Health and Loneliness in Later Life: The Role of Depressive Symptoms, Social Resources and Rural Environments. *Journals of Gerontology, Cyfres B: Psychological Sciences and Social Sciences*. Cyfrol 69(2):311-324.
- Burke, L. A., Neimeyer, R. A., a McDevitt-Murphy, M. E. (2010). African American Homicide Bereavement: Aspects of Social Support That Predict Complicated Grief, PTSD, and Depression. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. Cyfrol 61(1):1–24.
- Buttimer, T. M., a Tierney, E., (2005). Patterns of leisure participation among adults with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*. Cyfrol 9(1): 25-42.
- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B., Van Cauter, E., a Berntson, G. G., (2002). Loneliness and Health: Potential Mechanisms. *Psychosomatic Medicine*. Cyfrol 64:407–417.
- Campbell J, Oliver M. (1996). *Disability politics: understanding our past, changing our future*. Llundain, Routledge.
- Campbell, M., Thomson, H., Fenton, C., a Gibson, M., (2015). Health and well-being of lone parents in welfare to work: A systematic review of qualitative studies. *The Lancet*. Cyfrol 386 a27.
- Cantarero-Prieto, D., Pascual-Sáez, M., a Blázquez-Fernández, C., (2018). [Social isolation and multiple chronic diseases after age 50: A European macro-regional analysis](#). PLOS ONE
- Card, N. A. (2012). *Applied meta-analysis for social science research*. Efrog Newydd, NY: Guilford Press.
- Caspi, A., Harrington, H., Moffat, T. E., Milne, P. J. a Poulton, R., (2006). Socially isolated children 20 years later: Risk of cardiovascular disease. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. Cyfrol 160:805-811.

Centre for Business and Economic Research (2017). [The Cost of Disconnected Communities](#). Crynodeb Gweithredol. Fel ar 22/02/2019.

Chang, E, C., Chang, O, D., Martos, T., Sallay, V., Lee, J., Stam, K, R., Batterbee, C, N-H., ac Yu, T., (2017). Family support as a moderator of the relationship between loneliness and suicide risk: Having a supportive family matters! *The Family Journal: Counseling and Therapy for Families and Couples* Cyfrol 25(3): 257-263.

Chappell, AL, (1994). A Question of Friendship: Community Care and the Relationships of People with Learning Difficulties. *Disability & Society*. Cyfrol 9 (4): 319–334.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*. Cyfrol 112: 155-159.

Collard, R, M., Boter, H., Schoevers, R, A., a Oude Voshaar, R,C., (2012) Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *Journal of the American Geriatric Society*. Cyfrol 60(8): 1487-1492.

Courtin, E., a Knapp, M. (2015). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*. Cyfrol 25(3):799-812.

Cross, M., (2013). Demonised, impoverished and now forced into isolation: the fate of disabled people under austerity. *Disability & Society*. Cyfrol 28 (5): 719–723.

Cruwys, T., Wakefield, J, R, H., Sani, F., Dingle, G, a., a Jetten, J., (2018). Social isolation predicts frequent attendance in primary care. *Annals of Behavioural Medicine*. Cyfrol 52:817-829.

Dahlberg, L., a McKee, K, J., (2014). Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from and English community study. *Ageing and Mental Health*. Cyfrol 18(4): 504-514.

Daudt, H,M., van Mossel, C., a Scott, S,J.,(2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*. Cyfrol 13:48.

Davidson, S a Rossall, P., (2014). *Age UK Loneliness Evidence Review*. Llundain: Age UK.

de Jonge, P., Bauer, I., Huyse, F,J., and Latour, C, H., (2003). Medical inpatients at risk of extended hospital stay and poor discharge health status: detection with COMPRI and INTERMED. *Psychosomatic Medicine*. Cyfrol 65(4):534-41.

De Jong Gierveld, J., (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*. Cyfrol 53:119-128.

Denkinger, M, D., Lukas, A., Herolsheimer, F., Peter, R., a Nikolaus, T., (2012). Physical activity and other health-related factors predict health care utilisation in older adults. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(4), 290-297.

- Dreyer, K., Steventon, A., Fisher, R., a Deeny, S, R., (2018). The association between living alone and health care utilisation in older adults: a retrospective cohort study of electronic health records from a London general practice. *Geriatrics BMC*. Cyfrol 18:269.
- Duval, S., a Tweedie, R. (2000). A nonparametric 'trim and fill' method of accounting for publication bias in meta-analysis. *Journal of the American Statistical Association*. Cyfrol 95(449):89-98.
- Egger, M., Smith, GD, Schneider, M., a Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *British Medical Journal*. Cyfrol 315(7109):629-634.
- Ellaway, A., Wood, S., a MacIntyre, S., (1999). Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations. *British Journal of General Practice*, Cyfrol 49 (442): 363-367.
- Emler, C, A., a Fredriksen-Goldsen, K, I., (2017). Green light given to more research on health disparities in LGBT elders. *Ageing Today*. Cyfrol 38(1): 13.
- Y Comisiwn Cydraddoldeb a Hawliau Dynol (2018): [Housing and disabled people. Britain's hidden crisis](#). Llundain: Y Comisiwn Cydraddoldeb a Hawliau Dynol. Fel ar 24/06/2019.
- Ferguson, CJ, a Brannick, MT (2012). Publication bias in psychological science: prevalence, methods for identifying and controlling, and implications for the use of meta-analyses. *Psychological Methods*. Cyfrol 17:120-128.
- Field, E, M., Walker, M., ac Orrell, M., (2002). Social networks and health of older people living in sheltered housing. *Ageing and Mental Health* Cyfrol 6(4):372-386.
- Field, E., Walker, M., Hancock, G., ac Orrell, M., (2005). The needs of older people in sheltered housing. *Journal of Housing for the Elderly*. Cyfrol 19(2):107-117.
- Fulton, L., a Jupp, B., (2015). *Investing to tackle loneliness: A discussion paper*. Llundain: Social Finance.05(5):1013-1019.
- García-Pérez, L., Linertová, R., Lorenzo-Riera, A., Vázquez-Díaz, J, R., Duque-González, B., a Sarría-Santamera, A., (2011). Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: a systematic review, *QJM: An International Journal of Medicine*, Cyfrol 104(8): 639–651.
- Geller, G., Janson, P., McGovern, E., a Valdini, A., (1999). Loneliness as a predictor of hospital emergency department use. *The Journal of Family Practice*. Cyfrol 48(10):801-804.
- Gerst-Emerson, K., a Jayawardhana, J., (2015) Loneliness as a public health issue; the impact of loneliness on health care utilisation among older adults. *American Journal of Public Health*. Cyfrol 105(5):1013-9.

- Gilmore, L. a Cuskelly, M. (2014) Vulnerability to loneliness in people with intellectual disability: an explanatory model. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. Cyfrol 11(3): 192-199.
- Goffman, E., (1963) *Stigma: Nodiadau ar Reoli Hunaniaeth a Ddifetha*. Harmondsworth; Penguin.
- Guasp, A., (2011) *Lesbian, Gay and Bisexual People in Later Life*. Llundain: Stonewall.
- Gutzman, J, S., Sohn, L., a Harada, N, D., (2004). Living alone and outpatient use by older veterans. *Journal of the American Geriatric Society*. Cyfrol 52:617-622.
- Hanratty, B., Stow, D., Collinridge Moore, D., Valtorta, N, K., Matthews, F., (2018). Loneliness as a risk factor for care home admission in the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*. Cyfrol 47:896-900.
- Harvey, I, S., ac Alexander, K., (2013). Perceived Social Support and Preventive Health Behavioral Outcomes among Older Women. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. Cyfrol 27(3): 275–290.
- Hawkey, L. C., Browne, M. W., a Cacioppo, J. T. (2005) ‘How can I connect with thee? Let me count the ways’. *Psychological Science*. Cyfrol 16(10):798-804.
- Hawkey, L, C., a Capitanio, J, P. (2015). Perceived social isolation, evolutionary fitness and health outcomes: a lifespan approach. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*. Cyfrol 370:1669.
- Healthy People 2020. [Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health](#). Fel ar: 24/06/2019.
- Hemingway, A., a Jack, E., (2013). Reducing social isolation and promoting well-being in older people. *Quality in Ageing and Older Adults*. Cyfrol 14 (1):25-35.
- Herbolsheimer, F., Ungar, N., a Richard, P., (2018). Why is social isolation among older adults associated with depressive symptoms? The mediating role of out-of-home physical activity. *International Journal of Behavioural Medicine*. Cyfrol 25: 649-675.
- Holt-Lunstad J.,(2018). Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annual Review of Psychology*. Cyfrol 69:437-458.
- Holt-Lunstad, J., Robles, T, F., a Sbarra, D, A. (2017). Advancing Social Connection as a Public Health Priority in the United States. *American Psychologist*. Cyfrol 72(6):517–530
- Holt-Lunstad, J., Smith, TB, Baker, M., Harris, T., a Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*. Cyfrol 10(2), 227-237.

- Houle, L, G., Salmoni, A, W., Pong, R, W., Laflamme, S., a Viverais-Dressler, G, A., (2012). Predictors of Family Physician Use Among Older Residents of Ontario and An Analysis of the Andersen-Newman Behavior Model. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 20(2), 233-250.
- Jenkins, C, L., Edmundson, A., Averette, P., ac Yoon, I., (2014). Older Lesbians and Bereavement: Experiencing the Loss of a Partner. *Journal of Gerontological Social Work*. Cyfrol 57(2-4):273-287.
- Jivraj, S., a Khan, O. (2013). [Ethnicity and deprivation in England: How likely are ethnic minorities to live in deprived neighbourhoods?](#) Fel ar 22/02/2019.
- Jivraj, S., a Simpson, L. (Gol.). (2001). *Ethnic identity and inequalities in Britain: the dynamics of diversity*. Bryste: Policy Press.
- Kantar Public (2016). [Trapped in a bubble: An investigation into triggers for loneliness in the UK](#). Co-op a'r Groes Goch Brydeinig. Fel ar 21/02/2019.
- Kearns, A., Whitley, E., Tannahill, C., ac Ellaway, A., (2015). Loneliness, social relations, and health and well-being in deprived communities. *Psychology, Health and Medicine* Cyfrol 20(3): 332-344.
- Kosenko, K., Rintamaki, L., Raney, S., a Maness, K., (2013). Canfyddiadau cleifion trawsryweddol o stigma mewn cyd-destunau gofal iechyd. *Cyfnodolyn Gofal Meddygol*. Cyfrol 51 (9): 819–822.
- Kouzis, A, C., ac Eaton, W, W., (1998). Absence of social networks, social support and health services utilization. *Psychological Medicine*. Cyfrol 28(6): 1301-1310.
- Kramer, S. E., Kapteyn, T. S., Kuik, D. J., a Deeg, D. (2002). The association of hearing impairment and chronic diseases with psychosocial health status in older age. *Journal of Aging and Health*. Cyfrol 14(1):122-137.
- Krahn, G, L., Walker, D, K., a Correa-De-Araujo, R., (2015). "Persons With Disabilities as an Unrecognized Health Disparity Population", *American Journal of Public Health*. Cyfrol 105(S2): 198-S206.
- Kvaal, K., Halding A-G., a Kvigne, K., (2014). Social provision and loneliness among older people suffering from chronic physical illness; A mixed methods approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Cyfrol 28:104-111.
- Lauder, W., Mummery, K., Jones, M., a Caperchione, C., (2006). A comparison of healthy behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychology, Health and Medicine*. Cyfrol 11: 233-245.

