

Mynediad Pobl Ddigartref at Wasanaethau Meddygol, Gofal a Chefnogi Adolygiad o'r Llenyddiaeth





Mae copïau ychwanegol o'r adroddiad hwn ar gael yn rhad ac am ddim oddi wrth:

Sarah Ballard

Y Gyfarwyddiaeth Dai
Llywodraeth Cynulliad Cymru
Parc Cathays
Caerdydd
CF10 3NQ

Ffôn: (02920) 823353

E-bost: sarah.ballard@wales.gsi.gov.uk

Diolchiadau

Cafodd yr adolygiad hwn ei gynhyrchu gan ddwy uned ymchwil ym Mhrifysgol Salford yn gweithio mewn partneriaeth: Canolfan Gwaith Ymchwil Cymdeithasol Salford ac Uned Astudiaethau Tai a Thref Salford. Bu'r aelodau staff canlynol yn rhan o'r gwaith:

yr Athro Peter Somerville;
Dr John Lawson; yr Athro Steven M
Shardlow a'r Athro Andy Steele.

Dymuna awduron yr adroddiad fynegi eu diolch i bob un sydd wedi eu cynorthwyo ac wedi darparu gwybodaeth wrth baratoi'r adolygiad hwn, yn enwedig Leighton Phillips a Mike Harmer yn Llywodraeth Cynulliad Cymru a Sharon Walker am ei chymorth ysgrifenyddol amhrisiadwy.

Cynnwys

Cydnabyddiaeth

1	Cyflwyniad	1
2	Y Cefndir Deddfwriaethol a Pholisi	3
3	Iechyd a Digartrefedd	11
4	Gofal a Chefnogaeth a Digartrefedd	25
5	Casgliadau ac Argymhellion	33
Llyfryddiaeth Anodedig		35
Cyfeiriadau		51

1. Cyflwyniad

Comisiynodd Llywodraeth Cynulliad Cymru Brifysgol Salford i gynnal yr adolygiad hwn er mwyn hysbysu ei ymagwedd tuag at y ddarpariaeth o wasanaethau meddygol, gofal a chefnogi ar gyfer pobl ddigartref yng Nghymru. Mae'r Strategaeth Genedlaethol ar Ddigartrefedd yn cydnabod pwysigrwydd ymchwil yn y maes hwn, a rhoddodd ymrwymiad y byddai adolygiad yn cael ei gynnal ar y dystiolaeth ymchwil dros y rhesymau am fynediad gwael i bobl ddigartref at wasanaethau meddygol, gofal a chefnogi a'r defnydd isel ohonynt ac i amlygu ffyrdd i wella hyn.

Canolbwyntiodd yr adolygiad hwn yn bennaf ar ddeunydd perthnasol i'r Deyrnas Unedig, ond mae hefyd yn cymryd i ystyriaeth lenyddiaeth yn Saesneg o wledydd eraill.

Mae sawl rhan i'r adroddiad. Yn gyntaf rhoddir cefndir deddfwriaethol a pholisi digartrefedd gyda chyfeiriadau penodol at wasanaethau meddygol, gofal a chefnogi. Yn ail edrychir ar lenyddiaeth ar ofynion iechyd pobl ddigartref, ynghyd ag enghreifftiau o sut y mae mynediad at a'r defnydd o wasanaethau gofal iechyd wedi gwella. Mae'r adran olaf ond un yn ystyried anghenion cefnogi pobl ddigartref (yn cynnwys anghenion sy'n ymwneud â thai) ac mae'n defnyddio enghreifftiau i ddangos sut y gellid gwella mynediad at a'r defnydd o wasanaethau. Yn olaf ceir cyfres o gasgliadau ac argymhellion i hysbysu cynllunio a darparu gwasanaeth a cheir rhagor o fanylion am astudiaethau dethol mewn llyfryddiaeth anodedig.

2. Cefndir Deddfwriaethol a Pholisi

Cefndir Deddfwriaethol

Mae digartrefedd yn broblem sylweddol yng Nghymru waeth sut y caiff ei ddiffinio. Yn 2001-02, derbyniodd awdurdodau lleol Cymru 13,949 o geisiadau digartrefedd gan gartefi cymwys a chanfuwyd fod 38% ohonynt (5,333) yn ddigartref yn anfwriadol ac mewn angen blaenoriaethol. Nid yw'r ystadegau hyn, wrth gwrs, yn cofnodi pobl nad ydynt wedi eu hasesu dan y drefn statudol.

Yn ddiweddar cafodd Deddf Digartrefedd 2002 ei phasio. Yn ôl Hilditch, mae'r Ddeddf: *'not only strengthens the safety net for homeless people but also heralds a new era, which moves the focus of policy decisively away from crisis intervention towards prevention and a more strategic approach'* (Hilditch, 2002). Yn nhermau cryfhau'r net ddiogelwch, mae'r Ddeddf yn adfer dyletswydd awdurdodau lleol i sicrhau bod angen i aelwydydd sy'n anfwriadol ddigartref sydd ag angen blaenoriaethol gael mynediad at lety sefydlog (e.e. cynnig llety addas gan y cyngor, cymdeithas dai neu ar rent preifat). Yng Nghymru roedd Gorchymyn Personau Digartref (Angen Blaenoriaethol) (Cymru) eisoes wedi ymestyn diffiniad angen blaenoriaethol i gynnwys pob person digartref dan ddeunaw mlwydd oed, yn ogystal â'r categorïau sydd erbyn hyn wedi eu hychwanegu drwy'r Ddeddf 2002 megis pobl sy'n gadael y lluoedd arfog neu'n gadael carchar.

Yn nhermau ymagwedd newydd ataliol a strategol, mae'r Ddeddf yn galw ar awdurdodau lleol yng Nghymru a Lloegr i gynnal adolygiad sylfaenol o ddigartrefedd yn eu hardaloedd ac i gytuno ar strategaeth gynhwysfawr aml-asiantaethol sy'n mynd i'r afael ag achosion gwaelodol

digartrefedd ac sy'n datblygu polisiâu i atal digartrefedd. Yng ngoleuni'r dystiolaeth ymchwil gynyddol sy'n nodi cysylltiadau cryf rhwng problemau iechyd a gofal cymdeithasol a digartrefedd, gellid dadlau fod y newid hwn mewn pwyslais polisi yn un amserol ac yn eithriadol bwysig.

Ymchwil sy'n ymwneud â pholisi'r llywodraeth ar ddigartrefedd

Mae tystiolaeth ymchwil ar natur ac achosion digartrefedd yn y DU dros y blynyddoedd wedi arddangos patrwm eithaf cyson a pharhaus. Cynhaliwyd yr astudiaeth fwyaf o ran maint a'r mwyaf cynhwysfawr mewn naw ardal awdurdod lleol rhwng 1992 a 1995 a chafodd ei chomisiynu gan Adran yr Amgylchedd fel ag yr oedd.

(O'Callaghan et al., 1996). Cofnodwyd yn agos i 2,500 o geisiadau digartrefedd a chafodd y deilliannau eu monitro dros gyfnod o ddwy flynedd, gyda'r ceiswyr digartref yn cael eu cyfweld ddwywaith yn ystod cwrs yr astudiaeth. Canfuwyd fod y rhan fwyaf o'r ceiswyr yn ifanc, yn dlawd a chanddynt anghenion amryfal. Fel arfer roedd eu digartrefedd yn ganlyniad i nifer o broblemau oedd yn digwydd naill ai i gyd ar yr un pryd neu'n dilyn ei gilydd. Sefyllfa nodweddiadol oedd cyfuniad o newidiadau i strwythur y teulu neu i berthynas (e.e. perthynol i newidiadau cylch bywyd) gydag anawsterau yn cael mynediad at lety addas fforddiadwy. Er enghraifft, mae person ifanc sydd ar fin sefydlu cartref annibynnol yn ffraeo gyda'i r/rhieni, yn gadael cartref, ond heb yr adnoddau i ganfod ei l/llety sefydlog ei hun. Un patrwm achosol cyffredin felly yw dadlau teuluol a diffyg tai addas ar gyfer cartrefi incwm isel.

Tuedd astudiaethau o bobl sy'n cysgu ar y stryd yw cadarnhau'r darlun cyffredinol hwn, er nad yr un pobl, ar y cyfan, yw'r bobl ddigartref sy'n cymryd rhan â'r rhai sy'n cyflwyno eu hunain yn ddigartref i awdurdodau lleol. Er enghraifft, canfu Anderson et al (1993) mewn arolwg o bobl ddigartref sengl oedd yn cysgu ar y stryd neu'n byw mewn gwestai neu hosteli gwely a brecwast, fod llai na dau o bob pump ohonynt wedi gwneud cais digartrefedd i'r cyngor lleol yn ystod y deuddeg mis blaenorol. Mae achosion digartrefedd sengl (heb fod yn flaenoriaeth) hefyd yn ymddangos yn rhai mwy penodol. Mae Anderson (1883), ymysg eraill, wedi dangos fod y cynnydd yn y digartref sengl yn y DU ers 1998 yn gysylltiedig ag effaith diweithdra cyfnod hir, lleihâd mewn cymhorthdal incwm, toriadau mewn budd-dal tai, ac allgau pobl sengl yn barhaus o'r system tai cymdeithasol yn wyneb y niferoedd cynyddol o gartrefi un person. Canfu Anderson et al. (1993) fod y mwyafrif o'r digartref sengl yn ddynion, yn enwedig yn y grwpiau oedran hŷn, ac yn wyn. Yn debyg i'r statudol ddigartref, fodd bynnag, y prif resymau dros eu digartrefedd oedd eu hincwm isel, anawsterau yn cael mynediad at lety addas, a phroblemau gyda theuluoedd a pherthnasau. Roedd ffactorau ychwanegol arwyddocaol yn gysylltiedig â digartrefedd sengl, sef gadael gofal gwasanaethau cymdeithasol (cartref plant neu ofal maeth) neu adael sefydliad megis ysbyty tymor hir, carchar neu'r lluoedd arfog. Canfuwyd fod problemau iechyd yn neilltuol uchel ymysg y rhai oedd yn cysgu ar y stryd.

