

# Disgwyliad oes iach

## Cyflwyniad

Mae Deddf Llesiant Cenedlaethau'r Dyfodol (Cymru) 2015 yn ei gwneud yn ofynnol i Weinidogion Llywodraeth Cymru bennu Dangosyddion Cenedlaethol i fesur cynnydd tuag at y saith nod llesiant cenedlaethol (Ffigur 1). Ar 16 Mawrth, 2016, gosodwyd set o 46 o [Ddangosyddion Cenedlaethol](#). Mae'r Ddeddf hefyd yn ei gwneud yn ofynnol i Weinidogion bennu Cerrig Milltir Cenedlaethol ar gyfer 2050 sy'n 'nodi disgwyliadau o ran cynnydd, gan gynnwys maint a chyflymder y newid sydd ei angen' (Welsh Government, 2019b, p. 3) i asesu a yw Cymru ar y trywydd iawn i gyflawni'r nodau llesiant. Cadarnhawyd y don gyntaf o Gerrig Milltir yn y Senedd ddiwedd 2021. Mae Llywodraeth Cymru yn y broses o ddatblygu'r ail don o Gerrig Milltir erbyn diwedd 2022.



Ffigur 1: Y saith nod llesiant ar gyfer Cymru  
Ffynhonnell: Llywodraeth Cymru, 2020

## Dangosydd cenedlaethol 2

Nod y papur briffio yw llywio datblygiad Carreg Filtir realistig ac uchelgeisiol ar gyfer Dangosydd Cenedlaethol 2: *'disgwyliad oes iach adeg geni gan gynnwys y bwlch rhwng y bobl fwyaf a lleiaf difreintiedig.'*

Yn yr hyn sy'n dilyn, rydym ni'n amlinellu tueddiadau yn nata'r dangosyddion, ac yn crynhoi'r dystiolaeth sydd ar gael am yr hyn a allai esbonio neu gyfrannu at y tueddiadau hyn. Rydym hefyd yn mynd i'r afael â'r cyd-destun polisi a'r ysgogiadau polisi ar gyfer gyrru gwelliannau mewn disgwyliad oes iach a lleihau'r bwlch rhwng y mwyaf a'r lleiaf difreintiedig, effaith pandemig y Coronafeirws, ac ystyriaethau allweddol ar gyfer datblygu'r Garreg Filtir ar gyfer Dangosydd Cenedlaethol 2.

Mae'r papur briffio hwn yn seiliedig ar adolygiad cyflym o'r dystiolaeth sydd ar gael, er mwyn llywio'r digwyddiad i randdeiliaid ar 24 Mawrth 2022. Fel y cyfryw, nid yw'n adolygiad cynhwysfawr na systematig o dystiolaeth berthnasol.

Er mwyn ystyried Carreg Filtir Genedlaethol addas, mae angen deall y 'cyfeiriad teithio' presennol o ran disgwyliad oes iach, gan gynnwys y bwlch rhwng yr ardaloedd lleiaf a mwyaf difreintiedig, a chyflymder a graddfa'r newid a welwyd o'r blaen mewn perthynas â'r Dangosydd Cenedlaethol hwn.

Bydd unrhyw newidiadau mewn disgwyliad oes iach dros amser yn adlewyrchu newidiadau mewn cyfraddau marwolaeth (ac felly newidiadau mewn disgwyliad oes cyfartalog), a newidiadau yn nifer yr achosion o ieched da neu dda iawn hunan-gofnodedig (gweler Blwch 1 isod).

Mae'r dadansoddiad canlynol yn cymryd y cyfnod 2009-11 fel gwaelodlin, gan fod hyn yn caniatáu cymhariaeth o'r duedd cyn cyflwyno Deddf Llesiant Cenedlaethau'r Dyfodol (Cymru) (2015) a'r Dangosydd Cenedlaethol disgwyliad oes iach y mae'r papur hwn yn ymwneud ag ef, gyda'r duedd yn y

blynyddoedd diwethaf. Nid yw'r data y tu hwnt i 2017-19 ar gael eto. Mae peth data ynghylch anghydraddoldeb mewn disgwyliad oes ond ar gael o 2011-13.

## Blwch 1: Beth yw 'disgwyliad oes iach' a sut mae'n cael ei fesur?

Mae **disgwyliad oes cyfartalog** yn fesur o “*nifer cyfartalog y blynyddoedd y disgwylir i unigolyn fyw ar sail cyfraddau marwolaeth cyfredol*” (Office for National Statistics, 2017). Mae **disgwyliad oes iach** yn mireinio'r mesur hwn i nodi “*nifer cyfartalog y blynyddoedd y mae disgwyl i unigolyn fyw mewn cyflwr o iechyd da neu dda iawn ar sail hunanasesiad, yn seiliedig ar gyfraddau marwolaethau cyfredol a mynychder iechyd da neu dda iawn*” (Office for National Statistics, 2017). Mae disgwyliad oes iach yn rhoi gwybodaeth am ansawdd bywyd trwy ddarparu amcangyfrif o faint o oes person sy'n cael ei dreulio, ar gyfartaledd, mewn iechyd “da” neu “dda iawn”.

Mae amcangyfrifon disgwyliad oes iach yn cael eu cyfrifo ar sail cyflwr iechyd hunan-gofnodedig sy'n adrodd sut mae pobl yn canfod eu hiechyd cyffredinol eu hunain (Office for National Statistics, 2018). Yn y DU, cyfrifir disgwyliad oes iach gan y Swyddfa Ystadegau Gwladol (ONS) o ddata iechyd hunan-gofnodedig o'r Arolwg Blynyddol o'r Boblogaeth. Yn y bôn, mae disgwyliad oes iach yn amcangyfrif o “nifer y blynyddoedd sy'n weddill, mewn oedran penodol, y gall unigolyn ddisgwyl byw mewn cyflwr iach” (Jagger, et al., 2014, p. 2). Ar gyfer cyfrifiadau'r Swyddfa Ystadegau Gwladol, diffinnir “cyflwr iach” fel ymateb “da” neu “dda iawn” i'r cwestiwn perthnasol am iechyd cyffredinol (Office for National Statistics, 2018).

### Disgwyliad oes iach cyfartalog adeg genedigaeth

Rhwng 2009-11 a 2017-19, ychydig iawn o newid oedd yn nisgwyliad oes iach cyfartalog adeg genedigaeth yng Nghymru ar gyfer unigolion gwrywaidd a benywaidd. Ar ddechrau'r cyfnod, roedd disgwyliad oes iach cyfartalog benywaidd yng Nghymru yn 62.27 o flynyddoedd, gan gynyddu i uchafbwynt o 62.64 yn 2013-15, cyn gostwng eto i 62.11 yn 2017-19. Yn yr un modd, mae disgwyliad oes iach cyfartalog ar gyfer unigolion gwrywaidd wedi aros rhwng 61.1 a 61.5 blynedd trwy gydol yr amser hwnnw. Ar gyfer unigolion gwrywaidd a benywaidd, mae disgwyliad oes iach cyfartalog wedi bod yn gyson ymhlith y gwaethaf yn y DU.

### Disgwyliad oes cyfartalog adeg genedigaeth

Mae cynnydd bach iawn wedi'i weld mewn disgwyliad oes cyfartalog ers 2009-11, er bod cyfradd y gwelliant mewn disgwyliad oes wedi arafu'n sylweddol o'i chymharu â degawdau blaenorol. Yn 2009-11, disgwyliad oes cyfartalog adeg genedigaeth oedd 82 mlynedd ar gyfer unigolion benywaidd a 77.85 ar gyfer unigolion gwrywaidd. Erbyn 2017-19, roedd disgwyliad oes wedi cynyddu ychydig ar gyfer unigolion benywaidd a gwrywaidd, i 82.32 a 78.52 yn y drefn honno. Y cynnydd hwn mewn disgwyliad oes oedd y lleiaf mewn termau absoliwt ymhlith pedair gwlad y DU yn ystod y cyfnod hwn.

### Sgoriau iechyd hunan-gofnodedig

Ychydig iawn o newid sydd wedi bod yn y sgoriau iechyd hunan-gofnodedig cyffredinol yng Nghymru ers 2013-14. Ar gyfer pob blwyddyn tan 2019-20, yr ymateb mwyaf poblogaidd oedd “da iawn” gyda'r rhan fwyaf o ymatebwyr yn dewis y categori hwn, er bod cyfran yr ymatebwyr a nododd fod eu hiechyd yn “dda iawn” wedi gostwng rhwng 2013-14 a 2019-20 o 38% i 33%, cyn cynyddu eto yn 2020-21 i 36%. Ar gyfer pob blwyddyn, roedd rhwng 18-20% o'r ymatebwyr yn nodi bod eu hiechyd yn “weddol”, nododd rhwng 5-7% iechyd “gwael”, ac roedd rhwng 1-3% o'r ymatebwyr yn nodi eu bod mewn iechyd “gwael iawn”.

---

## Blwch 2: Sut mae'r bwllch rhwng yr ardaloedd lleiaf a mwyaf difreintiedig yn cael ei gyfrifo?

Mae Dangosydd Cenedlaethol 2 hefyd yn cynnwys y **bwllch** mewn disgwyliad oes iach cyfartalog adeg genedigaeth rhwng yr ardaloedd lleiaf a mwyaf difreintiedig. Yma, mesurir amddifadedd gan ddefnyddio Mynegai Amddifadedd Lluosog Cymru (MALIC), mesur amddifadedd cymharol ar sail ardal sy'n rhestru pob un o'r 1,909 o ardaloedd bach yng Nghymru o'r mwyaf i'r lleiaf difreintiedig ar sail lefel eu hamddifadedd mewn wyth parth gwahanol (DataMapWales, 2016; StatsWales, 2022).

Mae dau ddull gwahanol yn cael eu defnyddio yng Nghymru i amcangyfrif y bwllch mewn disgwyliad oes iach cyfartalog rhwng y lleiaf a'r mwyaf difreintiedig — **mynegai llethr o anghydraddoldeb** a chyfrifiad o'r **gwahaniaeth absoliwt**. Mae gan bob dull gryfderau a gwendidau, ac mae pob un yn darparu amcangyfrifon gwahanol o anghydraddoldebau mewn disgwyliad oes iach. Er bod y fynegai llethr o anghydraddoldeb wedi'i defnyddio'n flaenorol wrth adrodd yn erbyn Dangosydd Cenedlaethol 2, mae Iechyd Cyhoeddus Cymru wedi penderfynu defnyddio'r dull gwahaniaeth absoliwt ar gyfer cyfrifiadau bylchau anghydraddoldeb yn nisgwyliad oes iach yn y dyfodol (Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus Cymru, 2019). Felly, mae'r dadansoddiad isod yn canolbwyntio ar y bwllch absoliwt, yn hytrach nag fel y'i cyfrifir gan ddefnyddio mynegai llethr o anghydraddoldeb.

---

### Y bwllch anghydraddoldeb o ran disgwyliad oes iach

Mewn termau absoliwt mae'r bwllch mewn disgwyliad oes iach cyfartalog ar gyfer unigolion benywaidd yng Nghymru wedi amrywio yn ystod y blynyddoedd diwethaf, er ei fod wedi gostwng ychydig ers 2011-13 ar y cyfan. Ar ddechrau'r cyfnod, y bwllch yn y disgwyliad oes iach benywaidd rhwng y 10% lleiaf a mwyaf difreintiedig o ardaloedd yng Nghymru oedd 19.8 mlynedd. Lleihodd hyn i ychydig o dan 18 mlynedd yn 2014-16, yna cynyddu i uchafbwynt o 20.15 yn 2016-18, cyn lleihau eto i 18.25 mlynedd yn 2017-19.

Amrywiodd y bwllch disgwyliad oes iach gwrywaidd yn sylweddol rhwng 2011-13 a 2017-19. Fodd bynnag, erbyn diwedd y cyfnod hwn roedd y bwllch yn debyg iawn i'r hyn a welwyd ar y dechrau, sef tua 16.8 mlynedd.

### Y bwllch anghydraddoldeb mewn disgwyliad oes

Er gwaethaf gostyngiad bach yn y bwllch mewn disgwyliad oes iach ar gyfartaledd, mae'r bylchau mewn disgwyliad oes cyfartalog ar gyfer unigolion benywaidd a gwrywaidd wedi cynyddu ers 2011-13. Yn 2011-13, 7.2 mlynedd oedd y bwllch yn y disgwyliad oes benywaidd rhwng y 10% lleiaf a mwyaf difreintiedig o ardaloedd yng Nghymru, gan gynyddu i 7.49 mlynedd yn 2017-19. Ar gyfer unigolion gwrywaidd, cododd y bwllch yn y disgwyliad oes cyfartalog rhwng y 10% lleiaf a mwyaf difreintiedig o ardaloedd yng Nghymru o 8.56 mlynedd yn 2011-13 i 8.99 mlynedd yn 2017-19.

### Y bwllch anghydraddoldeb mewn iechyd hunan-gofnodedig

Ar gyfer iechyd hunan-gofnodedig, mae'r bwllch absoliwt yng nghyfran y bobl yn y cwintilau MALIC mwyaf a lleiaf difreintiedig sy'n nodi bod ganddynt iechyd da wedi amrywio yn ystod y blynyddoedd diwethaf - ond mae wedi dirywio'n gyffredinol o 15.49 pwynt canran yn 2017-18 i 14.17 pwynt canran yn 2020-21.

## Deall tueddiadau mewn disgwyliad oes iach

Mae'r tueddiadau hyn, gyda'i gilydd, yn rhoi darlun diddorol o gyflwr iechyd a disgwyliad oes yng Nghymru. Mae cyflawni gwelliannau yn erbyn Dangosydd Cenedlaethol 2 yn her bolisi sylweddol, gan gynnwys mynd i'r afael â'r diffyg cynnydd mewn disgwyliad oes iach adeg genedigaeth yng Nghymru dros y degawd diwethaf, ac ychydig i ddim cynnydd o safbwynt cau'r bwlch rhwng y rhai lleiaf a mwyaf difreintiedig. Mae nodi carreg filltir addas ar gyfer y dangosydd hwn felly yn gofyn am ymchwiliad pellach i'r hyn a allai fod yn sail i'r diffyg cynnydd hwn ac, oherwydd bod disgwyliad oes iach yn fesur 'cyfansawdd', mae hyn yn golygu archwilio nid yn unig yr hyn a allai fod yn gyrru tueddiadau marwolaeth, ond hefyd tueddiadau mewn iechyd hunan-gofnodedig ac anghydraddoldebau iechyd. Mae'r adran nesaf yn cyfeirio at sgan cyflym o dystiolaeth i archwilio esboniadau posibl am y canlynol yng Nghymru:

- Diffyg cynnydd mewn gwelliannau disgwyliad oes dros y degawd diwethaf;
- Y diffyg gwelliant mewn iechyd hunan-gofnodedig dros yr un cyfnod;
- Anghydraddoldebau parhaus o ran disgwyliad oes iach.

## Pam mae diffyg cynnydd mewn gwelliannau mewn disgwyliad oes cyfartalog?

Un elfen o'r diffyg cynnydd mewn disgwyliad oes iach yng Nghymru yw'r arafu a gafwyd yn nghyfradd y gwelliant mewn disgwyliad oes dros y degawd diwethaf. Nid yw Cymru'n unigryw ymhlith gwledydd incwm uwch o ran profi'r newidiadau hyn i dueddiadau disgwyliad oes, sy'n digwydd ar ôl cyfnod hir pan welwyd disgwyliad oes yn gwella'n gyson oherwydd gostyngiadau mewn marwolaethau, a ysgogwyd gan well amodau byw, ffyrdd o fyw a gofal iechyd (Hiam, et al., 2018). Yn wir, mae tair gwlad arall y DU hefyd wedi gweld arafu amlwg ers 2011, fel y mae UDA a llawer o wledydd Gogledd Ewrop. Yn allweddol, fodd bynnag, parhaodd rhai gwledydd incwm uchel eraill, fel Japan a De Korea, i brofi cynnydd sylweddol mewn disgwyliad oes dros yr un cyfnod (Fenton, et al., 2019).

