



GIG
CYMRU
NHS
WALES

Iechyd Cyhoeddus
Cymru
Public Health
Wales
Ymchwil a Gwerthuso



Swansea
University
Prifysgol
Abertawe

Gofalwyr di-dâl yng Nghymru: Penderfynyddion llesiant meddyliol

Fangzhou Huang, Laura Bentley, Yuzhi Cai, Karen Hodgson, Jiao Song,
Alisha R. Davies



Awgrym ar gyfer Cyfeirio

Huang F¹, Bentley L², Cai Y¹, Hodgson K², Song J² a Davies AR². (2021). *Gofalwyr di-dâl yng Nghymru: Penderfynyddion llesiant meddyliol*. Caerdydd: Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Cyhoeddus Cymru

Cysylltiadau

1. Yr Ysgol Reolaeth, Prifysgol Abertawe
2. Is-adran Ymchwil a Gwerthuso, Iechyd Cyhoeddus Cymru

Diolchiadau

Hoffem ddiolch i Tim Banks (Rheolwr Ymchwil ac Ymgysylltu, Ymddiriedolaeth Gofalwyr Cymru), Kate Cabbage (Pennaeth Materion Allanol, Ymddiriedolaeth Gofalwyr Cymru), Yizhe Dong (Athro Cyswllt, Prifysgol Caeredin), Claire Morgan (Cyfarwyddwr, Gofalwyr Cymru), Jake Smith (Swyddog Polisi, Gofalwyr Cymru) a Julian Stander (Athro Cyswllt, Prifysgol Plymouth), am gynnal adolygiad gan gymheiriaid a rhoi sylwadau gwerthfawr ar ddrafft cynharach o'r adroddiad hwn, yn ogystal â'n cydweithwyr yn Iechyd Cyhoeddus Cymru a gefnogodd y gwaith o gyflwyno'r adroddiad hwn: Claudine Anderson, Bethan Carter, Laura Cowley, Elizabeth Hughes a Chiara Tuveri.

Ariannwyd gan Iechyd Cyhoeddus Cymru

Fel y sefydliad iechyd cyhoeddus cenedlaethol, mae Iechyd Cyhoeddus Cymru (ICC) yn arweinydd systemau ym maes ymchwil a gwerthuso iechyd y boblogaeth. Mae'n gweithio i sicrhau dyfodol iachach i Gymru drwy fynediad unigryw at ddata ac arbenigedd mewn dulliau ymchwil systematig a thrylwyr sy'n rhoi mewnwelediad credadwy.

© 2021 Iechyd Cyhoeddus Cymru. Gellir atgynhyrchu'r deunydd a gynhwysir yn y ddogfen hon o dan delerau'r Drwydded Llywodraeth Agored (OGL) www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/version/3/ ar yr amod y gwneir hynny'n gywir ac na chaiff ei ddefnyddio mewn cyd-destun camarweiniol.

© 2021 Prifysgol Abertawe. Gellir atgynhyrchu'r deunydd a gynhwysir yn y ddogfen hon ar yr amod y gwneir hynny'n gywir ac na chaiff ei ddefnyddio mewn cyd-destun camarweiniol.

Dylid cydnabod y Sefydliad Iechyd ac Iechyd Cyhoeddus Cymru.

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

ISBN 978-1-78986-154-558

Is-adran Ymchwil a Gwerthuso
Data Iechyd Cyhoeddus, Y Gyfarwyddiaeth Gwybodaeth ac Ymchwil
Iechyd Cyhoeddus Cymru
Rhif 2 Capital Quarter
Stryd Tyndall, Caerdydd
CF10 4BZ

Ffôn: +44 (0)29 2022 7744

E-bost: ICC.Ymchwil@wales.nhs.uk

 [@IechydCyhoeddus](https://twitter.com/IechydCyhoeddus) [@PHREWales](https://twitter.com/PHREWales)

 [/IechydCyhoeddusCymru](https://www.facebook.com/IechydCyhoeddusCymru)

1. Cyflwyniad	2
2. Beth yr ydym yn ei wybod eisoes?	3
2.1 Dwysedd gofalu a llesiant meddyliol	3
2.2 Statws economaidd-gymdeithasol a llesiant meddyliol	4
3. Beth wnaethom ni?	5
3.1 Ffynhonnell y data	5
3.2 Mesurau	5
3.3 Dadansoddiad ystadegol	6
4. Beth wnaethom ni ei ddarganfod?	7
4.1 Mae rhai grwpiau o'r boblogaeth yn ysgwyddo dyletswyddau gofalu anghymesur	7
4.2 Effaith statws gofalu ar lesiant meddyliol, yn ôl ffactorau demograffig	8
4.3 Effaith statws gofalu ar lesiant meddyliol, yn ôl ffactorau economaidd-gymdeithasol	9
5. Beth yw'r goblygiadau?	13
5.1 Casgliad	15
Cyfeiriadau	16
Atodiad	18



1. Cyflwyniad



Yn sgil poblogaeth sy'n heneiddio, daw cynnydd yng nghyfran y boblogaeth sy'n byw yn hwy, ac mae gan lawer o'r boblogaeth honno anghenion iechyd cymhleth a galluoedd sy'n golygu bod angen help arnynt gyda gweithgareddau o ddydd o ddydd i ddydd [1]. Mae'r mwyafrif yn aml yn cael gofal anffurfiol gan deulu, ffrindiau a pherthnasau, y cyfeirir atynt fel 'gofalwyr di-dâl'. Mae deall manteision ac effaith gofalu ar iechyd a llesiant gofalwyr eu hunain yn hanfodol bwysig, er mwyn sicrhau bod cymorth ar gael i gynnal eu hiechyd da eu hunain tra byddant hefyd yn gofalu am eraill.

Yn 2019, amcangyfrifwyd bod 400,000 o ofalwyr di-dâl yng Nghymru, ac amcangyfrifir y bydd hyn yn codi i dros hanner miliwn erbyn 2037 [2]. Mae'n hysbys nad yw dyletswyddau gofalu wedi eu dosbarthu'n gyfartal ar draws y boblogaeth, gyda rhai grwpiau o'r boblogaeth yn fwy tebygol o ddarparu gofal di-dâl nag eraill. Mae astudiaethau wedi dangos y gall darparu gofal di-dâl gael effaith andwyol ar lesiant meddyliol gofalwyr di-dâl, a all arwain at iechyd, ansawdd bywyd, canlyniadau addysg a chyflogaeth llawer gwaeth. [3-5]. Yr uchaf yw dwysedd a hyd y gofal a ddarperir, y gwaethaf yw'r effeithiau hyn [6-8]. Ar y llaw arall, gall lefelau uchel o lesiant meddyliol helpu gofalwyr di-dâl i gynnal iechyd meddwl da, cyflawni eu potensial, gwireddu uchelgeisiau ac ymdopi ag adfyd [9-11].

Yn 2019, amcangyfrifwyd bod 400,000 o ofalwyr di-dâl yng Nghymru...

Mae gwella llesiant meddyliol ymhlith y boblogaeth yn chwarae rhan hollbwysig mewn polisi iechyd meddwl ac iechyd y cyhoedd [12]. Ymysg polisiau a strategaethau'r llywodraeth sy'n canolbwyntio ar iechyd meddwl a gofalwyr di-dâl yng Nghymru mae *Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014*; *Cynllun Cyflawni Law yn Llaw at Iechyd Meddwl 2019-22*; *Strategaeth Llywodraeth Cymru ar gyfer Gofalwyr Di-dâl*; *Cymru Iachach: cynllun hirdymor ar gyfer iechyd a gofal cymdeithasol*. Er bod y strategaethau hyn yn cydnabod gwerth gofalwyr di-dâl fel gweithlu anffurfiol yng Nghymru, a'r angen i gefnogi llesiant gofalwyr di-dâl, deallir llai am y berthynas rhwng dwysedd cyfrifoldebau gofalu, statws economaidd-gymdeithasol (gan gynnwys lefel addysg neu fod mewn cyflogaeth) a llesiant meddyliol. Gall deall effaith gofalu, addysg a chyflogaeth ar draws y sbectrwm llesiant meddyliol, a sut mae hyn yn wahanol ar draws grwpiau economaidd-gymdeithasol helpu i dargedu cymorth yn well at y rhai sydd ei angen fwyaf.

Mae gwella llesiant meddyliol ymhlith y boblogaeth yn chwarae rhan hollbwysig mewn polisi iechyd meddwl ac iechyd y cyhoedd.

Nodau'r astudiaeth hon yw:

- deall y cysylltiad rhwng dwysedd cyfrifoldebau gofalu a llesiant meddyliol ar gyfer gofalwyr di-dâl yng Nghymru ac a yw hyn yn wahanol ar draws grwpiau demograffig; ac
- archwilio effaith statws economaidd-gymdeithasol (cyflogaeth ac addysg) ar gyfartaledd a graddiadau llesiant meddyliol ymhlith gofalwyr di-dâl sydd â gwahanol lefelau o ddwysedd gofalu.

2. Beth yr ydym yn ei wybod eisoes?

2.1 Dwysedd gofalu a llesiant meddyliol

Gall gofalu roi boddhad i rywun ond gall fod yn heriol hefyd. Adroddir yn gyffredin bod gofalu yn flinedig, a bod gofalcwyr di-dâl yn profi mwy o straen a gorbryder, a lefelau uwch o ansicrwydd, ofn, unigrwydd ac ynysigrwydd [13, 14], gan arwain at lesiant meddyliol gwael. Mae llawer o astudiaethau wedi dangos bod gofalcwyr di-dâl sy'n darparu gofal dwys iawn yn fwy tebygol o adrodd eu bod yn dioddef o iselder neu orbryder [15, 16], problemau iechyd meddwl a llesiant negyddol [4, 5, 17].

Mae'r cysylltiad rhwng dwysedd cyfrifoldebau gofalu a llesiant meddyliol yn amrywio yn ôl ffactorau demograffig gofalcwyr di-dâl [8, 16]. Mae gofalcwyr di-dâl benywaidd yn debygol o ddarparu gofal ar ddwysedd uwch na gwrywod, ac maent yn fwy tebygol o brofi effeithiau negyddol gofalu ar iechyd meddyliol a chorfforol [18]. Yn y DU, y prif oedran ar gyfer darparu gofal yw rhwng 50 a 64 oed [19] ond mae effaith gofalu ar draws y cwrs bywyd yn aneglur. Mae rhai astudiaethau yn nodi bod trallod meddwl ac anfodlonrwydd gyda bywyd yn llai ymysg gofalcwyr hŷn di-dâl o gymharu â gofalcwyr iau di-dâl [20], ond mae ymchwil arall yn awgrymu bod gofalcwyr hŷn di-dâl yn fwy tebygol o brofi canlyniadau negyddol yn sgil darparu gofal [21]. Mae tystiolaeth ryngwladol sy'n dod i'r amlwg sy'n awgrymu y gall cysylltiadau rhwng dwysedd cyfrifoldebau gofalu a llesiant meddyliol gael eu cymedroli gan ffactorau demograffig [22, 23]. Felly, mae angen deall yn well effeithiau nodweddion demograffig ar ddwysedd cyfrifoldebau gofalu a'i gysylltiad â llesiant meddyliol [24].