Ers 1990, mae Menter Cysgwyr ar y Stryd (RSI) Llywodraeth y Deyrnas Unedig wedi anelu at ddod â chysgu ar y stryd i ben, yn Llundain i ddechrau, ond yn ddiweddarach

mewn dinasoedd mawr eraill yn Lloegr, ond nid yw'r polisi hwn wedi cael ei ymestyn i Gymru o gwbl. Yn fwy diweddar mae Llywodraeth Cynulliad Cymru wedi mabwysiadu'r polisi i gael gwared ar yr angen i gysgu ar y stryd yng Nghymru. Mae arfarnu annibynnol wedi awgrymu ei fod yn gymharol lwyddiannus wrth leihau'r nifer o bobl sy'n cysgu ar y stryd yng nghanol Llundain (Randall a Brown, 1993, 1995, 1996). Mae beirniaid yr RSI, fodd bynnag, wedi tynnu sylw at ei natur ymatebol a thameidiog:

'Despite the practical value of additional resources for single homeless people, the programme continued to focus on limited geographical areas and to address only the visible problem of street homelessness while ignoring the wider needs of single homeless people. The Rough Sleepers Initiative represents a responsive, fragmentary approach to mitigating the most severe consequences of single homelessness. Were the government and local housing providers to implement preventative, inclusive housing policies, which recognised the legitimate needs of low-income single people for fair access to social housing, there would be no requirement for special initiatives'. (Anderson, 1999)

Mae gan y casgliad hwn oblygiadau eglur parthed datblygu polisiâu priodol i gwrdd ag anghenion pobl ddigartref yng Nghymru. Mae profiad Lloegr o ddellio gyda chysgu ar y stryd yn dangos cyfyngiadau ei drin fel problem dai yn unig, heb fynd i'r afael ag anghenion ehangach iechyd, gofal a chefnogaeth. Cyfaddefodd Louise Casey, pennaeth Uned Cysgu ar y Stryd Llywodraeth y Deyrnas Unedig:

'Previous initiatives focussed too much on a 'bricks and mortar' solution, providing accommodation without enough focus on the

underlying problems of drug or alcohol addiction, and mental health problems. There was not enough emphasis on sustaining tenancies and helping people to rebuild their lives away from the street. Far too many people were caught in the revolving door of hostel bed, boredom, loneliness and a return to the streets. Prevention was not seriously on the agenda and, as a result, rough sleeping was failing to be tackled at source. The well-trodden pathways to the street from prison, the armed services or care were not being blocked.' (Casey, 2001: 10)

Canfu adolygiad o ymchwil ar ddigartrefedd sengl o 1990 i 1999 dros Sefydliad Joseph Rowntree fod polisïau a fwriadwyd i leihau digartrefedd sengl yn cael eu cyflwyno heb ddealltwriaeth gwirioneddol o'i achosion nac o anghenion y rhai oedd yn cael eu heffeithio ganddo (Fitzpatrick et al., 2000). Prif bwyntiau'r feirniadaeth oedd:

- *'Although the individual 'risk factors' and 'triggers' associated with homelessness are now well understood, the social and economic factors driving homelessness are not – for example, labour market trends and family restructuring;*
- *The emphasis on rough sleeping has diverted attention away from other forms of homelessness such as living in bed and breakfast hotels or staying 'care of' other households (so-called 'hidden' homelessness;*
- *There has not been enough research into the needs of single homeless drug users or into the health needs of single homeless people generally;*
- *There is widespread acceptance of the importance of strategic, multi-agency working in meeting single homeless people's needs but in practice significant difficulties have been experienced in*

establishing inter-agency cooperation

- *Very little is known about homeless people's friendship networks, even though this is a key area of concern within resettlement work*
- *The cost effectiveness of most types of initiatives is not known'*

Yn Lloegr mae pwyslais cynyddol yn cael ei osod ar swyddogaeth staff rheng flaen, yn cynnwys gweithwyr allanol, wrth iddynt gynorthwyo pobl ddigartref gyda phroblemau iechyd. Er enghraifft, mae Uned Hyfforddi'r Digartref, a gyllidir gan yr RSU a'i reoli gan dîm START yn Ymddiriedolaeth GIG De Llundain a Maudsley, yn darparu rhaglen hyfforddi cenedlaethol ar gyfer staff rheng flaen sy'n gweithio gyda phobl ddigartref sydd â phroblemau iechyd meddwl. Yn ogystal, mae chwe Thîm Cynnal Tenantiaeth yng nghanol Llundain yn awr yn cefnogi pobl fu gynt yn cysgu ar y stryd yn eu cartrefi newydd. Mae'r timoedd hyn yn cynnwys gweithwyr arbenigol ieuencid, camddefnyddio sylweddau, iechyd meddwl a chyflogaeth. Mae un deg saith o ardaloedd ar draws y wlad erbyn hyn wedi mabwysiadu'r ymagwedd cynnal tenantiaeth.

Canfu Fitzpatrick et al. (2000) lawer llai o ymchwil wedi ei gyhoeddi a gwybodaeth arall ar ddigartrefedd yng Nghymru nac yn Lloegr neu'r Alban. Fel y dywed Mullan (2001), dim ond yn Lloegr y mae'r astudiaethau graddfa fawr ar bobl sengl digartref yn y DU wedi cael eu cynnal. Mae Mullan yn dadlau, fodd bynnag, fod llawer o ymchwil yn digwydd yng Nghymru ar lefel leol, yn canolbwyntio ar asesu anghenion neu arfarnu gwasanaeth mewn ardal benodol. Mae'n anodd mesur ansawdd yr ymchwil hon, fodd bynnag,

gan mai casglu gwybodaeth sylfaenol sy'n digwydd yn bennaf (e.e. nifer y rhai sy'n cysgu ar y stryd, nifer yr ymweliadau â chanolfannau cynghori, nifer sy'n cael eu hailgartrefu, faint sy'n defnyddio hosteli a llochesi brys a.y.y.b.), heb ryw lawer o arfarnu gwasanaethau penodol megis cynlluniau cynghori, cefnogi a chyflogaeth. Er hynny, gall Mullan (2001: 8) ddod i'r casgliad mai'r prif fylchau yn narpariaeth gwasanaeth ar gyfer pobl ddigartref yng Nghymru yw llety mynediad uniongyrchol/llety brys cyffredinol a llety brys gyda chefnogaeth ar gyfer pobl sydd â phroblemau camddefnyddio sylweddau ac a anghenion cefnogaeth dwys. Dywed Mullan hefyd fod darparu cefnogaeth ailsefydlu ar gyfer pobl ddigartref yng Nghymru yn dal i fod yn annigonol ar y cyfan.

Mae Mullan (2001: 27) yn darparu adolygiad o lenyddiaeth ddethol ar ddigartrefedd, sy'n gwneud nifer o bwytiau perthnasol eraill, yn cynnwys:

- *'Existing research focuses largely on urban areas, where there are the largest concentrations of homeless households. This work may not translate directly to rural areas.'*
- *'There is a lack of research that rigorously examines the relationships between patterns of homelessness and social and economic processes, e.g. between homelessness and urban growth and decline'*
- *'There is a lack of research into what happens before and after an episode of homelessness, and examine the differences between those who make one-off and recurrent homeless applications'*
- *'There is a lack of information about the effectiveness of certain types of*

homelessness prevention, e.g. family mediation.'

Polisi'r Llywodraeth heddiw

Yn Chwefror 2002, cyhoeddodd y Llywodraeth Lawlyfr Arfer Da i helpu awdurdodau lleol yn Lloegr i ddatblygu eu strategaethau dan y Ddeddf Digartrefedd 2002 (Randall a Brown, 2002). Mae'r rhan fwyaf o'r cyfarwyddyd yn y llyfr yr un mor berthnasol i Gymru. Mae'r llawlyfr yn nodi camau allweddol creu strategaeth, sef asesu anghenion, archwilio gwasanaethau ac adnoddau a rhaglen i gynllunio a gweithredu'r strategaeth. Pwysleisia'r llawlyfr bwysigrwydd ymgynghori nid yn unig gyda'r holl asiantaethau sy'n darparu gwasanaethau ar gyfer pobl ddigartref ond gyda'r bobl ddigartref eu hunain hefyd. Mae'n nodi rhwystrau i weithio ar y cyd a sut y gellir eu gorchfygu. Mae'n gosod gweithgareddau a gwasanaethau ataliol yn ganolog i'r strategaethau digartrefedd, yn enwedig: canfod pobl sydd mewn perygl o fod yn ddigartref, darparu cyngor a gwybodaeth, cefnogaeth ailsefydlu a thenantiaeth, asiantaethau aml-wasanaeth a chanofannau dydd a gweithgaredd cymunedol i leihau'r risg o ddigartrefedd (e.e. mynd i'r afael â throseddau megis bwrgrleriaethau cyson, trais o'r tu allan i'r cartref a throseddau sy'n gysylltiedig â chyffuriau, yn ogystal ag aflonyddwch hiliol ac achosion o anghydfod rhwng cymdogion).