Er bod cyfradd y cynnydd wedi gostwng mewn llawer o wledydd Gogledd Ewrop, gwelwyd arafiad sylweddol fwy yng Nghymru a gwledydd eraill y DU - canlyniad sy'n annhebygol o fod o ganlyniad i hap a damwain. Yn ogystal, yng Nghymru a Lloegr, cafodd y gyfradd isel hon o welliant ers 2011-16 ei rhagflaenu gan gyfnod o bum mlynedd gyda'r gwelliannau blynyddol mwyaf mewn disgwyliad oes i'r ddau ryw ers 1970, gyda chynnydd mwy na llawer o wledydd incwm uwch (Leon, et al., 2019). **Felly, mae deall yr hyn a allai fod yn cyfrannu at yr arafu dilynol mewn gwelliannau disgwyliad oes yn her bolisi frys i Lywodraeth Cymru a llywodraethau ledled y DU.**

Mae deall achosion sylfaenol tueddiadau mewn disgwyliad oes yn waith cymhleth. Mae'n annhebygol y bydd un sbardun unigol i'r arafu presennol mewn gwelliannau yn y gyfradd marwolaethau. Yn lle, mae penderfynyddion tueddiadau disgwyliad oes yn debygol o fod yn lluosog, yn gymhleth iawn ac yn gydberthynol, gyda sawl ffactor yn gweithredu ar unwaith ar draws ystod eang o grwpiau oedran, daearyddiaeth ac achosion marwolaeth (Marshall et al, 2019). Fodd bynnag, er mai cymharol brin yw'r astudiaethau sy'n benodol i Gymru, mae yna gorff cynyddol o dystiolaeth sy'n ceisio deall beth allai fod yn sbarduno cynnydd mewn disgwyliad oes yn y DU.

## Newidiadau mewn achosion marwolaeth

Mae un dull yn cynnwys dadansoddi data marwolaethau i ddeall cyfraniadau gwahanol achosion marwolaeth i newidiadau mewn disgwyliad oes cyfartalog dros amser. Mae dadansoddiad o ddata marwolaethau rhyngwladol wedi dangos bod yr arafu yn y cynnydd o ran disgwyliad oes mewn llawer o wledydd incwm uwch wedi cael ei ysgogi'n sylweddol gan ostyngiad yn y gwelliannau o safbwynt marwolaethau yn sgil clefyd cardiofasgwlaidd. Mae'r rheswm dros hyn yn aneglur, gydag esboniadau posibl yn cynnwys newidiadau ym mynychder ffactorau risg fel gordewdra a diabetes, a chulhau graddol o ran y cwmpas ar gyfer gwelliannau marwolaeth ychwanegol o safbwynt strategaethau atal sylfaenol ac eilaidd (Sidney, et al., 2016). Yn y DU, bu arafu hefyd yn y gwelliannau o safbwynt marwolaethau yn sgil



achosion eraill, megis clefyd anadlol cronig, yn ogystal â chynnydd yng nghyfran y marwolaethau a briodolir i ddementia a chlefyd Alzheimer, er bod tystiolaeth dda i awgrymu bod llawer o'r cynnydd mewn marwolaethau o ddementia a chlefyd Alzheimer yn cael ei egluro gan newidiadau mewn diagnosis, dogfennaeth a chodio dementia mewn cofnodion iechyd a thystysgrifau marwolaeth (McCartney, et al, 2022). Yn sail i'r arafu cyffredinol yn ystod y blynyddoedd diwethaf mae patrwm cynyddol o amrywiadau mawr o flwyddyn i flwyddyn mewn marwolaethau, wedi'i yrru'n bennaf gan nifer uwch o farwolaethau yn y gaeaf, yn bennaf ymhlith pobl hŷn ac wedi'u priodoli i'r fflw, niwmonia a chlefyd anadlol (Raleigh, 2018).

Yng Nghymru, mae'r degawd diwethaf wedi gweld cryn arafu yn y gwelliannau mewn cyfraddau marwolaeth ar gyfer clefydau cylchrediad y gwaed ar gyfer unigolion gwrywaidd a benywaidd. Mae'r arafu hwn yn y gwelliannau wedi cyfuno â chyfraddau marwolaeth cynyddol o'r fflw a niwmonia, a dementia a chlefyd Alzheimer, yn ogystal â chynnydd mewn cyfraddau marwolaeth o ddamweiniau ymhlith unigolion gwrywaidd, ac mewn clefydau anadlol is cronig ymhlith unigolion benywaidd — ac mae pob un ohonynt wedi cyfrannu yn negyddol i welliant mewn disgwyliad oes (Iechyd Cyhoeddus Cymru, 2020). Yn yr un modd, mae astudiaethau o ddata marwolaethau yn yr Alban wedi dangos arafu arbennig o amlwg yng nghyfradd y gwelliant ar gyfer achosion marwolaeth cylchrediad y gwaed (Ramsay, et al., 2020). Ledled Cymru, Lloegr a'r Alban, gyrrwyd cynnydd hanesyddol mewn disgwyliad oes i raddau helaeth gan ostyngiadau mewn marwolaethau o glefyd y galon a strôc — sy'n golygu bod yr arafu yn y cynnydd mewn cyfraddau marwolaeth ar gyfer yr achosion hyn o farwolaeth wedi cael effaith sylweddol ar dueddiadau disgwyliad oes ym mhob un o'r tair gwlad (Iechyd Cyhoeddus Cymru, 2020; Ramsay, et al., 2020; Iechyd Cyhoeddus Lloegr, 2018). Er nad oes tystiolaeth benodol i Gymru ar gael ar hyn o bryd, yn yr Alban a Lloegr mae marwolaethau sy'n gysylltiedig â chyffuriau ymysg oedolion iau hefyd yn cyfrannu'n sylweddol at dueddiadau disgwyliad oes sy'n gwaethygu (ibid).

### **Newidiadau ym mynychder y ffactorau risg**

Gwendid gwaith ymchwil i dueddiadau mewn disgwyliad oes o safbwynt cyfraniad achosion marwolaeth unigol yw bod y dull hwn yn cynnig dealltwriaeth gyfyngedig o *pam* y gallai newidiadau fod yn digwydd - ac felly hefyd o ba atebion polisi a allai fod yn effeithiol. Gan ddefnyddio dull gwahanol, gellir priodoli newidiadau mewn cyfraddau marwolaeth i newidiadau ym mynychder y ffactorau risg sy'n gyffredin i brif achosion marwolaeth. Canfu adroddiad yn 2018 gan Iechyd Cyhoeddus Cymru fod hanner yr holl farwolaethau cynamserol yng Nghymru yn gysylltiedig â ffactorau risg fel tybaco, diet gwael, alcohol a chyffuriau, gordewdra, a phwysedd gwaed uchel, gyda hanes blaenorol o smygu fel y ffactor risg sydd wedi cyfrannu fwyaf at flynyddoedd o fywyd a gollwyd. Mae hyn hefyd yn tynnu sylw at y posibilrwydd o effeithiau carfan, lle gallai carfannau poblogaeth fod wedi bod yn fwy agored yn ystod eu hoes i ffactorau risg penodol ac maent bellach yn cyrraedd oedran lle mae hyn yn dylanwadu ar farwolaethau (Fenton, 2019).

Fodd bynnag, er y gallai newidiadau ym mynychder ffactorau risg helpu i egluro tueddiadau marwolaeth diweddar, mae'n anoddach deall *pam* y gallai ffactorau risg penodol fod yn cynyddu o ran mynychder — gan adlewyrchu'r ffaith bod ffactorau risg sy'n gyffredin i brif achosion marwolaeth yn gysylltiedig mewn ffyrdd cymhleth ag amgylchiadau cymdeithasol ac economaidd (Marshall, et al, 2019).

### **Effaith cyni**

Nid yw ymchwilwyr ym maes hirhoedledd wedi methu'r ffaith bod yr arafu yn y gwelliannau marwolaeth ar ôl 2011 wedi cyd-daro â gweithredu polisïau cyni eang eu cwmpas mewn llawer o wledydd incwm uwch, gan gynnwys Cymru, Lloegr, yr Alban a Gogledd Iwerddon. Yn wir, mae nifer cynyddol o astudiaethau'n cyfeirio at bwysigrwydd polisïau cyni wrth egluro'r arafu a fu yn y gwelliannau a welwyd mewn disgwyliad oes ym mhob un o bedair gwlad y DU.

Gweithredwyd polisiau cyni i raddau amrywiol ar draws gwledydd incwm uwch yn dilyn y dirywiad economaidd byd-eang ers 2008, gyda ffocws ar geisio lleihau diffygion cyllidebol llywodraethau drwy doriadau i wariant cyhoeddus. Er bod y dirywiad ei hun yn eglurhad posibl i'r tueddiadau disgwyliad oes mewn gwledydd incwm uwch, gwyddys bod effaith dirwasgiad economaidd ar iechyd yn gymysg, yn dibynnu ar y canlyniadau a'r amserlenni penodol dan sylw (McCartney, et al, 2019). At hynny, mae dadansoddiad o dueddiadau ledled Ewrop yn dangos, ar ôl addasu ar gyfer dirwasgiad, bod gwledydd a weithredodd fwy o fesurau cyni hyd at 2012/13 wedi profi gwelliannau arafach mewn cyfraddau marwolaeth na gwledydd a weithredodd lai o fesurau cyni (Tofalutti a Suhrcke, 2019). Fodd bynnag, dylid nodi bod 'cyni' yn derm eang sy'n cynnwys nifer o elfennau, nad yw pob un ohonynt wedi cael yr un lefel o sylw gan ymchwilyr o ran eu heffaith ar farwolaethau (Marshall et al, 2019).

Yng nghyd-destun Cymru, roedd gweithredu polisiau cyni yn cynnwys cyfuniad o doriadau i wariant lleol a chenedlaethol ar wasanaethau cyhoeddus mewn ymateb i ostyngiadau yng nghyllid Cymru gan Drysorlys y DU a thoriadau uniongyrchol i wariant heb ei ddatganoli, gan gynnwys newidiadau i nawdd cymdeithasol (Swyddfa Archwilio Cymru, 2019).<sup>1</sup> Er nad oes llawer o dystiolaeth sy'n benodol i Gymru, mae astudiaethau sy'n canfod cysylltiad rhwng mesurau cyni a newidiadau i dueddiadau marwolaethau yn y DU yn cyfeirio at dri ffactor a allai fod yn arwyddocaol wrth esbonio'r diffyg cynnydd o ran gwelliannau yn y cyfraddau dros y degawd diwethaf:

- newidiadau i'r system nawdd cymdeithasol, gan gynnwys gostyngiadau yng ngwerth gwirioneddol taliadau budd-dal a mwy o amodoldeb;
- pwysau ar y system iechyd a gofal cymdeithasol a grëwyd gan gyfuniad o gynnydd mewn galw a chyfyngiadau gwariant; a
- gostyngiadau yn y ddarpariaeth o wasanaethau sy'n hybu iechyd oherwydd toriadau i gyllid llywodraeth leol.

Ceir tystiolaeth o bob rhan o'r DU bod newidiadau i'r system nawdd cymdeithasol ar ôl 2010 yn gysylltiedig â chanlyniadau iechyd gwaeth, gan gynnwys:

- mwy o achosion o ordewdra ymhlith yr aelwydydd tlotaf;
- marwolaethau uwch na'r disgwyl o ran oedran gweithio o glefyd isgemia'r galon ac alcohol ymhlith dynion o ardaloedd difreintiedig; a
- pheth tystiolaeth o farwolaethau oedran gweithio uwch na'r disgwyl o glefydau anadlol (Taulbut, et al, 2018).

Mae dadansoddiad diweddar o newidiadau mewn patrymau marwolaethau ar lefel awdurdodau lleol yn Lloegr yn amcangyfrif dros 230,000 yn fwy o farwolaethau na'r disgwyl rhwng 2010 a 2018, gan ganfod cysylltiad cadarnhaol rhwng marwolaethau ychwanegol a thoriadau i fudd-daliadau nawdd cymdeithasol, gyda mwy o farwolaethau ychwanegol mewn ardaloedd lle mae'r effaith ariannol yn sgil diwygio lles wedi bod yn fwy (Darlington-Pollock, et al, 2021).

Ochr yn ochr ag effaith newidiadau i'r system nawdd cymdeithasol, mae canlyniadau nifer cynyddol o astudiaethau'n awgrymu y gellir priodoli'r arafu yng nghyfradd y gwelliant mewn disgwyliad oes yng Nghymru a Lloegr ar ôl 2010 yn rhannol i gyfyngiadau ar wariant iechyd a gofal cymdeithasol (Martin et al., 2021). Er enghraifft, gwelwyd cynnydd uwch mewn cyfraddau marwolaethau ymhlith oedolion hŷn mewn ardaloedd yn Lloegr lle gwelwyd toriadau uwch i wariant gofal cymdeithasol, gyda phob gostyngiad o 1% mewn gwariant gofal cymdeithasol yn gysylltiedig â chynnydd sylweddol mewn cyfraddau marwolaethau henaint (Loopstra, et al, 2016). Canfu un astudiaeth fod cyfyngiadau ar wariant

---

<sup>1</sup> Rhwng 2010 a 2019, gostyngodd grantiau i Gymru 0.6% ar gyfartaledd bob blwyddyn, o'i gymharu â 4.4% o gynnydd blynyddol cyfartalog rhwng 2001 a 2010

cyhoeddus ar wasanaethau gofal cymdeithasol ac iechyd ers 2010 ar draws Lloegr yn gysylltiedig â bron 45,000 yn uwch na'r disgwyl o farwolaethau rhwng 2012 a 2014, gyda'r rhan fwyaf o'r rhain yn digwydd ymhlith y rhai dros 60 oed mewn cartrefi gofal — gan gyfrannu at arafu yng nghyfradd y gwelliant o safbwynt marwolaethau (Watkins, et al, 2017). Mae tystiolaeth hefyd o berthynas rhwng cynnydd yn nifer yr achosion o oedi wrth ryddhau cleifion y GIG - arwydd pwysig o bwysau yn y system iechyd a gofal cymdeithasol - a chynnydd mewn cyfraddau marwolaeth yn 2015, lle gwelwyd y cynnydd blynyddol mwyaf o gyfraddau marwolaeth yn Lloegr mewn bron i 50 mlynedd ( Green, et al, 2017).