2.2 Statws economaidd-gymdeithasol a llesiant meddyliol

Gall statws economaidd-gymdeithasol (h.y. statws economaidd, lefel addysg ac incwm) achosi llesiant meddyliol gwaeth yn ogystal â chael ei achosi ganddo. Mae statws economaidd-gymdeithasol is yn gysylltiedig â llesiant meddyliol gwaeth. Fodd bynnag, gall llesiant meddyliol hefyd effeithio ar statws economaidd-gymdeithasol. Ymysg y boblogaeth gyffredinol, mae'r rhai ag iechyd meddwl gwaeth yn fwy tebygol o symud i ardaloedd â'r lefelau amddifadedd uchaf, tra bod y rhai â gwell iechyd meddwl yn fwy tebygol o symud i ardaloedd â'r lefelau amddifadedd isaf. Gall hyn arwain at grynhoed o'r rhai ag iechyd meddwl gwaeth yn byw mewn ardaloedd lle ceir lefelau uwch o amddifadedd, gan atgyfnerthu anghydraddoldebau economaidd-gymdeithasol [25].

Mae bod yn ofalwr di-dâl yn cymhlethu'r berthynas rhwng statws economaidd-gymdeithasol a llesiant meddyliol ymhellach, oherwydd gall darparu gofal fod yn ffactor ar gyfer statws economaidd-gymdeithasol isel a llesiant meddyliol gwaeth. Er enghraifft, mae gofalwyr di-dâl ar incwm isel yn profi lefelau uwch o drallod na'r rhai ar incwm uwch [26]. Efallai y bydd yn rhaid i ofalwyr di-dâl leihau eu horiau gwaith neu hyd yn oed roi'r gorau i weithio'n gyfan gwbl er mwyn eu galluogi i gyflawni eu cyfrifoldebau gofalu. Gall y newid yn eu statws cyflogaeth arwain at leihad yn eu hincwm ac o bosibl at gynydd yn eu lefelau trallod [27]. Gall darparu gofal hefyd gynyddu gwariant aelwyd yn sgil costau cyfarpar a meddyginiaeth [28], gan arwain at effaith uniongyrchol ar ddiogelwch ariannol. Mae rhai gofalwyr di-dâl wedi nodi eu bod yn cael trafferth talu biliau'r cartref ac yn cwtogi ar hanfodion, fel bwyd a gwres [16, 29, 30].

Yn yr un modd, mae perthynas ddwy ffordd rhwng lefelau is o addysg a llesiant meddyliol gwaeth [26]. Mae gofalwyr ifanc yn cael graddau Tystysgrif Gyffredinol Addysg Uwchradd (TGAU) is na phobl nad ydynt yn ofalwyr ac maent yn llai tebygol o feddwl y byddant yn mynd ymlaen i'r brifysgol ar ôl gadael yr ysgol. At hynny, mae tystiolaeth yn awgrymu bod gofalwyr ifanc yn llai tebygol o fod mewn addysg uwchradd a thrydyddol amser llawn [31-33]. Mae cysylltiad rhwng peidio â bod mewn addysg ar oedran ifanc a diweithdra, enillion is, iechyd gwaeth ac iselder yn ddiweddarach mewn bywyd. Gall hyn roi'r rhai sy'n darparu gofal di-dâl dan anfantais o oedran ifanc: byddant yn derbyn lefel is o addysg a fydd yn arwain at lesiant meddyliol gwaeth [31].

Mae'r berthynas rhwng statws economaidd-gymdeithasol a llesiant meddyliol wedi'i chymhlethu ymhellach gan ganfyddiadau ymchwil sy'n awgrymu bod statws economaidd-gymdeithasol yn rhagfynegi lefel isel o lesiant meddyliol, ond bod ganddo gysylltiad gwannach â lefel uchel o lesiant meddyliol [34-36]. Tynnodd un astudiaeth sylw at y ffaith bod lefel addysg a chyflogaeth yn rhagfynegi lefel isel ac uchel o lesiant meddyliol mewn ffordd wahanol [37]. Un esboniad posibl am hyn yw, wrth i lesiant meddyliol wella, bod teimladau o hunanwerth yn cael eu dylanwadu'n llai gan statws economaidd-gymdeithasol ac yn fwy gan brofiadau bywyd [38].

Nid oes dealltwriaeth dda o effaith statws economaidd-gymdeithasol ar lesiant meddyliol gofalwyr ar wahanol lefelau o lesiant meddyliol. Gall deall effaith gofalu ar draws y sbectrwm llesiant meddyliol, a sut mae hyn yn wahanol ar draws grwpiau economaidd-gymdeithasol helpu i dargedu cymorth yn well at y rhai sydd ei angen fwyaf.



3. Beth wnaethom ni?



3.1 Ffynhonnell y data

Fe wnaethom ddefnyddio data a gasglwyd yn Arolwg Cenedlaethol Cymru 2016/17, sef y data arolwg cenedlaethol mwyaf diweddar sydd ar gael i gasglu gwybodaeth hunangofnodedig ar statws gofalu yn ogystal â llesiant meddyliol. Mae Arolwg Cenedlaethol Cymru yn arolwg mawr o bobl ar lefel y boblogaeth 16+ oed yng Nghymru ac mae'n ymdrin ag ystod eang o bynciau, e.e. iechyd, celf a diwylliant. Cynhelir yr arolwg yn flynyddol gan ddefnyddio dull samplu ar hap i sicrhau ei fod yn gynrychioliadol [39, 40]. Fe wnaethom ddefnyddio Data Arolwg Cenedlaethol Cymru 2016/17 sydd wedi'u storio yn y Gronfa Ddata Cyswllt Diogel Gwybodaeth Ddienw (SAIL) [41]. Roedd set ddata'r astudiaeth yn cynnwys 8,932 o ymatebion. Diffinnir gofalwr di-dâl fel rhywun sy'n gofalu am aelodau'r teulu, ffrindiau, cymdogion neu eraill neu sy'n rhoi unrhyw help a chymorth iddynt. Defnyddir gofalwr fel cyfystyr yn yr astudiaeth hon. Ar ôl hepgor ymatebion nad oeddent yn cynnwys gwybodaeth am lesiant meddyliol, gwybodaeth ddemograffig neu wybodaeth economaidd-gymdeithasol, roedd 2,144 o ymatebwyr yn hunanadnabod fel gofalwyr di-dâl a dyna oedd carfan derfynol yr astudiaeth.

3.2 Mesurau

Llesiant meddyliol

Mesurwyd y canlyniad o ddiddordeb, sef llesiant meddyliol, yn Arolwg Cenedlaethol Cymru gan ddefnyddio Graddfa Llesiant Meddyliol Warwick-Caeredin (WEMWBS) hunangofnodedig, sydd â sgoriau o rhwng 14 (y sgôr llesiant meddyliol isaf) a 70 (y sgôr llesiant meddyliol uchaf) [42]. Defnyddiwyd cymedr a chanraddau sgoriau WEMWBS yn y dadansoddiadau ystadegol (gweler Adran 3.3).

Dwysedd cyfrifoldebau gofal

Diffinnir dwysedd cyfrifoldebau fel nifer yr oriau gofalu yr adroddir arnynt yn Arolwg Cenedlaethol Cymru:

- Isel: 1-19 awr yr wythnos
- Cymedrol: 20-49 awr yr wythnos
- Uchel: 50 awr neu fwy yr wythnos

Ffactorau Demograffig ac Economaidd-gymdeithasol

Casglodd Arolwg Cenedlaethol Cymru wybodaeth gan ymatebwyr ar y canlynol: demograffeg (gan gynnwys oedran a rhyw), a ffactorau economaidd-gymdeithasol (gan gynnwys statws economaidd a'r cymhwyster addysgol uchaf). Fe wnaethom ddefnyddio amddifadedd incwm fel procsi i gynrychioli incwm gofalwr di-dâl unigol (Gweler Blwch 1 yn yr Atodiad). I wneud hyn, fe wnaethom nodi'r ardal ddauyddol yr oedd gofalwyr di-dâl yn byw ynddi ar yr adeg y gwnaethant ymateb i'r arolwg, gan ddefnyddio Ardaloedd Cynnyrch Ehangach Haen Is (LSOA) yn set ddata Gwasanaeth Demograffig Cymru (WDSD) o fewn porth SAIL, ac wedi hynny cawsom ddata ar amddifadedd incwm gan ddefnyddio Mynegai Amddifadedd Lluosog Cymru (MALIC) 2014 [43, 44].

3.3 Dadansoddiad ystadegol

Fe wnaethom ddarparu ystadegau disgrifiadol gyda newidynnau categori (h.y. ffactorau demograffig ac economaidd-gymdeithasol) a ddisgrifiwyd gan ddefnyddio amleddau a chanrannau, a newidynnau parhaus (h.y. WEMWBS) a ddisgrifiwyd gan ddefnyddio gwriad cymedrig a safonol (SD). Er mwyn deall y cysylltiad rhwng dwysedd gofalu a llesiant meddyliol, cynhaliwyd atchweliad swm lleiaf sgwariau cyffredin (OLS) i gyfrifo sgôr WEMWBS cyfartalog wedi'i addasu (gan ddefnyddio dulliau ymylol amcangyfrifedig) drwy reoli ar gyfer ffactorau demograffig ac economaidd-gymdeithasol. [45, 46]. Fe wnaethom gynnal dadansoddiad tebyg i archwilio effeithiau statws economaidd-gymdeithasol ar lesiant meddyliol cyfartalog. Aseswyd y model cyffredinol gan ddefnyddio'r sampl gyfan o ofalwyr di-dâl yng Nghymru, ac yna eu haenu yn ôl dwysedd eu cyfrifoldebau gofalu.

Er mwyn archwilio effaith statws economaidd-gymdeithasol ar y continwrm llesiant meddyliol, defnyddiwyd atchweliad meintiol i gyfrifo sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu, gyda sgôr WEMWBS yn cael ei drin fel newidyn parhaus. Fe wnaeth defnyddio atchweliad cwantil ein galluogi i archwilio effaith statws economaidd-gymdeithasol ar raddiadau llesiant meddyliol, ac archwilio sut y newidiodd y cysylltiad hwnnw yng nghyd-destun dwyseddau gofalu gwahanol. Yn seiliedig ar raddfa barhaus WEMWBS, roedd y 15fed canradd a'r 85ain canradd yn cynrychioli lefelau isel ac uchel o lesiant meddyliol yn y drefn honno [35]. Yna fe wnaethom bennu pum pwynt canradd (llesiant meddyliol isel i uchel): C1 (=15 canradd), C2 (=32.5 canradd), C3 (=50 canradd), C4 (=67.5 canradd) a C5 (=85 canradd) WEMWBS yn ein sampl. Mae'r dull hwn yn cael ei ffafrio wrth ddangos amrywiad ar draws y continwrm llesiant meddyliol [38]. Aseswyd y model cyffredinol ar sail y sampl gyfan o ofalwyr di-dâl yng Nghymru ar draws pum pwynt canradd, ac yna eu haenu yn ôl dwysedd eu dyletswyddau gofalu.

Ystyriwyd bod gwerth-p o <0.05 yn ystadegol arwyddocaol. Er mwyn sicrhau cysondeb o ran yr iaith drwy'r adroddiad cyfan, rydym yn defnyddio 'sylweddol is/uwch/wahanol' i ddisgrifio gwahaniaethau ystadegol arwyddocaol a 'tebyg' i ddangos nad oedd y canlyniadau'n ystadegol arwyddocaol.



4. Beth wnaethom ni ei ddarganfod?



4.1 Mae rhai grwpiau o'r boblogaeth yn ysgwyddo dyletswyddau gofalu anghymesur

At ei gilydd, roedd tua 31.5% o boblogaeth Cymru sy'n 16+ oed yn darparu gofal di-dâl¹. O blith y rheiny, roedd mwy o fenywod (59.7%) na dynion (40.3%). Mae hyn yn cyd-fynd ag amcangyfrifon yng Nghymru a Lloegr o Gyfrifiad 2011, sy'n dangos bod cyfran uwch o fenywod (57.7%) o gymharu â dynion (42.3%) yn ofalwyr di-dâl [19, 47].