Ym mis Mawrth 2002, cyhoeddodd y Llywodraeth adroddiad pwysig ar fynd i'r afael â digartrefedd (DTLR, 2002), sy'n cyfannu llawer o'r deunydd a geir yn y Llawlyfr Arfer Da Strategaethau Digartrefedd. Noda'r adroddiad fod mynd i'r afael â phroblemau personol cymhleth bobl ddigartref wedi cael ei gyfyngu i'r rhai sy'n cysgu ar y stryd yn Lloegr a bod angen ymestyn yr ymagwedd hwn, a

fabwysiadwyd gan yr Uned Cysgu ar y Stryd, i gynnwys pob person digartref (DTLR, 2002: 17). Er ein bod yn gwybod am achosion uniongyrchol digartrefedd, a hyd yn oed am achosion strwythurol ehangach digartrefedd, dywed yr adroddiad:

'Overall, we know relatively little about the personal, social and economic circumstances of homeless families and other vulnerable people accepted by local authorities for housing. [e.g. compared with what we now know about people sleeping rough]'

'We do know that people moving in and out of 'institutions' are vulnerable to homelessness. People leaving prisons, hospitals, psychiatric placements, as well as young people leaving care, are vulnerable to social exclusion, which can lead to homelessness.' (DTLR, 2002: 12)

Ym mis Ebrill 2003, cyhoeddodd Llywodraeth Cynulliad Cymru Strategaeth Digartrefedd Cenedlaethol, sy'n trafod nifer o'r pryderon hyn (gweler <http://www.housing.wales.gov.uk/index.asp?task=content&a=j1>). Dywed y strategaeth hwn am Gymru:

'Ni aed ati erioed mewn ffordd systematig i fonitro pobl sy'n cysgu allan, na'r nifer mwy o lawer o bobl sydd â lloches ond sydd heb gartref diogel eu hunain ac nad ydynt mewn "angen blaenoriaethol". Dyma'r bobl y cyfeirir atynt fel y "digartref cudd". (Llywodraeth Cynulliad Cymru, 2003: 8)

Fel prawf o'i ymrwymiad i fynd i'r afael â digartrefedd mae'r Cynulliad wedi cynyddu ei gyllid yn y maes hwn o £650,000 ym 1999 i £4.7 miliwn yn 2003/4. Mae hefyd yn disgwyl i strategaethau digartrefedd lleol gysylltu'n glos gyda strategaethau a mentrau eraill megis Cefnogi Pobl,

Cymunedau Gyntaf, Partneriaethau Pobl Ifanc, Partneriaethau Gwasanaethau Cyfreithiol Cymunedol, a chynlluniau sy'n ymwneud ag iechyd, addysg a gwasanaethau eraill (ibid: 11).

Mae cyhoeddiadau'r Llywodraeth yng Nghymru ac yn Lloegr yn cydnabod anghenion iechyd, gofal a chefnogaeth pobl ddigartref – anghenion sy'n rhai cymhleth yn aml. Er enghraifft:

'People who are homeless, or at risk of it, often suffer from physical or mental ill health. In addition, they may also be addicted to drugs, solvents, volatile substances or alcohol. Their needs are often complex, exacerbated by their lack of housing, and cannot be dealt with in isolation.' (DTLR, 2002: 25)

Mae'r adroddiad hwn o Loegr yn mynd ymlaen i ddisgrifio rhai o anghenion iechyd pobl ddigartref ac i drafod y ffyrdd gorau o gwrdd â hwy. Er enghraifft:

'Any person, whether homeless or otherwise, is eligible to register with a GP. However, in practice, there are many barriers to this happening, both within the doctor's surgery and from misconceptions about services by homeless people themselves. Currently, for many homeless people, health issues may only become a priority at a time of crisis. Accident and Emergency departments often then provide the easiest route into the health system. This is costly for both the health service and for an individual's long-term health.'

One practical way of getting mainstream health care to disadvantaged groups in England is through Personal Medical Service (PMS) pilots. For homeless people these pilots enable GPs to provide the time and space to address all of their needs, from physical and mental health problems to drug and alcohol addictions. (In

Wales some funds are available through the health and social care flexibility grant programme). Similarly, local development schemes, administered by the Primary Care Trusts, or Local Health Boards in Wales, can offer financial support to GPs who provide services for homeless people.

It is particularly important that homeless families with children placed in temporary accommodation, especially in Bed and Breakfast hotels, have regular health checks. Babies and young children must receive follow up visits from community midwives and health visitors. Good practice includes multi-agency teams, which notify primary health services, organise health visits and monitor arrangements. The statutory code of guidance expects local authority housing staff to refer homeless families and children to the appropriate community health service.

Other methods of taking health care to homeless people include GPs running services in hostels and day centres, or providing surgeries where no appointment is necessary. These can be very successful in targeting help and advice at people who would otherwise overlook health concerns.

Drug addictions, in particular, are responsible for making people's lives more chaotic and unstable. Tackling substance misuse can help prevent homelessness and is an important step in stabilising those who may have already lost their home. Agencies that work with rough sleepers report that drug use is increasing rapidly and are concerned that these addictions lead to other issues relating to crime, anti-social behaviour and ill-health.

Treatment services will therefore need to be flexible in the services that they provide if national targets on treating drug misuse [in any of the countries of the UK] are to be met. Experience of the Rough Sleepers Unit has shown that detoxification and rehabilitation

facilities need to be available, as well as harm minimisation, if entrenched and complex addictions are to be tackled.

Existing services must also remove barriers that prevent homeless people from accessing the help they need. Homeless people are often unable to qualify for treatment as their chaotic lifestyles mean that they miss appointments or have moved on before they reach the front of the waiting list.

In Wales, Drug and Alcohol Action Teams, which are now subsumed under the community safety partnerships, have responsibility to plan and commission services for all people including those from hard to reach groups. Local authorities homelessness services and voluntary sector providers should work with local specialist drug and alcohol teams to ensure that the needs of homeless people are taken into account and appropriate services are commissioned.

At the sharp end of health and addictions are the many homeless people who have multiple needs, or a dual diagnosis. These complex and interwoven issues often prevent vulnerable people from accessing health care, drug detoxification and housing support. Local service providers will need to work in partnership to support people with multiple needs so that their problems are not examined in isolation, otherwise people will continue to fall between gaps in service provision. Homelessness strategies will provide a framework for agencies to examine how they can provide a seamless service for homeless people, which does not exclude anyone. Around the country there are good examples of how this can be achieved, ranging from guidance on how to assess an individual's needs, to the provision of supported accommodation units with access to health care and life skills training.' (DTLR, 2002: 25-6)

Yng Nghymru, pwysleisia'r Strategaeth Ddiggartrefedd Cenedlaethol (2003: 22) mai

asesu anghenion unigolion yw'r 'sail i'r gwaith o fynd i'r afael â digartrefedd ac i sicrhau fod pobl sy'n agored i niwed yn gallu cynnal eu tenantiaeth' (tud 23). Bydd yr asesiadau hyn yn 'cysylltu pobl agored i niwed â'r rhaglen "Cefnogi Pobl" neu â gwasanaethau gwirfoddol neu statudol eraill' (tud 23). Bydd rhai prosiectau oedd yn cael eu cyllido cyn hyn dan a180 Deddf Tai 1996 yn awr yn dod o dan y Grant Refeniw Cefnogi Pobl, fydd yn cael ei dalu i bob prosiect lle mae elfen o gefnogaeth yn cael ei ddarparu. Mae'r strategaeth hefyd yn ymrwymo Llywodraeth y Cynulliad i gefnogi datblygu gwaith allanol sy'n galluogi pobl ddigartref i gynnal cyfathrebu gyda gwasanaethau megis blwch llythyrau a manau ffonio (ibid: 23). Parthed anghenion iechyd, mae'r strategaeth yn cydnabod: 'Mae pobl ddigartref yn arbennig o agored i broblemau sy'n ymwneud ag iechyd meddwl, y croen, y cyhyrau a'r sgerbwdd, y system anadlu a chyflyrau athritig. Hefyd mae cyfran uchel ymysg y digartref sydd â phroblemau alcohol neu gyffuriau, y bydd angen gwasanaethau penodol ar eu cyfer' (ibid:26), a: 'Mae Llywodraeth y Cynulliad eisoes wedi nodi'r problemau y mae pobl ddigartref yn eu profi wrth gael gafael ar wasanaethau iechyd' (ibid: 27), er enghraifft:

'Mae'r ffaith nad oes ganddynt gyfeiriad sefydlog, neu unrhyw gyfeiriad o gwbl, yn golygu bod pobl ddigartref yn gallu colli cysylltiad â gwasanaethau gofal sylfaenol, a gallant brofi anawsterau o ran cael eu derbyn ar restr meddygon teulu. Efallai hefyd na ellir cael gafael ar wasanaethau eilaidd, a gofal deintyddol ac optegol, oherwydd nad yw ffordd o fyw pobl ddigartref yn gydnaws â'r strwythurau ar gyfer cael gafael ar wasanaethau.' (Llywodraeth Cynulliad Cymru, 2003: 27)

Mae'r Strategaeth yn mynd yn ei flaen i nodi:

'Ceir rhai enghreifftiau o arferion da yn y maes hwn, yn enwedig lle neilltuwyd amser penodol i nyrsys-ymarferwyr weithio gyda phobl ddigartref mewn lleoliad aml-asiantaeth [...] Serch hynny, mae angen canolbwyntio'n fwy systematig ar y broblem hon fel y gall pobl ddigartref bob amser gael gafael ar ofal iechyd sylfaenol ... all eu cysylltu â gwasanaethau iechyd arbenigol eraill fel y bo angen.' (Llywodraeth Cynulliad Cymru, 2003: 27)

Mae Llywodraeth y Cynulliad eisoes wedi mynd i'r afael ag anghenion pobl ddigartref drwy'r Fforwm Gwasanaeth Cenedlaethol dros lechyd Meddwl, ac mae'n bwriadu ymrwymo ei hun ymhellach i'r camau isod:

- 'Cyhoeddi canllawiau ar Gynlluniau Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Lles, a fydd yn ei gwneud yn ofynnol i Fyrddau Iechyd Lleol fynd i'r afael yn benodol ag anghenion iechyd pobl ddigartref;
- hyrwyddo a chyllido mentrau sy'n arddangos arferion da ym maes datblygu gwasanaethau rheng-flaen sydd ar gael n hawdd i bobl ddigartref;
- ystyried pwysigrwydd cynllunio i ryddhau cleifion o'r ysbyty i gartref addas, yn y canllawiau y mae'n eu hanfon at y gwasanaethau iechyd ar y trefniadau ar gyfer rhyddhau cleifion.' (Llywodraeth Cynulliad Cymru, 2003: 27)

Wrth drafod cyn garcharorion, noda'r Strategaeth gydberthynas arwyddocaol rhwng digartrefedd ac ail-droseddu, ac mae'n gwneud nifer o ymrwymadau, yn cynnwys hybu protocolau rhwng gwasanaethau carchar, prawf a thai i drafod cynllunio ailsefydlu, a sicrhau bod gwasanaethau cefnogi priodol wedi eu lleoli mewn llety ar gael, drwy gynnwys y gwasanaethau prawf yn y fframweithiau cynllunio Cefnogi Pobl. (Llywodraeth Cynulliad Cymru, 2003: 26-7).

Parthed camddefnyddio sylweddau, mae gan Lywodraeth y Cynulliad Strategaeth Camddefnyddio Sylweddau yn barod, sy'n gosod allan ei flaenoriaethau ar gyfer cynllunio a chyflwyno gwasanaethau. Ar hyn o bryd mae'n cynnal adolygiad, sy'n anelu at fesur argaeledd a mynediad at

wasanaethau trin ac adfer camddefnyddio sylweddau yng Nghymru er mwyn sicrhau y gall pob person digartref sicrhau mynediad at wasanaethau trin camddefnyddio sylweddau. (Llywodraeth Cynulliad Cymru, 2003: 29)

3. Iechyd a Digartrefedd

Problemau iechyd pobl ddigartref

Adroddodd Pleace a Quilgars (1997: 149) fod:

'The extensive literature on health and homelessness in the United Kingdom and the rest of the industrialised world tells us a very similar story. Homelessness is very bad for your health, especially if you are someone who spends time sleeping on the street. A street homeless person in New York, Japan or London is much more likely than the general population of those countries to catch tuberculosis (Concato a Rom, 1994; Yamanaka et al., 1994; Citron et al., 1995). 'If one is homeless in an advanced industrialised nation, there is also a much higher chance that one will have a mental health problem than members of the general population' (Craig a Timms, 1992; Cohen a Thompson, 1992; Geddes et al., 1994).

Beirniadodd Coleg Brenhinol y Meddygon (1994) safon rhai astudiaethau ar iechyd a digartrefedd. Fe dynnwyd sylw at ddiffyg unrhyw gymhariaethau rhwng iechyd pobl ddigartref ac iechyd adrannau eraill o'r boblogaeth oedd â nodweddion tebyg. Nodwyd hefyd ogwydd peth ymchwil oedd yn gwneud datganiadau am amllder problemau iechyd ymysg pob person digartref drwy edrych ar iechyd y bobl ddigartref oedd yn defnyddio gwasanaethau iechyd yn unig. Eithriad i'r feirniadaeth hon oedd Victor (1992), a gymharodd iechyd pobl ddigartref mewn llety dros dro mewn nifer o fwrdeistrefi yn Llundain gyda iechyd y boblogaeth oedd â chartref ac a ganfu fod amllder uchel afiechyd aciwt ac afiechyd cyfyngol tymor hir yn debyg iawn ymhlith y poblogaethau digartref a'r rhai â chartref.

Bines (1994) gynhaliodd yr astudiaeth

mawr cyntaf o iechyd pobl ddigartref yn y DU sy'n ymddangos yn rhydd o'r beirniadaethau hyn. Mae'r astudiaeth yn tynnu cymariaethau dilys rhwng iechyd pobl ddigartref sengl ac iechyd y boblogaeth yn gyffredinol (daeth sampl gynrychioliadol o'r 'boblogaeth yn gyffredinol' o blith ton gyntaf Arolwg Panel Cartrefi Prydain), ac mae'n dangos yn glir statws iechyd arwyddocaol waeth y rhai sy'n cysgu ar y stryd. Canfuwyd bod y rhan fwyaf o broblemau iechyd penodol ddwywaith neu deirgwaith yn uwch ymysg pobl ddigartref sengl. Gwelwyd fod problemau iechyd meddwl yn enwedig wyth gwaith yn uwch ymysg trigolion hosteli a llety gwely a brecwast, ac un ar ddeg gwaith yn uwch ymysg y rhai sy'n cysgu ar y stryd, o'u cymharu â'r boblogaeth yn gyffredinol.

Yn gyffredinol: *'Well documented research has conclusively demonstrated a close association between social disadvantage [such as homelessness] and health impairment ... high levels of mental health problems and physical health disorders have been found' (Wrate a Blair, 1999: 93-94). Yn ogystal, mae Wrate a McLoughlin (1997: 61) wedi tynnu sylw at:*

'The circularity of problems featuring in the vicissitudes of the troubled lives of the single homeless... between drug use, sleeping problems, feeling unsafe, and peer group choice offering some support and protection but simultaneously exposing young people to violence and more drugs. Poor quality accommodation compounds these problems.'

Dywedodd Bines (1997: 138): *'There has been considerable research into the mental health of single homeless people, much of which*

has highlighted the prevalence of mental illness among them (Timms a Fry, 1989; Marshall, 1989). Mae enghreifftiau o ymchwil o'r fath yn rhyngwladol yn cynnwys: Gill et al. (1996) (Prydain); Schnabel (1992) (Yr Iseldiroedd); Cohen (2001) (Los Angeles, UD); Poirier et al. (2000) (Canada); MosherAshley et al. (2000) (Massachusetts, UD); Vazquez a Munoz (2001) (Madrid, Sbaen); Becker a Kunstmann (2001) (Yr Almaen); Halldin et al. (2001) (Sweden); Lee et al. (2000) (Guyana); Herman et al. (1998) (Long Island, UD); McCabe et al. (1998) (Birmingham), Reid a Klee (1999) (Manceinion Fwyaf), Wrate a McLoughlin (1997) (Caeredin).

Fel y nododd Bines (1994), mae achosion problemau iechyd, yn enwedig problemau iechyd meddwl, tra'u bod yn gyffredinol uwch ymysg y digartref na gweddill y boblogaeth, yn uwch fyth ymysg y rhai sy'n cysgu ar y stryd. Amcangyfrifodd Craig et al. (1996) fod gan 62% o bobl ifanc ddigartref yn Llundain broblemau iechyd meddwl, o gymharu â chwarter y boblogaeth yn gyffredinol. Canfu Gill et al. (1996) fod gan dwy ran o dair o bobl ifanc digartref anhwylder seiciatrig. Yn astudiaeth Hammersley a Pearl (1996), adroddodd 59% o bobl ifanc digartref fod ganddynt broblemau iechyd meddwl. Canfu Reid a Klee (1999) fod 82% o bobl ddigartref oedd yn defnyddio sylweddau anghyfreithlon yn adrodd fod ganddynt broblemau iechyd seicolegol. Yn fwy diweddar, mae Lilley (2000) wedi adrodd fod rhwng 30% a 50% o bob sy'n cysgu ar y stryd yn dioddef problemau iechyd meddwl, ac mae Cauce et al. (2000) wedi gwneud diagnosis sy'n dangos fod dwy ran o dair o'u sampl o bobl ifanc ddigartref yn dioddef un neu ragor o anhwylderau seiciatrig. Mae astudiaethau eraill wedi dangos fod plant digartref yn sgorio'n

uwch na'r cyfartaledd am broblemau iechyd meddwl (Cumella et al., 1998; Vostanis et al., 1996).

Ymysg anghenion iechyd eraill pobl ddigartref sydd wedi ei ystyried yn benodol gan ymchwilwyr yw'r rhai sy'n ymwneud â bwyd neu ddiet (Dachner a Tarasuk, 2002), camddefnyddio sylweddau (Carlen, 1996; Craig et al., 1996; Hammersley a Pearl, 1996; Flemen, 1997; Johnson et al., 1997; Klee a Reid, 1998; Reid a Klee, 1999; Adamczuk, 2000; Fountain a Howes, 2002), beichiogrwydd a geni plant (Hanna, 2001; Wenzel et al., 2001a; Stein et al., 2000), trais yn y cartref (Vostanis et al., 2001), HIV/AIDS (Clatts a Davis, 1999), anaf i'r ymennydd (Smith, 2001), effeithiau carcharu (Petersilia, 2001), a sefydliadaeth hir dymor (Simard, 2000). Mae'r cyflyrau sy'n achosi problemau iechyd ac y gellir eu tadogi'n uniongyrchol i ddigartrefedd ei hun wedi eu rhestru fel a ganlyn: *'Exposure to the cold and wet, unhygienic living conditions and associated exposure to infectious diseases, increased accident risk, interrupted sleep cycles, and an unbalanced diet'* (Victor, 1996).