Y tu hwnt i'r cyfyngiadau hyn ar wariant gofal cymdeithasol ac iechyd, mae tystiolaeth bod gostyngiadau cyffredinol mewn cyllid ar gyfer gwasanaethau llywodraeth leol yn arwyddocaol o ran deall tueddiadau disgwyliad oes negyddol diweddar. Mae dadansoddiad o wariant a chyfraddau marwolaethau llywodraeth leol ar draws Lloegr yn dangos bod pob gostyngiad o £100 mewn cyllid blynyddol y pen rhwng 2013 a 2017 yn gysylltiedig â gostyngiad cyfartalog mewn disgwyliad oes adeg genedigaeth o 1-3 mis ar gyfer unigolion gwrywaidd ac 1-2 fis ar gyfer unigolion benywaidd. Roedd gostyngiadau cyffredinol mewn cyllid yn ystod y cyfnod hwn yn gysylltiedig â 9,600 o farwolaethau ychwanegol ymhlith pobl iau na 75 oed yn Lloegr (Alexiou, et al, 2021a). Mae tystiolaeth hefyd yn dangos y gallai gostyngiadau mewn cyllid llywodraeth leol fod yn bwysig wrth egluro'r cynnydd mewn marwolaethau sy'n gysylltiedig â chyffuriau yn y DU ers 2012, gyda gostyngiadau uwch i gyllidebau sy'n gysylltiedig ag anabledd mewn perthynas â chynnydd mwy mewn marwolaethau sy'n gysylltiedig â chyffuriau mewn awdurdodau lleol ledled Cymru, Lloegr a'r Alban, gydag addasiad ar gyfer ystod o ffactorau rhanbarthol, demograffig ac economaidd (Koltai, et al, 2021). Gwelwyd canlyniadau tebyg mewn astudiaeth a ymchwiliodd i'r berthynas rhwng gostyngiadau mewn gwariant ar wasanaethau tai a chyfraddau marwolaeth uwch oherwydd camddefnyddio cyffuriau ar draws awdurdodau lleol yn Lloegr (Alexiou, et al, 2021b).

Er bod nifer cynyddol o astudiaethau wedi canfod cysylltiad rhwng mesurau cyni ac arafu mewn gwelliannau disgwyliad oes yn y DU dros y degawd diwethaf, mae asesiadau o'r sylfaen dystiolaeth gyffredinol yn amrywio. Mae rhai astudiaethau wedi bod yn destun dadlau, yn enwedig o safbwynt diffyg eglurder methodolegol (Marshall, et al, 2019), tra bod eraill wedi cael eu beirniadu am fethu ag adlewyrchu cymhlethdod tebygol gyrywyr tueddiadau marwolaeth neu ganolbwyntio'n rhy gul ar wariant iechyd a gofal cymdeithasol, gyda dadansoddiadau cymharol syml o dueddiadau cenedlaethol, gan ddarparu tystiolaeth achosol wan (Alexiou, et al, 2021a). Felly canfu adolygiad tystiolaeth yn 2019 gan Marshall et al fod y dystiolaeth gyffredinol yn gyfyngedig ac yn amhendiant, er gwaethaf yr honiadau bod mesurau cyni yn esboniad credadwy am amrywiadau mewn tueddiadau marwolaeth rhwng gwledydd.

Mae rhai astudiaethau diweddar pwysig wedi ceisio mynd i'r afael â bylchau yn y sylfaen dystiolaeth ac yn parhau i ddod o hyd i gysylltiadau rhwng gweithredu polisïau cyni a newidiadau i dueddiadau marwolaethau ledled y DU (Alexiou, et al, 2021a; Alexiou, et al, 2021b; Darlington-Pollock, et al, 2021; Koltai et al, 2021). Mae adolygiad systematig sydd ar y gweill o dystiolaeth ryngwladol (Broadbent, et al, 2022) yn darparu asesiad mwy diweddar o dystiolaeth sy'n cysylltu polisïau cyni a'r lleihad mewn gwelliannau o ran marwolaethau ar draws gwledydd incwm uwch, fel ag y mae adroddiad arfaethedig gan Iechyd Cyhoeddus yr Alban (McCartney, et al, 2022).

### **Esboniadau amgen o dueddiadau disgwyliad oes**

Mae adolygiadau tystiolaeth sy'n canolbwyntio ar dueddiadau disgwyliad oes yn y DU wedi tueddu i ddod i'r casgliad bod y rhain yn cyfeirio at yrwyr lluosog, gan adlewyrchu'r ffaith bod iechyd a marwolaethau yn deillio o system gymhleth o ddylanwadau cydberthynol (Marshall et al, 2019, Iechyd Cyhoeddus Lloegr, 2018). Ochr yn ochr ag effaith mesurau cyni, mae ffactorau eraill a nodwyd yn cynnwys amseriad yr epidemig ysmegu (Leon, et al, 2019), patrymau tywydd oer dros y cyfnod a astudiwyd, a nifer uwch o achosion o'r fflw (Public Health England, 2018). Fodd bynnag, nid yw'r un o'r

ffactorau ychwanegol hyn yn esbonio'r newid yn y duedd o 2011 na'i pharhad dros sawl blwyddyn (Alexiou, et al, 2021).

Mae'r tabl isod yn crynhoi esboniadau amgen o newidiadau mewn tueddiadau disgwyliad oes yn y DU ers 2011.

**Tabl 1: Esboniadau amgen o newidiadau mewn tueddiadau disgwyliad oes yn y DU ers 2011**

<p>Arteffact mesur</p>	<p>Y rhagdybiaeth y gellir priodoli newidiadau mewn tueddiadau marwolaeth i arteffact mesur. Ymhlith y ffactorau posibl mae:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Effaith y boblogaeth safonol a ddefnyddir i gynhyrchu cyfraddau marwolaeth safonedig uniongyrchol (newid yn y boblogaeth safonol neu ddiffyg cyfatebiaeth rhwng y boblogaeth safonol a'r boblogaeth wirioneddol dros amser).</li> <li>• Gwallau yn y boblogaeth enwadur (er enghraifft oherwydd pobl hŷn fu'n byw yng ngwledydd yr UE yn dychwelyd).</li> <li>• Effeithiau carfan gyfun ac enwadur anghywir - pan fydd carfannau â marwolaethau cymharol uchel yn symud i fandiau oedran gydag enwadur llai adnabyddus (90+ oed).</li> </ul> <p>Fodd bynnag, daeth adolygiad Iechyd Cyhoeddus Lloegr yn 2018 i'r casgliad nad yw newidiadau mewn tueddiadau disgwyliad oes yn Lloegr yn debygol o gael eu dylanwadu gan arteffactau data.</p>
<p>Cyrhaeddiad terfyn naturiol i hyd oes</p>	<p>Y ddadl bod gwelliannau mewn disgwyliad oes yn arafu wrth i ni agosáu at uchafswm damcaniaethol - er y gellir ystyried hyn yn annhebygol iawn i'r DU, o ystyried bod disgwyliad oes mewn gwledydd eraill yn uwch ac yn codi. Mae'n werth nodi hefyd yn hyn o beth fod effeithiau mwyaf tueddiadau marwolaeth diweddar yn y DU wedi'u gweld yn yr ardaloedd mwyaf difreintiedig, lle mae disgwyliad oes eisoes yn is na chyfartaledd y DU ac yn llawer is nag unrhyw fath o uchafswm damcaniaethol.</p>
<p>Y ffliw</p>	<p>Mae hyn yn cyfeirio at sawl ffactor esboniadol sy'n gysylltiedig â chyfraddau marwolaeth o'r ffliw yn y cyfnod a astudiwyd, gan gynnwys:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Straen fwy ffyrnig</li> <li>• Camgymhariad o ran straen yn y brechlyn</li> <li>• Carfan fregus fwy o ganlyniad i farwolaethau eithriadol o isel o'r ffliw yn y blynyddoedd blaenorol</li> </ul> <p>Fodd bynnag, er bod tystiolaeth sylweddol sy'n cefnogi rôl fawr y ffliw mewn gaeafau marwolaeth uchel, nid yw maint yr effaith flynyddol wedi'i sefydlu'n union. Mae arfarniad sydd ar y gweill o'r dystiolaeth yn canfod ei bod yn annhebygol iawn, am sawl rheswm,</p>



	bod y ffliw wedi chwarae rhan bwysig wrth arafu tueddiadau marwolaethau yn y DU (McCartney, et al, 2022).
Tueddiadau tywydd	Gall tymheredd isel ac uchel gael effaith ar nifer y marwolaethau. Mae tymhereddau cymedrig y gaeaf yn y DU wedi bod yn cynyddu ar y cyfan, ond mae tystiolaeth bod oerfel wedi gwaethygu baich marwolaethau yn y gaeaf mewn rhai blynyddoedd diweddar. Fodd bynnag, mae effeithiau blwyddyn unigol yn fach.
Gordewdra	Cafwyd awgrym o effaith carfan bosibl, gyda phoblogaeth â lefelau uchel o ordewdra yn cyrraedd oedran lle mae hyn yn cael effaith ar farwolaethau cyffredinol. Mae tystiolaeth o astudiaeth sydd ar y gweill yn awgrymu y gellir esbonio ychydig bach o'r newid mewn tueddiadau disgwyliad oes yn yr Alban gan newidiadau mewn mynychder gordewdra (Walsh, et al, sydd ar ddod).
Mudo	Mae hyn yn cyfeirio at y tueddiadau disgwyliad oes posibl a gaiff eu dylanwadu gan fewnfudo gan boblogaethau â chyfraddau marwolaeth uwch. Mae effaith newidiadau mewn patrymau mudo ar gyfraddau marwolaethau cyffredinol yn gofyn am ymchwiliad manwl pellach cyn y gellir dod i gasgliadau, ond mae'n debygol y byddai unrhyw effaith yn eithaf bach.

*Ffynonellau: Iechyd Cyhoeddus Lloegr, 2018, Fenton, 2019, Marshall et al, 2019.*

Dylid nodi hefyd y gall llawer o'r ffactorau uchod ryngweithio â'i gilydd, a chydag effaith polisïau cyni, gael dylanwad cyfun ar newidiadau i dueddiadau marwolaethau (Fenton, 2019; Marshall, 2019).

### **Pam mae iechyd hunan-gofnodedig yn ddigynnewid?**

Yn ogystal â'r arafu a welwyd mewn gwelliannau disgwyliad oes, elfen arall o farweidd-dra disgwyliad oes iach yng Nghymru yw diffyg gwelliant mewn iechyd hunan-gofnodedig dros y degawd diwethaf. Fel y dengys y dadansoddiad o dueddiadau uchod, ychydig iawn o newid a fu yng nghyfran y bobl sy'n nodi bod eu hiechyd yn 'wedol', 'gwael', neu'n 'wael iawn' rhwng 2013 a 2021, ac amrywiadau bach yng nghyfran y bobl sy'n nodi bod eu hiechyd yn 'dda' o'i chymharu â 'da iawn' (roedd cyfran y bobl sy'n graddio eu hiechyd yn 'dda iawn' yn uwch yn 2013 nag yn 2021, ond mae'r gwrthwyneb yn wir am bobl sy'n graddio eu hiechyd yn 'dda').

Prin oedd y dystiolaeth a welsom, yn benodol i Gymru neu fel arall, oedd yn ymchwilio i ddeinameg sylfaenol tueddiadau mewn iechyd hunan-gofnodedig. Un o'r rhesymau tebygol am hyn yw bod deall newidiadau mewn iechyd hunan-gofnodedig dros amser yn y DU yn cael ei lesteirio gan ddiffyg argaeledd tueddiadau hirdymor o ganlyniad i broblemau o ran arolygon a data. Canfu dwy astudiaeth o ddata iechyd hunan-gofnodedig yn Lloegr cyn 2010 dystiolaeth o anghydraddoldebau cynyddol mewn iechyd hunan-gofnodedig yn ôl statws economaidd-gymdeithasol, a ysgogwyd i raddau helaeth gan anghydraddoldebau cynyddol mewn iechyd meddwl (Maheswaran, et al, 2015; Katikireddi, et al, 2012). Mae hyn yn gyson â chanfyddiadau astudiaeth o anghydraddoldebau mewn disgwyliad oes wedi'i addasu o ran ansawdd (QALE) yng Ngogledd Lloegr, a ganfu fod y bwlch QALE rhwng y rhai lleiaf a mwyaf difreintiedig yn cael ei yrru'n bennaf gan anghydraddoldebau o ran nifer yr achosion o broblemau hunan-gofnodedig gyda phoen, gorbryder ac iselder (Collins, 2017). Yn yr un modd, canfu astudiaeth fwy diweddar oedd yn defnyddio data'r Arolwg Meddygon Teulu o Loegr i gyfrifo tueddiadau mewn ansawdd bywyd sy'n gysylltiedig ag iechyd (HRQoL) anghydraddoldebau cynyddol mewn HRQoL gyda

thueddiadau sy'n ymwneud yn benodol ag unigolion benywaidd iau a'r rhai sy'n byw mewn ardaloedd mwy difreintiedig. Unwaith eto, cafodd gostyngiad yn HRQoL y grwpiau hyn eu gyrru'n sylweddol gan gynydd mewn gorbryder ac iselder hunan-gofnodedig (Shah, et al, 2021).

Yn yr un modd â thueddiadau disgwyliad oes, cynigiwyd bod effeithiau dirwasgiad 2008 a mabwysiadu polisïau cyni dilynol yn egluro tueddiadau diweddar mewn iechyd hunan-gofnodedig mewn gwledydd incwm uwch. Mae tystiolaeth o bob rhan o Ewrop yn dangos tuedd gynyddol sylweddol mewn iechyd hunan-gofnodedig gwael a gweddol mewn gwledydd a brofodd ddirwasgiad ysgafn i ddifrifol yn 2008, o'i gymharu â thueddiad sefydlog yn y cyfnod cyn y dirwasgiad, ond mae mecanweithiau achosol y newidiadau hyn yn aneglur (Abebe, et al, 2016). Canfu astudiaeth o ddata Ewropeaidd hefyd fod gweithredu mesurau cyni yn fwy helaeth yn gysylltiedig ag anghydraddoldebau sy'n cynyddu'n gyflymach mewn iechyd hunan-gofnodedig hyd at 2014 (van der Wel, et al, 2018). O ystyried y rôl sylweddol a nodwyd oedd gan orbryder ac iselder wrth egluro tueddiadau mewn disgwyliad oes wedi'i addasu yn ôl ansawdd ac ansawdd bywyd sy'n gysylltiedig ag iechyd (Collins, 2017; Shah, et al, 2021), gellir ystyried effeithiau iechyd meddwl y dirwasgiad a'r mesurau cyni dilynol fel elfen gredadwy ar gyfer esbonio tueddiadau iechyd hunan-gofnodedig yng Nghymru ac mewn mannau eraill ar ôl 2010. Yn wir, mae sawl astudiaeth yn y DU yn nodi perthynas rhwng gweithredu mesurau cyni ac anghydraddoldebau cynyddol mewn iechyd meddwl (Barr, et al, 2015; Barr, et al, 2016; Katikireddi, et al, 2018; Simpson, et al, 2021).

### **Beth sy'n gyrru anghydraddoldebau mewn disgwyliad oes iach?**

Rhwng 2011 a 2019 roedd y bwlch absoliwt mewn disgwyliad oes iach rhwng yr ardaloedd lleiaf a mwyaf difreintiedig yng Nghymru wedi lleihau ychydig, er bod anghydraddoldeb disgwyliad oes wedi cynyddu dros yr un cyfnod.