Roedd tua 31.5% o boblogaeth Cymru sy'n 16+ oed yn darparu gofal di-dâl

Roedd mwyafrif y gofalwyr di-dâl (76.7%) yn darparu gofal ar ddwysedd isel, h.y. llai nag 19 awr o ofal yr wythnos, ac nid oedd gwahaniaeth arwyddocaol yn lefelau dwysedd y cyfrifoldebau gofalu rhwng dynion a menywod. Yn ôl grŵp oedran, y rhai rhwng 45 a 64 oed oedd y gyfran fwyaf (43.1%) o ofalwyr di-dâl (er mai dim ond 32.2% o'r boblogaeth gyffredinol 16+ oed yng Nghymru y mae'r grŵp oedran hwn yn ei gynrychioli. [48]). Roedd cyfran uwch o ofalwyr di-dâl yn byw yn yr ardaloedd â'r incwm uchaf nag yn yr ardaloedd â'r incwm isaf (21.6% o'i gymharu â 15.2%, yn y drefn honno). O blith y gofalwyr di-dâl yng Nghymru, nododd 49.5% eu bod mewn gwaith â thâl, ac roedd gan 56.8% lefelau isel o addysg (gan gynnwys dim cymhwyster). Dangosir yr ystadegau cryno yn Nhabl 1.

Tabl 1 Ystadegau cryno o sampl y boblogaeth

	Cyfanswm	
	N = 2144	
Oedran		
Cymedr (SD)	53.8	(16.2)
Graddfa Llesiant Meddyliol Warwick-Caeredin - cyfanswm y sgôr		
Cymedr (SD)	50.7	(9.1)
Rhyw		
Benywaidd	1280	(59.7%)
Gwrywaidd	864	(40.3%)
Grŵp oedran		
16-44 oed	593	(27.7%)
45-64 oed	924	(43.1%)
65+ oed	627	(29.2%)
Dwysedd gofalu (oriau'r wythnos)		
1-19 awr	1645	(76.7%)
20-49 awr	219	(10.2%)
50+ awr	280	(13.1%)
Mewn gwaith cyflogedig		
Ie	1062	(49.5%)
Na	1082	(50.5%)
Y cymhwyster addysgol uchaf		
FfCC lefel 4 neu uwch	927	(43.2%)
FfCC lefel 3 neu'n is	1217	(56.8%)
Incwm		
Y rhai â'r amddifadedd incwm mwyaf	326	(15.2%)
Y rhai â'r amddifadedd incwm canolig	1354	(63.2%)
Y rhai â'r amddifadedd incwm lleiaf	464	(21.6%)

¹ Wedi'i bwysoli gan ddefnyddio amcangyfrifon poblogaeth Cymru o ganol 2016 ar gyfer LSOAs yn ôl rhyw, oedran a chwintel MALIC

4.2 Effaith statws gofalu ar lesiant meddyliol, yn ôl ffactorau demograffig

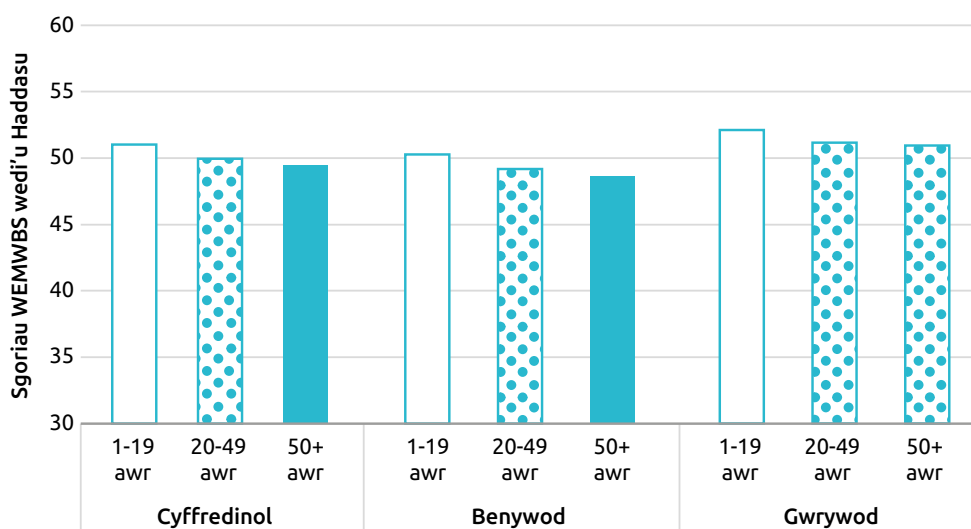
Yn gyffredinol, o gymharu â gofaluwr di-dâl a oedd yn darparu gofal ar ddwysedd isel, roedd gan y rhai a oedd yn darparu gofal ar ddwysedd uchel lesiant meddyliol gwaeth (49.5 o'i gymharu â 51.0, $p=0.01$, Ffigur 1 a Thabl A1). Nododd y rhai a oedd yn darparu gofal ar ddwysedd cymedrol lesiant meddyliol tebyg i'r rhai a oedd yn darparu gofal ar ddwysedd isel (sgôr WEMWBS wedi'i addasu o 51.0 o'i gymharu â 50.0, $p=0.11$). Fodd bynnag, mae hyn yn cuddio gwahaniaethau yn effaith dwysedd gofalu ar lesiant meddyliol ar draws grwpiau demograffig.

Rhyw

Dim ond ymysg menywod y gwelwyd y patrwm o lesiant meddyliol gwaeth yn sgil cynnydd mewn dwysedd gofalu. Nododd menywod sy'n darparu gofal ar ddwysedd uchel lesiant meddyliol gwaeth o gymharu â menywod sy'n darparu gofal ar ddwysedd isel (sgôr WEMWBS wedi'i addasu o 48.6 o gymharu â 50.3, $p=0.03$, Ffigur 1 a Thabl A1). Fodd bynnag, ymysg dynion roedd eu llesiant meddyliol yn debyg ar draws pob lefel o ddwysedd gofalu (uchel 51.0 o gymharu ag isel 52.1, $p=0.22$; cymedrol 51.2 o'i gymharu ag isel 52.1, $p=0.38$).

Dim ond ymysg menywod y gwelwyd y patrwm o lesiant meddyliol gwaeth yn sgil cynnydd mewn dwysedd gofalu ...

Ffigur 1 Llesiant meddyliol (sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu) yn ôl rhyw a dwysedd gofalu (mae bariau solet yn cynrychioli gwahaniaeth ystadegol i'r categori cyfeirio gofal dwysedd isel [bariau heb eu llenwi]; mae'r bariau patrymog yn cynrychioli gwahaniaeth nad yw'n arwyddocaol [Tabl A1])

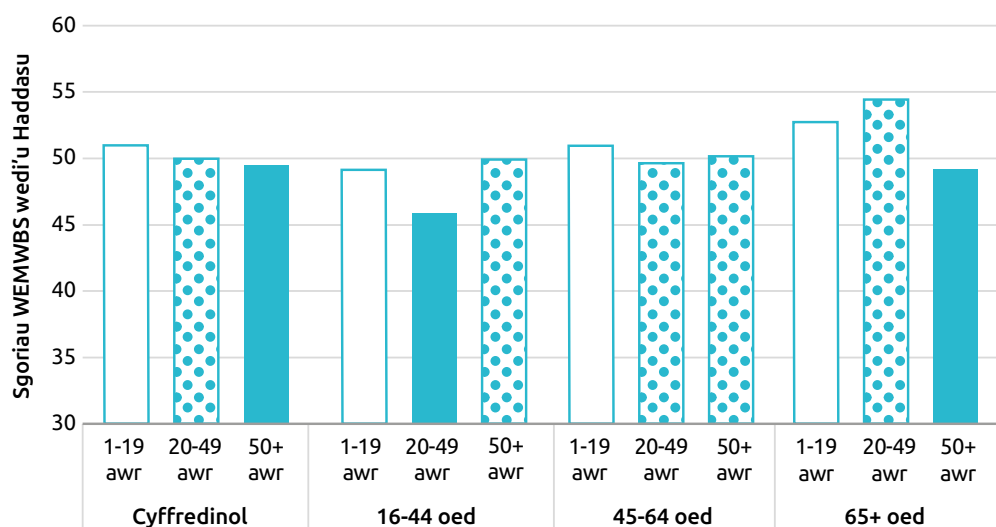


Grŵp oedran

Roedd effaith dwysedd gofalu ar lesiant meddyliol hefyd yn wahanol yn ôl grŵp oedran. Yn y grŵp oedran hynaf (65+ oed) nododd y rhai a oedd yn darparu gofal ar ddwysedd uchel lesiant meddyliol gwaeth o gymharu â'r rhai sy'n darparu gofal ar ddwysedd isel (sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu o 49.2 o'i gymharu â 52.8, $p<0.01$, Ffigur 2 a Thabl A1).

Fodd bynnag, ymhlith y gofaluwr di-dâl ieuengaf (16 - 44 oed) roedd yr effaith ar lesiant meddyliol yn waeth ymysg y rhai sy'n darparu gofal ar ddwysedd cymedrol, o'i gymharu â gofal ar ddwysedd isel (45.9 o'i gymharu â 49.2, $p=0.01$). Yn y grŵp oedran hwn, nid oedd gwahaniaeth arwyddocaol mewn llesiant meddyliol yr adroddwyd amdano rhwng y rhai sy'n darparu gofal ar ddwysedd isel a'r rhai sy'n darparu gofal ar ddwysedd uchel (49.2 o'i gymharu â 50.0, $p=0.55$). Profodd gofaluwr di-dâl rhwng 45 a 64 oed â gwahanol lefelau o gyfrifoldebau gofalu lesiant meddyliol tebyg (uchel 51.2 o'i gymharu ag isel 51.0, $p=0.40$; cymedrol 49.7 o'i gymharu ag isel 51.0, $p=0.20$).

Ffigur 2 Llesiant meddyliol (sgoriau WEMWBS wedi'u Haddasu) yn ôl grwpiau oedran a dwysedd gofalu (mae bariau solet yn cynrychioli gwahaniaeth ystadegol i'r categori cyfeirio gofal dwysedd isel [bariau heb eu llenwi]; mae bariau patrymog yn cynrychioli gwahaniaeth nad yw'n arwyddocaol [Tabl A1]).



4.3 Effaith statws gofalu ar lesiant meddyliol, yn ôl ffactorau economaidd-gymdeithasol

Archwiliwyd y gwahaniaethau yng nghyfarfartaledd a graddiadau llesiant meddyliol yn ôl statws economaidd, lefel addysg ac amddifadedd incwm. Er mwyn archwilio effaith ffactorau economaidd-gymdeithasol ar raddiadau llesiant meddyliol, dewiswyd pum pwynt canradd yn nosbarthiad WEMWBS².