Nid yw union natur y berthynas rhwng digartrefedd ac iechyd meddwl wedi bod yn amlwg bob amser yn sgîl yr ymchwil sydd wedi ei wneud. Medd Pleace a Quilgars (1997: 152):

'In the mid-1980s, research appeared that argued that the rise in street homelessness was caused by the closure of state mental hospitals. Homeless people were increasing in number because people with a mental health problem were being discharged from long-stay hospitals, could not cope and ended up on skid row (Basuk, 1984). More recently, research began to appear that disputed this, arguing that becoming a street homeless person in the United States drove individuals who were

previously healthy into developing a mental health problem (Winkleby and White, 1992; Cohen and Thompson, 1992). Both these arguments, which are meant to contradict each other, are probably at least partially right. The relationship between the extent to which becoming homeless causes health status to deteriorate and the extent to which people may become homeless because they have poor health status is not properly understood.... More sophisticated analyses of single homelessness (Dant and Deacon, 1989; Vincent et al., 1995; Caton, 1990) hint at a potential role for mental health problems in increasing the risk of homelessness, because the socio-economic forces that cause homelessness seem to affect the most vulnerable groups within society disproportionately.'

Canfu Nassor a Brugger (2000) fod dau o bob pump person digartref oedd wedi dianc o'u cartref rhienirol rhag trais corfforol yn dioddef iselder neu bryder, o gymharu â llai nag un o bob pump o'r rhai ddaeth yn ddigartref am resymau eraill. Yn UDA, dangosodd North et al. (1998) (a ddyfynnwyd yn Stevens, 2002: 15) fod iselder sy'n cychwyn yn gynnar yn rhagarwyddo digartrefedd mwy cronig. Mewn astudiaeth o afiachusrwydd seiciatrig 590 troseddwr ifanc yng Nghymru a Lloegr, canfu Lader et al. (2000) fod 61% o'r gwrywod yn adrodd iddynt redeg i ffwrdd o'u cartrefi a bod 46% wedi bod yn ddigartref. Daeth yr astudiaeth hon i'r canlyniad fod y tebygrwydd o gael anhwylder personoliaeth fwy na dwywaith yn uwch ymysg y rhai oedd wedi rhedeg i ffwrdd o gymharu â'r rhai nad oedd wedi rhedeg i ffwrdd erioed. Yn gyffredinol, daeth Bines (1997: 140) i'r canlyniad: *'homelessness in itself may not cause mental health problems but it may be related to, or a consequence of, a stressful previous life event which may in turn exacerbate, or eventually trigger, mental health*

problems.' Mae beth yw ystyr hyn yn ymarferol wedi ei grynhoi gan Craig et al. (1996) fel a ganlyn:

'In comparison to the domiciled population, the homeless young people in our study were more likely to be unemployed, in receipt of state benefit, 'topping-up' benefits through unofficial temporary/part-time work, through begging and petty crime. They were significantly less likely to have been successful at school and less likely to be involved in or considering further education (including youth training schemes). Their childhoods were characterised by multiple breakdowns in care arrangements, high levels of domestic violence and extremes of parental indifference, inconsistent supervision, and physical and sexual abuse that far outstripped that seen in their domiciled contemporaries.' These observations are broadly in line with those of the majority of American studies of young homeless people.'

Mae adolygiad newydd ei gyhoeddi ar lenyddiaeth yn trafod anghenion iechyd meddwl pobl ifanc ddigartref yn gwneud nifer o bwyntiau perthnasol pellach:

'Risk taking behaviour: Self-neglect may result from a combination of practical barriers and the manifestation of mental health problems. Self-harming is thought to be relatively common among young homeless people [see, for example, Grenier, 1996] and suicide is the biggest single cause of death among the street homeless' [Grenier, 1996]. [Rohde et al. (2001) suggest that young female homeless people and homeless people over the age of 18 may be at 'particularly high risk' of suicide.] 'There is a relatively high prevalence of sexual risk behaviour among the young homeless population [unprotected sex, sex under the influence of substances and circumstances where sex is used in exchange for money or drugs' (Wrate and Blair, 1999)] [The risks associated with such behaviour include sexually transmitted

infections, unplanned pregnancy and potential for abuse or exploitation.]. Substance use also has a significant effect on security of domicile. Criminal activity can be an inevitable and unavoidable consequence of lengthy periods of insecure domicile. It is preferable to see this risk taking behaviour as something that can be treated, rather than as a dimension of some people's lives that may be to some extent deliberately chosen.

Vulnerability: Young people understand the dangers of street living and harbour associated fears. Young homeless people are more likely to be the victims of crime rather than the perpetrators' [o Ymchwiliad 1996 i Rwystro Digartrefedd yn Lloegr, ddyfynnwyd yn Nassor a Brugger, 2000].

Social exclusion: While 'street children' are the most visible section of the young homeless population, they comprise the smallest. Many more young people with insecure domicile have high levels of need. Homelessness degrades job opportunities, impedes the acquisition of social capital '[superficial contacts, shallow attachments and lack of confidants are often features of homelessness' (Craig et al., 1996)], undermines the young person's sense of identity and exposes young people to a wide range of dangers and stressors. (Stevens, 2002: 3)

Mae Stevens (2002: 17) yn dadlau dros fod yn ofalus cyn gweld cysylltiad rhwng problemau iechyd meddwl a chamddefnyddio sylweddau:

'Co-morbidity between mental health problems and substance abuse is high, but this issue should be treated cautiously. For example, 'use' might be considered something that is of a similar prevalence throughout the adolescent population and not necessarily of a problematic nature. Rates of substance use disorders have been reported as being broadly similar to those in the housed population, 'except where

occurring conjointly with mental illness', where there is also a suggestion that 'use' may be more frequent (Craig et al., 1996). While co-morbidity was identified in three studies between mental health problems and substance 'dependency', importantly this did not hold for substance use'. (Wrate a Blair, 1999)

Mae Stevens (2002) hefyd yn gwneud nifer o bwyntiau perthnasol parthed gwneud diagnosis o afiechyd meddwl gyda phobl ifanc ddigartref:

'Accuracy of diagnoses: Mental health issues may be less easily diagnosed than physical health issues by both clinician and patient, especially when there are complex presentations. Diagnostic procedures in adolescence are fraught with difficulties, in that the line between disorders requiring a clinical response and the troubles many children experience during 'ordinary' growing up is a fine one. The behaviour of homeless people may be construed as indicative of mental health problems when it may in fact be adaptive behaviour '(Lilley, 2000; Snow et al., 1988, dyfynnwyd yn Fisher a Collins, 1993). 'It is important to avoid unnecessarily pathologising the problem.' (Stevens, 2002: 21, 30)

Dyfynna Mullan (2001: 36) dystiolaeth bellach fod pobl sydd â phroblemau iechyd meddwl a 'dibyniaeth' ar sylweddau yn methu â chael help gan y gwasanaethau iechyd meddwl na'r gwasanaethau adfer cyffuriau gan nad yw gwasanaethau iechyd meddwl yn gyffredinol yn derbyn pobl sydd â phroblemau camddefnyddio sylweddau, tra bod gwasanaethau dibyniaeth yn gyffredinol yn gwrthod pobl sydd â phroblemau iechyd meddwl difrifol (dyfynnu Connelly a Crown, 1994; Gill et al., 1996).

Cynhaliwyd yr ymchwil gynhwysfawr mwyaf diweddar ar anghenion pobl

ddigartref sengl yn Llundain gan Crane a Warnes (2001). Cadarnhaodd yr ymchwili hon ganfyddiadau astudiaethau blaenorol parthed lefelau uchel afiechyd meddwl a chamddefnyddio sylweddau ymysg pobl yn cysgu ar y stryd (67% o ddynion a 71% o fenywod), yn enwedig ymysg pobl ifanc. Tynnodd yr ymchwili sylw hefyd at dangynrychiolaeth menywod â phroblemau iechyd meddwl a chamddefnyddio sylweddau ymysg y boblogaeth ailsefydlu, gan arwyddo eu bod yn fwyaf tebygol o aros yn sownd mewn hosteli neu ar y stryd.

Anghenion iechyd 'grwpiau' penodol o bobl ddigartref

Mae llawer o'r ymchwili ar ddigartrefedd wedi bod â ffocws penodol, yn bennaf wedi'i amlinellu gan oedran. Ond cafwyd agwedd ddaeryddol hefyd, i'r graddau bod y ffocws wedi bod ar ddinasoedd neu drefi penodol. O ganlyniad i'r amrywiaeth hwn mewn ffocws, mae'r canfyddiadau a'r argymhellion wedi tueddu i fod naill ai beth sy'n angenrheidiol i gwrdd ag anghenion grŵp oedran penodol, neu sut y gellir gwella gwasanaethau i gwrdd ag anghenion poblogaeth leol. Gellid cymryd hyn i awgrymu fod canfyddiadau ac argymhellion yn gwahaniaethu ac felly efallai y byddai angen i gynllun gwasanaethau wahaniaethu hefyd. Nid yw'r casgliad hwn, fodd bynnag, yn cael ei fynegi yn y llenyddiaeth ar y cyfan. Yn hytrach gwelwyd y pwyslais cyffredinol ar agweddau craidd cefnogaeth sy'n trosgynnu oedran neu leoliad ond fydd angen ei helaethu o bosibl gyda mewnbwn arbenigol ar gyfer y 'grwpiau' gwahanol.