- Lente, E., Barry, M. M., Molcho, M., Morgan, K., Watson, D., Harrington, J., a McGee, H., (2012). Measuring population health and social well-being. *International Journal of Public Health*. Cyfrol 57:421-430.
- Levac, D, Colquhoun, H., O'Brien, K, K., (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*. Cyfrol 5 (1):69.
- Levitas R, Pantazis C, Fahmy E, Gordon, D., Lloyd, E., a Patsios, D.,(2007). [The Multi-Dimensional Analysis of Social Exclusion](#). Yn: Department for Communities and Local Government DoSaSfSPTCfIISoP, a Bristol Institute for Public Affairs, Prifysgol Bryste.
- Li, M, J., Hubach, R, D., a Dodge, B., (2015). Social Milieu and mediators of loneliness among gay and bisexual men in rural Indiana. *Journal of Gay and Lesbian Mental Health* Cyfrol 19(4):331-346.
- Link, B., a Phelan, J., (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. Cyfrol 27: 363-385.
- Lippold, T., a Burns, J., (2009). Social support and intellectual disabilities: A comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. [Journal of Intellectual Disability Research](#). Cyfrol 53(5):463-73.
- Løhre, A., (2012). The impact of loneliness on self-rated health symptoms among victimized schoolchildren. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* Cyfrol 6:20.
- Cymdeithas Llywodraeth Leol (2016). *Combating loneliness: A guide for local authorities*. Llundain: Cymdeithas Llywodraeth Leol
- Luo, Y., Hawkley, LC, Waite, LJ, a Cacioppo, JT (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*. Cyfrol 74(6): 907-914.
- Macdonald, S, J., Deacon, L., Nixon, J., Akintola, A., Gillingham, A., Kent, J., Ellis, G., Mathews, D., Ismail, A., Sullivan, S., Dore, S., a Highmore, L., (2018). 'The invisible enemy': disability, loneliness and isolation. *Disability & Society*. Cyfrol 33:7, 1138-1159,
- Marmot, M., a Wilkinson, R, G., (1999). *The Social Determinants of Health*. Rhydychen: Gwasg Prifysgol Rhydychen
- Mays, N., Roberts, E., a Popay, J., (2001). Synthesizing research evidence. Yn: Fulop, N., Allen, P., Clarke, A., a Black, N., (Gol). *Studying the Organisation and Delivery of Health Services: Research methods*. tud. 188–219. Llundain: Routledge.
- Maulik, P, K., Eaton, W, W., a Bradshaw, C, P., (2010). The effect of social networks and social support on mental health services use, following a life event, among the Baltimore Epidemiologic Catchment Area cohort. *The Journal of Behavioural Health Services and Research*. Cyfrol 38(1):29-50.



- McConnell, E. A., Birkett, M. A., a Mustanski, B., (2015). Typologies of Social Support and Associations with Mental Health Outcomes Among LGBT Youth. *LGBT Health*. Cyfrol 2(1):55-61.
- McGoldrick, C., Barrett, G. A., a Cook, I., (2017). Befriending and re-ablement service: A better alternative in an age of austerity. *International Journal of Sociology and Social Policy* Cyfrol 37(1-2):51-68.
- Milligan, C., Payne, S., Bingley, A., a Cockshott, Z., (2015). Place and well-being: Shedding light on activity interventions for older men. *Ageing and Society*. Cyfrol 35:124-149.
- Mistry, R., Rosansky, J., MGuire, J., McDermott, C., Jarvik, L., a the UPBEAT Collaborative group. (2001). Social isolation predicts re-hospitalization in a group of older American veterans enrolled in the UPBEAT Program. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Cyfrol 16: 950-959.
- Miyawaki, C. E., (2015). Association of social isolation and health across different racial and ethnic groups of older Americans. *Ageing and Society*. Cyfrol 35(10): 2201–2228.
- Moore, L., Britten, N., Lydahl, D., Naldermirci, O., Elam, M., a Wolf, A., (2017). Barriers and facilitators to the implementation of person-centred care in different healthcare contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Cyfrol 31(4): 662-673.
- Cynulliad Cenedlaethol Cymru (2107). [Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon. Ymchwiliad i unigrwydd ac unigedd](#). Fel ar 1/02/2019.
- Newall, N., McArthur, J., a Menec, V. H., (2015). A Longitudinal Examination of Social Participation, Loneliness and use of Physician and Hospital Services. *Journal of Ageing and Health*. Cyfrol 27(3):500-518.
- Newall, N. E., Chipperfield, J. G., a Bailis, D. S., (2014). Predicting stability and change in loneliness in later life. *Journal of Social and Personal Relationships*. Cyfrol 31(3):335-351.
- Ollife, J., Broom, A., Popa, M., Jenkins, E. K., Rice, S. M., Ferlatte, O., a Rossnagel, E., (2018). Unpacking social isolation in men's suicidality. *Qualitative Health Research*. 1-13. (ePub).
- Pawson, R., (2002). Evidence-based policy: the promise of 'realist synthesis'. *Evaluation*. Cyfrol 8(3):340-358.
- Penninx, B. W. J. H., van Tilburg, T., Kriegsman, D. M. W., Boeke, A. J. P., Deeg, D. J. H., a van Eijk, J. T. M. (1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health*. Cyfrol 11(2):151-68.

Peplau, L., A., a Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. Yn L. A. Peplau, L. A., a Perlman, D., (Gol.), *Loneliness: A sourcebook, of current theory, research and therapy* [tud. 1-18]. Efrog Newydd: Wiley.

Perese, E. F., a Wolf, M., (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Issues in Mental Health Nursing*. Cyfrol 26(6):591-609.

Perlman, D., a Peplau, LA (1981). Toward a social psychology of loneliness. Yn Duck, S, W., a Gilmour, R., (Gol.), *Personal Relationships 3: Personal relationships in disorder* (tud. 31-56). Llundain: Academic Press.

Pitkala, K, H., Routasalo, P., Koutianinen, H., a Tilvis, R, S., (2009). Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness; A Randomised Controlled Trial. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. Cyfrol 64A(7):792-800.

Popay, J., Escorel, S., Hernández, M., Johnston, H., Mathieson, J., a Rispel, L., (2008). [Understanding and Tackling Social Exclusion: Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health](#). The Social Exclusion Knowledge Network [SEKN]. Fel ar 22/02/2019.

Reijnders, T., Schuler, M., Jelusic, D., Troosters, T., Janssens, W., Schultz, K., a von Leupoldt, A., (2018). The impact of loneliness on outcomes of pulmonary rehabilitation in patients with COPD. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Cyfrol 15(5), p.446-453.

Richmond, C, A, M., a Ross, N, A., (2008). Social support, material circumstance and health behaviour: Influences on health in First Nation and Inuit communities of Canada. *Social Science & Medicine*. Cyfrol 67(9): 1423-1433

Rosenthal, R. (1979). The file drawer problem and tolerance for null results. *Psychological Bulletin*. Cyfrol 86: 638-641.

Rubin, G, J..., Cleare, A..., a Hotopf, M..., (2004). Psychological factors in postoperative fatigue. *Psychosomatic Medicine*. Cyfrol 66(6):959-64.

Sarason, BR, Sarason, IG, a Pierce, GR (Gol.). (1990). Wiley series on personality processes. *Social support: An interactional view*. Rhydychen, Lloegr: John Wiley & Sons.

Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., a Dekker, J., (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review. *Family Practice*. Cyfrol 23(3):325-348.

Schinka, K, C., Van Dulmen, M, H., Bossarte, R., a Swahn, M., (2012). The association between loneliness and suicidality between middle childhood and adolescence:



Longitudinal effects and the role of demographic characteristics. *The Journal of Psychology*. Cyfrol 146:105-118.

Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P., Hamer, M., a Steptoe, A., (2017). Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychology*. Cyfrol 36(2):179–187.

Simkhada, B., Sah, RK, Mercel-Sanca, A., Van Teijlingen, E., Devkota, B. a Bhurtyal, YM, (2015). *Health and Wellbeing of the Nepalese population: Access and experiences of health and social care services in the UK. Project Report*. Poole, Lloegr: UKNFS gyda Phrifysgol Bournemouth.

Slosar, J. R. (2009). *The culture of excess: How America lost self-control and why we need to redefine success*. Santa Barbara, CA, UD: Praeger/ABC-CLIO.

Solish, A., Perry, A., a Minnes, P., (2010). Participation of children with and without disabilities in social, recreation and leisure activities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Cyfrol 23(3):226-236.

Squires, S, E., (2015). To a deeper understanding of loneliness among Irish older adults. *Collegium Antropologicum Cyf.* 39(2): 289-295.

Stack, R, J., a Meredith, A., (2018). The Impact of Financial Hardship on Single Parents: An Exploration of the Journey from Social Distress to Seeking Help. *Journal of Family and Economic Issues*. Cyfrol 39:233-242.

Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., a Wardle, J., (2013). Social isolation, loneliness and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*. Cyfrol 110(15):5797-5801.

Steverink, N., Westerhof GJ, Bode, C., a Dittmann-Kohli, F. (2001). The personal experience of aging, individual resources, and subjective well-being. *The Journals of Gerontology: Cyfres B.*, Cyfrol 56(6):364–373.

Taylor, SE, Sirois, FM, a Molnar, DS (2017). *Health Psychology*. 4ydd Argraffiad Canada. Toronto: McGraw-Hill Ryerson Ltd.

Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, P., a Jakobsson, U., (2018). The use of case management for community dwelling older people: the effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* Cyfrol 32: 889-901.

Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, P., a Jakobsson, U., (2015). Loneliness and health care consumption among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Cyfrol 29: 435-443.

- Theeke, L, a Mallow, J., (2013). Loneliness and Quality of Life in Rural Older Adults. *American Journal Of Nursing* Cyfrol 113(9):28-38.
- Valtorta, N., a Hanratty, B., (2015). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine*. Cyfrol 105(12): 518–522.
- Vance, S, R., Halpern-Felsher, B, L., a Rosenthal, S, M., (2015). Health Care Providers' Comfort With and Barriers to Care of Transgender Youth. *Journal of Adolescent Health*. Cyfrol 56(2): 251-253.
- Van de Velde, S., Bambra, C., van der Bracht, K., Eikemo, T, A., a Bracke, P., (2014). Keeping it in the family. The self-rated health of lone mothers in different European welfare regimes. *Sociology of Health and Illness*. Cyfrol 3 (8):1220-1242.
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software*. Cyfrol 36(3):1–48.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., a Bowling, A., (2002) Loneliness in later life: Preliminary findings from the Growing Older project. *Quality in Ageing and Older Adults*. Cyfrol 3(1):34-41.
- Victor, C., Burholt, V., a Martin, W., (2012). Loneliness and minority ethnic elders in Great Britain: an exploratory study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. Cyfrol 27: 65-78.
- Walker, A. (2017). Why the UK Needs a Social Policy on Ageing. *Journal of Social Policy*. Cyfrol 47(2):253-273.
- Walsh, S, R., Muldoon, O, T., Gallagher, S., a Fortune, D, G., (2015). Affiliative and 'self-as-doer' identities: Relationships between social identity, social support, and emotional status amongst survivors of acquired brain injury (ABI). *Neuropsychological Rehabilitation*. Cyfrol 25(4):555-573,
- Weiss RS. (1987). Reflections on the present state of loneliness research. *Journal of Social Behavior and Personality*. Cyfrol 2(2):1–16.
- Wheeler, L., Reis, H., a Nezlek, J. (1983) 'Loneliness, social interaction, and sex roles'. *Journal of Personality and Social Psychology*. Cyfrol 45(4):943-953.
- Whitehead J, Shaver J, Stephenson R (2016) Outness, Stigma, and Primary Health Care Utilization among Rural LGBT Populations. *PLoS ONE* 11(1): e0146139. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146139>.
- Whitley, R., a Campbell, R, D., (2014) Stigma, agency and recovery amongst people with severe mental illness. *Social Science & Medicine*. Cyfrol. 107:1–8.