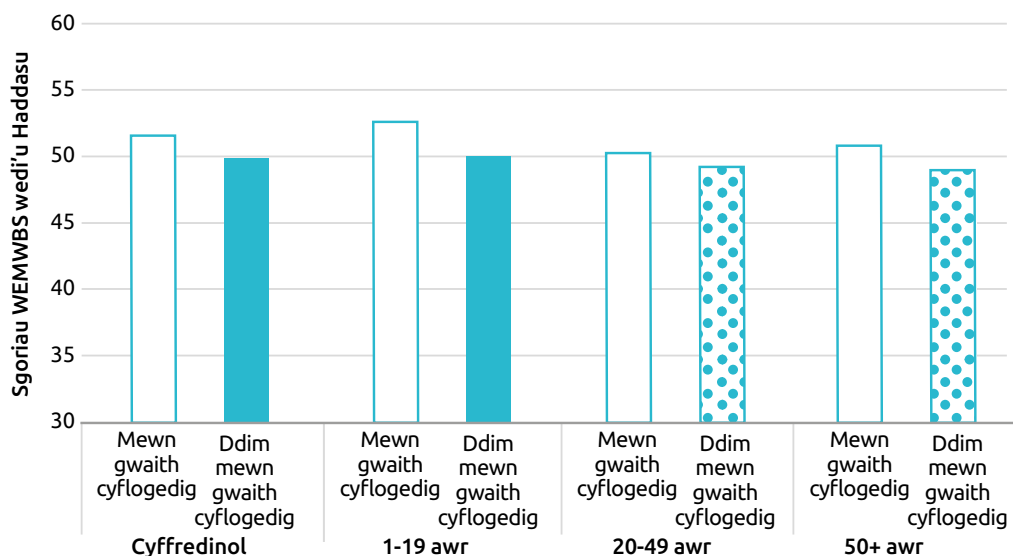
Cyflogaeth

Yn gyffredinol, adroddodd gofalcwyr di-dâl a oedd mewn gwaith cyflogedig lefelau uwch o lesiant meddyliol na'r rhai nad oeddent mewn gwaith cyflogedig (51.5 o'i gymharu â 49.9, $p < 0.01$, Ffigur 3 a Thabl A2). Fodd bynnag, roedd yr effaith yn wahanol yn dibynnu ar lefel y gofal a ddarperir. Ymhlith y rhai sy'n darparu lefelau isel o ofal (<19 awr yr wythnos), roedd y lefelau llesiant meddyliol yn is ymhlith gofalcwyr di-dâl nad oeddent mewn gwaith cyflogedig o gymharu â'r rhai a oedd mewn cyflogaeth (50.0 o'i gymharu â 52.0, $p < 0.01$, Ffigur 3 a Thabl A3). Ymhlith gofalcwyr di-dâl sy'n darparu gofal ar ddwysedd cymedrol (20-49 awr yr wythnos) ac uchel (50+ awr yr wythnos), nododd y rhai nad oeddent mewn cyflogaeth lesiant meddyliol tebyg i eraill, gan nad oedd y gwahaniaethau yn ystadegol arwyddocaol (gofalcwyr dwysedd cymedrol: 49.1 o'i gymharu â 50.1, $p = 0.52$, Ffigur 3 a Thabl A4; gofalcwyr dwysedd uchel: 48.7 o'i gymharu â 50.5, $p = 0.22$, Ffigur 3 a Thabl A5).



2 Gweler Adran 3.3 Dadansoddiad ystadegol.

Ffigur 3 Llesiant meddyliol (sgoriau WEMWBS wedi'u Haddasu) yn ôl statws cyflogaeth a dwysedd gofalu (mae bariau solet yn cynrychioli gwahaniaeth ystadegol i'r categori cyfeirio economaidd weithgar [bariau heb eu llenwi]; mae bariau patrymog yn cynrychioli gwahaniaeth nad yw'n arwyddocaol [Tabl A2 i Dabl A5]).

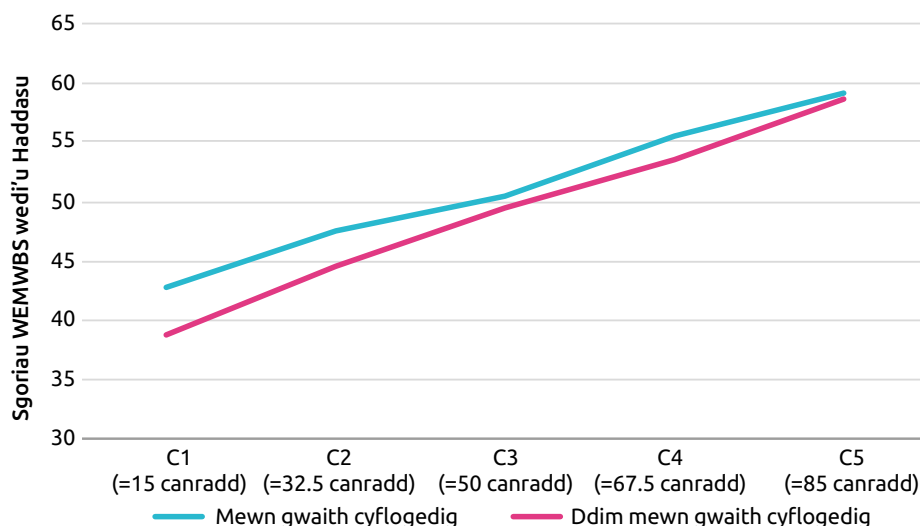


Gall cymharu llesiant meddyliol cyfartalog guddio anghysondebau yn effaith cyflogaeth ar draws graddiannau llesiant meddyliol. Er mwyn mynd i'r afael â hyn, fe wnaethom ystyried ymhellach effaith statws cyflogaeth ar draws pum canradd o lesiant meddyliol yn amrywio o lefel isel o lesiant meddyliol (a gynrychiolir gan y 15fed canradd, C1) i lefel uchel o lesiant meddyliol (a gynrychiolir gan yr 85fed canradd, C5).

Ymhlith gofalcwyr di-dâl sy'n darparu gofal ar ddwysedd uchel, profodd y rhai mewn gwaith cyflogedig lefelau uwch o lesiant meddyliol na gofalcwyr di-dâl nad oeddent mewn cyflogaeth ar bob un o'r pum canradd o lesiant meddyliol (h.y. y rhai mewn gwaith cyflogedig o gymharu â'r rhai nad ydynt mewn gwaith cyflogedig: 38.8 o'i gymharu â 42.8 yn C1, gwahaniaeth o 4; 58.6 o'i gymharu â 59.1 yn C5, gwahaniaeth o 0.5 Ffigur 4 a Thabl A5). Mae hyn yn awgrymu effaith amddiffynnol cyflogaeth ar lesiant meddyliol y rhai sydd hefyd yn darparu lefelau uchel o ofal, yn enwedig ar ben isaf y sgoriau llesiant meddyliol (C1). Costyngodd effaith amddiffynnol gwaith cyflogedig yn sylweddol wrth i lesiant meddyliol gynyddu ($p=0.01$, Ffigur 4).

Ymhlith gofalcwyr di-dâl sy'n darparu gofal ar ddwysedd isel neu gymedrol, adroddodd y rhai mewn gwaith cyflogedig lefelau uwch o lesiant meddyliol ar bob un o'r pum canradd o gymharu â'r rhai nad oeddent mewn gwaith cyflogedig, gan awgrymu bod gwaith cyflogedig yn cael effaith amddiffynnol ar lesiant meddyliol. Yn wahanol i ofalcwyr di-dâl sy'n darparu gofal dwysedd uchel, gwelsom effaith amddiffynnol debyg gwaith cyflogedig ar lesiant meddyliol ar draws pum canradd ar gyfer gofalcwyr di-dâl sy'n darparu gofal ar ddwysedd isel ($p=0.07$, Tabl A3) neu ofal ar ddwysedd gymedrol ($p=0.44$, Tabl A4).

Ffigur 4 Llesiant meddyliol (sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu) yn ôl canradd a statws cyflogaeth ymhlith gofalcwyr di-dâl dwysedd uchel

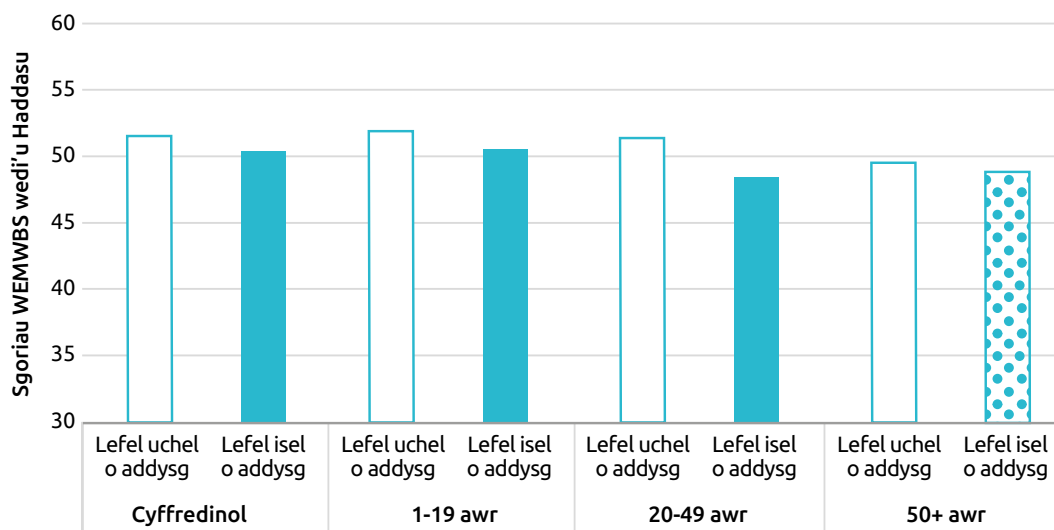


Addysg

Yn gyffredinol, profodd gofalwyr di-dâl â lefelau isel o addysg lesiant meddyliol gwaeth, o gymharu â'r rhai â lefelau uchel o addysg (50.1 o'i gymharu â 51.6, $p < 0.01$, Ffigur 5 a Thabl A2). Roedd yr effaith yn wahanol yn dibynnu ar lefel y gofal a ddarparwyd. Ymhlith y rhai sy'n darparu lefelau isel a chymedrol o ofal di-dâl, roedd lefelau llesiant meddyliol yn sylweddol is ymysg gofalwyr di-dâl â lefelau isel o addysg, ond nid oedd gwahaniaeth ystadegol arwyddocaol yn amlwg ymysg y rhai sy'n darparu gofal ar ddwysedd uchel (Ffigur 5 a Thabl A3). Hynny yw, roedd lefel uwch o addysg yn amddiffyn y rhai sy'n darparu gofal ar ddwysedd isel a chymedrol yn erbyn lefel isel o lesiant meddyliol, ond nid felly ymhlith y rhai sy'n darparu gofal ar ddwysedd uchel (Ffigur 5). Fodd bynnag, gallai hyn fod wedi cuddio gwahaniaethau mewn effaith addysg ar raddio llesiant meddyliol.