Mae pobl ifanc, yn enwedig y rhai sydd wedi gadael neu sydd yn gadael gofal, wedi derbyn sylw manwl yn y llenyddiaeth (er enghraifft: Fleming, 2000; McCabe et al., 1998; Smith et al., 1998). Mae

cyfiawnhad dros hyn oherwydd amllder uchel y rhai sy'n gadael gofal ymhith y boblogaeth ddigartref (gweler isod). Mae Crane a Warnes (2001a) wedi ystyried anghenion pobl hŷn, tra bod Ensign a Panke (2002) yn edrych ar anghenion ieuencid benywaidd adolent. Tuedd astudiaethau daearyddol yw cymryd safbwynt holistaidd drwy edrych ar anghenion pobl ddigartref yn y lleoliad penodol hwnnw (er enghraifft Ahmed a Steele, 2002; Jones a Higate, 1999; Reid a Klee, 1999).

Bu astudiaethau o bobl ddigartref hŷn yn llai cyffredin, ac mae'r rhai sy'n edrych yn benodol ar anghenion iechyd pobl ddigartref hŷn yn brin dros ben (er enghraifft, gweler Hawes, 1997, ond cymharer Iqbal, 1998). Canfu Crane a Warnes (2000), fodd bynnag, fod problemau iechyd meddwl yn ffactor a gyfrannodd tuag at nifer o bobl ddigartref hŷn yn cael eu gyrru allan o'u cartrefi. Mae'n debygol y bydd problemau iechyd corfforol hefyd yn fwy cyffredin ac yn fwy difrifol ymysg pobl ddigartref hŷn (Iqbal, 1998). Dywedwyd mewn adroddiad papur newydd yn ddiweddar: *'as they get older and frailer, street life exacerbates all the physical and mental ailments associated with ageing'* ac: *'Everyone agrees that specialist outreach work is the only way to get through to this group: it requires concentrated, long-term effort – but does eventually pay off'* (Holmström, 2002).

Ymysg y categorïau eraill o bobl ddigartref sydd wedi bod yn destun astudiaeth mae, er enghraifft, pobl lesbiaidd, hoyw a deurywiol (Dunne et al., 2002), plant ifanc (Torquati a Gamble, 2001; Buckner et al., 1999; Burton et al., 1998; Vostanis, 1999), mamau yn eu harddegau (Hanna, 2001), menywod adolent (Ensign a Panke, 2002), rhai sy'n gadael gofal (Collins,

2001), a phobl ddu a lleiafrifol ethnig (Julienne, 1998; Small a Hinton, 1999; (gweler Somerville et al., 2002 am adolygiad o'r llenyddiaeth ar ddigartrefedd ymhlith pobl ddu a lleiafrifol ethnig). Dywed Tessler et al. (2001) fod gwrywod yn fwy tebygol na menywod i restru problemau iechyd meddwl fel rheswm dros fod yn ddigartref.

Un o'r canfyddiadau mwyaf trawiadol a hysbys yw'r canran uchel o bobl ifanc ddigartref sydd wedi bod mewn gofal, sef 30% o gyfanswm y bobl ifanc ddigartref (Richardson a Joughin, 2000), gydag 20% o'r rhai sy'n gadael gofal yn cael profiad o ryw ffurf ar ddigartrefedd o fewn dwy flynedd o adael gofal (Biehal et al., 1995). Roedd cefndir o fod mewn gofal yn amlwg berthnasol i amllder problemau iechyd:

'43% of homeless young people [using Centrepoin in London] who had experienced being looked after by a local authority had health problems compared to 23% of those who had not been in care. 32% of those who had been looked after by a local authority suffered from depression/anxiety compared to 18% of those who had never been in care.' (Nassor and Brugger, 2000)

Cytunir yn gyffredinol fod pobl ifanc o grwpiau lleiafrifol ethnig, o leiaf yn Llundain a dinasoedd eraill mawr yn Lloegr, yn fwy tebygol o ddod yn ddigartref na'u cyfoedion gwyn (Craig a Hodson, 2000), ond yn llai tebygol o gysgu ar y stryd, gan eu bod yn tueddu i ddod o hyd i lety gyda'u perthnasau a'u ffrindiau (Davies et al., 1996). Mae'r sefyllfa yn un cymhleth a chyfnewidiol, fodd bynnag (Somerville et al., 2002), ac mae tystiolaeth fod cysgu ar y stryd ar gynydd ymysg grwpiau ethnig du a lleiafrifol ethnig (Carter, 1998). Un grŵp sydd o bosibl yn syrthio drwy'r

rhwyd ddiogelwch ar hyn o bryd yw'r Plant sy'n Ceisio Lloches heb Gwmni Oedolyn *'because no-one wants to take responsibility and so there are children being neglected and abused as a result'* (Stevens, 2002: 18). Mae ffoaduriaid a cheiswyr lloches yn fwy ynysig a difreintiedig ac yn debyg o fod ag anghenion iechyd gwahanol (Woodhead, 2000).

Mae tystiolaeth ar y rhai sy'n cysgu ar y stryd yn enwedig yn tanlinellu pwysigrwydd enfawr a chynyddol problemau cyffuriau ymhlith y grŵp hwn (Adamczuk, 1992; Grenier, 1996; Flemen, 1997; Fountain a Howes, 2002). Mae Llywodraeth yr Alban (2001) wedi pwysleisio'r problemau iechyd corfforol sy'n gysylltiedig â chamddefnyddio cyffuriau, megis crawniadau ar safle pigiadau, Hepatitis B a C, a statws HIV. Dangosodd arolwg o ddefnyddwyr Llochesau Treiglo yn Llundain rhwng Ebrill 2000 a Thachwedd 2001, gyhoeddwyd gan CRASH yn gynharach eleni, fod nifer y rhai oedd yn cysgu ar y stryd oedd yn mynegi angen am gymorth gyda phroblemau camddefnyddio cyffuriau wedi mwy na dyblu dros y cyfnod hwn, o 15% i 37% (CRASH, 2002).

Crynodeb o adrannau 5 a 6. Mae'r ymchwili sydd ar gael ledled y byd felly yn dangos yn glir fod cysylltiad rhwng digartrefedd ac iechyd gwael. Mae natur y cysylltiad hwn, fodd bynnag, yn gymhleth. Y consensws cyffredinol yw y gall digartrefedd fod yn ganlyniad i iechyd gwael, er enghraifft o ganlyniad i amhariad sy'n ei gwneud hi'n anodd rheoli eich cartref eich hun (er enghraifft, problem iechyd meddwl), ond gall hefyd fod yn achos iechyd gwael (yn enwedig gyda'r rhai sy'n cysgu ar y stryd). Mae gwahaniaethu rhwng canlyniad ac achos, yn enwedig parthed iechyd meddwl,

wedi profi i fod yn anodd iawn. Mewn nifer o achosion, y rhan fwyaf o bosibl, nid yw'r cysylltiad rhwng digartrefedd ac iechyd gwael yn uniongyrchol, ond yn gyfryngol, drwy berthnasau teuluol (e.e. ysgariad, teuluoedd yn chwalu), diweithdra, camddefnyddio sylweddau, a.y.y.b. Gall patrymau cyfryngdod yma fod bron yn amhosibl eu canfod a'u datod. Mae anghenion iechyd pobl ddigartref hefyd yn amrywiol dros ben ac heb eu deall yn llawn, a hynny'n rhannol berthynol â'r amrywiaeth eang o gyfryngdod sy'n digwydd. Mae ymchwil wedi tueddu i ganolbwyntio mwy ar bobl ifanc ac ar ardaloedd daearyddol penodol. Ceir cytundeb eang ar yr angen am wasanaethau ataliol a gwasanaethau cefnogi, ond mae diffyg penodoldeb ynghylch y ffurf gorau ar gyfer gwasanaethau o'r fath mewn perthynas â'r gwahanol fathau o anghenion iechyd.

Gwella'r Ddarpariaeth Gofal Iechyd

Nodwyd uchod fod iechyd pobl ddigartref yn sylweddol waeth nag iechyd y boblogaeth yn gyffredinol. Mae wedi ei ddangos hefyd fod polisïau cyfredol y llywodraeth sy'n canolbwyntio ar ddigartrefedd wedi nodi fod rhaid i wella mynediad at ofal meddygol a chefnogaeth fod yn elfen allweddol mewn strategaethau sydd wedi eu cynllunio ar gyfer pobl ddigartref. Er hynny, nid oes unrhyw gyfarwyddyd penodol ynghylch sut y dylid cyflawni'r mynediad hwn at ofal meddygol a chefnogaeth. Enghraifft o hyn yw dogfen Llywodraeth Cynulliad Cymru 'GIG Cymru, Canllawiau ar sefydlu Byrddau Iechyd Lleol yng Nghymru' (2003) lle ceir gwybodaeth ar y 'Strategaeth Iechyd, Gofal Cymdeithasol a Lles' (a9.1). Mae hwn yn cynnig fframwaith ar gyfer datblygu gwasanaethau ond mae'r cyfrifoldeb dros union gynllun y 'strategaethau lleol' yn nwylo'r Byrddau Iechyd Lleol a'r

Awdurdodau Lleol, ynghyd â budd-ddeiliaid a defnyddwyr gwasanaethau. Bydd gweddill yr arolwg felly yn canolbwyntio ar lenyddiaeth sy'n cynnwys ymchwil ar ddigartrefedd a'r materion sy'n wynebu darparwyr gwasanaeth a phobl ddigartref wrth wella mynediad at ofal meddygol a chefnogaeth a gwella'r defnydd ohonynt.