Wilkins, J., (2015). Loneliness and Belongingness in Older Lesbians: The Role of Social Groups as 'Community'. *Journal of Lesbian Studies*. Cyfrol 19:90–101.

Wilkinson, R, G., a Marmot, M., (2003). *The Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Denmark: Sefydliad Iechyd y Byd.

Sefydliad Iechyd y Byd(2011). World report on disability. Geneva. Sefydliad Iechyd y Byd.

Zebhauser A, Hofmann-Xu L, Baumert J, Häfner S, Lacruz M, Emeny R, Döring, A..., Gril, E..., Huber, D..., Peters, A., a Ladwig, K, H., (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Cyfrol 29(3):245–52.

## Atodiad A: Tabl o bapurau a nodwyd i'w defnyddio yn yr adolygiad cwmpasu

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
1.	Anaker, A., von Koch, L., Heylighen, A., ac Elf, M.,	2018	'It's Lonely': Patient's experience s of the physical environmen t at a newly built stroke unit.	<i>Health Environment s and Research Design Journal</i> 1-12	Sweden	Dim Dyluniad; Cyfweliada u	16  Oedran yn anhysby s	Roedd unigrwydd yn cynyddu ar ôl i rywun gael ei dderbyn i'r ysbyty ar ôl cael strôc oherwydd y cynllun a'r dyluniad. Yna roedd cleifion yn profi lefelau uwch o iselder ysbryd a mwy o ddibyniaeth ar wasanaethau. Roedd angen ystyried dyluniad amgylcheddau ysbytai; manau cyfarfod; mynediad at fyd natur; cysylltiadau â'r gymuned ehangach i atal pobl rhag teimlo eu bod wedi'u 'hynysu'.  Yn cyfuno unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol. Dim ffocws damcaniaethol na

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								methodolegol ac fely'n anodd deall sut y dadansoddwyd y data.  Strôc yw'r ffocws
2.	Bath, P, A a Gardiner, A.	2005	Social engagement and health and social care use and medication use among older people	<i>European Journal of Ageing.</i> Cyfrol 2: 56- 63	DU	Trawstoriad ol  Data'n deillio o NLSAA	1042  Oedran 65+	Ymgysylltiad cymdeithasol uwch yn gysylltiedig â llai o ddefnydd ar wasanaethau meddygol. Rhoddir rhybudd ynghylch y math o sampl oherwydd efallai eu bod eisoes wedi bod yn defnyddio gwasanaethau a oedd yn golygu bod eu rhyngweithio wedi dirywio ar yr adeg y casglwyd y data.  Yn defnyddio ymgysylltiad cymdeithasol am ynysigrwydd cymdeithasol ac fel mesur ar

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								gyfer unigrwydd.  lechyd cyffredinol yw'r ffocws
3.	Beutel, M. E., Klein, E, M., Brähler, E, I., Jünger , C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P, S., Münzel, T., Lackner, K,J., a Tibubos, A, N.	2017	Loneliness in the general population: prevalence, determinant s and relations to mental health.	<i>BMC Psychiatry</i> , 17(1), 97.	Yr Almaen	Trawstoriad ol	15010  Ystod oedran 35-74	Roedd cydberthynas glos rhwng iselder ac unigrwydd â mwy o ddefnydd ar wasanaethau meddygon teulu a chleifion mewnol. Crybwyllwyd bod statws economaidd- gymdeithasol yn ffactor. Ymddygiadau pathogenig fel mwy o ysmegu ac yfed mwy o alcohol yn gysylltiedig ag unigrwydd.  Iselder yw ffocws yr astudiaeth.  Anodd gwahanu cymhlethdod y cysylltiad rhwng iselder

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								ac unigrwydd ac anodd awgrymu achos ac effaith gydag astudiaeth drawstoriadol.
4.	Boehlen, F., Herzog W, Quinzler R, Haefeli WE, Maatou k I, Niehoff D, Saum KU, Brenner H, aWild B.	2015	Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropi c drugs	<i>International Journal of Geriatric Psychiatry.</i> Cyfrol 30(9):957- 964.	Yr Almaen	Trawstoriad ol	3111  Ystod oedran 55-85	Roedd pobl hŷn sy'n unig yn cael mwy o gysylltiad â'r system iechyd ac yn defnyddio mwy o gyffuriau seicotropig.  Yn defnyddio graddfa UCLA i fesur unigrwydd.  Yn methu â gwahaniaethu rhwng unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.  Y defnydd o feddyginiaeth yw'r ffocws
5.	Brenna-Ing, M., Seidel, L., Larson, B., a Karpiak, S., E.,	2014	Social Care Networks and Older LGBT Adults:  Challenges for the Future	<i>Journal of Homosexual ity, Vol.</i> 61(1):21-52	UDA	Trawstoriad ol	210  Ystod oedran 50- 92	Mae rhai oedolion hŷn LGBT yn dibynnu ar sefydliadau sy'n canolbwyntio ar LGBT i ddiwallu eu hanghenion, ond yn bennaf

Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								<p>maent yn tueddu i ddibynnu ar ddarparwyr prif ffrwd, megis cymorth cymdeithasol yn y gymuned, a darparwyr gofal iechyd. Mae heriau'n bodoli i oedolion LGBT hŷn wrth geisio cael mynediad i wasanaethau prif ffrwd oherwydd nad ydyn nhw am ddatgelu eu hunaniaeth rywiol i ddarparwyr nad ydynt yn LGBT oherwydd eu bod yn ofni dioddef gwahaniaethu. Gall hyn arwain at dan- ddefnyddio gwasanaethau. Mae'n cyfuno ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd.</p> <p>Y ffocws yw cymorth cymunedol</p>



Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
6.	Burholt, V., a Scharf, T.	2014	Poor Health and Loneliness in Later Life: The Role of Depressive Symptoms, Social Resources and Rural Environme nts	<i>Journals of Gerontology, Series B: Psychologic al Sciences and Social Sciences</i> Cyfrol 69(2):311- 324	Gwerinia eth Iwerddon	Trawstoriad ol Data ton 1 o TILDA	6613  Ystod oedran 50-90	Mae lleoliad yn cynyddu'r cysylltiad rhwng iechyd gwael a'r defnydd o adnoddau cymdeithasol mewn ardaloedd gwledig o gymharu ag ardaloedd trefol. Efallai na fydd cynnydd mewn rhyngweithio cymdeithasol yn cael fawr o effaith ar bobl a chanddynt iechyd corfforol neu feddyliol gwael oherwydd nad yw'n ymwneud â lleoliad daearyddol na salwch. Efallai y gall mynd i'r afael â gwybyddiaeth gynorthwyo yn lle hynny. Mae unigrwydd yn deillio o ryngweithio cymhleth rhwng microsystem; cyflwr iechyd, mesosystem; adnoddau

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								cymdeithasol ac ecsosystem; argaeledd ffactorau i gynyddu cyfranogiad.  Nid yw'n gwahaniaethu rhwng unigedd cymdeithasol ac unigrwydd  lechyd cyffredinol yw'r ffocws
7.	Chang, E, C., Chang, O, D., Martos, T., Sallay, V., Lee, J., Stam, K, R., Batterbee, C, NH., ac Yu, T.,	2017	Family support as a moderator of the relationship between loneliness and suicide risk: Having a supportive family matters!	<i>The Family Journal: Counseling and Therapy for Families and Couples</i> Cyfrol 25(3): 257-263	Hwngari	Trawstoriad ol	456  Ystod oedran 18-35	Y cysylltiad rhwng unigrwydd, iselder a hunanladdiad. Roedd teuluoedd cefnogol yn gweithredu fel clustog. Ni ellid nodi achos ac effaith, dim ond cysylltiadau. Cwestiwn ynghylch cyffredinolrwyd d ar draws diwylliannau. Nid yw'n gwahaniaethu rhwng unigedd cymdeithasol ac unigrwydd.  Iselder yw'r ffocws

Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
8.	Cruwys, T., Wakefield, J, R, H., Sani, F., Dingle, G, a., and Jetten, J.,	2018	Social isolation predicts frequent attendance in primary care	<i>Annals of Behavioural Medicine.</i> Cyfrol 52:817-829	DU	3 astudiaeth: Astudiaeth 1. Trawstoriad ol Astudiaeth 2. Hydredol Astudio 3. Cyn ac ar ôl ymyrraeth	Astudiaeth th 1: N=1752 Ystod 18-97 Astudiaeth th 2: N=79 Ystod 17-37 Astudiaeth th 3: N=46 45 oed	Mae pobl sydd wedi'u hynysu'n gymdeithasol yn fwy tebygol o ddefnyddio gofal sylfaenol yn fwy cyson na phobl a chanddynt fwy o gysylltiadau cymdeithasol. Gall cynyddu cysylltiadau cymdeithasol leihau'r defnydd o wasanaethau gofal sylfaenol.  3 astudiaeth:  1. mae cysylltiad rhwng mwy o gysylltedd cymdeithasol a llai o ddefnydd ar ofal sylfaenol  2. mae llai o gysylltiadau cymdeithasol yn cynyddu'r defnydd o ofal sylfaenol a phroblemau iechyd meddwl  3. roedd astudiaeth beilot a mwy o ryngweithio mewn grŵp yn golygu llai o ddefnydd ar

Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								ofal sylfaenol a gwell llesiant.
								lechyd cyffredinol yw'r ffocws
9.	Dahlberg, L., a McKee, K, J., (2014).	2014	Correlates of social and emotional loneliness in older people: Evidence from and English community study	<i>Ageing and Mental Health.</i> Cyfrol 18(4): 504-514	DU	Trawstoriad ol	1255  Ystod oedran 65-101	Gwahaniaethir rhwng unigrwydd cymdeithasol ac emosiynol ond mae'n drysau rhwng y ddau wrth i'r gwaith symud ymlaen. Wedi cyfuno ynysigrwydd cymdeithasol ag unigrwydd cymdeithasol. Mae cysylltiad cyrf rhwng incwm isel a phob agwedd ar unigrwydd. Roedd cysylltiad rhwng pobl â chyfyngiadau gweithredol fel y'u mesurwyd ar raddfa GARS a lefelau uwch o unigrwydd emosiynol. Un cyfyngiad yw natur drawstoriadol yr astudiaeth felly ni ellir nodi

Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								achos ac effaith yn gywir.
								lechyd cyffredinol yw'r ffocws
10	Denkinger, M, D., Lukas, A., Herolsheim er, F., Peter, R., a Nikolaus, T.,	2012	Physical activity and other health- related factors predict health care utilisation in older adults.	<i>Zeitschrift für Gerontologie und Geriatric, 45(4), 290- 297.</i>	Yr Almaen		1506  Ystod oedran 65-90	Mae unigrwydd yn gysylltiedig â mwy o ddefnydd ar wasanaethau iechyd. Cwestiwn ynghylch a yw hyn oherwydd cyfradd uwch o iselder ac mae'n anodd awgrymu achos ac effaith gydag astudiaeth drawstoriadol.  Nid yw'n gwahaniaethu rhwng unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.  Nid yw'n segmentu sampl o ran cyflwr ac unigrwydd neu ynysigrwydd cymdeithasol.  lechyd cyffredinol yw'r ffocws