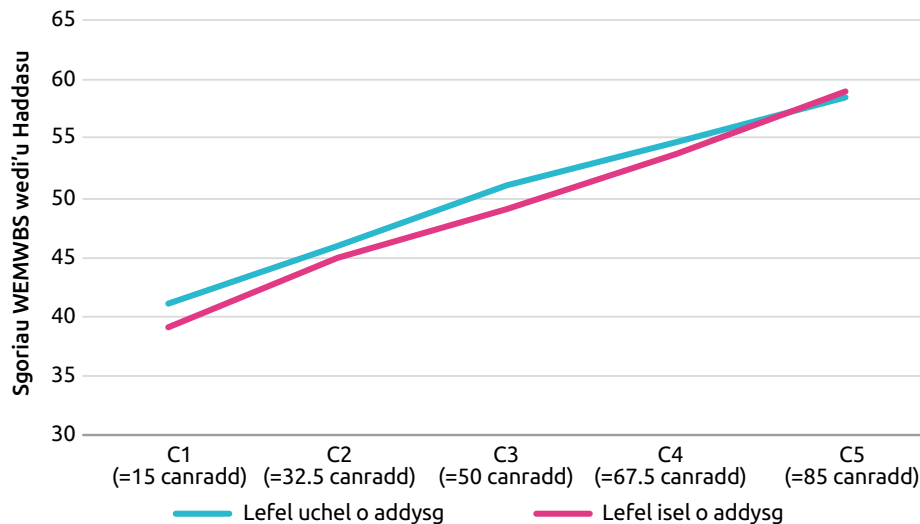


Ffigur 5 Llesiant meddyliol (sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu) yn ôl lefel addysgol a dwysedd gofalu (mae bariau solet yn cynrychioli gwahaniaeth ystadegol i'r categori cyfeirio lefel uchel o addysg [bariau heb eu llenwi]; mae bariau patrymog yn cynrychioli gwahaniaeth nad yw'n arwyddocaol [Tabl A2 i Dabl A5]).



Ar gyfer gofalwyr di-dâl â chyfrifoldebau gofalu dwysedd uchel, nododd y rhai â lefel uchel o addysg lesiant meddyliol uwch na'r rhai â lefel isel o addysg ar draws graddiadau iechyd meddwl ac eithrio yn 85fed canradd (Ffigur 6 a Thabl A5). Mae hyn yn dynodi effaith amddiffynnol addysg ar lesiant meddyliol ymhlith y rhai sy'n darparu lefelau uchel o ofal. Fodd bynnag, gostyngodd yr effaith amddiffynnol wrth i lesiant wella ($p = 0.04$, Ffigur 6). Yn wahanol i'r rhai sydd â chyfrifoldebau gofalu dwysedd uchel, arhosodd effeithiau amddiffynnol addysg yr un fath ar draws pum canradd i ofalwyr di-dâl sy'n darparu gofal ar ddwysedd isel ($p = 0.57$) neu gymedrol ($p = 0.89$).

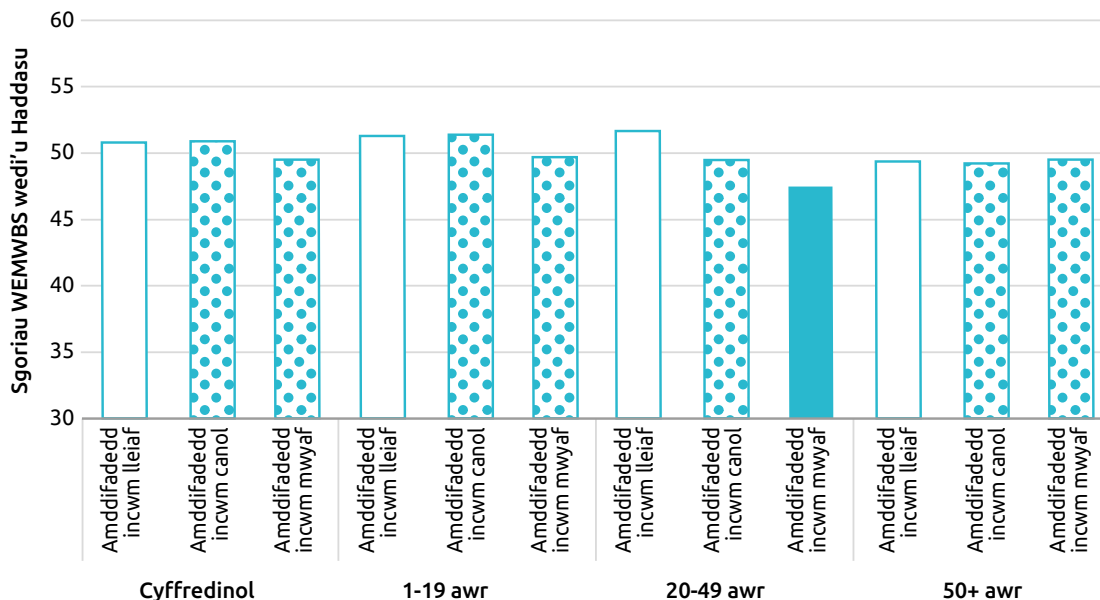
Ffigur 6 Llesiant meddyliol (sgoriau WEMWBS wedi'u Haddasu) yn ôl canradd a lefel addysgol ymhlith gofawyr di-dâl sy'n darparu gofal ar ddwysedd uchel



Incwm

Yn gyffredinol, profodd gofawyr di-dâl a oedd yn byw mewn ardaloedd â mwy o amddifadedd incwm lesiant meddyliol tebyg i'r rhai a oedd yn byw yn yr ardaloedd â'r amddifadedd lleiaf, waeth beth yw dwysedd eu cyfrifoldebau gofalu (Ffigur 7 a Thabl A2). Gwelwyd yr un patrymau ar gyfer gofawyr di-dâl sy'n darparu gofal ar ddwysedd isel ac uchel. Fodd bynnag, ymhlith gofawyr di-dâl sy'n darparu gofal ar ddwysedd cymedrol, profodd y rhai sy'n byw yn y cymunedau â'r amddifadedd incwm mwyaf lesiant meddyliol sylweddol waeth na'r rhai sy'n byw yn y cymunedau â'r amddifadedd incwm lleiaf (47.5 o'i gymharu â 51.8, $p=0.04$, Ffigur 7 a Thabl A4).

Ffigur 7 Sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu yn ôl incwm a dwysedd gofalu (mae'r bariau solet yn cynrychioli gwahaniaeth ystadegol i'r categori cyfeirio amddifadedd incwm lleiaf [bariau heb eu llenwi]; mae bariau patrymog yn cynrychioli gwahaniaeth nad yw'n arwyddocaol [Tabl A2 i Dabl A5]).



Ni welwyd unrhyw themâu trosfwaol wrth ymchwilio i effaith amddifadedd incwm ar raddiadau llesiant meddyliol. Rheswm posibl am hyn oedd y defnydd o amddifadedd ardal, cwintel amddifadedd incwm, fel procsi ar gyfer incwm ar lefel unigol, oherwydd absenoldeb gwybodaeth am incwm unigolyn/aelwyd.

5. Beth yw'r goblygiadau?

Gan ddefnyddio data o sampl o arolwg cynrychioliadol cenedlaethol mawr, mae ein canfyddiadau yn rhoi trosolwg o'r gydberthynas â llesiant meddyliol ymhlith gofalwyr di-dâl yng Nghymru. Rydym yn dangos bod gan ofal ar ddwysedd uchel yn gyffredinol gysylltiad negyddol â llesiant meddyliol. Ond er bod menywod a phobl hŷn (65+ oed) yn fwy tebygol o adrodd bod eu llesiant meddyliol yn waeth pan fyddant yn darparu mwy na 50 awr o ofal yr wythnos (o'i gymharu â'r rhai sy'n darparu gofal ar ddwysedd isel), nid yw'r patrwm hwn i'w weld ymysg dynion na gofalwyr iau cyflogedig. Mae hyn yn cyd-fynd â thystiolaeth flaenorol o ddata traws-Ewropeaidd ar ofalwyr di-dâl [3].

Wrth edrych ar newidynnau economaidd-gymdeithasol, rydym hefyd yn dangos, yn gyffredinol, bod gofalwyr di-dâl nad ydynt mewn cyflogaeth a'r rhai â lefelau isel o addysg yn nodi lefelau sylweddol is o lesiant meddyliol o gymharu â gofalwyr di-dâl mewn cyflogaeth neu sydd â lefelau uchel o addysg. Gwelwyd cysylltiad negyddol yn ymwneud â diweithdra, a chyrhaeddiad addysgol isel â llesiant meddyliol cyfartalog gwael yn benodol ar gyfer y rhai sy'n darparu gofal ar ddwysedd isel a chymedrol, ond nid ymysg y rhai sy'n darparu mwy na 50 awr o ofal yr wythnos.

Mae gwaith ymchwil presennol yn dangos bod ffactorau economaidd-gymdeithasol yn bwysig wrth ystyried llesiant meddyliol gwael ond bod cysylltiad llai clos rhyngddynt a llesiant meddyliol da ymysg y boblogaeth yn gyffredinol [34, 35]. Er mwyn deall a allai hyn fod yn berthnasol i ofalwyr di-dâl, fe wnaethom gymhwyso dull modelu atchweliad cwantil, i gadw gwahaniaethau mewn profiad gofalu a allai fod wedi'u colli drwy ddewis torbwyntiau i gategoreiddio lefelau llesiant meddyliol [38]. Caniataodd y manylder hwn i ni ddangos bod y berthynas rhwng diweithdra a lefelau isel o addysg, a llesiant meddyliol gwaeth, ar ei gryfaf ymhlith y rhai sydd â lefelau is o lesiant meddyliol – yn unol â data o'r boblogaeth gyffredinol.





Mae'r amrywiadau hyn yn tynnu sylw at y ffaith bod gan lesiant meddyliol ymhlith gofalwyr di-dâl berthynas gymhleth nid yn unig â ffactorau demograffig a chymdeithasol-economaidd ond hefyd â natur y gofal di-dâl y mae gofalwyr yn ei ddarparu. Mae tystiolaeth ansoddol hefyd wedi tanlinellu pwysigrwydd ystyried llesiant y gofalwr yn ogystal â'r sawl sy'n derbyn gofal, a bod cysylltiad agos rhwng y rhain yn aml [49]. Yn anffodus, nid yw'r data arolwg a ddefnyddir yn yr astudiaeth hon yn cynnwys gwybodaeth arall am hyn; mae data a allai fod yn berthnasol yn cynnwys manylion am y berthynas rhwng y gofalwr a'r sawl sy'n derbyn gofal, demograffeg y sawl sy'n derbyn gofal, cyflwr iechyd a llesiant meddyliol y sawl sy'n derbyn gofal, a hyd y gofal.

Fel y soniwyd, o ystyried bod hon yn astudiaeth drawsdiriadol, ni allwn bennu cysylltiadau achosol rhwng dwysedd cyfrifoldebau gofalu, newidynnau economaidd-gymdeithasol a llesiant meddyliol. Ond gwyddom o astudiaethau eraill fod gofalwyr di-dâl yn profi rhwystrau o ran cael addysg a chyflogaeth ac aros ynddynt. Er enghraifft, dangosodd ein hymchwil flaenorol fod gofalwyr ifanc di-dâl yn sylweddol llai tebygol o fod mewn addysg amser llawn, yn enwedig addysg drydyddol, o gymharu â'u cyfoedion yng Nghymru [33], ac mae data hydredol yn awgrymu bod hyn i'w briodoli i gyfrifoldebau gofalu [50]. Mae astudiaethau eraill hefyd wedi nodi bod gofalwyr iau di-dâl yn teimlo bod eu dewisiadau addysg a chyflogaeth yn gyfyngedig [51-53]. Mae'r canfyddiadau hyn yn cyfrannu at yr angen am gefnogaeth barhaus ar gyfer llwybrau i addysg/cyflogaeth ymhlith gofalwyr di-dâl.

O ystyried yr amrywiad yn y cysylltiadau rhwng dwysedd cyfrifoldebau gofalu, ffactorau demograffig ac economaidd gymdeithasol a llesiant meddyliol, mae angen dull cydgynhyrchiol o fynd i'r afael ag anghenion gofalwyr di-dâl. Mae angen y dull hwn yn arbennig ar gyfer y rhai sy'n darparu lefelau uchel o ofal, er mwyn ystyried y llu o ffactorau sylfaenol sy'n cyfrannu at wahaniaethau mewn llesiant meddyliol ymysg gofalwyr di-dâl.