Fel y dengys ein dadansoddiad manwl, mae unrhyw ostyngiad yn y bwlch mewn disgwyliad oes iach wedi digwydd oherwydd gostyngiadau mewn disgwyliad oes iach ar gyfer yr ardaloedd lleiaf difreintiedig, yn hytrach nag enillion mewn disgwyliad oes iach ar gyfer yr ardaloedd mwyaf difreintiedig. Mewn cyferbyniad, mae'r bwlch disgwyliad oes wedi ehangu oherwydd bod disgwyliad oes yn yr ardaloedd lleiaf difreintiedig wedi codi dros y cyfnod a astudiwyd, tra bod disgwyliad oes yn yr ardaloedd mwyaf difreintiedig wedi aros yr un fath. **Mae hyn yn awgrymu bod pobl yn yr ardaloedd lleiaf difreintiedig yn byw'n hirach, ond gydag ehangu ar y cyfnod o fywyd a gaiff ei dreulio mewn iechyd gwael; tra i bobl yn yr ardaloedd mwyaf difreintiedig, mae hirhoedledd a'r cyfnod o fywyd a dreuliwyd mewn iechyd gwael wedi aros yn eu hunfan.** Ar ben hynny, er bod y bwlch mewn disgwyliad oes iach wedi lleihau ychydig ers 2011, mae'n parhau i fod yn sylweddol, ar 16.9 mlynedd ar gyfer unigolion gwrywaidd a 18.25 mlynedd ar gyfer unigolion benywaidd.

Mae dadansoddiad diweddar o ddata marwolaethau Cymru wedi dangos cyfraniad gwahanol achosion o farwolaeth at gynydd yn y bwlch disgwyliad oes rhwng yr ardaloedd lleiaf a mwyaf difreintiedig, gan ddangos bod anghydraddoldebau disgwyliad oes cynyddol rhwng 2002 a 2018 wedi'u hysgogi'n sylweddol gan farwolaethau yn sgil cyflyrau anadlol, treulio a chylchrediad y gwaed ymhlith dynion, a chan glefyd anadlol, canserau, dementia a chamddefnyddio sylweddau ymhlith menywod (Currie, et al, 2021), gyda chanfyddiadau tebyg i astudiaethau sy'n ymchwilio i gyfraniadau i'r bwlch mewn disgwyliad oes yn Lloegr (Bennett, et al, 2018) a'r Alban (Ramsay, et al, 2019).

Mae deall cyfraniad gwahanol achosion marwolaeth i fylchau mewn disgwyliad oes rhwng yr ardaloedd lleiaf a mwyaf difreintiedig hefyd yn tynnu sylw at amlygiad anghyfartal i risgiau fel sbardun sylweddol i anghydraddoldebau disgwyliad oes. Mae'n ffaith sydd wedi'i hen sefydlu bod gan ffactorau risg sy'n gyffredin i lawer o brif achosion marwolaeth batrwm economaidd-gymdeithasol iawn, gyda rhannau o'r boblogaeth yn agored i risgiau lluosog ar lefelau peryglus (Marshall, et al, 2019). Tanlinellir yn arbennig y ffyrdd y mae mwy o amlygiad i risg yn trosi i farwolaethau uwch — a thrwy hynny yn cyfrannu at anghydraddoldebau disgwyliad oes — gan y gwahaniaethau mewn marwolaethau sy'n gysylltiedig ag

alcohol a chyffuriau, gydag un astudiaeth sy'n ymchwilio i farwolaethau sy'n gysylltiedig ag alcohol yng Nghymru a Lloegr yn canfod bod achosion sy'n benodol gysylltiedig ag alcohol yn gyfrifol am 5.1% o'r bwlch mewn disgwyliad oes rhwng y grwpiau lleiaf a mwyaf difreintiedig mewn dynion a 3.6% mewn menywod yn 2016 (Angus, et al. 2020). Mae dadansoddiad gan Iechyd Cyhoeddus Cymru (2018) yn canfod gwrthgyferbyniadau amlwg rhwng profiadau risg mewn ardaloedd difreintiedig a llai difreintiedig ar gyfer sawl ffactor risg blaenllaw:

- Mae cyfraddau ysmegu yn yr ardaloedd mwyaf difreintiedig (29%) fwy na dwbl cyfraddau ysmegu yn yr ardaloedd lleiaf difreintiedig (12%), er bod y bwlch hwn wedi bod yn lleihau'n raddol dros amser;
- Mae bylchau anghydraddoldeb yn ehangu o ran bwyta ffrwythau a llysiau, gyda'r rhai yn yr ardaloedd mwyaf difreintiedig yn bwyta llai o ffrwythau a llysiau na'r rhai yn yr ardaloedd lleiaf difreintiedig;
- Mae arwyddion bod bwlch anghydraddoldeb tebyg yn dod i'r amlwg o ran gweithgarwch corfforol;
- Er bod y rhai yn yr ardaloedd mwyaf difreintiedig yn llai tebygol o fod yn yfed uwchlaw'r canllawiau dyddiol ar gyfer alcohol na'r rhai yn yr ardaloedd lleiaf difreintiedig, mae niwed sy'n gysylltiedig ag alcohol yn effeithio'n anghymesur ar y rhai yn yr ardaloedd mwyaf difreintiedig.

Yn allweddol, er nad oes gorgyffwrdd uniongyrchol ag iechyd hunan-gofnodedig, mae'r gwahaniaethau hyn mewn profiadau risg hefyd wedi'u sefydlu fel rhai arwyddocaol wrth esbonio anghydraddoldebau ar gyfer mesurau eraill o ansawdd bywyd sy'n gysylltiedig ag iechyd (Iechyd Cyhoeddus Cymru, 2018).

Er bod tystiolaeth o rôl ar gyfer ffactorau risg fel ysmegu a gordewdra wrth esbonio anghydraddoldebau mewn marwolaethau y gellir eu hatal (Roberts a Bell, 2015), mae astudiaethau o anghydraddoldebau disgwyliad oes yn rhybuddio yn erbyn ffocws ar ymddygiadau unigol a newid ymddygiad eilaidd ar draul mynd i'r afael â'r cyflyrau sylfaenol sy'n siapiro anghydraddoldebau o ran amlygiad i risg (ee Currie, et al, 2021). Yn yr un modd ag y mae iechyd a marwolaethau yn deillio o we gymhleth o ddylanwadau cydberthynol — **y cyfeirir atynt yn aml fel penderfynyddion iechyd ehangach** — mae cysylltiad agos rhwng ffactorau risg ymddygiad sy'n gyffredin i brif achosion afiechyd a marwolaeth a'r amodau cymdeithasol, economaidd ac amgylcheddol y mae pobl yn byw ynddynt (Marshall, et al, 2019). Mae rôl y penderfynyddion ehangach hyn yn cael ei dangos yn glir gan dystiolaeth bod dylanwad ffactorau risg ymddygiadol cyfatebol ar iechyd yn amrywio yn ôl statws economaidd-gymdeithasol - fel bod effaith negyddol gordewdra ar iechyd, er enghraifft, yn fwy ymhlith grwpiau sydd â statws economaidd-gymdeithasol is nag ymysg grwpiau statws uwch o'r un pwysau (Kinge a Morris, 2010); yn yr un modd, dangoswyd bod pobl mewn ardaloedd mwy difreintiedig yn profi mwy o niwed y gellir ei briodoli i alcohol o'u cymharu â phobl mewn ardaloedd llai difreintiedig oherwydd lefelau cyfatebol o yfed alcohol, hyd yn oed ar ôl cyfrif am ffactorau unigol fel patrymau yfed gwahanol, gordewdra, a statws ysmegu (Katikireddi, et al, 2017). At hynny, wrth gymharu gwahanol grwpiau cymdeithasol ag amlygiad cyfartal i ffactorau risg ymddygiadol, mae marwolaethau yn parhau i fod yn uwch yn y grwpiau economaidd-gymdeithasol is - unwaith eto gan ddynodi dylanwad penderfynyddion strwythurol ehangach (McCartney, et al, 2013).

Mae tystiolaeth hirsefydlog bellach bod ymyriadau ar lefel unigolion, sy'n methu ag ystyried effaith amgylcheddau cymdeithasol ac economaidd pobl dros amser, yn aneffeithiol o ran newid ymddygiad a lleihau anghydraddoldebau iechyd a marwolaethau (Katikireddi, et al., 2013). At hynny, dangoswyd bod ymyriadau sy'n gofyn am ymdrech ymwybodol i ddylanwadu ar ymddygiad yn ehangu anghydraddoldebau iechyd, oherwydd yn gyffredinol mae prosesau ymwybodol yn golygu gofynion uwch ar adnoddau gwybyddol, cymdeithasol a materol nad ydynt wedi eu dosbarthu'n gyfartal mewn cymdeithas (McGill, et al, 2015; Veinot, et al, 2019; Kriznik, et al, 2020). Mewn cyferbyniad, mae tystiolaeth lawer mwy addawol ar gyfer effeithiolrwydd ymyriadau ar lefel poblogaeth, megis rheolaethau

ar alcohol a thybaco, wrth leihau anghydraddoldebau sy'n gysylltiedig ag ymddygiad mewn iechyd a marwolaethau (Marteau, et al, 2019). Mae trafodaeth bellach ar benderfynyddion ehangach iechyd a'u dylanwad ar ymddygiad iechyd yn ein sesiynau briffio ar ymddygiad ffordd o fyw iach oedolion a phlant.

Mae anghydraddoldebau o ran mynediad at iechyd a gofal cymdeithasol ac wrth ddarparu gwasanaethau cyhoeddus sy'n hybu iechyd hefyd wedi cael eu harchwilio o safbwynt eu rôl wrth esbonio anghydraddoldebau mewn bywyd a disgwyliad iechyd. Canfu astudiaeth ddiweddar ar effaith y strategaeth anghydraddoldebau iechyd a weithredwyd yn Lloegr o 1997 ei bod yn gysylltiedig â gostyngiad o flwyddyn i flwyddyn mewn anghydraddoldebau mewn disgwyliad oes rhwng yr awdurdodau lleol lleiaf a mwyaf difreintiedig, gan wrthdroi tuedd a oedd yn cynyddu o'r blaen; ers i'r strategaeth ddod i ben yn 2010, mae'r anghydraddoldebau hyn yn dechrau codi eto (Barr a Whitehead, 2017). Un agwedd allweddol ar y strategaeth oedd dyrannu cyfran fwy o adnoddau'r GIG i ardaloedd mwy difreintiedig, ynghyd ag ymyriadau wedi'u targedu yn seiliedig ar ardaloedd i wella dulliau atal, trin a gofal, gan gynnwys ymyriadau i wella'r ffordd y rheolir clefydau cronig a mynediad i ofal sylfaenol a gwasanaethau rhoi'r gorau i ysmegu (Mackenbach, 2011). Er bod y dystiolaeth yn amhendiant o safbwynt cyfraniad cymharol yr ymyriadau hyn i leihau anghydraddoldebau disgwyliad oes, mae tystiolaeth bod cyfeirio adnoddau'r GIG i ardaloedd mwy difreintiedig yn arwain at ostyngiad sylweddol mewn anghydraddoldebau o safbwynt darpariaeth ac ansawdd gofal sylfaenol, a chulhau mewn anghydraddoldebau o ran marwolaethau sy'n agored i ofal iechyd (Barr a Whitehead, 2017).

Wrth geisio deall pam y dechreuodd anghydraddoldebau disgwyliad oes yn Lloegr gynyddu eto yn 2010 ar ôl cyfnod o leihad, mae hefyd yn amhosibl gwahaniaethu rhwng diwedd y strategaeth a'r rhaglen ehangach o gyni a ddechreuodd ar yr un pryd, yn anad dim am fod hyn wedi gwrthdroi llawer o'r polisiâu a gyflwynwyd fel rhan o'r strategaeth (Barr a Whitehead, 2017). Yn wir, mae gan lawer o'r dystiolaeth am rôl cyni wrth esbonio'r diffyg cynnydd mewn gwelliannau disgwyliad oes yn y DU ers 2011 oblygiadau uniongyrchol hefyd o ran deall y cynnydd mewn anghydraddoldebau disgwyliad oes dros yr un cyfnod. Er enghraifft, canfu Alexiou, et al (2021a) fod toriadau mewn cyllid llywodraeth leol yn gysylltiedig â chynnydd yn y bwch mewn disgwyliad oes rhwng y cwintilau lleiaf a mwyaf difreintiedig a hynny ar gyfradd o 3% ar gyfer dynion a 4% ar gyfer menywod, gan adlewyrchu patrwm lle roedd y gostyngiadau cyllid yn fwy mewn ardaloedd mwy difreintiedig, sydd hefyd wedi profi'r newidiadau gwaethaf mewn disgwyliad oes. Yn yr un modd, canfu Darlington-Pollock et al (2021) raddiant cymdeithasol clir ymhlith oedolion oedran gweithio o safbwynt effeithiau marwolaeth mesurau cyni, gan gynnwys newidiadau i nawdd cymdeithasol. Mae hyn yn awgrymu y gallai cynyddu gwir werth budd-daliadau sy'n seiliedig ar brawf modd a blaenoriaethu ailfuddsoddi mewn cyllid ar gyfer gwasanaethau llywodraeth leol mewn ardaloedd mwy difreintiedig ddylanwadu rhywfaint ar y tueddiadau niweidiol presennol mewn anghydraddoldebau disgwyliad oes. Yn wir, canfu astudiaeth fodelu ddiweddar ar effaith polisiâu sy'n seiliedig ar incwm ar anghydraddoldebau marwolaethau yn yr Alban mai'r polisiâu mwyaf effeithiol yn seiliedig ar incwm ar gyfer lleihau anghydraddoldebau marwolaeth oedd y rhai a oedd yn cynyddu incwm aelwydydd yn yr ardaloedd mwyaf difreintiedig yn ôl pob golwg drwy gynyddu budd-daliadau prawf modd (Richardson, et al, 2020).

## Cyd-destun ac ysgogiadau polisi

Wrth ystyried Carreg Filltir Genedlaethol addas ar gyfer y Dangosydd Cenedlaethol hwn, yn ogystal â deall tueddiadau o ran disgwyliad oes iach ac anghydraddoldebau iechyd a disgwyliad oes ar gyfartaledd, mae'n ddefnyddiol ystyried y pwerau, yr ysgogiadau a'r polisiâu sydd ar gael i Lywodraeth Cymru a gwasanaethau cyhoeddus Cymru er mwyn hyrwyddo gwelliannau dros amser.

Mae iechyd yn faes polisi datganoledig yng Nghymru. Felly, mae gan Lywodraeth Cymru y pŵer i bennu ei pholisiâu a'i strategaethau iechyd ei hun yn annibynnol ar Lywodraeth y DU. Mae gan Lywodraeth

Cymru hefyd y pŵer i gynnig deddfau sy'n ymwneud ag iechyd yng Nghymru (Public Health Network Cymru, 2021a).

Y strategaeth iechyd drosfwaol sydd ar waith ar hyn o bryd yng Nghymru yw **Cymru iachach: cynllun hirdymor ar gyfer iechyd a gofal cymdeithasol**. Amlinellwyd y cynllun hwn gan Lywodraeth Cymru yn 2019 ac mae'n 'gosod gweledigaeth hirdymor ar gyfer 'system gyfan iechyd a gofal cymdeithasol' yn y dyfodol, gan ganolbwyntio ar iechyd a llesiant ac atal salwch' (Welsh Government, 2019d, p. 3). Mae'n pwysleisio pwysigrwydd gweithredu ar achosion cymdeithasol ehangach iechyd gwael er mwyn mynd i'r afael â'r graddiant cymdeithasol mewn disgwyliad oes iach (Welsh Government, 2019d, p. 9).

Mae Rhwydwaith Iechyd Cyhoeddus Cymru (2021) yn amlygu bod natur iechyd a'r penderfynyddion eang sy'n dylanwadu ar iechyd a marwolaethau yn golygu bod ystod o feysydd polisi y tu hwnt i iechyd yn berthnasol i ddatblygiad strategaeth a pholisi iechyd effeithiol. Ymhlith y meysydd polisi ehangach a all effeithio ar iechyd y mae gan Lywodraeth Cymru bŵer sylweddol drostynt, mae addysg, sgiliau, bwyd, chwaraeon a hamdden, tai, adfywio, yr amgylchedd a chynllunio, trafndiaeth, a rhai pwerau codi trethi, gan gynnwys y Dreth Trafodiadau Tir a'r Dreth Gwarediadau Tirlenwi, a rheolaeth rannol dros dreth incwm.