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
11	Dreyer, K., Steventon, A., Fisher, R., a Deeny, S, R.	2018	The association between living alone and health care utilisation in older adults: a retrospectiv e cohort study of electronic health records from a London general practice	<i>Geriatreg</i> <i>BMC. Cyfrol</i> 18:269	DU	Trawstoriad ol	1447  Ystod oedran 65-90	Mae byw ar eich pen eich hun yn cael effaith ar y defnydd o wasanaethau gofal iechyd ymysg cleifion hŷn. Gall ynysigrwydd cymdeithasol, diffyg cefnogaeth gymdeithasol a byw ar eich pen eich hun gael mwy o effaith ar iechyd.  Nid yw'r astudiaethau penodol hyn yn gwahaniaethu rhwng byw ar eich pen eich hun (disgrifiad o drefniadau byw), ynysigrwydd cymdeithasol (lefel yr integreiddio o fewn cymdeithas) a bod ar eich pen eich hun (amser a dreulir ar eu pen eu hun). Yn lle hynny, mae'n cyfuno'r 3 ac yn symud rhyngddynt fel

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								pe na bai gwahaniaeth. Iechyd cyffredinol yw'r ffocws
12	Ellaway, A., Wood, S., a MacIntyre, S.	1999	Someone to talk to? The role of loneliness as a factor in the frequency of GP consultations	<i>British Journal of General Practice</i> , Cyfrol 49 (442): 363-367.	DU	Trawstoriadol	691 Ystod oedran 40-60	Roedd pobl heb fynediad at gar, sy'n byw mewn tai ar rent, sydd ag iechyd gwael wedi'u hunanasesu, ac yn adrodd bod ganddynt lefelau uwch o unigrwydd yn cael nifer cymedrig sylweddol uwch o ymgynghoriadau â meddyg teulu yn y feddygfa. Roedd cysylltiad arwyddocaol hefyd rhwng cyfraddau ymgynghori a nifer y symptomau a'r sgôr ar raddfeydd pryder HADS ac iselder HADS. Roedd cysylltiad arwyddocaol rhwng dosbarth cymdeithasol,

Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								<p>deiliadaeth tai, iechyd hunanraddedig, unigrwydd a chymdogaeth breswyl a nifer cymedrig yr ymweliadau cartref a adroddwyd. Roedd cysylltiad arwyddocaol hefyd rhwng nifer y symptomau mewn mis a sgoriau iselder, ac ymgynghoriadau yn y cartref. Nid yw'r astudiaeth yn llwyddo i nodi cysylltiadau ac amrywiaeth.</p> <p>Yn ystyried penderfynyddio n cymdeithasol iechyd fel rheswm ac roedd pobl o gefndiroedd mwy difreintiedig yn defnyddio mwy ar wasanaethau gofal sylfaenol.</p> <p>Nid yw'n gwahaniaethu rhwng unigedd</p>



Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								cymdeithasol ac unigrwydd.  lechyd cyffredinol yw'r ffocws
13	Field, E. M., Walker, M., ac Orrell, M.	2002	Social networks and health of older people living in sheltered housing	<i>Ageing and Mental Health</i> Cyfrol 6(4):372-386	DU	Trawstoriad ol	87  Ystod oedran 63-87	Mae pobl â rhwydweithiau cymorth preifat yn fwy tebygol o ddefnyddio mwy ar wasanaethau a bod â chyfraddau uwch o iselder. Mae pobl â rhwydweithiau cymorth preifat yn fwy tebygol o nodi eu bod yn unig ac yn fwy tebygol o brofi cyfyngiadau difrifol ar weithgaredd.  Nid yw'n gwahaniaethu rhwng unigedd cymdeithasol ac unigrwydd.  Iselder yw'r ffocws
14	Field, E., Walker, M., Hancock, G., ac Orrell, M.	2005	The needs of older people in sheltered housing	<i>Journal of Housing for the Elderly.</i> Cyfrol 19(2):107- 117	DU	Astudiaeth gymhariaet h rhwng tai gwarchod mewn canol dinas ac mewn tref	138  Ystod oedran 71-87	Roedd gan bobl â rhwydweithiau cymdeithasol cyfyngedig anghenion iechyd uwch ar

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
						newydd [NT]		gyfer y ddau grŵp. Roedd ardaloedd â gwasanaethau allanol gwael (trafnidiaeth ac ati) hefyd yn cael mwy o effaith ar bobl a oedd wedi'u hynysu'n gymdeithasol.  Nid unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yw ffocws yr astudiaeth ond mae'n un o'r canfyddiadau.  lechyd cyffredinol yw'r ffocws
15	Geller, G., Janson, P., McGovern, E., and Valdini, A.,	1999	Loneliness as a predictor of hospital emergency department use	The Journal of Family Practice. Cyfrol 48(10):801-804	UDA	Trawstoriadol	164 Ystod oedran 15-80	Roedd unigrwydd cronig yn rhagfynegi mwy o ddefnydd ar wasanaethau brys a hynny'n annibynnol ar salwch cronig.  Yn defnyddio graddfa UCLA ar gyfer unigrwydd.  Nid yw'r astudiaeth yn gwahaniaethu rhwng unigrwydd ac

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								ynysigrwydd cymdeithasol ac mae'n cyfuno'r ddau.  Nid yw'n nodi unrhyw resymau eraill.  lechyd cyffredinol yw'r ffocws
16	Gerst- Emerson, K a Jayawardha na, J.	2015	Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilisation in older adults	<i>American Journal of Public Health.</i> Cyfrol 105:1013- 1019	UDA	Hydredol	7060 60+ oed	Mae unigrwydd cronig yn gysylltiedig â nifer fawr o ymweliadau â'r meddyg teulu. Mae meddygon teulu yn ffynhonnell cymorth cymdeithasol.  Yn cyfuno ynysigrwydd cymdeithasol â byw ar eich pen eich hun ac unigrwydd  lechyd cyffredinol yw'r ffocws
17	Gutzman, J, S., Sohn, L., and Harada, N, D	2004	Living alone and outpatient use by older veterans	<i>Journal of the American Geriatric Society.</i> Cyfrol 52:617-622	UDA	Trawstoriad ol	1030 Oedran 65+	Mae cyn-filwyr sy'n byw ar eu pen eu hunain yn cael mwy o ymweliadau fel cleifion allanol na'r rhai sy'n byw gydag eraill.

Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								Yn cyfuno byw ar eich pen eich hun ac ynysigrwydd cymdeithasol  lechyd cyffredinol yw'r ffocws
18	Hanratty, B., Stow, D., Collinridge Moore, D., Valtorta, N, K., Matthews, F.,	2018	Loneliness as a risk factor for care home admission in the English Longitudina l Study of Ageing	<i>Age and Ageing.</i> Cyfrol 47:896-900	DU	Hydredol Arfaethedig	254 50+ oed  Oed cymedri g 82.1	Roedd teimladau o unigrwydd yn gysylltiedig â nifer fwy o dderbyniadau i gartrefi gofal yn annibynnol ar ynysigrwydd cymdeithasol. Awgrymir bod unigrwydd yn ffactor risg ar gyfer cynnydd yn y derbyniadau i gartrefi gofal.  Yn cyfuno unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol a diffyg cymhlethdod yn y dadansoddiad.  lechyd cyffredinol yw'r ffocws
19	Hemingway, A., a Jack, E.	2013	Reducing social isolation and	<i>Quality in Ageing and Older Adults</i>	DU	Dulliau cymysg ond heb unrhyw sail	100	Gwell llesiant yn deillio o ddefnyddio gwasanaethau

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
			promoting well-being in older people	Cyfrol 14 (1):25-35		fethodolego l ar gyfer y gwaith ansoddol	Oedran cymedri g 80	cymorth a oedd hefyd yn darparu cludiant i weithgareddau mynediad. Mae'r canlyniadau hefyd yn cynnwys lefelau is o unigedd cymdeithasol.  Yn cyfuno unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.  Mae diffyg sail ddamcaniaetho l a dyluniad ymchwil yn golygu nad yw'r canlyniadau'n gadarn a bod y dadansoddiad o'r data yn aneglur.  Llesiant yw'r ffocws
20	Henricksen, J., Larsen, E, R., Mattisson, C., ac Andersson, N, W.,	2017	Loneliness, health and mortality	<i>Epidemiolog y and Psychiatric Sciences</i> 1- 6	Sweden	Persbectif Hydredol	1363 Ystod oedran 40-99	Mwy o farwolaethau ymhlith menywod sy'n unig o gymharu â dynion. OND dim perthynas rhwng iechyd corfforol a ffactorau risg ar gyfer marwolaeth.

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								Nid yw'n gwahaniaethu rhwng unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.  lechyd cyffredinol yw'r ffocws
21	Herbolsheimer, F., Ungar, N., a Richard, P.	2018	Why is social isolation among older adults associated with depressive symptoms? The mediating role of out-of-home physical activity	<i>International Journal of Behavioural Medicine.</i> Cyfrol 25: 649-675	Yr Almaen	Hydredol	334  Ystod oedran 65-84	Roedd cysylltiadau cyfeillgarwch (perthynas neu gymuned) yn cynyddu gweithgaredd corfforol y tu allan i'r cartref ac yn lleihau iselder ac ynysigrwydd cymdeithasol.  Yn cyfuno ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd
22	Houle, L, G., Salmoni, A, W., Pong, R, W., Laflamme, S., a Viverais-Dressler, G, A.,	2012	Predictors of Family Physician Use Among Older Residents of Ontario and An Analysis of the Andersen-Newman Behavior Model.	<i>Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement</i> , 20(2), 233-250.	Canada	Trawstoriadol	7112  Oedran > 65	Mae cysylltiad rhwng unigrwydd a mwy o ddefnydd o wasanaethau meddygon teulu ymysg dynion yn arbennig. Y defnydd o feddygon oedd ffocws yr astudiaeth.

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								Roedd unigrwydd yn ganlyniad defnydd cynyddol. Cyfuno ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd lechyd cyffredinol yw'r ffocws
23	Jenkins, C, L., Edmundson, A., Averette, P., and Yoon, I.,	2014	Older Lesbians and Bereavement: Experiencing the Loss of a Partner	<i>Journal of Gerontological Social Work</i>  Cyfrol 57(2-4):273-287	UDA	Cyfweld - dim fframwaith methodolegol	55  Ystod Oedran 55-82	Roedd Lesbiaid yn cael broblemau cymhleth o ran effeithiau ar iechyd ar ôl cael profedigaeth; nid oedd gweithwyr cymdeithasol yn deall cymhlethdod eu problemau ac roedd yn cynyddu teimladau o unigrwydd. Argymhellion ar gyfer hyfforddi ynghylch amrywiaeth i weithwyr cymdeithasol.  Profedigaeth oedd y ffocws, roedd unigrwydd yn ganlyniad.