5.2. Casgliad

Mae Llywodraeth Cymru wedi cydnabod bod angen gweithredu i gefnogi gofalwyr di-dâl ac maent wedi lansio Strategaeth ar gyfer gofalwyr di-dâl [54]. Mae ein canfyddiadau yn darparu tystiolaeth ddefnyddiol i gefnogi datblygiad a gweithrediad y strategaeth hon, gan ddarparu dealltwriaeth fanwl newydd o lesiant meddyliol ymhlith gofalwyr di-dâl, a sut y gall gwahanol grwpiau o ofalwyr di-dâl gael eu heffeithio'n anghymesur. Mae'r canfyddiadau hyn yn tynnu sylw at y ffaith bod mynd i'r afael â ffactorau economaidd-gymdeithasol fel lefelau isel o addysg a chyflogaeth yn berthnasol iawn i wella llesiant meddyliol ymhlith gofalwyr di-dâl, yn enwedig ymhlith y rhai sydd â'r lefelau isaf o lesiant meddyliol. **Mae mynd i'r afael â rhwystrau i addysg, cadw cyflogaeth a chyflogaeth dda a theg, yn allweddol i gefnogi gofalwyr di-dâl yng Nghymru.** Mae cefnogi gofalwyr di-dâl mewn addysg ac yn y gweithlu yn un o'r pedair blaenoriaeth yn y Strategaeth ar gyfer Gofalwyr Di-dâl [54]; yma rydym yn cyflwyno tystiolaeth am y goblygiadau i lesiant yn sgil mynd i'r afael â'r materion hyn a hefyd yn tynnu sylw at y ffaith bod angen i gamau gweithredu effeithiol yn y maes hwn gydnabod amgylchiadau amrywiol gofalwyr di-dâl, a sut y mae'r rhain yn effeithio ar y rhwystrau i gyflogaeth, ond hefyd y manteision sy'n deillio o gyflogaeth.

Mae angen camau gweithredu parhaus i gefnogi gofalwyr di-dâl er mwyn atal eu hiechyd meddwl rhag gwaethygu, gan gynnwys gofal seibiant, seibiannau o ofalu ac ehangu mynediad at gymorth seicolegol. Gall y dulliau hyn i gyd gael effaith fuddiol ar lesiant meddyliol [5, 51], ond rhaid eu datblygu i sicrhau eu bod yn cefnogi anghenion llesiant y grwpiau demograffig hynny yr ydym wedi tynnu sylw atynt fel y rhai sydd fwyaf tebygol o brofi llesiant meddyliol gwael [54]. Mae cynllun i ariannu cynllun seibiannau byr wedi'i gynnwys yn Rhaglen Lywodraethu Llywodraeth Cymru 2021-2026 [52], ac mae Llywodraeth Cymru hefyd wedi derbyn yr argymhelliad gan yr ymchwiliad Gofalu Am Ein Dyfodol i sicrhau darpariaeth deg o'r gefnogaeth hon. [55, 56]. Ond bydd y polisiau hyn yn arwain at y budd mwyaf os byddant yn cael eu cydgynhyrchu, gyda dull gwerthuso wedi'i ymgorffori ynddynt i sicrhau bod cymorth yn effeithiol ac yn cyrraedd y rhai sydd ei angen fwyaf.

Un her sy'n weddill yw'r diffyg data a gesglir yn rheolaidd ar statws gofalu dros amser, gan gyfyngu ar y gallu i archwilio effeithiau hydredol ar raddfa fawr y mae gofalu yn eu cael ar ofalwyr di-dâl, a chynhyrchu tystiolaeth gadarn ar y ffordd orau o gefnogi'r boblogaeth hon. **Mae angen pennu'r ffordd orau o gofnodi data arferol ar ofalwyr di-dâl i helpu i sicrhau bod mewnwelediadau'n cael eu cynhyrchu ar yr adeg iawn i gefnogi cymryd camau yn lleol ac yn genedlaethol.** Mae hyn yn cael ei ystyried yn y Strategaeth ar gyfer Gofalwyr Di-dâl [54], o ran y diffyg data yn y maes hwn oherwydd diffyg systemau i gasglu'r wybodaeth, ond hefyd am nad yw gofalwyr di-dâl eu hunain yn gweld eu hunain fel gofalwyr. Mae Carers UK wedi adrodd ar effaith y ffaith nad yw pobl yn gweld eu hunain fel gofalwyr di-dâl [57]. Ond, o ystyried amgylchiadau ac anghenion amrywiol iawn gofalwyr di-dâl, er mwyn defnyddio'r data hyn yn y ffordd fwyaf effeithiol i gefnogi gofalwyr di-dâl, dylid cysylltu gwybodaeth am ofalu â ffynonellau data eraill i sicrhau y gellir deall amgylchiadau ac effeithiau ehangach gofal di-dâl.

Datganiad moesegol

Mae'r astudiaeth hon yn seiliedig ar gofnodion iechyd electronig dienw a gesglir yn rheolaidd. Mae'r holl ddata dienw a gesglir yn rheolaidd a gedwir yng Nghronfa Ddata SAIL wedi'u heithrio o reolau cydsyniad oherwydd natur ddienw'r gronfa ddata (o dan adran 251, y Pwyllgor Moeseg Ymchwil Cenedlaethol (NREC)). Rydym wedi gwneud cais i'r Panel Adolygu Llywodraethu Gwybodaeth (IGRP) annibynnol ac wedi cael caniatâd ganddo i gynnal yr astudiaeth hon (prosiect rhif 1213). Mae'r IGRP yn cynnwys aelodau annibynnol o'r NREC a Chymdeithas Feddygol Prydain (BMA), yn ogystal ag aelodau lleyg. Mae'r broses adolygu wedi gwirio bod yr astudiaeth yn ddefnyddiol, nad yw'n werthusiad o wasanaeth, ac na fydd yn torri safonau anonymeiddio.

1. Guzman-Castillo, M., S. Ahmadi-Abhari, P. Bandosz, S. Capewell, A. Steptoe, A. Singh-Manoux, M. Kivimaki, M.J. Shipley, E.J. Brunner, a M. O'Flaherty, *Forecasted trends in disability and life expectancy in England and Wales up to 2025: a modelling study*. Lancet Public Health, 2017. **2**(7): tud. e307-e313.
2. *Unpaid carers in Wales feel demoralised and disillusioned*. 2019, Gofalwyr Cymru.
3. Verbakel, E., S. Tamaglsrønning, L. Winstone, E.L. Fjær, a T.A. Eikemo, *Informal care in Europe: findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health*. Eur J Public Health, 2017. **27**(suppl_1): tud. 90-95.
4. Brenna, E. a C. Di Novi, *Is caring for older parents detrimental to women's mental health? The role of the European North-South gradient*. Review of Economics of the Household, 2016. **14**(4): tud. 745-778.
5. Abraham Cottagiri, S. a P. Sykes, *Key health impacts and support systems for informal carers in the UK: A thematic review*. Journal of Health and Social Sciences, 2019. **4**: tud. 173-198.
6. Kelly, A. a C. Kenny, *Unpaid Care*. 2018, Swyddfa Seneddol Gwyddoniaeth a Thechnoleg.
7. Diminic, S., E. Hielscher, a M.G. Harris, *Caring hours and possible need for employment support among primary carers for adults with mental illness: Results from an Australian household survey*. Health Soc Care Community, 2019. **27**(5): tud. e837-e849.
8. *The impact of caregiving on informal carers' mental and physical health*. 2017, Euro Carers.
9. Pressman, S.D. a S. Cohen, *Does positive affect influence health?* Psychol Bull, 2005. **131**(6): tud. 925-971.
10. Chida, Y. ac A. Steptoe, *Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies*. Psychosom Med, 2008. **70**(7): tud. 741-56.
11. Campion, J., K. Bhui, a D. Bhugra, *European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders*. Eur Psychiatry, 2012. **27**(2): tud. 68-80.
12. *No health without mental health: A cross-government mental health outcomes strategy for people of all ages 2011*, HM Government.
13. *Facts about carers 2019*. 2019, Carers UK.
14. *Alone and caring*. 2015, Carers UK.
15. Tseliou, F., M. Atkinson, S. Paranjothy, a P. Ashfield-Watt, *Do carers care for themselves? A population-based study*. International Journal of Population Data Science, 2019. **4**(3).
16. *A Forgotten Army: Coping as a Carer*. 2019, Future Care Capital.
17. Totsika, V., R.P. Hastings, a D. Vagenas, *Informal caregivers of people with an intellectual disability in England: health, quality of life and impact of caring*. Health & Social Care in the Community, 2017. **25**(3): tud. 951-961.
18. Bom, J., P. Bakx, F. Schut, ac E. van Doorslaer, *The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review*. The Gerontologist, 2018. **59**(5): tud. e629-e642.
19. *2011 Census analysis: Unpaid care in England and Wales, 2011 and comparison with 2001*. 2013, Y Swyddfa Ystadegau Gwladol.
20. Anderson, L.A., V.J. Edwards, W.S. Pearson, R.C. Talley, L.C. McGuire, ac E.M. Andresen, *Adult caregivers in the United States: characteristics and differences in well-being, by caregiver age and caregiving status*. Preventing chronic disease, 2013. **10**: tud. E135-E135.
21. Cook, S.K., L. Snellings, a S.A. Cohen, *Socioeconomic and demographic factors modify observed relationship between caregiving intensity and three dimensions of quality of life in informal adult children caregivers*. Health Qual Life Outcomes, 2018. **16**(1): tud. 169.
22. Kim, J. a H. Kim, *Demographic and Environmental Factors Associated with Mental Health: A Cross-Sectional Study*. International journal of environmental research and public health, 2017. **14**(4): tud. 431.
23. Stickney, S., D. Yanosky, D.R. Black, a N.L. Stickney, *Socio-demographic variables and perceptual moderators related to mental health stigma*. J Ment Health, 2012. **21**(3): tud. 244-56.
24. Xiong, C., M. Biscardi, A. Astell, E. Nalder, J.I. Cameron, A. Mihailidis, ac A. Colantonio, *Sex and gender differences in caregiving burden experienced by family caregivers of persons with dementia: A systematic review*. PLOS ONE, 2020. **15**(4): tud. e0231848.
25. Greene, G., A. Gartner, D. Farewell, L. Trefan, A.R. Davies, M.A. Bellis, a S. Paranjothy, *Mental health selection: common mental disorder and migration between multiple states of deprivation in a UK cohort*. BMJ Open, 2020. **10**(2): tud. e033238.
26. Neubert, L., H.-H. König, C. Mietzner, a C. Brettschneider, *Dementia care-giving and employment: a mixed-studies review on a presumed conflict*. Ageing and Society, 2021. **41**(5): tud. 1094-1125.
27. *Juggling work and unpaid care: A growing issue*. 2019, Carers UK.
28. Kang, X., Z. Li, a M.T. Nolan, *Informal caregivers' experiences of caring for patients with chronic heart failure: systematic review and metanalysis of qualitative studies*. J Cardiovasc Nurs, 2011. **26**(5): tud. 386-94.