Mae Atodiad 1 yn dangos rhestr o bolisiau diweddar a chyfredol Llywodraeth Cymru sy'n berthnasol i iechyd a marwolaethau.

### Cyfyngiadau ar bwerau

Er bod gan Lywodraeth Cymru y pŵer i bennu ei pholisi iechyd ei hun, nid oes ganddi'r pŵer dros yr holl feysydd polisi a'r ysgogiadau a all effeithio ar iechyd a marwolaethau.

Yn benodol, dim ond pwerau cyfyngedig sydd gan Lywodraeth Cymru dros les cymdeithasol neu nawdd cymdeithasol sy'n cyfyngu ar ei gallu i fynd i'r afael ag amddifadedd ac anghydraddoldeb (o ran cyllid ac adnoddau materol) – dylanwad pwysig ar iechyd a marwolaethau. Mae pwerau codi trethi Llywodraeth Cymru hefyd yn gyfyngedig. Ysgogydd polisi cysylltiedig arall nad yw ar gael i Lywodraeth Cymru yw rheolaeth dros hawliau cyflogaeth.

Wrth ystyried cyfyngiadau pwerau Llywodraeth Cymru mae'n bwysig nodi bod iechyd a marwolaethau yn cael eu dylanwadu gan ffactorau sy'n gweithredu dros ystod o raddfeydd o'r unigolyn i'r lleol, yn genedlaethol a hyd yn oed yn fyd-eang. O'r herwydd, mae'n debyg y bydd rhai o'r ffactorau sy'n dylanwadu ar dueddiadau disgwyliad oes iach yng Nghymru bob amser yn parhau ymhell y tu hwnt i reolaeth Llywodraeth Cymru a gwasanaethau cyhoeddus.

Fodd bynnag, er gwaethaf pŵer cyfyngedig Llywodraeth Cymru dros bolisiau lles cymdeithasol a threthiant, gellir gwneud llawer i leihau anghydraddoldebau cymdeithasol a gwella iechyd mewn meysydd polisi y mae gan Lywodraeth Cymru bŵer drostynt (iechyd a gofal cymdeithasol, addysg, sgiliau, bwyd, chwaraeon a hamdden, tai, adfywio, yr amgylchedd a chynllunio, trafndiaeth, a rhai pwerau codi trethi, gan gynnwys y Dreth Trafodiadau Tir a'r Dreth Gwarediadau Tirlenwi, a rheolaeth rannol dros dreth incwm).

### Cwmpas ar gyfer gweithredu i wella disgwyliad oes iach a lleihau'r bwlch

Mae dadl ynghylch i ba raddau y mae tueddiadau niweidiol mewn disgwyliad oes ac iechyd, ac anghydraddoldebau iechyd a disgwyliad oes, yn agored i ymyrraeth polisi. Er enghraifft, mae Frank a Haw (2011) yn cyfeirio at barhad cyson anghydraddoldebau disgwyliad oes yn yr Alban dros ddegawdau fel tystiolaeth o anymatebolrwydd cynhenid y canlyniadau hyn i ymyrraeth polisi, gan dynnu sylw at y ffaith bod anghydraddoldebau disgwyliad oes yn cael eu hysgogi i raddau helaeth gan ddigwyddiadau



marwolaeth yn ddiweddarach mewn bywyd, gan adlewyrchu amlygiadau i risg dros y cwrs bywyd cyfan na ellir ei newid yn ôl-weithredol.

Mae eraill yn gweld y dadansoddiad hwn fel un rhy besimistaidd, gan dynnu sylw at ystod o enghreifftiau rhyngwladol lle mae'n ymddangos bod polisïau'r llywodraeth gydag ailddosbarthu bwriadol wedi newid anghydraddoldeb economaidd-gymdeithasol ei hun ac anghydraddoldebau iechyd yn ôl dosbarth cymdeithasol (McCartney, et al, 2011). Yn wir, er mai dim ond sgan cyflym o dystiolaeth yw hwn, mae llawer o'r astudiaethau a adolygwyd ar gyfer y papur briffio hwn yn tynnu sylw at feysydd gweithredu polisi a ystyrir fel rhai sydd â'r potensial i ysgogi gwelliannau mewn iechyd a disgwyliad oes a lleihau anghydraddoldebau iechyd a disgwyliad oes (gweler tabl 2 isod). Er bod y rhain yn cynnwys rhai meysydd ffocws unigol, awgrymwyd hefyd, o ystyried natur gymhleth, gydberthynol ac aml-sgalar ysgogwyr tueddiadau ac anghydraddoldebau iechyd a disgwyliad oes, mai dim ond drwy weithredu cydlynol, eang, hirdymor ar draws sawl maes a lefel o bolisi, llywodraethu a darparu gwasanaethau cyhoeddus y gellir atal diffyg cynnydd pellach mewn disgwyliad oes iach ac anghydraddoldebau disgwyliad oes iach. Yn ogystal, oherwydd yr amser hir rhwng penderfyniadau polisi sy'n siapiro iechyd pobl a'u heffaith ar ganlyniadau, mae'n hanfodol i'r rhai sy'n llunio penderfyniadau gymryd golwg ehangach a thymor hwy ar y camau sydd eu hangen i wella iechyd y boblogaeth (Marshall, et al, 2019).

**Tabl 2: Ymyriadau yr ystyrir bod ganddynt y potensial i wella disgwyliad oes iach a lleihau'r bwloch mewn disgwyliad oes iach**

	Ymyriadau cyllidol ac economaidd i dargedu fforddiadwyedd cynhyrchion a gweithgareddau sy'n niweidio/o fudd i iechyd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treth i sicrhau cynnydd blynyddol mewn prisiau gwirioneddol tybaco; diwygio'r trethi tybaco presennol i gau'r bwloch mewn prisiau rhwng tybaco a weithgynhyrchir a thybaco wedi'i rollo â llaw</li> <li>• Isafbris uned; diwygio'r trethi presennol ar alcohol i sicrhau bod treth yn gymesur â chanran alcohol yn ôl cyfaint</li> <li>• Cyfyngu ar hyrwyddo prisiau ar fwydydd mwy afiach; cynyddu fforddiadwyedd ffrwythau a llysiau i deuluoedd incwm isel</li> <li>• Symud fforddiadwyedd i drafnidiaeth gyhoeddus ac i ffwrdd o'r defnydd o geir -. e.e., drwy talu am barcio a pharth codi tâl</li> </ul>
<b>Ymyriadau ar lefel poblogaeth sy'n targedu ffactorau risg ymddygiadol</b>	Cyfyngu ar farchnata cynhyrchion sy'n niweidio iechyd a marchnata dewisiadau amgen iachach	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mewnosodiadau mewn pecynnau tybaco am fanteision rhoi'r gorau iddi a chyfeirio pobl at wasanaethau rhoi'r gorau i ysmegu</li> <li>• Cyfyngu ar hysbysebu a noddi alcohol i leihau amlygiad plant iddo</li> <li>• Cyfyngu ar hysbysebu a nawdd i leihau amlygiad plant i fwyd afiach; mandadu gwybodaeth pwynt dewis</li> <li>• Ymgyrchoedd ar y cyfryngau torfol i hyrwyddo gweithgarwch corfforol</li> </ul>
	Ymyriadau i leihau argaeledd cynhyrchion a gweithgareddau sy'n niweidio iechyd/cynyddu argaeledd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Codi'r oedran cyfreithiol i brynu tybaco o 18 i 21 oed</li> <li>• Capiu nifer a dwysedd allfeydd alcohol; gorchmynion cyfyngiadau yn gynnar yn y bore; gorfodi'r deddfau prynu isafswm oedran presennol</li> <li>• Gorfodi ac ymestyn safonau prynu bwyd mewn manau gwerthu yn y sector cyhoeddus; cyfyngu ar leoli bwydydd mwy afiach mewn ardaloedd lle mae</li> </ul>

	cynhyrchion a gweithgareddau sydd o fudd i iechyd	<p>gwerthiant uchel; mandadu dognau llai o fwydydd parod i'w bwyta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Polisi a rheoliadau gofodol a defnydd tir sy'n sicrhau dyluniad trefol defnydd cymysg, cryno i hyrwyddo gweithgarwch corfforol, gan gynnwys trafndiaeth gyhoeddus integredig a hwyluso'r gallu i gerdded a beicio, gyda seilwaith diogel a deniadol</li> </ul>
<b>Ymyriadau i wella gofal iechyd, triniaeth ac atal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adnabod a thriniaeth cynharach ar gyfer clefyd cardiofasgwlaidd a chanserau ac wedi'i thargedu'n well, gan gynnwys drwy sgrinio canser a gwasanaethau iechyd ehangach</li> <li>Sicrhau bod y rhai sy'n gymwys yn manteisio i'r eithaf ar y brechlyn fflw</li> <li>Gweithredu dull iechyd cyhoeddus o ymdrin â pholisi cyffuriau, gan ganolbwyntio ar leihau niwed er mwyn lleihau'r risg o farwolaeth</li> <li>Dyrannu cyfran fwy o adnoddau'r GIG i ardaloedd mwy difreintiedig, ynghyd ag ymyriadau wedi'u targedu yn seiliedig ar ardaloedd i wella dulliau atal, triniaeth a gofal — gan ddysgu o dystiolaeth o effeithiolrwydd strategaeth anghydraddoldebau iechyd Lloegr rhwng 1997 a 2010</li> </ul>	
<b>Gweithredu ar benderfynyddion cymdeithasol ac economaidd ehangach iechyd a thegwch iechyd</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diogelu a chynyddu cyllidebau ar gyfer gwasanaethau cyhoeddus</li> <li>Amddiffyn a chynyddu budd-daliadau nawdd cymdeithasol</li> <li>Buddsoddi yn y blynyddoedd cynnar yn enwedig mewn ardaloedd lle ceir mwy o amddifadedd</li> <li>Mynd i'r afael ag anghydraddoldebau mewn cyrhaeddiad ysgol</li> <li>Cynyddu'r ddarpariaeth o dai cymdeithasol</li> <li>Polisiâu i leihau tlodi mewn gwaith a chyflogaeth ansicr tra'n cefnogi mwy o bobl i gael mynediad at waith</li> <li>Buddsoddi mewn creu a datblygu lleoedd iach a chynaliadwy</li> </ul>	

*Ffynonellau: McCartney, et al, 2022; Currie, et al, 2021; Marteau, et al, 2019; Marmot, et al, 2021; Barr a Whitehead, 2017; Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus yr Alban, 2017; Saunders, et al, 2017.*

## Effaith y Coronafeirws

Un enghraifft arbennig o arwyddocaol o ffactor ehangach y tu allan i reolaeth uniongyrchol Llywodraeth Cymru a gwasanaethau cyhoeddus Cymru yw'r pandemig Coronafeirws a ddechreuodd ddechrau 2020. Mae effeithiau tymor agosach y pandemig ar iechyd y boblogaeth yng Nghymru wedi bod yn amlwg, gyda chynnydd mawr mewn marwolaethau pob achos uwchlaw'r lefelau disgwylidig mewn sawl rhanbarth ledled y wlad (Currie, et al, 2021). Awgrymodd dadansoddiad o ddisgwyliad oes yng Nghymru a Lloegr yn ystod pandemig y Coronafeirws ostyngiadau sylweddol mewn disgwyliad oes, er bod yr awduron yn rhybuddio ei bod yn debygol o fod yn rhy gynnar i ddod i gasgliadau ar y pwynt hwn yn nhrefnwybr y pandemig (Arburto, et al, 2020). Er y gall y cynnydd yn y cyfraddau marwolaeth a brofwyd yn ystod y pandemig droi allan i fod yn ffenomen tymor byr, mae gormod o bethau anhysbys o hyd am effaith y firws ar gyfraddau marwolaeth yn y dyfodol i allu amcangyfrif newidiadau disgwyliad oes yn hyderus (Dunnell, et al., 2021).

Mae anghydraddoldebau mewn marwolaethau o Covid-19 hefyd wedi'u dogfennu'n eang, gyda chyfraddau marwolaeth sylweddol uwch mewn ardaloedd mwy difreintiedig, yn ogystal â marwolaethau uwch y pen mewn grwpiau lleiafrifoedd hil o gymharu â phobl wyn ym Mhrydain (Bibby, et al, 2021). Erbyn canol mis Gorffennaf 2020, roedd cyfradd marwolaethau o Covid-19 yn yr 20% o ardaloedd mwyaf difreintiedig yng Nghymru bron ddwywaith yr hyn a welwyd yn yr 20% o ardaloedd lleiaf difreintiedig (117.1 fesul 100,000 o'i gymharu â 62.5 fesul 100,000) (Iechyd Cyhoeddus Cymru, 2020). O ystyried y dystiolaeth bod ardaloedd mwy difreintiedig a grwpiau lleiafrifoedd hil wedi dioddef cyfraddau

uwch o heintiau, mynd i'r ysbyty a marwolaethau yn ystod y pandemig, mae gan senario endemig Covid-19 y potensial i ehangu anghydraddoldebau disgwyliad oes ac iechyd ymhellach yn y dyfodol (Dunnell, et al., 2021) .

Yn ogystal ag effaith uniongyrchol y clefyd ei hun, mae'n anochel bod ymateb iechyd y cyhoedd wedi cael effaith ar benderfynyddion cymdeithasol ac economaidd ehangach iechyd. Er bod tystiolaeth yn y maes hwn ond yn dechrau dod i'r amlwg, mae potensial uchel ar gyfer effeithiau parhaol y pandemig ar ddisgwyliad oes iach cyffredinol ac anghydraddoldebau iechyd am flynyddoedd lawer i ddod. Mae tystiolaeth hefyd yn dod i'r amlwg o effeithiau parhaol Covid-19 ar gymunedau mwy difreintiedig, gan gynnwys cynnydd mewn diweithdra a thlodi plant, y ddau ohonynt yn ysgogwyr iechyd a marwolaethau tymor hwy sylweddol (Bibby, et al, 2020).

## Ystyriaethau allweddol ar gyfer datblygiad Carreg Filltir

Mae'r sylfaen dystiolaeth a adolygwyd yn awgrymu rhai ystyriaethau allweddol ar gyfer datblygu Carreg Filltir ar gyfer disgwyliad oes iach a'r bwlch rhwng y lleiaf a'r mwyaf difreintiedig. Mae'r rhain yn cynnwys:

### Heriau a chyfyngiadau mesur

Mae nifer o heriau a chyfyngiadau mesur yn gysylltiedig â Dangosydd Cenedlaethol 2 a allai fod â goblygiadau o ran datblygu Carreg Filltir briodol.