Tra bod y lenyddiaeth yn adlewyrchu bywydau cymhleth bobl ddigartref a'r heriau sy'n wynebu darparwyr gwasanaeth, gellir canfod dwy brif agwedd. Un yw'r rhwystrau sy'n wynebu pobl ddigartref sydd angen mynediad at ofal meddygol a chefnogaeth a'r ail yw'r *strategaethau* fydd yn galluogi pobl ddigartref i gael mynediad at ofal meddygol a chefnogaeth. Oherwydd hyn, trefnir y drafodaeth dan y ddau brif bennawd hyn.

Rhwystrau i fynediad at ofal meddygol a chefnogaeth

Mae cyffredinrwydd cynyddol afiechyd meddwl sy'n gysylltiedig â chamddefnyddio alcohol a sylweddau ymysg pobl ddigartref eisoes wedi ei amlygu. Mae hyn yn parhau i fod yn nodwedd mewn ymchwil ar ddarparu gofal a chefnogaeth meddygol. Yn wir, mae'n treiddio drwy'r lenyddiaeth i gyd. Nid yw wedi ei gyfyngu i ddiffiniadau proffesiynol: fel y canfu cyfrifiad George et al.(1991) o bobl ddigartref yn Sheffield, '*there was a high prevalence of self reported mental illness*' (ibid: 1389). Nodir achosion afiechyd meddwl a'i gysylltiad gyda chamddefnyddio alcohol a sylweddau naill ai fel rhesymwaith i gefnogi amharodrwydd Meddygon Teulu i gofrestru pobl ddigartref (Wood et al., 1997) neu fel ystrydebu pobl ddigartref gan bobl ddigartref (Black et al. 1991; Lester, 2002). Gall hyn yn ei dro greu tybiaeth ymysg staff mewn

amgylcheddau cefnogi (hosteli er enghraifft) nad ydynt wedi eu cyafarparu'n ddigonol i gwrdd ag anghenion pobl ddigartref a bod felly angen hyfforddiant arbenigol arnynt (McCabe et al., 1998).

Canlyniad i'r farn hon yw bod pobl ddigartref yn gweld fod gan staff meddygol agwedd negyddol tuag atynt. Gwelwyd fod pobl ddigartref felly yn amharod i fynd at bractis gofal cychwynnol neu adran ddamweiniau ac achosion brys. Canfu Shiner a Leddington (1991) mai dim ond '16%' (ibid: 22) o'r bobl ddigartref yn eu harolwg oedd mewn sefyllfa i gael mynediad at Feddyg Teulu drwy'r 'trywydd traddodiadol' (ibid: 22). Nodwyd ganddynt hefyd fod agwedd negyddol tuag at bobl ddigartref gan staff rheng flaen yn creu ataliad ychwanegol i bobl ddigartref. Daethant i'r casgliad:

'The negative attitudes of some GPs' receptionists and members of the public are deterrents even when access is guaranteed by registration.' (1991:22)

Mynegodd staff cefnogi yn astudiaeth McCabe et al. (1998) farn gref am yr ymateb negyddol a gafwyd gan feddygfeydd Meddygon Teulu lleol yn Birmingham. Gwelsant fod rhaid iddynt fod yn ddethol pan fyddai person ifanc digartref yr oeddynt yn ei gefnogi angen gofal meddygol. Roedd y staff wedi sefydlu pa Feddygon Teulu fyddai'n trin defnyddwyr yr hosteli ac ni fyddent yn anfon defnyddiwr gwasanaeth at Feddyg Teulu yr oeddent yn ei gael yn anfodlon i ddarparu triniaeth, neu yr oeddynt yn ei gael yn negyddol. Yn wir, dywedasant fod ganddynt 'a list of "friendly" GPs who we send people on to.' (ibid: 10)

Cymhlethir cael mynediad at ofal meddygol a chefnogaeth ymhellach i bobl ddigartref gan natur dameidiog gwasanaethau lles (Crane a Warnes, 2001a), sy'n gosod strwythurau biwrocraidd ar bobl ddigartref, yn neilltuol y rhai sydd â phroblemau cysylltiedig ag afiechyd meddwl a chamddefnyddio alcohol a/neu sylweddau. Er enghraifft, mae pobl ddigartref yn ei chael hi'n anodd cadw apwyntiadau ac yn aml yn methu â chadw at weithdrefnau triniaeth (Bunce, 2000). Awgryma Kneale a Kennedy (2002) y gall bod nifer o nodweddion sy'n cymhlethu pethau:

'Homeless drug users can be excluded from hostels and supported accommodation projects, or may not know what services exist. They may feel too embarrassed or ashamed to seek help, or be reluctant to approach professionals because they are afraid of arrest or anxious about children being taken into care.' (2002:197)

Tra bod y pryderon hyn yn bodoli ymysg pobl ddigartref, mae tystiolaeth sy'n awgrymu eu bod yn defnyddio gofal meddygol, ond bod tuedd i hynny ddigwydd pan fo afiechyd neu gyflyrau meddygol wedi hen sefydlu. O ganlyniad, gall fod cymhlethdodau ychwanegol oherwydd cyflyrau eilaidd sy'n gwneud y driniaeth yn anoddach (Crane a Warnes, 2001). Mewn nifer o achosion mae pobl ddigartref yn mynd i adrannau Damweiniau ac Achosion Brys mewn ysbyty (Black et al., 1991; Little a Wilson, 1996). Canfu Holohan (2000) mewn astudiaeth a gynhaliwyd yn Nulyn fod cyfeiriadau i adran A & E yn amhriodol, ynghyd â lefelau uwch o gamddefnyddio alcohol a sylweddau. Dylent, yn fwy priodol, fod wedi cael eu trin gan Feddyg Teulu. Er

hynny, fe ganfu fod perchnogaeth cardiau meddygol ymysg pobl ddigartref ar lefel isel. Roedd gan y rhai oedd yn berchen ar gerdyn gofnod uwch o fynychu meddygfa Meddyg Teulu yn ystod y chwe mis blaenorol. Felly er eu bod wedi eu cofrestru gyda Meddyg Teulu, roeddent yn dal i fynychu adran A & E. Byddai hyn yn tueddu i gefnogi'r farn bod adrannau A & E yn ddeniadol i bobl ddigartref gan nad oes angen cael apwyntiad i fynd yno. Serch hynny, canfu Little a Watson (1996) nad oedd pobl ddigartref yn hoffi adrannau A & E oherwydd agwedd y staff a'r cyhoedd, fel y nodwyd uchod, ac oherwydd amserau aros hir. Canfu Little a Watson (1996) hefyd mai dim ond '42.7%' (ibid: 417) oedd yn ymwybodol o glinigau symudol a darpariaeth gofal cychwynnol yn y gymuned, lle y gellid fod wedi delio â'u triniaeth yn fwy priodol.

Mae rhai astudiaethau wedi canolbwyntio ar faterion sy'n ymwneud yn benodol â rhai cyflyrau meddygol arbennig. Oherwydd ei amllder uchel, mae iechedd meddwl yn un o'r rhain. Er hynny, mae gwahanu materion sy'n ymwneud ag iechedd meddwl yn unig yn achosi problem oherwydd ei gyffredinrwydd ymysg y boblogaeth ddigartref gyfan. Mae astudiaethau yn UDA (Marshall et al., 1995; Morse et al., 1992; Rosenheck et al., 1998; Rosenheck a Dennis, 2001) wedi cynnwys gwahanol ddulliau a rhaglenni 'triniaeth' wedi eu hanelu at wella iechedd meddwl pobl ddigartref. Y casgliad cyffredinol yw er y gall fod amrywiaeth yn neilliannau gwahanol ddulliau, fod pobl ddigartref sy'n derbyn triniaeth ar y cyfan yn profi deilliannau cadarnhaol yn eu hiechedd meddwl.

Mae'r diciâu yn nodwedd benodol mewn ymchwil oherwydd '*there is a greater incidence of TB among homeless people than the general population*' (Rayner 2000:871).

Mae Coursey Bailey et al. (1993), Kumar et al. (1995) a Rayner (2000) yn ystyried cyffredinrwydd y diciâu a strategaethau i'w drin ymysg pobl ddigartref. Dônt i'r canlyniad fod dwy agwedd i'w hystyried parthed triniaeth pobl ddigartref. Yn gyntaf, mae'r cyflwr yn aml wedi hen sefydlu ymysg pobl ddigartref oherwydd eu bod yn cael eu cyfeirio am driniaeth yn hwyr. Oherwydd hyn mae'r cyflwr yn fwy ffyrnig ac yn debyg o gael ei drosglwyddo i bobl eraill sy'n byw yn agos at y dioddefwr. Gan fod y rhan fwyaf o bobl ddigartref gafodd eu cynnwys yn yr ymchwil yn defnyddio hosteli neu lochesau nos, roedd y cyfle i drosglwyddo'r clefyd i eraill yn uchel.