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
24	Kearns, A., Whitley, E., Tannahill, C., ac Ellaway, A.,	2015	Loneliness, social relations, and health and well- being in deprived communitie s	<i>Psychology, Health and Medicine</i> Vol 20(3): 332- 344	DU Yr Alban	Trawstoriad ol	4082  Oedran 16+	Mae unigrwydd yn gysylltiedig ag iechyd meddwl a lles ond yn fwy amllwg mewn ardaloedd sy'n gymdeithasol ddifreintiedig gyda lefelau isel o gymorth cymdeithasol canfyddedig.  Iechyd meddwl/iselder yw'r ffocws.  Yn cyfuno unigrwydd ac ynysigrwydd ac yn trafod 'unigrwydd sefyllfaol'.
25	Kvaal, K., Halting A- G., and Kvigne, K.,	2014	Social provision and loneliness among older people suffering from chronic physical illness; A mixed methods approach.	<i>Scandinavia n Journal of Caring Sciences</i> Vol. 28:104- 111	Norwy	Dulliau cymysg	101  Ystod oedran 65-96	Yn gwahaniaethu rhwng unigrwydd cymdeithasol ac emosiynol. Mae'n ymddangos bod unigrwydd cymdeithasol yn derm arall ar gyfer ynysigrwydd cymdeithasol. Mae pobl â salwch cronig yn fwy tebygol o fod yn unig a dioddef mwy o



Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								<p>iselder. Ystyrir bod ymyriadau ar gyfer cymorth cymdeithasol ac emosynol yn angenrheidiol er mwyn lleihau unigrwydd. Roedd symud o'u cartref eu hunain i'r ysbyty yn cynyddu teimladau o unigrwydd emosynol. Roedd cael eu rhyddhau o'r ysbyty a theimlo na allant ymdopi yn cynyddu gorbryder a dibyniaeth ar wasanaethau cymunedol.</p> <p>Defnyddiwyd graddfeydd SPS ac MDRS.</p> <p>Diffyg fframwaith damcaniaethol i lywio'r dadansoddiad.</p> <p>Yn cyfuno unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.</p>

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								lechyd cyffredinol yw'r ffocws
26	Li, M, J., Hubach, R, D., a Dodge, B.	2015	Social Milieu and mediators of loneliness among gay and bisexual men in rural Indiana	<i>Journal of Gay and Lesbian Mental Health</i> Vol. 19(4):331- 346	UDA	Trawstoriad ol	225  Oedran cymedri g 30.65	Roedd cysylltiadau cymdeithasol yn lleihau problemau iechyd mewn cymunedau gwledig ar gyfer dynion hoiw a deurywiol. Fe'u defnyddiwyd i gael mynediad at adnoddau cymunedol a hefyd i gynyddu cysylltedd cymunedol. Roedd hyn hefyd yn helpu i leihau teimladau o unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol.  Defnyddiwyd graddfa unigrwydd UCLA.  Yn cyfuno unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol  Ni ellir dod i casgliadau achosol o ran problemau gyda

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								chynaliadwyed d a modelu.
								lechyd cyffredinol yw'r ffocws
27	Løhre, A.	2012	The impact of loneliness on self- rated health symptoms among victimized schoolchildr en	<i>Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health</i> Vol. 6:20	Norwy	Trawstoriad ol holiadur	419  Ystod oedran 7-16	Roedd symptomau iechyd plant a oedd wedi profi erledigaeth yn fwy pan oeddent yn unig. Roedd plant a ddisgrifiodd eu hunain fel unig wedi nodi mwy o symptomau iechyd na'r rhai na ddisgrifiodd eu hunain fel unig; mwy o atgyfeiriadau at nyrs neu fwy o amser i ffwrdd o'r ysgol.  Yn cyfuno unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol. Nid yw'n archwilio ffactorau eraill.
								lechyd cyffredinol yw'r ffocws
28	McGoldrick, C., Barrett,	2017	Befriending and re- ablement service: A	<i>International Journal of Sociology and Social</i>	DU	Adolygiad llynyddiaeth a chyfweiliada	50  Oedran 65+	Mae gwasanaethau cyfeillio ac ailalluogi yn

Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
	G, A., a Cook, I.		better alternative in an age of austerity	<i>Policy</i> Cyfrol. 37(1- 2):51-68		u (dim dyluniad)		lleihau'r gost i wasanaethau iechyd a chymdeithasol. Maent yn cynyddu ansawdd bywyd ac yn lleihau ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd drwy leihau ffactorau risg ar gyfer cwmpo, cynyddu hunanofal, osgoi camau brys drwy atal argyfyngau, cynyddu byw'n annibynnol a galluogi pobl hŷn i 'heneiddio gartref'. Maent hefyd yn cael effaith gadarnhaol ar iechyd gofalwyr oherwydd y cymorth.  Maint sampl bach a diffyg disgrifiad manwl o'r ffordd y cynhaliwyd yr astudiaeth a dadansoddi data. Yn cyfuno ynysigrwydd

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								cymdeithasol ac unigrwydd  lechyd cyffredinol yw'r ffocws
29	Milligan, C, Payne, S., Bingley, A., a Cockshott, Z.	2015	Place and well-being: Shedding light on activity intervention s for older men	<i>Ageing and Society</i> Cyfrol 35:124-149	DU	Gwerthuso ond dim fframwaith damcaniaet hol	62  Ystod oedran 52-73	Roedd siediau dynion yn lleihau ynysigrwydd cymdeithasol ac yn cynyddu llesiant, yn gweithredu fel gofod therapiwtig a diogel i ddynion drafod teimladau a chael cyngor ar iechyd ac atgyfeiriadau i wasanaethau wedi'u targedu ar gyfer materion yn ymwneud ag iechyd.  Siediau oedd y ffocws. Roedd unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn ganlyniadau'r gwaith. Yn derbyn bod gwahaniaeth ond yna'n cyfuno'r 2 yn yr adroddiad.

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								lechyd cyffredinol yw'r ffocws
30	Mistry, R., Rosansky, J., MGuire, J., McDermott, C., Jarvik, L., a'r UPBEAT Collaborativ e group	2001	Social isolation predicts re- hospitalizati on in a group of older American veterans enrolled in the UPBEAT Program	<i>International Journal of Geriatric Psychiatry.</i> Cyfrol 16: 950-959	UDA	Trawstoriad ol	123  Oedran cymedri g 70	Roedd cyn- filwyr Americanaidd a oedd wedi'u hynysu'n gymdeithasol yn fwy tebygol o ddefnyddio gwasanaethau gofal iechyd cleifion mewnol. Nid oedd cyn-filwyr â risg is o ynysu cymdeithasol yn rhydd o broblemau seicolegol nac yn eu hatal rhag cael eu haildderbyn i'r ysbyty. Roedd cyn-filwyr angen pobl a chanddynt ddealltwriaeth o'r fyddin i siarad â nhw.  Defnyddiwyd graddfa MHI- 38, graddfa SF36, a graddfa LSNS.

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								Nid yw'n trafod unigrwydd fel mater o bwys.  lechyd meddwl yw'r ffocws
31	Newall, N., McArthur J., a Menec, V, H	2015	A Longitudinal Examination of Social Participation, Loneliness and use of Physician and Hospital Services	<i>Journal of Ageing and Health.</i> Cyfrol 27(3):500- 518	Canada	Hydredol	954  Ystod oedran 45-95	Mae unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol yn cynyddu'r defnydd o wasanaethau meddygon teulu ond nid gwasanaethau ysbytai. Roedd unigrwydd yn golygu bod pobl mewn mwy o berygl o gael eu haillderbyn i'r ysbyty, roedd pobl a chanddynt fwy o gysylltiadau cymdeithasol yn aros yn yr ysbyty am gyfnodau byrrach.  Yn defnyddio cyfranogiad cymdeithasol ar gyfer ynysigrwydd cymdeithasol, ond yn cyfuno canfyddiadau ag unigrwydd.

Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								lechyd cyffredinol yw'r ffocws
32	Ollife, J., Broom, A., Popa, M., Jenkins, E. K., Rice, S. M., Ferlatte, O., a Rossnagel, E.,	2018	Unpacking social isolation in men's suicidality	<i>Qualitative Health Research</i> 1- 13	Canada	Ymchwil weithredol	35  Ystod oedran 20-68	Arwahanrwydd cymdeithasol a hunanladdiad ymysg dynion. Dechreuodd y problemau yn ystod plentyndod ac roeddent yn gysylltiedig â digwyddiadau trawmatig eraill neu gyfnodau pontio allweddol fel diweithdra. Roedd ynysigrwydd cymdeithasol yn cynyddu pan oedd dynion yn teimlo nad oedd ganddynt asiantaeth o fewn y gwasanaethau iechyd meddwl oherwydd eu bod yn rhy ragnodol. Roedd angen cynnwys amgylcheddau diogel ac ymyriadau hygyrch yn y gymuned.



Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								Yn cyfuno ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd.  Iechyd meddwl yw'r ffocws
33	Pitkala, K, H., Routasalo, P., Koutianinen, H., a Tilvis, R, S.,	2009	Effects of Psychosoci al Group Rehabilitati on on Health, use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness; A Randomise d Controlled Trial	<i>Journal of Gerontology: Medical Sciences.</i> Cyfrol 64A(7):792- 800	Y Ffindir	Hap-dreial wedi'i reoli	235  Ystod oedran 75-92	Gellir lleihau effeithiau iechyd unigrwydd a dibyniaeth ar wasanaethau gofal sylfaenol drwy ddefnyddio adsefydlu drwy grwpiau seicogymdeitha sol.  Yn cyfuno ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd.  Iechyd meddwl yw'r ffocws
34	Reijnders,T. , Schuler, M., Jelusic, D., Troosters, T.,Janssens , W., Schultz, K., and von Leupoldt, A.,	2018	The impact of loneliness on outcomes of pulmonary rehabilitatio n in patients with COPD	<i>COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.</i> Cyfrol 15(5), p.446-453	Yr Almaen	Gwerthusia d o raglen 3 wythnos	104  Oedran cymedri g 57.6	Mae gan bobl â COPD lefelau uwch o unigedd cymdeithasol ac unigrwydd sy'n gysylltiedig â'u cyflwr oherwydd bod ganddynt lai o allu gweithredol. Roedd adsefydlu ysgyfeiniol yn

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								lleihau unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol ac yn cynyddu cymhelliant i barhau ag adsefydlu ysgyfeiniol. Dim ond astudiaeth 3 wythnos ac mae hyn yn gwanhau'r honiadau yn y gwaith.  COPD, unigrwydd a chanlyniad yw'r ffocws  Defnyddiwyd DJGLS. Defnyddir unigrwydd cymdeithasol ac emosiynol yn hytrach nag ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd felly mae'r canlyniadau'n ddryslyd.
35	Stack, R, J., a Meredith, A.	2018	The Impact of Financial Hardship on Single Parents: An Exploration of the journey	<i>Journal of Family and Economic Issues</i> Cyfrol 39:233-242	DU	Cyfweliadau, dim dyluniad ymchwil Concrit	15 Ystod oedran 23-47	Roedd rhieni sengl yn profi unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol: nid oeddent bob amser yn defnyddio

Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
			from social distress to seeking help					<p>banciau bwyd oherwydd nad oeddent yn gwybod a oeddent yn gymwys ai peidio. Yn defnyddio gwasanaethau iechyd meddwl oherwydd nosweithiau digwsg, straen, rhwystredigaeth feddyliol, trallod, yn cysylltu â'r meddyg teulu i gael cymorth. Teimlo nad yw gwasanaethau yn gallu diwallu anghenion cymdeithasol cymhleth ond yn hytrach yn eu trin fel problem feddygol ac yn canolbwyntio ar driniaeth.</p> <p>Trafodwyd statws economaidd gymdeithasol fel ffactor sy'n cyfrannu at unigrwydd. Mae'n cyfuno ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd.</p>

Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								Mae diffyg methodoleg ymchwil a fframwaith damcaniaethol yn golygu nad yw canlyniadau'r astudiaeth yn gadarn. Nid oes gan y dadansoddiad fframwaith nac esboniad o sut y nodwyd y themâu. Cyfyngiad oherwydd y niferoedd bach a oedd yn rhan o'r astudiaeth. Iechyd meddwl yw'r ffocws
<sup>36</sup>	Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., a Wardle, J.,	2013	Social isolation, loneliness and all-cause mortality in older men and women	<i>PNAS</i> . Cyfrol 110(15):579 7-5801	DU	Hydredol	6500  Ystod oedran	Mae ynysigrwydd cymdeithasol ymysg dynion a menywod yn rhagfynegi cyfraddau marwolaeth uwch. Mae'r effaith yn annibynnol ar effaith emosïynol unigrwydd. Yn argymhell ymyriadau sy'n canolbwyntio ar ynysu

Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								cymdeithasol oherwydd bod hyn yn cael mwy o effaith ar farwolaethau. Yn dangos y gallai pobl o gefndiroedd mwy economaidd difreintiedig wynebu mwy o risg o gael eu hynysu'n gymdeithasol (Steptoe et al. 2013). Yn methu â nodi'r cysylltiad rhwng unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol. Defnyddir graddfa UCLA.  Yn cyfuno ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd yn y drafodaeth.  lechyd cyffredinol yw'r ffocws
37	Squires, S, E.	2015	To a deeper understandi ng of loneliness	<i>Collegium Antropologic um</i> Vol. 39(2): 289- 295.	Gwerinia eth lwerddon	Trawstoriad ol	629  Ystod oedran 60-92	Roedd 11 y cant o bobl sy'n emosynol unig yn cael mwy o anhawster yn cael gafael ar

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
			among Irish older adults					wasanaethau. Rhesymau heb eu rhoi. Mae pobl â lefel uwch o gwympiadau yn fwy swil yn gymdeithasol ac yn brin o hyder i fynd allan.  Defnyddir unigrwydd cymdeithasol ac emosiynol ond caiff y 2 eu cyfuno.  lechyd cyffredinol yw'r ffocws
38	Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, P., and Jakobsson, U.,	2015	Loneliness and health care consumption among older people	<i>Scandinavian Journal of Caring Sciences.</i> Cyfrol 29: 435-443	Sweden	Trawstoriad ol	153  Oedran 65+	Roedd pobl hŷn eiddil a oedd yn unig neu'n ynysig yn gymdeithasol yn defnyddio mwy ar wasanaethau cleifion allanol ac adrannau damweiniau ac achosion brys.  Yn cyfuno ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd  lechyd cyffredinol yw'r ffocws

Papur #	Awduron	Dyddiad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
39	Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, P., and Jakobsson, U.,	2018	The use of case manageme nt for community dwelling older people: the effects on loneliness, symptoms of depression and life satisfaction in a randomised controlled trial	<i>Scandinavia n Journal of Caring Sciences</i> Vol. 32: 889- 901	Sweden	Hap-dreial wedi'i reoli	153 Ystod oedran 65+	Rheoli achosion gan ddefnyddio hap-dreial wedi'i reoli i archwilio effaith. Drwy reoli achosion cafwyd lleihad mewn unigrwydd ymysg pobl hŷn oherwydd aethpwyd i'r afael â materion cyn iddynt droi'n argyfwng. Er enghraifft, targedu meysydd yr oedd angen mynd i'r afael â hwy megis cymorth cymdeithasol, gwella sgiliau cymdeithasol a therapi gwybyddol ymddygiadol ar gyfer gwybyddiaeth ddiffygiol. Mae atgyfeiriadau at lwybrau cymorth priodol yn bwysig. Gall pobl hŷn eiddil elwa mewn ffordd fwy

Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								cadarnhaol byth.  Yn cyfuno ynysigrwydd cymdeithasol ac unigrwydd  Iselder yw'r ffocws
40	Theeke, L, a Mallow, J.	2013	Loneliness and Quality of Life in Rural Older adults	<i>American Journal Of Nursing</i> Cyfrol 113(9):28-38	UDA	Trawstoriad ol	60  Ystod oedran 65+	Mae astudiaeth yng nghefn gwlad Appalachia yn awgrymu bod unigrwydd yn cael effaith ddwys ar iechyd, yn lleihau'r gallu i reoli salwch cronig, yn arwain at ansawdd bywyd is, lefelau uwch o ordewdra, defnydd uwch o feddyginiaeth bresgripsiwn.  Defnyddiwyd graddfa UCLA a graddfa CASP-12.  Cydberthynas ac nid achosiaeth, dyfnder ar goll yn y gwaith.  Yn cyfuno ynysigrwydd



Pap ur #	Awduron	Dyddi ad	Teitl	Cyfnodolyn/ cyhoeddiad	Gwlad	Dyluniad yr ymchwil	Maint y Sampl	Canfyddiadau
								cymdeithasol ac unigrwydd  lechyd cyffredinol yw'r ffocws

**Atodiad B:** Tabl astudiaethau metaddadansoddi a chrynodeb o fetaddadansoddiad technegol

**Tabl: Meintiau Effaith Wedi'u Metaddadansoddi Rhwng Unigrwydd ac Ymweliadau â Meddygon ar Draws 11 Astudiaeth (Cyfanswm N = 30,969).**

Astudiaeth	N	Sampl	Oedran cymedrig	Canran y benywod	Canlyniad gofal iechyd	Mesur o unigrwydd	r	CH 95 y cant
1. Bath a Gardiner (2005)	1042	Astudiaeth Hydredol Nottingham o Weithgaredd a Heneiddio, sampl gynrychioliado I genedlaethol o bobl > 65 oed.	75.21	61.0	Ymweliadau â meddyg teulu yn ystod y mis blaenorol	Asesiad Byr o Ymgysylltu Cymdeithasol, etiemau wedi'u gwrthdroi	.017	[6.1]
2. Beutal et al. (2017)	15,010	Sampl o boblogaeth gorllewin Canolbarth yr Almaen, Astudiaeth lechyd Gutenberg (GHS)	54.9	49.4	Ymweliadau â meddyg yn ystod y mis diwethaf	Mesur eitem sengl	.071	[.06, .09]
3. Cruwys et al. (2018) - 1	1,752	Sampl gymunedol o fynychwyr gofal sylfaenol yn yr Alban	57.55	57.3	Amlledd yr apwyntiadau dros y 6 mis diwethaf (data siart)	mesur pedair eitem o gysylltedd grŵp cymdeithasol, etiemau wedi'u gwrthdroi	.07	[.06, .16]
4. Cruwys et al. (2018) - 2	79	Sampl o bobl ifanc y mae eu bywydau'n	22.04	67.1	Newid yn amllder apwyntiadau	mesur pedair eitem o gysylltedd grŵp cymdeithasol,	.11	[.10, .50]

Astudiaeth	N	Sampl	Oedran cymedrig	Canran y benywod	Canlyniad gofal iechyd	Mesur o unigrwydd	r	CH 95 y cant
		cael eu trawsnewid			y mis diwethaf	eitemau wedi'u gwrthdroi		
5. Cruwys et al. (2018) - 3	46	Sampl o oedolion difreintiedig	44.67	73.9	Newid yn amllder apwyntiadau yn ystod y 3 mis diwethaf ar ôl ymyrraeth ymgysylltu cymdeithasol	mesur pedair eitem o gysylltedd grŵp cymdeithasol, eitemau wedi'u gwrthdroi	.17	[.04, .57]
6. Denking et al (2012)	1,056	Sampl o bobl > 65 oed yn seiliedig ar boblogaeth, yn ne yr Almaen.	75.84	44.9	Nifer y cysylltiadau â meddyg yn ystod y flwyddyn ddiwethaf	Sgôr eitem sengl o 0 i 10	.067	[.01, .13]
7. Gerst-Emerson a Jayawardhana (2015)	3,530	Sampl o oedolion > 60 oed yn seiliedig ar y boblogaeth, o'r Astudiaeth lechyd ac Ymddeol, yn yr Unol Daleithiau	71.0	59.2	Ymweliadau â meddygon yn y 2 flynedd ddiwethaf.	Graddfa unigrwydd 3-eitem wedi'i dilysu	.063	[.03, .10]
8. Houle et al. (2001)	7,112	Sampl o oedolion > 65 oed yn seiliedig ar y boblogaeth, o arolwg lechyd Ontario, Canada	72.69	58.6	Cyfanswm yr ymweliadau â meddyg teulu yn ystod y flwyddyn ddiwethaf	Eitem sengl dwyrannol (I/N)	.153	[.13, .18]

Astudiaeth	N	Sampl	Oedran cymedrig	Canran y benywod	Canlyniad gofal iechyd	Mesur o unigrwydd	<i>r</i>	CH 95 y cant
9. Newall et al. (2015).	954	Sampl o oedolion > 45 oed yn seiliedig ar y boblogaeth, o'r Wellness Institute Services Evaluation Research, Winnipeg, Canada.	63.5	53.8	Nifer yr ymweliadau gan feddyg	Mesur eitem sengl	.120	[.06, .18]
10. Pitkala et al (2009)	235	Sampl o oedolion > 74 oed, a Hapdreial wedi'i Reoli yn y Ffindir	80.0	73.61	Ymweliadau â meddyg mewn unedau cost	Unigrwydd ar ôl Ymyrraeth i gynyddu unigrwydd o gymharu â rheolaeth	.134	[.01, .26]
11. Taub et al. (2015).	153	Sampl o oedolion > 65 oed a oedd yn byw gartref ac yn fregus, o Sweden	81.5	66.7	4 eitem sengl wedi'u creu gan yr awduron	Cyfanswm yr ymweliadau, cyswllt ffôn a chysylltiad arall â meddyg.	.164	[.01, .32]
Canlyniadau'r metaddadansoddiad						Cyfartaledd <i>r</i>	.101	[.01, .32]
						Cyfanswm <i>N</i>	30,969	

## *Crynodeb Technegol o'r metaddadansoddiad*

Adroddodd sawl un o'r astudiaethau ar faint effeithiau fel gwerthoedd  $r$ , yr holl effeithiau eraill (cymarebau ods, chi-sgwâr, gwerthoedd- $t$ ) a throswyd y rhain yn werthoedd  $r$  yn gyntaf. Yn ôl canllawiau Cohen (1992), ystyrir bod effeithiau  $r = .10$  yn fach,  $r = .30$  yn ganolig, a  $r = .50$  yn fawr. Defnyddiwyd y canllawiau hyn i asesu maint yr effeithiau.

Defnyddiwyd metaddadansoddiad effeithiau ar hap i amcangyfrif maint cyfartalog effaith y berthynas rhwng unigrwydd/ynysigrwydd cymdeithasol ac amlder ymweld â meddygon gan ddefnyddio'r meddalwedd Metaddadansoddiad Cynhwysfawr (CMA) (Borenstein et al. 2005). Yn gyntaf, mae CMA yn trawsnewid y cyfernodau cydberthynas unigol yn sgoriau z Fisher, ac yn pwysoli'r effeithiau cyn eu metaddadansoddi.

Cyfrifwyd amcangyfrifon o'r amrywioldeb rhwng astudiaethau o ran maint effeithiau gan ddefnyddio dau ddull i benderfynu a oedd angen defnyddio'r dadansoddiad cymedrolwr. Defnyddiodd y dull cyntaf yr ystadegyn heterogenedd,  $Q$ , i asesu maint yr amrywioldeb ymhlith y gronfa o feintiau effaith (Card 2012); a gellir cyfiawnhau dadansoddiad cymedrolwr os yw'r ystadegyn hwn yn gysylltiedig â chyfwng hyder mawr. O ran yr ail ddull, defnyddiwyd yr ystadegyn  $I^2$  i amcangyfrif cyfran yr amrywioldeb sy'n bresennol nad oedd o ganlyniad i wall samplu o fewn yr astudiaethau (Slosar 2009). Yn gyffredinol, mae gwerthoedd  $I^2$  o 25 y cant yn adlewyrchu heterogenedd isel, mae 50 y cant yn adlewyrchu heterogenedd cymedrol, ac mae 75 y cant neu fwy yn adlewyrchu heterogenedd uchel (Viechtbauer 2010).