Mae un o'r rhain yn gysylltiedig â defnyddio mesur goddrychol, iechyd hunan-gofnodedig, ar gyfer cyfrifo disgwyliad oes iach. Er y dangoswyd bod mesurau iechyd hunan-gofnodedig yn rhagfynegwyr da o farwolaethau dilynol (Young, et al, 2010) mae hyn er gwaethaf diffyg perthynas linellol uniongyrchol rhwng cyflyrau corfforol presennol a chanfyddiad o iechyd, a thystiolaeth helaeth yn nodi ffactorau demograffig, economaidd-gymdeithasol a diwylliannol a all ddylanwadu ar hunanasesu iechyd (O'Reilly, et al, 2010; Salomon, et al, 2009; Bostan, et al, 2014), gan arwain at anghysondebau systematig rhwng cyflyrau corfforol ac adrodd am statws iechyd ar draws gwahanol grwpiau economaidd-gymdeithasol (Balaj, 2020). Oherwydd bod iechyd hunan-gofnodedig yn oddrychol, ac oherwydd ei bod yn amhosibl mesur effeithiau anghysondebau yn y ffordd y mae pobl yn dehongli ac yn ymateb i gwestiynau am eu hiechyd (Arsyllfa Iechyd Cyhoeddus yr Alban, 2021), mae'n anodd sefydlu naill ai achosion sylfaenol newidiadau mewn tueddiadau iechyd hunan-gofnodedig, neu i ba raddau y gallai'r tueddiadau hyn fod yn ymatebol i ymyrraeth polisi - neu'n wir pa fath o ymyriadau polisi sy'n debygol o fod yn effeithiol. Mae hyn yn broblem yn enwedig gydag iechyd hunan-gofnodedig o'i gymharu â mesurau iechyd hunan-raddedig eraill, llai deuaidd, oherwydd nid yw'n darparu unrhyw wybodaeth am ba agwedd(au) penodol ar iechyd sy'n cyfrannu at ansawdd bywyd sydd wedi'i gyfaddawdu (Shah, et al, 2021). Anhawster pellach yw ei bod yn hysbys bod iechyd hunan-gofnodedig yn agored i duedd, yn enwedig 'rhagfarn ymatebwyr iach', sy'n dod yn fwy problemus pan fydd meintiau sampl yn fach neu pan fydd pobl o grwpiau economaidd-gymdeithasol penodol yn cael eu tangynrychioli (Spitzer a Weber, 2019). Gall meintiau sampl bach, yn enwedig ar gyfer cwintilau poblogaeth penodol, hefyd amlygu data iechyd hunan-gofnodedig i ddryswch ystadegol, gan ei gwneud hi'n heriol deall patrwm y newid dros amser.

Mae heriau mesur hefyd yn gysylltiedig â chyfrifo'r bwlch mewn disgwyliad oes iach rhwng y lleiaf a'r mwyaf difreintiedig. Argymhellir yn gyffredinol y dylid defnyddio mesurau *absoliwt* a *chymharol* o anghydraddoldeb disgwyliad oes iach ar yr un pryd, gan fod y ddau fesur hyn yn ymateb yn wahanol i newidiadau mewn disgwyliad oes iach ac yn gallu cyflwyno tueddiadau gwahanol mewn ymateb i'r un newidiadau yn y data. Fodd bynnag, dim ond mesurau absoliwt o'r bwlch mewn disgwyliad oes iach sy'n cael eu cynhyrchu fel mater o drefn ar gyfer Cymru, gan Iechyd Cyhoeddus Cymru a'r Swyddfa Ystadegau Gwladol. Mae'r math o fesur absoliwt a ddefnyddir gan Iechyd Cyhoeddus Cymru i gyfrifo'r bwlch anghydraddoldeb mewn disgwyliad oes hefyd wedi newid o fynegai llethr o anghydraddoldeb i'r gwahaniaeth absoliwt, sy'n cyfyngu ar gymaroldeb data'r gorffennol a'r presennol gan nad ywr

amcangyfrifon swyddogol o wahaniaeth absoliwt cyn 2013-15 wedi eu cynhyrchu eto (Public Health Wales Observatory, 2019).

Mae cyfyngiad posibl arall yn deillio o ddefnyddio Mynegai Amddifadedd Lluosog Cymru (MALIC) i gyfrifo'r bwlch mewn disgwyliad oes iach rhwng y lleiaf a'r mwyaf difreintiedig. Mae MALIC yn fesur amddifadedd sy'n seiliedig ar ardal, ac felly mae'n ddarostyngedig i'r cyfyngiadau sy'n gysylltiedig â'r math hwn o fesur anghydraddoldeb. Mae defnyddio mesur anghydraddoldeb sy'n seiliedig ar ardal yn cuddio amrywiadau mewn ardaloedd a allai fod yn ystyrllon o ran deall y darlun cyffredinol o anghydraddoldeb yng Nghymru. Fodd bynnag, gan fod MALIC yn rhannu Cymru yn bron i 2000 o ardaloedd bach, mae'n darparu gwell cynrychiolaeth o realiti tueddiadau na mesurau sy'n defnyddio ardaloedd mwy megis awdurdodau lleol neu fyrddau iechyd lleol. Gallai ymchwil pellach sy'n archwilio'r bwlch disgwyliad oes ac oes iach yn seiliedig ar fetrigau eraill ar gyfer anghydraddoldeb fel incwm helpu i ychwanegu at y dull sy'n seiliedig ar ardal.

Yr her fesur derfynol i'w nodi yma yw prydlondeb argaeledd data. Mae graddfa fawr yr arolygon a ddefnyddir i gynhyrchu'r data sydd eu hangen i gyfrifo disgwyliad oes iach yn golygu eu bod yn cymryd amser hir i'w dylunio, gweithredu a phrosesu - yn enwedig lle cynhyrchir amcangyfrifon am gyfnodau yn hytrach nag ar gyfer blynyddoedd unigol, fel sy'n wir yn gyffredinol am y math hwn o ddata. Felly, yn aml nid yw data ar gael ar gyfer y flwyddyn neu'r blynyddoedd arolwg diweddaraf, sy'n her ar gyfer cynhyrchu dadansoddiad cyffredol o'r tueddiadau a'r sefyllfa. Mae'r mater hwn yn debygol o fod yn arbennig o ddwys yn ystod y flwyddyn nesaf, fwy neu lai, gan fod pandemig y Coronafeirws wedi tarfu ar y broses o gasglu data ar gyfer arolygon allweddol, gan ohirio argaeledd data ymhellach.

## Cyflymder y newid

Mae tueddiadau data o 2009 yn dangos bach iawn o welliant mewn disgwyliad oes iach ar gyfer unigolion gwrywaidd a benywaidd, a dim gostyngiad neu gostyngiadau cyfyngedig iawn yn y bwlch rhwng y lleiaf a'r mwyaf difreintiedig. Er bod hyn yn adlewyrchu cyfnod amser cyfyngedig, a dim ond cyfran fach o'r amser sydd gennym i gyrraedd y Garreg Filltir erbyn 2050, mae'n awgrymu bod cyflymder y newid cadarnhaol y gellir ei ddisgwyl yn y Dangosydd hwn yn debygol o fod yn raddol, er ei bod yn Garreg Filltir uchelgeisiol, a gall helpu i ysgogi ymdrechion i hyrwyddo newid o'r fath.

Mae'r diffyg newid cymharol yn Nangosydd Cenedlaethol 2 dros y degawd diwethaf hefyd yn codi pryderon ynghylch pa mor ymatebol yw mesurau o ddisgwyl oes iach ac anghydraddoldebau mewn disgwyliad oes iach i ymyrraeth polisi, a phryderon cysylltiedig y gall llawer o ysgogwyr tueddiadau iechyd a disgwyliad oes weithredu ar raddfa y tu allan i gyrraedd Llywodraeth Cymru ac awdurdodau sector cyhoeddus Cymru. Fodd bynnag, mae sawl un o'r astudiaethau a gynhwysir yn yr adolygiad cyflym hwn yn tynnu sylw at dystiolaeth galonogol o ymyriadau polisi a allai fod yn effeithiol ar ystod o wahanol raddfeydd, er ei bod yn bwysig cydnabod bod natur gymhleth, gydberthynol penderfynyddion iechyd a marwolaethau yn debygol o fod yn gofyn am weithredu hirdymor, eang a chydlynol ar draws sawl sector.

## Coronafeirws

Wrth ddatblygu'r Garreg Filltir bydd yn bwysig cynnal ymwybyddiaeth o'r effeithiau niferus y mae pandemig y Coronafeirws wedi'u cael (ac y gall barhau i'w cael) ar iechyd a marwolaethau. Bydd angen i bob gwasanaeth cyhoeddus gynllunio ar gyfer yr effeithiau hyn a mynd i'r afael â'r effeithiau hyn er mwyn lleihau eu dylanwad hirdymor ar genedlaethau'r presennol a'r dyfodol. Dylai'r Garreg Filltir felly adlewyrchu'r ffaith y bydd cyfnod adfer Cymru o'r Coronafeirws yn effeithio rhywfaint ar y cynnydd tuag at y nod 'Cymru iachach' yn y blynyddoedd i ddod ac y gallai 'Cymru iachach' edrych yn wahanol yng ngoleuni'r pandemig a'i effeithiau parhaol. Bydd pa mor bell y bydd y pandemig yn effeithio ar iechyd a

marwolaethau yn y dyfodol yn dibynnu ar lawer o ffactorau gan gynnwys taflywbr parhaus y pandemig ac ymatebion Llywodraeth Cymru a Llywodraeth y DU.

## Math o Garreg Filltir

Mae nifer o opsiynau ar gyfer y math o Garreg Filltir y gellid ei phennu mewn perthynas â disgwyliad oes iach a'r bwch rhwng y lleiaf a'r mwyaf difreintiedig. Yn y gwaith hwn, nid ydym wedi cael amser i asesu rhinweddau gwahanol ddulliau posibl yn ddigonol. Fodd bynnag, mae dwy ffordd fras y gallai Carreg Filltir fesur 'cynnydd':

- **Cymhariaeth â gwlad 'gymaradwy'.** Mae'r ansicrwydd ynghylch effaith y pandemig yn un ddadl o blaid Carreg Filltir sy'n cymharu cynnydd yng Nghymru â chynnydd mewn gwledydd tebyg eraill gan y byddai hyn yn mynd beth o'r ffordd i ddarparu rheolaethau ar gyfer symudiadau a digwyddiadau macro-gymdeithasol ac economaidd (megis argyfyngau pandemig neu economaidd) sy'n anrhagweldwy ac yn rhannol y tu hwnt i reolaeth Llywodraeth Cymru. Er enghraifft, gallai'r math hwn o Garreg Filltir fframio parhad neu hyd yn oed ddirywiad mewn disgwyliad oes fel 'llwyddiant' pe bai tueddiadau Cymru'n cymharu'n ffafriol â gwledydd eraill erbyn 2050, er y gallai dull o'r fath leihau faint o randdeiliaid amrywiol sy'n 'prynu i mewn', ac yn anad dim y cyhoedd, sy'n debygol o fod eisiau gweld cynnydd, a hynny'n ddealladwy. Mae hefyd yn bwysig nodi bod gwahaniaethau rhyngwladol yn y dulliau a ddefnyddir i gyfrifo disgwyliad oes iach yn cyfyngu ar gymharoldeb data o Gymru ag amcangyfrifon disgwyliad oes iach yng ngweddill y byd, er bod cymharu â gwledydd eraill y DU yn bosibl.
- **Cymhariaeth 'pwynt i bwynt'.** Mae'n anochel bod cyfyngiadau o ran y graddau y gellir ystyried bod unrhyw wlad arall, gan gynnwys gwledydd eraill y DU, yn 'gymharol' â Chymru, o ran amodau cymdeithasol ac economaidd sylfaenol neu 'fannau cychwyn', ac o ran trefniadau llywodraethu ac ysgogwyr polisi. Ar y sail hon, gellid ei hystyried yn fwyaf priodol i ddefnyddio dull 'pwynt i bwynt' sy'n cymharu Cymru 'yn ei herbyn ei hun', o 2009-11 i 2050. Gallai'r dull hwn fod yr un mwyaf greddfoll ac ystyrllon o ran fframio'r uchelgais o ran gwella'r sefyllfa yng Nghymru dros amser.

## Ffocws y Garreg Filltir

Mae Dangosydd Cenedlaethol 2 yn cyfuno dau fesur, disgwyliad oes iach yn gyffredinol a'r bwch rhwng y lleiaf a'r mwyaf difreintiedig. Felly, mae penderfyniad i'w wneud ynghylch a yw un mesur neu'r ddau fesur yn ganolbwynt i'r Garreg Filltir (ac os y cyntaf, pa un).

Er nad oeddem yn gallu mynd i'r afael â hyn mewn unrhyw ddyfnder yn ein hadolygiad o dystiolaeth, amlygodd yr holl gyngor arbenigol a gawsom bwysigrwydd deall anghydraddoldebau mewn disgwyliad oes iach yng nghyd-destun y duedd gyffredinol, gan awgrymu y dylid cynnwys y ddwy agwedd ar y Dangosydd yn y mynegiant o'r Garreg Filltir.

**Awduron: Josh Coles-Riley, Dr Anna Skeels a Isabelle Carter**



## Cyfeirnodau

Abebe, D. (2015). **Changes in self-rated health before and during the economic crisis in Europe.** European Journal of Public Health, 25.

Aburto J, Kashyap R, Scholey J, et al. (2021). **Estimating the burden of COVID-19 on mortality, life expectancy and lifespan inequality in England and Wales: a population-level study.** Journal of Epidemiology and Community Health, 75, 8, 735-740.

Alexiou, A., Fahy, K., Mason, K., et al. (2021a). **Local government funding and life expectancy in England: a longitudinal ecological study.** The Lancet Public Health, 6, 9, 641-647.

Alexiou, A., Fahy, K., Mason, K., et al. (2021b). **Assessing the impact of funding cuts to local housing services on drug and alcohol related mortality: a longitudinal study using area-level data in England.** International Journal of Housing Policy [cyn-argraffu], 1-19.

Angus, C., Pryce, R., Holmes, J., et al. (2020). **Assessing the contribution of alcohol-specific causes to socio-economic inequalities in mortality in England and Wales 2001-16.** Addiction, 115, 2268-2279.

Barr, B., Kinderman, P. a Whitehead, M. (2015). **Trends in mental health inequalities in England during a period of recession, austerity and welfare reform 2004 to 2013.** Social Science & Medicine, 147, 324-331.

Barr, B., Taylor-Robinson, D., Stuckler, D., et al. (2016) **'First, do no harm': are disability assessments associated with adverse trends in mental health? A longitudinal ecological study.** Journal of Epidemiology & Community Health, 70, 4, 339-345.

Barr, B. a Whitehead, M. (2017). **Investigating the impact of the English health inequalities strategy: time trend analysis.** British Medical Journal, 358.

Bennett, J. E., Pearson-Stuttard, J., Kontis, V. et al. (2018). **Contributions of diseases and injuries to widening life expectancy inequalities in England from 2001 to 2016: a population-based analysis of vital registration data.** The Lancet Public Health, 3, 12.

Currie, J., Boyce, T., Evans, L., et al. (2021). **Life expectancy inequalities in Wales before COVID-19: an exploration of current contributions by age and cause of death and changes between 2002 and 2018.** Public Health, 193, 48-56.

Balaj, M. (2020). **Self-reported health and the social body.** Social Theory & Health, 941.

Bibby, J., Everest, G. ac Abbs, I. (2020). **Will Covid-19 be a watershed moment for health inequalities?** Cyrchwyd o: <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/will-covid-19-be-a-watershed-moment-for-health-inequalities>

Bostan C., Oberhauser C., Stucki G., et al. (2014). **Biological health or lived health: which predicts self-reported general health better?** BMC Public Health, 14.

Broadbent P., McCartney G., Walsh D., et al. (2022). **Is austerity responsible for the stalled mortality trends across many high-income countries? A systematic review.** I ddod.

Collins, B. (2017). **Results from a well-being survey in the North West of England: inequalities in EQ-5D–derived quality-adjusted life expectancy are mainly driven by pain and mental health.** Value in Health, 20, 174-177.