29. *Dementia in the Family: The impact on carers*. 2015, Alzheimer's Research UK.
30. *State of Caring: A snapshot of unpaid care in the UK*. 2019, Carers UK.
31. Hounsell, D., *Hidden from view: The experiences of young carers in England*. 2013, Cymdeithas y Plant.
32. Rodrigues, R., C. Simmons, A.E. Schmidt, a N. Steiber, *Care in times of COVID-19: the impact of the pandemic on informal caregiving in Austria*. Eur J Ageing, 2021. **18**(2): tud. 1-11.
33. Huang, F., Y. Cai, D. Florentin, J. Song, ac A. Davies, *Cau'r bwlch ymgysylltu ag addysg i ofalwyr ifanc*. 2021, Ymddiriedolaeth GIG Iechyd Cyhoeddus Cymru: Caerdydd.
34. Santini, Z.I., S. Stougaard, A. Koyanagi, A.K. Ersbøll, L. Nielsen, C. Hinrichsen, K.R. Madsen, C. Meilstrup, S. Stewart-Brown, a V. Koushede, *Predictors of high and low mental well-being and common mental disorders: findings from a Danish population-based study*. European Journal of Public Health, 2020. **30**(3): tud. 503-509.
35. Stewart-Brown, S., P.C. Samaraweera, F. Taggart, N.B. Kandala, and S. Stranges, *Socioeconomic gradients and mental health: implications for public health*. Br J Psychiatry, 2015. **206**(6): tud. 461-5.
36. Van Lente, E., M.M. Barry, M. Molcho, K. Morgan, D. Watson, J. Harrington, a H. McGee, *Measuring population mental health and social well-being*. Int J Public Health, 2012. **57**(2): tud. 421-30.
37. Solin, P.C.M., J. Reinikainen, T. Martelin, a N. Tamminen, *Predicting high and low levels of positive mental health among people living alone in the Lapland region of Finland*. Journal of Public Mental Health, 2019. **18**(4): tud. 214-223.
38. *Better Mental Health for All: A Public Health Approach to Mental Health Improvement*. 2016, Cyfadran Iechyd y Cyhoedd a Sefydliad Iechyd y Cyhoedd: Llundain.
39. *Arolwg Cenedlaethol Cymru* Llywodraeth Cymru
40. Aumeyr, M., Z. Brown, R. Doherty, A. Fallows, T. Pegg, R. Perez-Dominguez, R. Sanderson, a L. Shemwell, *Arolwg Cenedlaethol Cymru 2016-17: Adroddiad Technegol*. 2017, Llywodraeth Cymru, Adroddiad GSR rhif 34/2917. Caerdydd.
41. *SAIL Databank*. Ar gael o: <https://saildatabank.com/saildata/sail-datasets/>.
42. Tennant, R., L. Hiller, R. Fishwick, S. Platt, S. Joseph, S. Weich, J. Parkinson, J. Secker, a S. Stewart-Brown, *The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation*. Health and Quality of Life Outcomes, 2007. **5**(1): tud. 63.
43. *Mynegai Amddifadedd Lluosog Cymru (MALIC) 2014*. 2014, Llywodraeth Cymru.
44. *Census geography - An overview of the various geographies used in the production of statistics collected via the UK census*. Y Swyddfa Ystadegau Gwladol..
45. Ng Fat, L., S. Scholes, S. Boniface, J. Mindell, a S. Stewart-Brown, *Evaluating and establishing national norms for mental wellbeing using the short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS): findings from the Health Survey for England*. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 2017. **26**(5): tud. 1129-1144.
46. Smith, O.R.F., D.E. Alves, M. Knapstad, E. Haug, a L.E. Aarø, *Measuring mental well-being in Norway: validation of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS)*. BMC Psychiatry, 2017. **17**(1): tud. 182.
47. *Care home population stabilises as unpaid carer population increases*. 2015, Y Swyddfa Ystadegau Gwladol.
48. *Deaths and population by sex and IMD, England and Wales, 2016*. 2018, Y Swyddfa Ystadegau Gwladol.
49. Stevens, M. a N. Brimblecombe, *What can the experiences of young adult carers tell us about what can make services more helpful for them and their families?* Journal of Youth Studies, 2021: tud. 1-17.
50. Brimblecombe, N., M. Knapp, D. King, M. Stevens, a J. Cartagena Farias, *The high cost of unpaid care by young people: health and economic impacts of providing unpaid care*. BMC Public Health, 2020. **20**(1): tud. 1115.
51. Seddon, D. a N. Andrews, *What a difference a break makes: A vision for the future of short breaks for unpaid carers in Wales*. 2021, Ymddiriedolaeth Gofalwyr Cymru: Caerdydd.
52. Robison, O.M.E.F., G. Inglis, a J. Egan, *The health, well-being and future opportunities of young carers: a population approach*. Public Health, 2020. **185**: tud. 139-143.
53. Becker, F. a S. Becker, *Young Adult Carers in the UK: Experiences, Needs and Services for Carers aged 16-24*. 2008, The Princess Royal Trust for Carers: Llundain.
54. *Strategaeth ar gyfer gofalwyr di-dâl: Yr hyn y byddwn yn ei wneud i wella cydnabyddiaeth a chefnogaeth i ofalwyr di-dâl*. 2021, Llywodraeth Cymru.
55. *Gofalu am ein dyfodol: Ymchwiliad i effaith Deddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014 mewn perthynas â gofalwyr*. 2019, Cynulliad Cenedlaethol Cymru. Y Pwyllgor Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Chwaraeon
56. *Ymateb Ysgrifenedig Llywodraeth Cymru i Adroddiad Ymchwiliad y Pwyllgor Gofal Cymdeithasol Iechyd a Chwaraeon i Ddeddf Gwasanaethau Cymdeithasol a Llesiant (Cymru) 2014 a'i effaith ar ofalwyr*. 2021, Llywodraeth Cymru.
57. *Missing out: the identification challenge*. 2016, Carers UK.
58. *The Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scales - WEMWBS*. 2020; Ar gael o: <https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/platform/wemwbs/>.

Blwch 1: Mesurau gwybodaeth ddemograffig, dwysedd gofalu, llesiant meddyliol a statws economaidd-gymdeithasol

Mesur	Ffynhonnell	Newidyn deilliedig
Llesiant meddyliol	Yn cynnwys 14 cwestiwn wedi'u geirio'n gadarnhaol (am wybodaeth bellach gweler holiadur Arolwg Cenedlaethol Cymru [39] a gwefan WEMWBS [58])	WEMWBS: Sgoriau rhwng 14 a 79
Dwysedd gofalu	Gofalwyr di-dâl - yn gofalu am aelodau'r teulu, ffrindiau, cymdogion neu eraill neu sy'n rhoi unrhyw help a chymorth iddynt.	Dwysedd gofalu (oriau/wythnos): Isel (1-19 awr) Cymedrol (20-49 awr) Uchel (50+ awr)
Oedran	Oedran adeg y cyfweiliad	Grŵp oedran: 16-44 oed 45-64 oed 65+ oed
Rhyw	Rhyw	Benywaidd Gwrywaidd
Mewn gwaith cyflogedig	Ymatebydd mewn gwaith cyflogedig ar hyn o bryd (amser llawn neu ran-amser)	Ie Na
Addysg	Y cymhwyster uchaf o dan y Fframwaith Cymwysterau Cenedlaethol (FFCC)	FfCC lefel 4 neu uwch (cymhwyster addysgol uchel) FfCC lefel 3 neu is (cymhwyster addysgol isel)
Amddifadedd incwm	Gwybodaeth a gafwyd drwy set ddata Gwasanaeth Demograffig Cymru (WDSD).	Y rhai â'r amddifadedd incwm mwyaf (C1) Y rhai â'r amddifadedd incwm canol (C2, C3 a C4) Y rhai â'r amddifadedd incwm lleiaf (C5)

Dadansoddwyd y data gan ddefnyddio fersiwn 16.1 o Stata

Tabl A1 Sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu yn ôl dwysedd gofalu a ffactorau demograffig ar gyfer pob gofalwr (N=2144)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	OLS	WEMWBS C1(=15.0%)	WEMWBS C2(=32.5%)	WEMWBS C3(=50.0%)	WEMWBS C4(=67.5%)	WEMWBS C5(=85.0%)
Cyffredinol (N=2144)						
1-19 awr	51.02	42.28	48.29	51.72	55.24	59.42
	[50.59,51.45]	[41.47,43.08]	[47.71,48.88]	[51.24,52.20]	[54.74,55.73]	[58.83,60.02]
20-49 awr	49.98	40.28	45.29	51.22	55.24	60.42
	[48.80,51.16]	[38.08,42.48]	[43.69,46.90]	[49.90,52.54]	[53.89,56.59]	[58.79,62.05]
50+ awr	49.52	40.28	45.29	49.22	54.24	59.42
	[48.45,50.58]	[38.29,42.27]	[43.84,46.75]	[48.02,50.41]	[53.02,55.46]	[57.95,60.90]
Rhyw Benywaidd (N=1280)						
1-19 awr	50.28	41.29	47.04	50.64	55.04	59.41
	[49.70,50.86]	[40.20,42.37]	[46.30,47.78]	[49.96,51.31]	[54.26,55.81]	[58.54,60.27]
20-49 awr	49.16	39.95	44.04	50.14	54.04	58.41
	[47.69,50.64]	[37.20,42.71]	[42.17,45.91]	[48.42,51.85]	[52.08,55.99]	[56.22,60.60]
50+ awr	48.60	39.29	45.04	48.14	53.04	58.41
	[47.24,49.96]	[36.74,41.83]	[43.31,46.76]	[46.56,49.71]	[51.23,54.84]	[56.39,60.43]
Gwryw (N=864)						
1-19 awr	52.12	44.34	49.81	53.07	55.80	59.91
	[51.48,52.75]	[43.29,45.40]	[48.94,50.68]	[52.38,53.76]	[55.09,56.51]	[59.07,60.74]
20-49 awr	51.18	39.34	47.81	51.74	55.80	62.91
	[49.21,53.15]	[36.08,42.61]	[45.11,50.50]	[49.60,53.87]	[53.60,58.01]	[60.33,65.48]
50+ awr	50.95	41.34	45.81	50.74	55.80	60.91
	[49.23,52.68]	[38.49,44.20]	[43.45,48.17]	[48.87,52.60]	[53.87,57.73]	[58.65,63.16]
Grŵp oedran 16-44 oed (N=593)						
1-19 awr	49.19	40.08	45.39	49.52	53.57	58.09
	[48.37,50.01]	[38.62,41.53]	[44.37,46.40]	[48.49,50.55]	[52.65,54.49]	[56.84,59.34]
20-49 awr	45.91	34.08	43.39	46.52	50.57	55.09
	[43.57,48.24]	[29.93,38.22]	[40.50,46.27]	[43.60,49.44]	[47.96,53.17]	[51.54,58.64]
50+ awr	49.99	44.08	46.39	51.52	54.07	58.09
	[47.55,52.43]	[39.74,48.41]	[43.37,49.41]	[48.47,54.57]	[51.34,56.79]	[54.38,61.80]
45-64 oed (N=924)						
1-19 awr	50.98	42.42	47.80	51.48	55.45	59.97
	[50.31,51.65]	[41.11,43.72]	[46.85,48.76]	[50.74,52.22]	[54.65,56.25]	[59.00,60.93]
20-49 awr	49.74	39.42	44.80	50.48	54.95	59.97
	[47.98,51.49]	[36.02,42.82]	[42.31,47.29]	[48.56,52.40]	[52.86,57.03]	[57.46,62.48]
50+ awr	50.18	40.42	46.80	51.48	54.95	61.97
	[48.46,51.90]	[37.09,43.75]	[44.36,49.24]	[49.60,53.36]	[52.91,56.99]	[59.51,64.43]
65+ oed (N=627)						
1-19 awr	52.80	45.20	49.87	53.34	56.33	61.04
	[52.04,53.55]	[43.87,46.53]	[48.99,50.75]	[52.50,54.17]	[55.37,57.30]	[60.03,62.04]
20-49 awr	54.52	44.20	50.87	56.34	59.33	63.04
	[52.37,56.68]	[40.42,47.99]	[48.37,53.38]	[53.96,58.71]	[56.59,62.08]	[60.17,65.90]
50+ awr	49.21	41.20	44.87	48.34	53.33	58.04
	[47.64,50.79]	[38.42,43.98]	[43.04,46.71]	[46.59,50.08]	[51.32,55.35]	[55.93,60.14]