Cynlluniwyd dadansoddiad cymedrolwr i asesu dylanwad posibl rhywedd ac oedran cyfranogwyr ar unrhyw effeithiau cyfartalog sylweddol. Cofnodwyd rhywedd fel newidyn parhaus (canran y benywod), ac felly defnyddiwyd dadansoddiad meta-atchweliad effeithiau cymysg (dull moment) i asesu effeithiau cymedroli posibl y newidyn hwn. Yn yr un modd, gwerthuswyd effaith gymedroli oedran gan ddefnyddio meta-atchweliad yn y CMA.

Defnyddiwyd dull amlochrog, fel yr argymhellwyd gan Card (2012), ar gyfer asesu gogwydd cyhoeddi, hynny yw, i asesu i ba raddau y gall y broblem "drôr ffeiliau" - hynny yw absenoldeb astudiaethau di-sail - ragafarnu canlyniadau'r metaddadansoddiad. Roedd hyn yn arbennig o bwysig o ystyried y nifer gymharol fach o astudiaethau a gynhwyswyd yn y metaddadansoddiad ac mai dim ond ymchwil gyhoeddedig a gynhwyswyd yn y dadansoddiad. Yn gyntaf, cyfrifwyd  $N$  di-feth ar gyfer pob maint effaith gan ddefnyddio dull Rosenthal (1979). Mae'r ystadegyn hwn yn rhoi amcangyfrif o nifer yr astudiaethau â chanlyniadau nad ydynt yn arwyddocaol ( $t > .05$ ) y byddai angen eu cynnwys yn y metaddadansoddiad i fygwth y casgliad o gysylltiad sylweddol (Rosenthal 1979). Fel canllaw, mae Rosenthal (1979) yn awgrymu y dylai  $N$  di-feth sy'n ddigon uchel fod yn fwy na  $5k + 10$ , lle mae  $k$  = nifer yr astudiaethau a gynhwyswyd.

O ran adrodd yn y byd academiaidd, mae tueddiad i gyhoeddi dim ond cyhoeddiadau a chanddynt effaith sylweddol, felly fel rhan o'r metaddadansoddiad gwnaed prawf i weld a oedd y rhagfarn hon yn bresennol yn y llenyddiaeth. Archwiliwyd graffiau twndis ar gyfer y metaddadansoddiad, gan eu bod yn gynrychiolaeth graffigol o ragfarn cyhoeddi. Os yw archwiliad gweledol yn datgelu

anghymesuredd yn siâp y graff twndis o'r cyfluniad trionglog disgwylidig, yna mae posibilrwydd bod rhagfarn cyhoeddi (Card 2012). Roedd hyn yn mynd law yn llaw ag amcangyfrif meintiol o anghymesuredd graff gwasgariad posibl ac felly rhagfarn cyhoeddi, gan ddefnyddio dull "tocio a llenwi" Duval a Tweedie (2000). Yn gyntaf, mae'r dull hwn yn "tocio" unrhyw astudiaethau sy'n cyfrannu at anghymesuredd graff twndis, yna'n adfer yr astudiaethau sydd wedi'u tocio ac yn rhoi gwerthoedd i "llenwi" y graff twndis fel bod cymesuredd yn cael ei gyflawni, yna'n cymharu'r canlyniadau â'r amcangyfrifon gwreiddiol. Os nad oes tebygrwydd, byddai hyn yn awgrymu rhagfarn cyhoeddi. Os canfyddir bod tebygrwydd, yna ystyrir bod y canlyniadau gwreiddiol yn gadarn ac nad oes rhagfarn cyhoeddi (Card 2012). Yn drydydd, defnyddiwyd prawf atchweliad Egger (Egger et al.1997) i asesu anghymesuredd y graffiau twndis. Yn y prawf hwn, mae'r rhyngdoriad yn adlewyrchu rhagfarn cyhoeddi, gyda phrawf sylweddol yn awgrymu presenoldeb rhagfarn cyhoeddi. Pan gânt eu defnyddio gyda'i gilydd ac os oes consensws o ran canlyniadau, gall y dulliau lluosog hyn helpu i leihau gwall Math 1 wrth asesu rhagfarn cyhoeddi (Card 2012; Ferguson a Brannick 2012).

### *Canlyniadau'r metaddadansoddiad*

Mae Tabl 1 yn cyflwyno'r cydberthyniad, codau astudio, a'r canlyniadau ar gyfer metaddadansoddiadau unigrwydd/ynysigrwydd cymdeithasol gydag ymweliadau â meddyg. Roedd y data a ddadansoddiwyd o 11 astudiaeth yn cynnwys 30,969 o gyfranogwyr. Datgelodd y metaddadansoddiad gysylltiad cyfartalog cadarnhaol bach ond arwyddocaol rhwng unigrwydd/ynysigrwydd cymdeithasol a mynd i weld y meddyg ( $r_{\text{cyf}} = .10$ ).

Roedd profion heterogenedd y meintiau effaith yn sylweddol,  $cyfanswm Q.(10) = 52.60, t < .001; I.^2 = 80.99$  y cant. Oherwydd bod gwerth yr  $I.^2$  yn uwch na'r trothwy o 75 y cant, cynhaliwyd dadansoddiadau cymedrolwr i archwilio ffynhonnell heterogenedd ymhlith y meintiau effaith.

Datgelodd y meta-atchweliad o ddylanwad rhyw fod y cysylltiadau rhwng unigrwydd/ynysigrwydd cymdeithasol ac ymweliadau â'r meddyg yn gyson ar draws rhyw yr ymatebwyr,  $b = -.106 [-.39, .18]$ ,  $Q_{\text{model}}(1) = 2.133, t = .14$ ,  $Q_{\text{gweddilliol}}(9) = 9.24, t = .42$ . Yn yr un modd, nid oedd y meta-atchweliad ar gyfer oedran yn arwyddocaol, gan ddangos nad oedd maint yr effeithiau ar draws yr astudiaethau yn amrywio yn unol â swyddogaeth oedran cyfranogwr,  $b = -.002 [-.01, .00]$ ,  $Q_{\text{model}}(1) = 1.90, t = .17$ ,  $Q_{\text{gweddilliol}}(30) = 7.99, t = .53$ .

## 1.2 Profion Rhagfarn Cyhoeddi

Roedd y profion yn unfrydol o ran awgrymu absenoldeb rhagfarn cyhoeddi. Datgelodd y dadansoddiad  $N$ . di-feth y byddai angen cynnwys 533 o astudiaeth ychwanegol gyda chanlyniadau nwl yn y metaddadansoddiad er mwyn lleihau gwerth  $p$  islaw .05. Roedd hyn ymhell uwchlaw'r gwerth trothwy o 65. Ni ddangosodd y graff twndis unrhyw arwyddion o anghymesuredd ac arweiniodd y prawf tocio a llenwi at docio 3 astudiaeth, ac felly cafwyd gwerthoedd tebyg ar gyfer yr effeithiau a gafwyd ( $r = .101 [.07, .14]$ ) a'r effeithiau priodoliedig ( $r = .091 [.06, .12]$ ). Nid

oedd prawf Egger ar y rhyngdoriad yn arwyddocaol ychwaith,  $b_o = .909 [-1.56, 3.38]$ ,  $t(9) = .83$ ,  $t = .21$ , gan gefnogi ymhellach ddiffyg rhagfarn cyhoeddi.

## Atodiad C: Canllaw pwnc ar gyfer cyfweiliadau â hysbyswyr allweddol

### NODYN I GYFWELWYR

Mae'r canllaw pwnc hwn wedi'i fwriadu ar gyfer cyfweiliadau â hysbyswyr allweddol o grwpiau a chymdeithasau cynrychioliadol.

Mae wedi'i fwriadu i'w ddefnyddio mewn ffordd hyblyg ac ni fydd yn cael ei ddefnyddio i ofyn cwestiynau gair am air: bydd yn cael ei deilwra yn unol â gwybodaeth y cyfranogwr am effaith unigrwydd a/neu ynysigrwydd cymdeithasol ar eu grŵp diddordeb targed. Sicrhewch fod gan y cyfranogwyr **daflen wybodaeth**, eu bod wedi cael **amser i ystyried a ydynt yn dymuno cymryd rhan** ac, ar ôl cytuno, eu bod **wedi llofnodi ffurflen gydsynio**.

Y cyd-destun

Diolch am gytuno i gael eich cyf weld. Fy enw i yw ....., o OB3, sy'n gwmni ymchwil o Gymru. Comisiynwyd y gwaith hwn gan Lywodraeth Cymru ac rydym yn gweithio'n uniongyrchol gyda'r Ganolfan Unigrwydd ym Mhrifysgol Sheffield.

Gofynnwyd i chi gymryd rhan yn yr astudiaeth hon oherwydd mae gennym ddiddordeb yn eich barn am y gwasanaethau sy'n canolbwyntio ar leihau unigrwydd a/neu ynysigrwydd cymdeithasol sydd ar gael ar gyfer **[grŵp targed]**, yn yr ardal leol y mae eich sefydliad yn ei chwmpasu. Mae gennym ddiddordeb hefyd yn y ffyrdd y gall gwasanaethau cymdeithasol a chyhoeddus leihau effaith unigrwydd a/neu ynysigrwydd cymdeithasol.

Ar gyfer y prosiect hwn, rydym yn diffinio 'unigrwydd' fel y bwlch rhwng yr hyn y mae person yn ei ddymuno o ran cysylltiad cymdeithasol a'u lefel wirioneddol o gysylltiad cymdeithasol. At hynny, mae'n ymwneud ag ansawdd eu perthnasoedd. Mewn gwrthgyferbyniad â hynny, mae ynysigrwydd cymdeithasol yn ymwneud â nifer y cysylltiadau mewn rhwydwaith cymdeithasol, nid eu hansawdd.

Cyn i mi ddechrau'r cyfweiliad, hoffwn ofyn i chi a ydych yn cytuno i adael i mi recordio ein trafodaeth. Dim ond gydag aelodau eraill o'r tîm ymchwil y bydd y recordiadau'n cael eu rhannu. Byddwn yn gwneud popeth o fewn ein gallu i sicrhau eich bod yn ddi-enw, ac ni fyddwn yn eich dyfynnu yn ôl enw mewn unrhyw adroddiad. Fodd bynnag, yn rhinwedd eich rôl, dylech fod yn ymwybodol y gallai'r sylwadau a wnewch alluogi i rywun eich adnabod o bosibl.