MapDataCymru (2016). **Mynegai Amddifadedd Lluosog Cymru (MALIC) 2014**  
Cyrchwyd o: <https://datamap.gov.wales/layergroups/inspire-wg:WelshIndexOfMultipleDeprivationWIMDOverall>

Dorlington-Pollock, F., Green, M. A. & Simpson, L. (2021). **Why were there 231 707 more deaths than expected in England between 2010 and 2018? An ecological analysis of mortality records.** Journal of Public Health.

Dunnell, K., Blakemore, C., Haberman, S., Leon, D., et al. (2021). **The Covid-19 pandemic: the longevity science panel.** Cyrchwyd o: [https://www.longevitypanel.co.uk/landg-assets/longevity-panel/lsp\\_covid\\_6\\_october\\_2021\\_publish.pdf](https://www.longevitypanel.co.uk/landg-assets/longevity-panel/lsp_covid_6_october_2021_publish.pdf)

Fenton, L. (2018). **Mortality trends workshop short report.** Cyrchwyd gan: <https://www.scotpho.org.uk/population-dynamics/recent-mortality-trends/mortality-trends-uk-wide-workshops/>

Fenton, L., Wyper, G. A., McCartney, G. a Minton, J. (2019). **Socioeconomic inequality in recent adverse all-cause mortality trends in Scotland.** Journal of Epidemiology & Community Health, 73, 10, 971-974.

Frank, J. W. a Haw, S. (2013). **Commentary: persistent social inequalities in health – insensitive outcomes, inadequate policies, or both?** The Milbank Quarterly, 91, 1, 192-200.

Green, M. A., Dorling, D., Minton, J. a Pickett, K. E. (2017). **Could the rise in mortality rates since 2015 be explained by changes in the number of delayed discharges of NHS patients?** Journal of Epidemiology & Community Health, 71, 1068-71.

Hiam, L., Harrison, D., McKee, M. a Dorling, D. (2018). **Why is life expectancy in England and Wales ‘stalling’?** Journal of Epidemiology & Community Health, 72, 5, 404-408.

Jagger, C, Robine, J. M., Mathers, C. D., et al. (2003). **Determining health expectancies.** Efrog Newydd: John Wiley & Sons.

Jagger, C., Van Oyen, H a Robine, J-M. (2014). **Health expectancy calculation by the Sullivan method: a practical guide.** Newcastle: Sefydliad Heneiddio Prifysgol Newcastle.

Katikireddi, SV, Niedzwiedz, CL a Popham, F. (2012). **Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 health surveys of England.** British Medical Journal, 2, 5.

Katikireddi, S. V., Higgins, M., Smith, K. E. a Williams, G. (2013) **Health inequalities: the need to move beyond bad behaviours.** Journal of Epidemiology & Community Health, 67, 9, 715-716.

- Katikireddi, S. V., Whitley, E., Lewsey, J., Gray, L. a Leyland, A. H. (2017). **Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data.** *The Lancet Public Health*, 10, 2, 267-276.
- Katikireddi S. V., Molaodi O. R., Gibson M., et al. (2018). **Effects of restrictions to Income Support on health of lone mothers in the UK: a natural experiment study.** *The Lancet Public Health*, 3, 7, 333-340.
- Kinge, JM a Morris, S. (2010). **Socioeconomic variation in the impact of obesity on health-related quality of life.** *Social Science & Medicine*, 71, 10.
- Kjellsson, G. a Gerdtham, U.-G. T. D. (2015). **Lies, damned lies, and health inequality measurements: understanding the value judgments.** *Epidemiology*, 26, 5, 673-680.
- Koltai, J., McKee, M. a Stuckler, D. (2021). **Association between disability-related budget reductions and increasing drug-related mortality across local authorities in Great Britain.** *Social Science & Medicine*, 284.
- Kriznik, N. M., Kinmouth, A. L., Ling, T. a Kelly, M. P. (2018). **Moving beyond individual choice in policies to reduce health inequalities: the integration of dynamic with individual explanations.** *Oxford Journal of Public Health*, 1, 40, 764-775.
- Leon, D. A., Jdanov, D. A. a Shkolnikov, V. M. (2019). **Trends in life expectancy and age-specific mortality in England and Wales, 1970-2016, in comparison with a set of 22 high-income countries: an analysis of vital statistics data.** *The Lancet Public Health*, 4, 11, 575-582.
- Loopstra, R., McKee, M., Vittal Katikireddi, S., Taylor-Robinson, D., Barr, B. a Stuckler, D. (2016). **Austerity and old-age mortality in England: a longitudinal cross-local area analysis, 2007-2013.** *Journal of the Royal Society of Medicine*, 109, 3, 109-116.
- Mackenbach, J. P. (2011). **The English strategy to reduce health inequalities.** *The Lancet*, 377, 1986-8.
- Maheswaran, H., Kupek, E. a Petrou, S. (2015). **Self-reported health and socio-economic inequalities in England, 1996–2009: repeated national cross-sectional study.** *Social Science & Medicine*, 136, 135-146.
- Marmot, M., Allen, J., Goldblatt, P., Herd, E., et al. (2020). **Build back fairer: The COVID-19 Marmot Review.** Cyrchwyd o: [Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review - IHE \(instituteofhealthequity.org\)](https://www.instituteofhealthequity.org)
- Marshall, L., Finch, D., Cairncross, L. a Bibby, J. (2019). **Mortality and life expectancy trends in the UK: stalling progress.** Cyrchwyd o: <https://www.yhphnetwork.co.uk/media/47212/mortality-and-life-expectancy-trends-in-the-uk-the-health-foundation-2019.pdf>
- Marteau, T., White, M., Rutter, H., et al. (2019). **Increasing healthy life expectancy equitably in England by 5 years by 2035: could it be achieved?** *The Lancet*, 292, 10191, 2571-2573.

Martin, S., Longo, F., Lomas, J. a Claxton, K. (2021). **Causal impact of social care, public health and healthcare expenditure on mortality in England: cross-sectional evidence for 2013/2014.** BMJ Open, 11, 10.

McCartney G., Walsh D., Fenton L. a Devine R. (2022). **Resetting the course for population health: evidence and recommendations to address stalled mortality improvements in Scotland and the rest of the UK.** Glasgow: Iechyd Cyhoeddus yr Alban.

McCartney, G., Hearty, W., Arnot, J., Popham, F., Cumbers, A. a McMaster, R. (2019). **Impact of political economy on population health: a systematic review of reviews.** American Journal of Public Health, 109, 6, 1-12.

McCartney, G., Collins, C. a Mackenzie, M. (2013). **What (or who) causes health inequalities? Theories, evidence and implications.** Health Policy, 113, 221-227.

McCartney, G., Leyland, A. H., Fischbacher, C. M., et al. (2013) **Commentary: long-term monitoring of health inequalities in Scotland – a response to Frank and Haw.** The Milbank Quarterly, 91, 1, 186-191.

McGill, R., Anwar, E., Orton, L., et al. (2015) **Are interventions to promote healthy eating equally effective for all? Systematic review of socioeconomic inequalities in impact.** BMC Public Health, 15, 457.

Y Swyddfa Ystadegau Gwladol (2017). **Health profile for England - Chapter 1: life expectancy and healthy life expectancy.**

Cyrchwyd o: <https://www.gov.uk/government/publications/health-profile-for-england/chapter-1-life-expectancy-and-healthy-life-expectancy#introduction>

Y Swyddfa Ystadegau Gwladol (2018). **Health state life expectancies, UK QMI.** Cyrchwyd o:

[https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/methodologies/healthstatelifeexpectanciesukqmi#:~:text=Healthy%20life%20expectancy%20\(HLE\)%2C%20which%20estimates%20lifetime%20spent%20in,limiting%20persiste](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/methodologies/healthstatelifeexpectanciesukqmi#:~:text=Healthy%20life%20expectancy%20(HLE)%2C%20which%20estimates%20lifetime%20spent%20in,limiting%20persiste)

Y Swyddfa Ystadegau Gwladol (2019). **Period and cohort life expectancy explained: Rhagfyr 2019.**

Cyrchwyd o:

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/lifeexpectancies/methodologies/periodandcohortlifeexpectancyexplained#what-are-period-life-expectancies>

Y Swyddfa Ystadegau Gwladol (2021). **Health state life expectancies by national deprivation deciles, England: 2017 i 2019.**

Cyrchwyd o:

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthinequalities/bulletins/healthstatelifeexpectanciesbyindexofmultipledeprivationimd/2017to2019>

Y Swyddfa Ystadegau Gwladol (2021). **Population estimates for the UK, England and Wales, Scotland and Northern Ireland: mid-2020.**

Cyrchwyd o:

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/annualmidyearpopulationestimates/mid2020>

Y Swyddfa Ystadegau Gwladol (2021). **Health state life expectancies by Welsh Index of Multiple Deprivation (WIMD 2014 and WIMD 2019), Wales, all ages.**

Cyrchwyd o:

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/datasets/healthstatelifeexpectanciesbywelshindexofmultipledeprivationwimd14walesallages>

Y Swyddfa Ystadegau Gwladol (2021). **Health state life expectancy, all ages, UK.**

Cyrchwyd o:

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/datasets/healthstatelifeexpectancyallagesuk>

Y Swyddfa Ystadegau Gwladol (2021). **Update on long COVID prevalence estimate,** Casnewydd: Y Swyddfa Ystadegau Gwladol.

O'Reilly D a Rosato M. (2010). **Dissonances in self-reported health and mortality across denominational groups in Northern Ireland.** Social Science & Medicine, 71, 1011-1017.

Our World in Data (2017). **“Life Expectancy” – What does this actually mean?**

Cyrchwyd o: <https://ourworldindata.org/life-expectancy-how-is-it-calculated-and-how-should-it-be-interpreted>

Iechyd Cyhoeddus Lloegr (2018). **A review of recent trends in mortality in England.**

Cyrchwyd o:

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/827518/Recent\\_trends\\_in\\_mortality\\_in\\_England.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/827518/Recent_trends_in_mortality_in_England.pdf)

Rhwydwaith Iechyd Cyhoeddus Cymru (2019). **Iechyd ym mhob polisi (HIAP) 2019 - cyflawni tegwch ym maes iechyd a mynd i'r afael ag anghydraddoldebau.** Cyrchwyd o:

<https://research.publichealthnetwork.cymru/en/events/health-all-polices-hiap-2019-delivering-health-equity-tackling-inequalities/>

Rhwydwaith Iechyd Cyhoeddus Cymru (2021a). **Polisi.** Cyrchwyd o:

<https://www.publichealthnetwork.cymru/en/topics/policy/>

Rhwydwaith Iechyd Cyhoeddus Cymru (2021b). **Gwneud i Bob Cyswllt Gyfrif**

Cyrchwyd o: <https://www.publichealthnetwork.cymru/en/social-determinants/lifestyle/making-every-contact-count/>

Iechyd Cyhoeddus Cymru (2018). **Iechyd a'i benderfynnyddion yng Nghymru: llywio cynllunio strategol.** Cyrchwyd o: <https://phw.nhs.wales/services-and-teams/observatory/data-and-analysis/publication-documents/health-and-its-determinants-in-wales-2018/health-and-determinants-in-wales-report-eng-pdf/>



lechyd Cyhoeddus Cymru (2020). **Disgwyliad oes a marwolaethau yng Nghymru.** Cyrchwyd o: <https://phw.nhs.wales/services-and-teams/observatory/data-and-analysis/life-expectancy-and-mortality-in-wales-2020/lifeexpectancyandmortalityinwales-2020-v1-comp-pdf/>

Arsyllfa lechyd Cyhoeddus Cymru (2019). **Cymharu dau ddull bwllch anghydraddoldeb: gwahaniaeth absoliwt a Mynegai Anghydraddoldeb Llethr.** Caerdydd: lechyd Cyhoeddus Cymru.

Raleigh, V. (2018). **Stalling life expectancy in the UK.** British Medical Journal, 362.

Ramsay, J., Minton, J., Fischbacher, C., et al. (2020). **How have changes in death by cause and age group contributed to the recent stalling of life expectancy gains in Scotland? Comparative decomposition analysis of mortality data, 2000–2002 to 2015–2017.** BMJ Open, 10, 10.

Richardson E., Fenton L., Parkinson J., et al. (2020) **The effect of income-based policies on mortality inequalities in Scotland: a modelling study.** The Lancet Public Health, 5, 3, 150-156.

Roberts, J. a Bell, R. (2015) **Social inequalities in the leading causes of early death: a life course approach.** Cyrchwyd o: <https://www.instituteoftheequity.org/resources-reports/social-inequalities-in-the-leading-causes-of-early-death-a-life-course-approach>

Salomon J.A., Nordhagen S., Oza S. a Murray C.J. (2009). **Are Americans feeling less healthy? The puzzle of trends in self-rated health.** American Journal of Epidemiology, 170, 343–351.

Saunders, M., Barr, B., McHale, P. a Hamelmann, C. (2017). **Health evidence synthesis report 52: key policies for addressing the social determinants of health and health inequalities.** Cyrchwyd o: <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/key-policies-for-addressing-the-social-determinants-of-health-and-health-inequities-2017#:~:text=Health%20Evidence%20Network%20synthesis%20report%2052&text=Evidence%20indicates%20that%20actions%20within,of%20health%20and%20health%20inequities.>

Shah, V., Stokes, J. a Sutton, M. (2021). **Inequalities in health-related quality of life: repeated cross-sectional study of trends in general practice survey data.** British Journal of General Practice, 71, 704, 178-184.

Arsyllfa lechyd Cyhoeddus yr Alban (2017). **Income, wealth and poverty: inequality briefing.** Cyrchwyd o: <http://www.healthscotland.scot/publications/income-wealth-and-poverty>

Arsyllfa lechyd Cyhoeddus yr Alban (2021). **Healthy life expectancy: data introduction.** Cyrchwyd o: <https://www.scotpho.org.uk/population-dynamics/healthy-life-expectancy/data/data-introduction/>

Sidney, S., Quesenberry, C. P., Jaffe, M. G., et al. (2016). **Recent trends in cardiovascular mortality in the United States and public health goals.** JAMA Cardiology, 1, 5, 594-599.

Simpson J., Albani V., Bell Z., et al. (2021). **Effects of social security policy reforms on mental health and inequalities: a systematic review of observational studies in high-income countries.** Social Science & Medicine, 272.

Spitzer, S. a Weber, D. (2019). **Reporting biases in self-assessed physical and cognitive health status of older Europeans.** PLoS ONE 14, 10.

StatsCymru (2022). **Mynegai Amddifadedd Lluosog Cymru** Cyrchwyd o: <https://statscymru.llyw.cymru/Catalogue/Community-Safety-and-Social-Inclusion/Welsh-Index-of-Multiple-Deprivation>

Stiefel, M., Perla, R. a Zell, B. (2010). **A healthy bottom line: healthy life expectancy as an outcome measure for health improvement efforts.** Milbank Quarterly, 88, 1, 30-53.

Taulbut, M., Agbato, D. a McCartney, G. (2018). **Working and hurting? Monitoring the health and health inequalities impacts of the economic downturn and changes to the social security system.** Cyrchwyd o: <http://www.healthscotland.scot/media/2147/working-and-hurting-sep-2018-english.pdf>

Toffolutti, V. a Suhrcke, M. (2019). **Does austerity really kill?** Economics & Human Biology, 33, 211-223.

Van der Wel, K. A., Saltkjel, T., Chen, W.H., et al. (2018). **European health inequality through the 'Great Recession': social policy matters.** Sociology of Health & Illness, 40, 4, 750-768.