Mae N yn adrodd ar nifer yr arsylwadau. Mae sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu mewn print trwm yn ystadegol arwyddocaol ($p < 0.05$) o'i gymharu â'r grŵp cyfeirio (wedi'i addasu ar gyfer ffactorau economaidd-gymdeithasol). Cyfwng hyder 95% mewn cromfachau

Tabl A2 Sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu yn ôl ffactorau economaidd-gymdeithasol ar gyfer pob gofalwr (N=2144)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	OLS	WEMWBS C1(=15.0%)	WEMWBS C2(=32.5%)	WEMWBS C3(=50.0%)	WEMWBS C4(=67.5%)	WEMWBS C5(=85.0%)
Mewn gwaith cyflogedig						
Ie	51.50	43.72	48.55	51.82	55.58	59.52
	[50.91,52.08]	[42.63,44.81]	[47.75,49.34]	[51.16,52.47]	[54.92,56.25]	[58.72,60.33]
Na	49.86	39.72	46.55	50.82	54.58	59.52
	[49.24,50.47]	[38.57,40.87]	[45.71,47.39]	[50.12,51.51]	[53.88,55.29]	[58.67,60.38]
Y cymhwyster addysgol uchaf						
FfCC lefel 4 neu uwch	51.55	42.95	48.73	52.19	55.68	60.09
	[50.98,52.13]	[41.87,44.03]	[47.94,49.52]	[51.54,52.84]	[55.01,56.34]	[59.29,60.89]
FfCC lefel 3 neu is	50.08	40.95	46.73	50.69	54.68	59.09
	[49.57,50.58]	[40.01,41.89]	[46.05,47.42]	[50.13,51.26]	[54.10,55.25]	[58.40,59.79]
Incwm						
Y rhai â'r amddifadedd incwm lleiaf	50.80	41.49	47.75	51.42	55.26	59.68
	[49.99,51.61]	[39.97,43.00]	[46.64,48.86]	[50.50,52.33]	[54.33,56.19]	[58.55,60.80]
Y rhai â'r amddifadedd incwm canolog	50.94	42.49	47.75	51.42	55.26	59.68
	[50.47,51.41]	[41.61,43.37]	[47.10,48.39]	[50.89,51.95]	[54.72,55.80]	[59.02,60.33]
Y rhai â'r amddifadedd incwm mwyaf	49.66	39.49	46.75	50.92	54.26	58.68
	[48.68,50.63]	[37.66,41.32]	[45.41,48.08]	[49.82,52.02]	[53.14,55.38]	[57.32,60.03]

Mae N yn adrodd ar nifer yr arsylwadau. Mae sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu mewn print trwm yn ystadegol arwyddocaol ($p < 0.05$) o'i gymharu â'r grŵp cyfeirio (wedi'u haddasu ar gyfer rhyw ac oedran). Cyfwng hyder 95% mewn cromfachau

Tabl A3 Sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu yn ôl ffactorau economaidd-gymdeithasol ar gyfer gofalwyr dwysedd isel (N=1,645)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	OLS	WEMWBS C1(=15.0%)	WEMWBS C2(=32.5%)	WEMWBS C3(=50.0%)	WEMWBS C4(=67.5%)	WEMWBS C5(=85.0%)
Mewn gwaith cyflogedig						
Ie	51.95	44.39	49.58	52.16	55.59	60.02
	[51.34,52.55]	[43.09,45.69]	[48.74,50.41]	[51.50,52.82]	[54.82,56.35]	[59.23,60.81]
Na	50.01	40.39	46.58	51.16	54.59	59.02
	[49.27,50.75]	[38.79,41.99]	[45.55,47.60]	[50.35,51.98]	[53.65,55.53]	[58.05,59.99]
Y cymhwyster addysgol uchaf						
FfCC lefel 4 neu uwch	51.91	43.55	49.43	52.85	55.72	60.15
	[51.29,52.54]	[42.20,44.90]	[48.57,50.29]	[52.16,53.53]	[54.93,56.51]	[59.34,60.97]
FfCC lefel 3 neu'n is	50.51	42.05	47.43	50.85	54.72	59.15
	[49.95,51.08]	[40.84,43.27]	[46.65,48.21]	[50.23,51.47]	[54.01,55.44]	[58.42,59.89]
Incwm						
Y rhai â'r amddifadedd incwm lleiaf	51.08	42.04	48.46	51.88	55.44	59.74
	[50.21,51.96]	[40.15,43.92]	[47.25,49.67]	[50.92,52.84]	[54.33,56.55]	[58.59,60.88]
Y rhai â'r amddifadedd incwm canolog	51.46	43.54	48.46	51.88	55.44	59.74
	[50.94,51.98]	[42.42,44.65]	[47.75,49.18]	[51.31,52.45]	[54.78,56.10]	[59.06,60.41]
Y rhai â'r amddifadedd incwm mwyaf	49.72	40.04	47.46	50.88	53.44	58.74
	[48.57,50.87]	[37.57,42.51]	[45.88,49.05]	[49.62,52.14]	[51.99,54.90]	[57.24,60.23]

Mae N yn adrodd ar nifer yr arsylwadau. Mae sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu mewn print trwm yn ystadegol arwyddocaol ($p < 0.05$) o'i gymharu â'r grŵp cyfeirio (wedi'u haddasu ar gyfer rhyw ac oedran). Cyfwng hyder 95% mewn cromfachau

Tabl A4 Sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu yn ôl ffactorau economaidd-gymdeithasol ar gyfer gofawyr dwysedd cymedrol (N=219)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	OLS	WEMWBS C1(=15.0%)	WEMWBS C2(=32.5%)	WEMWBS C3(=50.0%)	WEMWBS C4(=67.5%)	WEMWBS C5(=85.0%)
Mewn gwaith cyflogedig						
Ie	50.10 [48.06,52.14]	40.52 [37.18,43.86]	46.03 [42.90,49.16]	50.35 [47.86,52.83]	54.43 [51.43,57.42]	60.44 [58.51,62.37]
Na	49.13 [47.30,50.95]	37.52 [34.54,40.51]	45.53 [42.73,48.33]	50.35 [48.12,52.57]	54.23 [51.55,56.91]	59.19 [57.46,60.92]
Y cymhwyster addysgol uchaf						
FfCC lefel 4 neu uwch	51.48 [49.47,53.50]	41.29 [37.98,44.59]	47.26 [44.16,50.36]	52.16 [49.69,54.62]	56.49 [53.52,59.46]	61.87 [59.95,63.78]
FfCC lefel 3 neu'n is	48.30 [46.67,49.93]	37.29 [34.62,39.95]	44.76 [42.27,47.26]	49.16 [47.17,51.14]	52.89 [50.50,55.28]	58.37 [56.83,59.91]
Incwm						
Y rhai â'r amddifadedd incwm lleiaf	51.81 [48.80,54.82]	40.91 [35.98,45.84]	51.61 [46.99,56.23]	52.62 [48.94,56.29]	55.09 [50.67,59.52]	58.96 [56.10,61.81]
Y rhai â'r amddifadedd incwm canolog	49.56 [47.98,51.15]	38.91 [36.32,41.50]	44.61 [42.18,47.04]	49.62 [47.69,51.55]	54.29 [51.97,56.62]	60.71 [59.21,62.21]
Y rhai â'r amddifadedd incwm mwyaf	47.54 [44.70,50.37]	36.91 [32.28,41.55]	44.11 [39.76,48.46]	50.62 [47.16,54.07]	53.69 [49.53,57.86]	57.46 [54.77,60.14]

Mae N yn adrodd ar nifer yr arsylwadau. Mae sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu mewn print trwm yn ystadegol arwyddocaol ($p < 0.05$) o'i gymharu â'r grŵp cyfeirio (wedi'u haddasu ar gyfer rhyw ac oedran). Cyfwng hyder 95% mewn cromfachau

Tabl A5 Sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu yn ôl ffactorau economaidd-gymdeithasol ar gyfer gofawyr dwysedd uchel (N=280)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
	OLS	WEMWBS C1(=15.0%)	WEMWBS C2(=32.5%)	WEMWBS C3(=50.0%)	WEMWBS C4(=67.5%)	WEMWBS C5(=85.0%)
Mewn gwaith cyflogedig						
Ie	50.54 [47.96,53.13]	42.76 [38.52,46.99]	47.52 [43.85,51.20]	50.43 [46.96,53.90]	55.49 [52.42,58.55]	59.11 [54.73,63.49]
Na	48.68 [47.35,50.00]	38.76 [36.58,40.93]	44.52 [42.64,46.41]	49.43 [47.65,51.21]	53.49 [51.91,55.06]	58.61 [56.36,60.86]
Y cymhwyster addysgol uchaf						
FfCC lefel 4 neu uwch	49.46 [47.47,51.46]	40.96 [37.69,44.23]	45.85 [43.02,48.69]	50.94 [48.26,53.62]	54.59 [52.22,56.95]	58.40 [55.02,61.79]
FfCC lefel 3 neu'n is	48.90 [47.45,50.36]	38.96 [36.57,41.34]	44.85 [42.78,46.93]	48.94 [46.99,50.90]	53.59 [51.86,55.31]	58.90 [56.43,61.37]
Incwm						
Y rhai â'r amddifadedd incwm lleiaf	48.98 [46.23,51.72]	37.89 [33.40,42.39]	44.40 [40.50,48.30]	48.62 [44.94,52.30]	53.28 [50.03,56.53]	61.72 [57.07,66.38]
Y rhai â'r amddifadedd incwm canolog	48.84 [47.36,50.32]	40.89 [38.47,43.32]	45.40 [43.29,47.50]	49.62 [47.64,51.61]	53.28 [51.53,55.03]	57.22 [54.71,59.73]
Y rhai â'r amddifadedd incwm mwyaf	49.92 [47.38,52.45]	37.89 [33.74,42.04]	45.40 [41.79,49.00]	50.62 [47.22,54.02]	56.28 [53.28,59.28]	60.22 [55.93,64.52]

Mae N yn adrodd ar nifer yr arsylwadau. Mae sgoriau WEMWBS wedi'u haddasu mewn print trwm yn ystadegol arwyddocaol ($p < 0.05$) o'i gymharu â'r grŵp cyfeirio (wedi'u haddasu ar gyfer rhyw ac oedran). Cyfwng hyder 95% mewn cromfachau



GIG
CYMRU
NHS
WALES

Iechyd Cyhoeddus
Cymru
Public Health
Wales
Ymchwil a Gwerthuso

Is-Adran Ymchwil a Gwerthuso

Data Iechyd Cyhoeddus, Y Gyfarwyddiaeth Gwybodaeth ac Ymchwil

Cyfarwyddiaeth Gwybodaeth

Iechyd Cyhoeddus Cymru

Rhif 2 Capital Quarter

Stryd Tyndall

Caerdydd CF10 4BZ

Ffôn: +44 (0)29 2022 7744

E-bost: ICC.Ymchwil@wales.nhs.uk

 @IechydCyhoeddus @PHREWales

 /IechydCyhoeddusCymru

icc.gig.cymru