Ydych chi wedi llofnodi'r ffurflen gydsynio? Oes  Nac Oes

Ydych chi'n fodlon i mi recordio gweddill ein cyfweiliad? Oes  Nac Oes

A oes gennych unrhyw gwestiynau cyn i ni ddechrau? Oes  Nac Oes

Cwestiynau



1. A allwch ddarparu gwybodaeth am y sefydliad rydych chi'n gweithio iddo, a'ch rôl ynddo?
  - a. Pa fath o wasanaethau y mae eich sefydliad yn eu cynnig? (ymyriadau, cyngor, cefnogi gweithgareddau ac ati)
  - b. Beth yw prif bwrpas eich gwasanaeth? (lleihau unigrwydd neu arall)
  - c. Beth yw eich rôl o fewn y sefydliad? (comisiynu, cyflawni, polisi ac ati)
  
2. Ym mha ffyrdd ydych chi'n cefnogi **[grŵp targed]**?
  
3. Ydych chi'n gweithredu ar sail atgyfeirio ac os felly, a allwch roi mwy o fanylion?  
(Awgrymiadau: pwy sy'n atgyfeirio, a oes proses benodol [ffurflenni ac ati neu alwad ffôn], pwy sy'n cael ei atgyfeirio fel arfer, ydych chi'n atgyfeirio i rywle arall)
  
4. Ydych chi'n gweithio ochr yn ochr ag unrhyw sefydliadau eraill yn y gymuned? (holwch a ydyn nhw'n cydweithio â grwpiau eraill, pwy ydyn nhw, y broses o wneud hyn, ydyn nhw'n targedu grwpiau penodol)

### **[Esboniwch]**

Unigrwydd yw'r bwch rhwng yr hyn y mae person yn ei ddymuno o ran cysylltiad cymdeithasol a'r lefel wirioneddol o gysylltiad cymdeithasol. At hynny, mae'n ymwneud ag ansawdd eu perthnasoedd. Nid dewis yw unigrwydd a gall gymryd amser maith i leihau teimladau o unigrwydd. Mewn gwrthgyferbyniad â hynny, mae ynysigrwydd cymdeithasol yn ymwneud â nifer y cysylltiadau mewn rhwydwaith cymdeithasol, nid eu hansawdd. Gall pobl ddewis cael rhwydweithiau bach yn unig a gellir goresgyn ynysigrwydd cymdeithasol yn gyflym drwy ehangu nifer y bobl mewn rhwydwaith. Mae'n bwysig deall y gwahaniaeth rhwng unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol er mwyn inni sicrhau bod unrhyw atebion yn canolbwyntio ar gynyddu cyfleoedd i bobl gwrdd neu siarad ac ar helpu i adeiladu, cynnal ac ailsefydlu perthnasoedd ystyrllon.

5. Yn seiliedig ar eich profiad neu'ch tystiolaeth, beth ydych chi'n teimlo mae eich sefydliad yn ei wybod am y graddau y mae unigrwydd a/neu ynysigrwydd cymdeithasol yn cael ei brofi gan **[grŵp targed]**?
  - a. Wrth feddwl am y gwahaniaethau rhwng unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol ac yn seiliedig ar eich profiadau, ydych chi'n teimlo bod **[grŵp targed]** yn profi lefelau uwch o unigrwydd o gymharu â'r boblogaeth yn gyffredinol?

- b. Neu a ydych yn teimlo bod **[grŵp targed]** yn profi lefelau uwch o ynysigrwydd cymdeithasol o'i gymharu â'r boblogaeth gyffredinol?
  - c. Ydych chi'n teimlo bod y gwasanaethau rydych chi'n eu cynnig yn ddigonol i ddiwallu anghenion **[grŵp targed]** sy'n unig a/neu wedi'u hynysu'n gymdeithasol? (Gofynnwch iddynt siarad am y bylchau a'r gwahaniaethu rhwng unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol, a yw hyn yn ymwneud â **[grwpiau targed]** penodol, beth sydd ar goll)
  - d. A oes gennych unrhyw werthusiadau, adroddiadau neu ganfyddiadau ynghylch **[grŵp targed]** ar unigrwydd ac ynysigrwydd cymdeithasol y gallwch eu rhannu gyda ni?
6. Pa rwystrau a hwyluswyr ydych chi'n teimlo sy'n berthnasol i **[grŵp targed]** sy'n eu gwneud yn fwy neu'n llai tebygol o brofi unigrwydd a/neu ynysigrwydd cymdeithasol?
- a. Pa rwystrau ydych chi'n teimlo sy'n cyfrannu at lefelau uwch o unigrwydd ar gyfer **[grŵp targed]**? (Awgrymiadau: rhwystrau ymarferol, diwylliannol, emosiynol a chorfforol fel hyder, materion yn ymwneud â diogelwch personol, trafndiaeth gyhoeddus, iaith, iechyd, gwahaniaethu, ac ati.)
  - b. Pa rwystrau ydych chi'n teimlo sy'n cyfrannu at ynysigrwydd cymdeithasol **[grŵp targed]**? (yr un awgrymiadau)
  - c. Pa hwyluswyr ar gyfer **[grŵp targed]** sy'n eu gwneud yn llai tebygol o brofi unigrwydd? (Holwch am gymorth cymdeithasol a theuluol, argaeledd gwasanaethau cyhoeddus)
  - d. Pa hwyluswyr ar gyfer **[grŵp targed]** sy'n eu gwneud yn llai tebygol o brofi ynysigrwydd cymdeithasol?
  - e. O'ch profiadau chi, a oes cyfnodau penodol ym mywydau **[grŵp targed]** pan fyddant yn fwy tebygol o brofi unigrwydd? (Awgrymiadau: profiadau yn yr ysgol, pontio o ysgolion, blynyddoedd yr ardegau, dod allan, priodi, ymrwymo i bartneriaeth sifil, dod yn rhiant, ysgaru neu ddiddymu partneriaeth sifil, profedigaeth ac ati)
  - f. O'ch profiadau chi, a oes cyfnodau penodol ym mywydau **[grŵp targed]** pan fyddant yn fwy tebygol o deimlo eu bod wedi'u hynysu'n gymdeithasol?
  - g. A yw **[pobl yn y grŵp targed]** erioed wedi rhoi'r gorau i ymgysylltu â'ch gwasanaeth neu ei ddefnyddio? (Os ydynt, a ydych yn gwybod pam?)
  - h. [Os ydynt yn cael trafferth i ateb yn brydlon] A oedd problemau logistaidd neu ymarferol? e.e. trafndiaeth, cost cyfieithydd ar y pryd, gallu fforddio neu gynnig taflenni yn y Gymraeg neu mewn ieithoedd eraill i hyrwyddo'r gwasanaeth ac ati. Unrhyw adborth gan gymunedau eu hunain?)

7. Yn seiliedig ar eich profiadau chi, a fyddech yn dweud bod gwasanaethau iechyd a gwasanaethau cyhoeddus yng Nghymru yn ddigonol i ddiwallu anghenion **[grŵp targed]** sydd ag un neu fwy o gyflyrau iechyd ac sy'n profi unigrwydd?
- Pa agweddau ar iechyd **[grwpiau targed]** fyddech chi'n dweud sy'n fwyaf tebygol o gael effaith ar unigrwydd? (Awgrymiadau: iechyd meddwl, gan gynnwys iselder ysbryd, gorbryder, anhwylderau sbectrw m awtistiaeth, dementia [diffiniwch pa fath - corff Lewy, strôc neu Alzheimer]; yn ogystal ag iechyd corfforol fel salwch corfforol, salwch cronig, nam ar y clyw neu'r golwg/colli clyw neu'r golwg, deallusol neu anabledd dysgu, nam corfforol a gwybyddol. Hefyd a yw pobl sydd â mwy nag 1 cyflawr iechyd [gofynnwch iddyn nhw roi enghreifftiau] yn adrodd am lefelau uwch o unigrwydd)
  - A oes gennych chi unrhyw enghreifftiau o ble mae cyflyrau iechyd **[grŵp targed]** wedi arwain at unigrwydd? (gofynnwch iddyn nhw nodi sut)
  - Pa agweddau ar wasanaethau iechyd ydych chi'n teimlo a allai fod wedi cynyddu profiadau **[grwpiau targed]** o unigrwydd? (Awgrymiadau: mynediad at wasanaethau [eu cael i nodi pa wasanaethau, yn cynnwys cartrefi nyrsio a gofal fel gwasanaeth iechyd] e.e. trafnidiaeth gyhoeddus, agweddau staff yn y gwasanaethau, hygyrchedd gwybodaeth, fforddiadwyedd gofal, atgyfeiriadau at wasanaethau, gofal brys, arosiadau yn yr ysbyty fel cleifion mewnol)
  - Pa agweddau ar wasanaethau iechyd ydych chi'n teimlo a allai fod wedi lleihau profiadau **[grwpiau targed]** o unigrwydd?
  - Pa agweddau ar wasanaethau cyhoeddus (gwasanaethau ambiwlans, gwasanaethau tân, yr heddlu, tai, gwasanaethau ieuencid a chymunedol, gwasanaethau prawf, llysoedd, trafnidiaeth, addysg, gwasanaethau hamdden a ariennir gan y cyhoedd, ydych chi'n teimlo a allai gael effaith gadarnhaol neu negyddol ar brofiadau **[grwpiau targed]** o unigrwydd? (gofynnwch iddyn nhw roi enghreifftiau os gallant)
  - Pa ymchwil neu dystiolaeth sydd gan eich sefydliad [neu a ydych chi'n gwybod am unrhyw adroddiadau eraill y gallem gael mynediad atynt] am sut y mae **[grwpiau targed]** yn rhyngweithio â gwasanaethau?
  - Beth yw negeseuon allweddol yr ymchwil?
  - A ellir rhannu unrhyw adroddiadau neu ganfyddiadau ymchwil â ni?

8. Yn seiliedig ar eich profiadau chi, a fydddech yn dweud bod gwasanaethau yng Nghymru yn ddigonol i ddiwallu anghenion **[grŵp targed]** sydd ag un neu fwy o gyflyrau iechyd ac sydd wedi'u hynysu'n gymdeithasol?
- Pa agweddau ar iechyd **[grwpiau targed]** fydddech chi'n dweud sy'n fwy tebygol o gael effaith ar ynysigrwydd cymdeithasol? (awgrymiadau; rhesymau pam ac a oes angen mwy nag 1 iechyd [gofynnwch iddynt roi enghreifftiau] adrodd am lefelau uwch o unigrwydd)
  - Oes gennych chi unrhyw enghreifftiau o ble mae cyflyrau iechyd **[grŵp targed]** wedi arwain at ynysigrwydd cymdeithasol? (gofynnwch iddyn nhw nodi sut)
  - Pa agweddau ar wasanaethau iechyd ydych chi'n teimlo a allai fod wedi cynyddu **[grwpiau targed]** profiadau o ynysigrwydd cymdeithasol? (Awgrymiadau: mynediad at wasanaethau [eu cael i nodi pa wasanaethau, yn cynnwys cynnwys cartrefi nyrsio fel gwasanaeth iechyd] ee trafndiaeth gyhoeddus, agweddau staff yn y gwasanaethau, hygyrchedd gwybodaeth, fforddiadwyedd gofal, atgyfeiriadau at wasanaethau, gofal brys, arosiadau mewn ysbyty fel cleifion mewnol)
  - Pa agweddau ar wasanaethau iechyd ydych chi'n teimlo a allai fod wedi lleihau profiadau **[grwpiau targed]** o ynysigrwydd cymdeithasol?
  - Pa agweddau ar wasanaethau cyhoeddus (gwasanaethau ambiwlans, gwasanaethau tân, yr heddlu, tai, gwasanaethau ieuencid a chymunedol, gwasanaethau prawf, llysoedd, trafndiaeth, addysg, gwasanaethau hamdden a ariennir gan y cyhoedd) ydych chi'n teimlo a allai fod wedi cael effaith gadarnhaol neu negyddol ar ynysgirwydd cymdeithasol **[grwpiau targed]**? (gofynnwch iddyn nhw roi enghreifftiau os gallant)
9. A oes gennych unrhyw awgrymiadau ar y ffyrdd y gall sefydliadau yng Nghymru sy'n cynnig gwasanaethau i leihau neu atal unigrwydd neu ynysigrwydd cymdeithasol ymgysylltu'n llwyddiannus â **[grŵp targed]** neu gymunedau **[grŵp targed]** gwahanol i leihau'r effaith ar iechyd a gwasanaethau? (Awgrymiadau: enghreifftiau o'r hyn sy'n gweithio'n dda [a'r hyn nad yw'n gweithio cystal] y gallant ei rannu, unrhyw weithgareddau cyfredol, unrhyw wersi a ddysgwyd y maent yn barod i'w rhannu?)