Veinot, T. C., Mitchell, H., Ancker, J. S. (2018). **Good intentions are not enough: how informatics interventions can worsen inequality.** Journal of the American Medical Informatics Association, 25, 8, 1080-1088.

Swyddfa Archwilio Cymru (2019). **Tueddiadau gwariant cyhoeddus yng Nghymru 1999 i 2017-18.** Cyrchwyd o: [https://archwilio.cymru/sites/default/files/Public-Spending-Trends-in-Wales-1999-00-to-2017-18-Eng\\_11.pdf](https://archwilio.cymru/sites/default/files/Public-Spending-Trends-in-Wales-1999-00-to-2017-18-Eng_11.pdf)

Walsh D, Tod E. a McCartney G. I'w gyhoeddi: **How much of the recent stalling of improvement in mortality in Scotland and England is attributable to increased obesity prevalence?**

Watkins, J., Wulaningsih, W., Da Zhou, C., Marshall, D. C., et al. (2017). **Effects of health and social care spending constraints on mortality in England: a time trend analysis.** Health Economics Research, 7.

Llywodraeth Cymru (2014). **Canllawiau Statudol ar gyfer Cyflawni Deddf Teithio Llesol (Cymru) 2013**, Caerdydd: Llywodraeth Cymru.

Llywodraeth Cymru (2017). **Cynllun Cyflawni Cymru ar Reoli Tybaco**, Caerdydd: Llywodraeth Cymru.

Llywodraeth Cymru (2019a). **Llesiant Cymru: dangosyddion cenedlaethol.**  
Cyrchwyd o: <https://llyw.cymru/arolwg-cenedlaethol-cymru-dangosydd-canlyniadau>

Llywodraeth Cymru (2019b). **Crynodeb o'r ymateb i'r ymgynghoriad: Sut mae cynorthwyo Gweinidogion Cymru i fesur cynnydd cenedl? Cynigion ar gyfer datblygu cyfres o gerrig milltir cenedlaethol i Gymru,** Caerdydd: Llywodraeth Cymru.

Llywodraeth Cymru (2019c). **Pwysau Iach: Cymru Iach,** Caerdydd: Llywodraeth Cymru.

Llywodraeth Cymru (2019d). **Cymru Iachach: Ein Cynllun ar gyfer Iechyd a Gofal Cymdeithasol,** Caerdydd: Llywodraeth Cymru.

Young H., Grundy E., O'Reilly D. a Boyle P. (2010). **Self-rated health and mortality in the UK: results from the first comparative analysis of the England and Wales, Scotland, and Northern Ireland Longitudinal Studies.** Population Trends,139,11-36.

## **Diolchiadau**

Hoffem ddiolch i'r arbenigwyr niferus y buom yn siarad â hwy yr oedd eu harweiniad yn allweddol wrth ein helpu i baratoi'r papur briffio hwn, gyda diolch arbennig i Dr Jonny Currie, Prifysgol Caerdydd a'r Athro Benjamin Barr, Prifysgol Lerpwl, am fynychu a chyflwyno eu gwaith mewn digwyddiad bord gron. Rydym yn arbennig o ddiolchgar am gyfraniadau Dr David Walsh, Prifysgol Glasgow, am ddarparu adolygiad arbenigol o'r papur briffio hwn a rhannu llawer o gyfeiriadau perthnasol ychwanegol.

Ac eithrio lle nodwyd, barn yr awduron eu hunain yw'r farn a fynegir yn yr adroddiad.

## Atodiad 1: Rhestr o bolisiau Llywodraeth Cymru sy'n ymwneud ag iechyd a marwolaethau

Mae'r rhestr ganlynol yn rhoi trosolwg nad yw'n hollgynhwysol o rai o'r polisïau ac agweddau polisi allweddol yng Nghymru sy'n ymwneud ag iechyd plant ac ymddygiad iechyd.

### Polisïau a strategaethau sy'n ymwneud ag iechyd

Y strategaeth iechyd drosfwaol sydd ar waith ar hyn o bryd yng Nghymru yw **Cymru iachach: cynllun hirdymor ar gyfer iechyd a gofal cymdeithasol**. Amlinellwyd y cynllun hwn gan Lywodraeth Cymru yn 2019 ac mae'n *'gosod gweledigaeth hirdymor ar gyfer 'system gyfan iechyd a gofal cymdeithasol' yn y dyfodol, gan ganolbwyntio ar iechyd a llesiant ac atal salwch'* (Welsh Government, 2019d, p. 3).

Yn ogystal â'r cynllun hirdymor hwn, mae rhai polisïau a rhaglenni iechyd allweddol yng Nghymru sy'n ymwneud ag iechyd a marwolaethau yn cynnwys:

#### Rhaglen Plant Iach Cymru

Mae rhaglen Plant Iach Cymru, a gyflwynwyd yn 2016, yn amlinellu sut mae Llywodraeth Cymru yn cefnogi iechyd a lles plant o'u cenhedlu hyd at saith oed. Mae'r rhaglen yn annog gweithio mewn partneriaeth rhwng cyfranogwyr allweddol gan gynnwys gwasanaethau mamolaeth, byrddau iechyd, darparwyr addysg, y trydydd sector a chymunedau i gydnabod bod llawer o gyfranogwyr yn cyfrannu at iechyd a llesiant plant ac yn dylanwadu arnynt. Mae'r Rhaglen yn nodi'r cysylltiadau a'r rhyngweithiadau allweddol y dylai plant a'u teuluoedd eu disgwyl gan eu bwrdd iechyd hyd at saith oed. Ymdrinnir â thri maes o ymyrraeth gan fyrdau iechyd gan y Rhaglen Plant Iach, sef sgrinio; imiweiddio; a monitro a chefnogi datblygiad plant (gwyliadwriaeth)(Welsh Government, 2016).

Mae iechyd plant yng Nghymru hefyd yn cael sylw gan nifer o gynlluniau is-genedlaethol a weithredir gan gyfranogwyr llywodraethu lleol gan gynnwys Cynlluniau Datblygu Ardaloedd Lleol sy'n cael eu datblygu a'u gweithredu gan awdurdodau lleol a Chynlluniau Llesiant Byrddau Gwasanaethau Cyhoeddus a ddaeth i fodolaeth yn sgil Deddf Llesiant Cenedlaethau'r Dyfodol (Cymru) 2015. Mae llawer o'r cynlluniau llesiant presennol yn cynnwys dechrau iach mewn bywyd (neu amrywiad ar hyn) fel nod allweddol.

#### Pwysau Iach, Cymru Iach

Wedi'i chyflwyno yn 2019, dyma strategaeth Llywodraeth Cymru i leihau ac atal gordewdra. Mae'r cynllun hwn yn cynnwys pedair thema genedlaethol, pob un â nodau i'w cyrraedd erbyn 2030, ac mae'n cynnwys pum cynllun a gyflawnir dros gylchoedd dwy flynedd rhwng 2020 a 2030. Mae pandemig y Coronafeirws wedi tarfu ar y cylch presennol (Welsh Government, 2019c).

#### Cynllun Cyflawni Rheoli Tybaco

Wedi'i gyflwyno yn 2012, roedd y cynllun hwn yn rhedeg tan ddiwedd 2020 ac roedd ganddo'r nod cyffredinol o leihau lefelau smygu oedolion i 16% erbyn 2020. Cyrhaeddwyd targed interim y cynllun o 20% o achosion o ysmegu ymhlith oedolion erbyn 2016 yn gynt na'r disgwyl. Roedd gan y Cynllun Cyflawni bedwar maes gweithredu ac fe'i cefnogwyd wrth ei weithredu gan y Bwrdd Strategol Rheoli Tybaco a sefydlwyd yn 2016 a Chynllun Cyflawni Rheoli Tybaco a oedd yn cwmpasu'r cyfnod 2017-2020 (Welsh Government, 2017).

Mae bellach wedi'i hymestyn gyda'r nod o Gymru ddi-dybaco erbyn 2030, gyda'r strategaeth bresennol rhwng 2022 a 2024.

#### Deddf Iechyd y Cyhoedd (Isafbris am Alcohol) (Cymru) 2018

Mae Llywodraeth Cymru yn gallu gosod isafbris am alcohol o dan Ddeddf Iechyd y Cyhoedd (Isafbris am Alcohol) (Cymru) 2018. Ym mis Mawrth 2020 cyflwynodd Cymru Isafswm Pris Uned ar alcohol sy'n ei

gwneud yn ofynnol i fanwerthwyr godi o leiaf 50c am bob uned o alcohol yn eu cynhyrchion. Bwriad hyn yw atal pobl, gan gynnwys pobl ifanc, rhag cymryd rhan mewn ymddygiadau yfed afiach (BBC News, 2020). Mae gan Lywodraeth Cymru hefyd reolaeth dros orfodi rheoliadau oedran gwerthu ac argaeledd alcohol yng Nghymru.

## **Bwyd i Gymru, Bwyd o Gymru**

Mae'r strategaeth yn darlunio polisi bwyd o'r cynhyrchu, i'r cyflenwi, i'r farchnad, i ddefnyddwyr, gyda nodau cynaliadwy, economaidd ac iechyd. Roedd **Tuag at Dwf Cynaliadwy: Cynllun Gweithredu ar gyfer y Diwydiant Bwyd a Diod 2014-2020** yn canolbwyntio ar yr agweddau diwylliannol blaenorol ar fwyd Cymru ac yn atgyfnerthu hynny.

### **Dulliau polisi**

#### **Iechyd ym Mhob Polisi**

Dylid nodi hefyd fod Deddf Llesiant Cenedlaethau'r Dyfodol (Cymru) 2015 yn annog dull iechyd ym Mhob Polisi. Mae Iechyd ym Mhob Polisi yn ddull o lunio polisi a llywodraethu sy'n cydnabod bod pob agwedd ar fywyd yn effeithio ar iechyd ac mae amrywiol benderfyniadau cymdeithasol y tu allan i faes polisi iechyd (Public Health Network Cymru, 2019).

Mae dull iechyd ym Mhob Polisi yn annog llunwyr polisi i:

- Gynabod ac ystyried goblygiadau iechyd y penderfyniadau a wnânt ym mhob maes polisi.
- Chwilio am synergeddau rhwng amcanion iechyd ac amcanion polisi mewn meysydd eraill.
- Targedu penderfyniadau cymdeithasol iechyd wrth lunio polisïau ym mhob maes.
- Osgoi achosi niwed i ganlyniadau iechyd drwy roi ystyriaeth weithredol i oblygiadau iechyd pob polisi.
- Ceisio lleihau anghydraddoldebau iechyd ym mhob agwedd ar lunio polisïau.

#### **Gwneud i Bob Cyswllt Gyfrif**

Mae'r dull Gwneud i Bob Cyswllt Gyfrif o ran newid ymddygiad yn cael ei hyrwyddo ymhlith gwasanaethau iechyd a gofal (a'u sefydliadau partner) yng Nghymru. Mae'r dull hwn yn 'galluogi gweithwyr iechyd a gofal i gynnwys pobl mewn sgysiau ynghylch gwella eu hiechyd trwy fynd i'r afael â ffactorau risg megis alcohol, deiet, gweithgarwch corfforol, ysmegu a llesiant meddwl. (Public Health Network Cymru, 2021b)'

Mae'n annog gweithwyr iechyd a gofal cymdeithasol i gydnabod pwysigrwydd pob cyswllt a gânt ag unigolion, ac i ddefnyddio'r rhyngweithiadau hyn i gefnogi ymddygiad a dewisiadau ffordd iach o fyw. Mae Rhwydwaith Iechyd Cyhoeddus Cymru (2021) yn tynnu sylw at y ffaith na ddylid ystyried Gwneud i Bob Cyswllt Gyfrif fel menter iechyd y cyhoedd ond yn hytrach y dylai fod yn rhywbeth y mae pob darparwr gwasanaeth yn ymwneud ag ef. Maent yn awgrymu y bydd gwneud hynny 'yn caniatáu inni symud i sefyllfa lle mae trafod ffordd o fyw a llesiant yn rhywbeth arferol, yn anfeiriadol ac yn rhan annatod o gyfrifoldeb proffesiynol a chymdeithasol pawb' (Public Health Network Cymru, 2021b). Yn y modd hwn gall dull Gwneud i Bob Cyswllt Gyfrif gefnogi ymddygiad ffordd iach o fyw ar draws pob agwedd ar fywyd.

### **Polisïau a meysydd polisi perthnasol eraill**

Fel yr amlygwyd ar ddechrau'r adran hon, mae iechyd a marwolaethau hefyd yn cael eu heffeithio gan ffactorau a meysydd polisi y tu hwnt i bolisi iechyd. Ymhlith y meysydd polisi allweddol sy'n effeithio ar iechyd a'i benderfyniadau mae polisïau diogeledd incwm a diogelu cymdeithasol, polisïau amodau byw, polisïau cyfalaf cymdeithasol a dynol, a pholisïau cyflogaeth ac amodau gwaith.

Ymhlith y polisïau ac ymyriadau allweddol yng Nghymru sy'n dylanwadu ar iechyd a'i benderfyniadau ond nad ydynt eu hunain yn benodol i iechyd, mae:



## Cymru'r Dyfodol: Y Cynllun Cenedlaethol 2040

Cynllun Cymru'r Dyfodol yw'r cynllun datblygu cenedlaethol ar gyfer Cymru sy'n rhedeg tan 2040. Mae'r cynllun hwn yn dylanwadu ar bob lefel o gynllunio a datblygu yng Nghymru a'i nod yw cefnogi nod Cymru iachach yn Neddf Llesiant Cenedlaethau'r Dyfodol (Cymru) 2015, a'r graddau cynyddol y mae'r amgylchedd adeiledig a chymdogaethau yn galluogi ymddygiadau iechyd (Welsh Government, 2021a).

## Deddf Teithio Llesol 2013

Nod y Ddeddf Teithio Llesol, a gyflwynwyd yn 2013, yw hyrwyddo teithio llesol yng Nghymru a gwneud teithio llesol yr opsiwn mwyaf deniadol ar gyfer teithiau byrrach. Mae'n ei gwneud yn ofynnol i awdurdodau lleol gefnogi teithio llesol, drwy wella llwybrau a chyfleusterau teithio llesol yn barhaus.

## Ynglŷn â Chanolfan Polisi Cyhoeddus Cymru

Yma yn y Ganolfan, rydym yn cydweithio ag arbenigwyr polisi blaenllaw i roi tystiolaeth a chyngor annibynnol o ansawdd uchel i weinidogion, y gwasanaeth sifil a gwasanaethau cyhoeddus Cymru, sy'n eu helpu i wella penderfyniadau a chanlyniadau polisi.

Mae'r Ganolfan, sy'n cael ei hariannu gan y Cyngor Ymchwil Economaidd a Chymdeithasol

a Llywodraeth Cymru, yn rhan o Brifysgol Caerdydd ac yn aelod o Rwydwaith 'What Works' y Deyrnas Unedig.

I gael rhagor o wybodaeth, cysylltwch â:

**Josh Coles-Riley**

[josh.coles-riley@wcpp.org.uk](mailto:josh.coles-riley@wcpp.org.uk)

### Canolfan Polisi Cyhoeddus Cymru

Prifysgol Caerdydd, Sbarc/Spark, Ffordd Maindy, Caerdydd CF24 4HQ



[www.wcpp.org.uk/cy](http://www.wcpp.org.uk/cy)



029 2087 5345



[info@wcpp.org.uk](mailto:info@wcpp.org.uk)



@WCfPP