Yr ail agwedd yw trin y clefyd unwaith y mae diagnosis wedi ei wneud. Oherwydd natur symudol bywydau pobl ddigartref mae parhad triniaeth yn broblem. Ar ben hynny, gan fod angen i gleifion gael eu derbyn i ysbyty yn aml i gael triniaeth mae pobl ddigartref yn anfodlon cael eu derbyn a byddant yn dueddol o ryddhau eu hunain cyn i'r driniaeth ddod i ben. Mae'r ymchwil yn ystyried ffyrdd o ddatrys hyn. Un opsiwn a drafodir gan Rayner (2000) yw rhoi cymhelliannau iddynt am fynychu a chwblhau triniaeth. Serch hynny, er bod casgliadau clir yn anodd dod o hyd iddynt, y consensws yw bod angen gwneud gwelliannau. Un o'r gwelliannau gafodd eu nodi gan Rayner (2000) yw'r angen am drosglwyddo gwybodaeth rhwng darparwyr gofal iechedd a'i gilydd. Mae mater gwybodaeth a 'gwasanaethau cydgysylltiedig' yn un fydd yn cael sylw yn ddiweddarach pan fyddwn yn trafod strategaethau ar gyfer gwella gwasanaethau. Digon yw dweud ar hyn o bryd fod diffyg cydlynid a natur dameidiog darparu gofal a chefnogaeth meddygol yn thema waelodol o fewn llawer o'r ymchwil.

Er bod y pwynt wedi ei wneud nad yw mynd i'r afael ag anghenion gofal iechyd a chefnogaeth pobl ddigartref ar sail cyflyrau iechyd unigol yn arwain at wella gwasanaethau yn gyffredinol, mae'n werth nodi dau ddarn penodol o ymchwil wnaeth ganolbwyntio ar agweddau penodol o ddarpariaeth feddygol.

1) Ymchwil Hwang a Bugeja (2000) ar reoli diabetes. Nid yw'n ymddangos fod unrhyw waith cymharol wedi ei wneud yn y DU, ond dylai profiad pobl ddigartref gyda diabetes yn Toronto fod yn fodd i ddarlunio sut y mae'r grŵp hwn yn wynebu anawsterau penodol. Yn gyntaf, roedd problemau yn eu hwynebu wrth gynnal diet sy'n addas ar gyfer rhywun sydd â diabetes. Yn ail roedd y mater o drin y pigladau inswlin. Parthed y diet, y teimlad oedd nad oedd y llochesau yn cynnig diet priodol y gallai pobl gyda diabetes ddewis bwyd ohono. Gyda'r pigladau, roedd y mater o storio inswlin ar dymheredd addas a chanfod lleoliad oedd yn galluogi rhoi pigiad o inswlin yn ddiogel yn un anodd iawn. Awgryma Hwang a Bugeja (2000) y gellid cynnig ateb i hyn drwy ddarparu man preifat lle gallai'r bobl â diabetes weinyddu eu pigladau inswlin yn ddiogel ac yn hylan. Yn ogystal, gellid monitro lefelau hemoglobin a chael cyngor gan staff meddygol cymwys o bryd i'w gilydd, i gydfynd â phatrwm bywydau pobl ddigartref.

2) Ymchwil Kippen (1998) ar ddarpariaeth gwasanaeth iechyd deintyddol cymunedol yn Glasgow. Daeth i'r casgliad fod darpariaeth gwasanaeth ffurfiol yn rhwystro pobl rhag cael mynediad at driniaeth (fel y nodwyd uchod). Canfu adolygiad Kippen o'r gwasanaeth fod gan bobl ddigartref iechyd deintyddol sylweddol waeth na'r boblogaeth yn gyffredinol. Gwaethygydd hyn gan eu

ffordd o fyw a chyflyrau meddygol cydredol. O ganlyniad i hyn, roedd angen cyfeirio cleifion digartref ymlaen am driniaeth bellach yn aml - am lawdriniaeth ddeintyddol mewn rhai achosion. Fodd bynnag, yn wahanol i'r patrwm a welir mewn ymchwil arall ar y digartref, roedd y cleifion yn mynychu'r apwyntiadau dilynol. Daw i'r casgliad mai'r rheswm dros hyn yw natur llai ffurfiol gofal deintyddol a'r trefniadau biwrocraidd a geir mewn mannau eraill. Ar ben hyn, er bod ansawdd yr amgylchoedd lle roedd yr uned symudol ar gyfer triniaeth ddeintyddol wedi ei leoli (seler mewn lloches i bobl ddigartref) yn cael eu hystyried yn annigonol ac amhriodol, credai Kippen fod llwyddiant y gwasanaeth yn bennaf yn ganlyniad i fynd ag ef allan i'r gymuned a'i fod ar gael yn ystod yr oriau pan fyddai'r lloches yn cael ei ddefnyddio gan bobl ddigartref.

I grynhoi, dyma'r rhwystrau a nodwyd y mae pobl ddigartref yn eu wynebu pan fo angen mynediad at ofal meddygol a chefnogaeth arnynt:

- 1) Gweithdrefnau biwrocraidd ffurfiol a gwasanaethau anhyblyg nad ydynt yn cyfateb i anghenion pobl ddigartref.
- 2) Agweddau negyddol tuag at bobl ddigartref gan staff rheng flaen ac aelodau'r cyhoedd a'r ofn o golli anhysbysedd.
- 3) Anwybodaeth ynghylch gwasanaethau yn y gymuned sydd ar gael eisoes.
- 4) Amharodrwydd ar ran rhai meddygfeydd Meddygon Teulu i drin pobl ddigartref.

Mae'n amlwg fod yna rwystrau sy'n atal pobl ddigartref rhag cael mynediad parod

at ofal meddygol a chefnogaeth. Canfyddiadau yw rhai ohonynt tra bo eraill yn rhai strwythurol. Beth bynnag fo'r achos, os yw anghenion ieuchyd pobl ddigartref i gael eu diwallu, mae angen iddynt wybod fod gofal a chefnogaeth meddygol yno ar eu cyfer a'i fod ar gael heb ragfarn. Fodd bynnag, tra bo rhwystrau yn bodoli mae nifer o enghreifftiau sy'n darlunio sut y gellir eu gorchfygu. Strategaethau cadarnhaol ac arfer da fydd canolbwynt yr adran nesaf.

Mae'r ymchwil yn nodi'n glir fod gwasanaethau sy'n cael eu darparu mewn modd hyblyg ac sy'n cydymdeimlo ag amgylchiadau pobl ddigartref yn effeithiol. Gwnaethpwyd hyn orau naill ai drwy leoli gwasanaethau mewn mannau y mae'n hysbys fod pobl ddigartref yn mynd iddynt (hosteli, llochesau nos, canolfannau galw i mewn) neu drwy ddarparu cyfleuster symudol fyddai hefyd yn cael ei leoli mewn safle perthnasol. Ar ben hyn, mae gwasanaethau llwyddiannus yn mabwysiadu polisïau agored a gweladwy parthed ymgynghoriadau.

Cyfeiria Gillis a Singer (1997) at brosiect oedd yn defnyddio tîm gyda dwy nyrs ymarferwr, gweithiwr cymdeithasol rhan amser a gweithiwr allanol *'who was formerly homeless'*. (ibid: 31) Os oedd angen gallent gysylltu â meddyg dros y ffôn. Roedd 70% o'r bobl oedd yn defnyddio'r gwasanaeth yn gwneud hynny heb apwyntiad a *'clients were served depending on the acuity of need rather than what time of day they arrived'*. (ibid: 32) Mae Morrow et al. (1992) yn sôn am ddull ychydig yn wahanol lle mae mynediad at wasanaethau meddygol yn rhan o gynghrair gyda phrosiect cymunedol sy'n darparu amrywiaeth o wasanaethau, megis prydau bwyd poeth, cynghori, cyngor ar dai a

chyfarwyddyd ar swyddi. Hyblygrwydd sy'n cael ei amlygu gan Crane a Warnes (2001a): *'The drop-in clinic was particularly valuable, for its unarranged appointment suited the residents [of the Lancefield Street hostel].'* Mae Crane a Warnes (2001b) hefyd yn canmol gwerth strategaethau estyn allan sy'n *'reach out to isolated people and provide services that are easily accessible'*. (ibid: 441)

Gwêl Kumar et al. (1995) fantais darpariaeth hyblyg wrth drin y diciâu. Awgrymant y dylai *'follow up and treatment'* gael ei *'improved by involving outreach community workers...'* (ibid: 633) Cynyddodd y defnydd o ofal deintyddol hefyd, gyda Kippen (1998) yn dadlau y byddai *'more flexible dental services would be better suited to the homeless population'* (ibid: 789). Daeth i'r casgliad hwn yn sgîl gwerthuso'r rhaglen syrjeri deintyddol tair awr gyda'r nos oedd yn digwydd yn y gymuned.

Felly lle mae gwasanaethau'n cael eu hintegreiddio gyda darpariaeth bresennol ar gyfer pobl ddigartref gan eu cyflwyno mewn modd hyblyg, ymddengys eu bod yn fwy llwyddiannus. Er hynny, mae angen gair o rybudd. Mae mwyafrif yr ymchwil wedi ei chynnal mewn prosiectau neu wasanaethau cymunedol sefydledig, megis hosteli neu lochesau nos. Mae'n eglur fod y bobl ddigartref hynny yn defnyddio gofal a chefnogaeth meddygol ond mae canfod y bobl ddigartref hynny nad ydynt yn defnyddio gwasanaethau o'r fath yn broblem. Dangoswyd ynghynt fod diffinio a chanfod y boblogaeth ddigartref yn llawn anawsterau felly rhaid gwneud tybiaethau ynghylch y rhai sy'n bennaf yn 'cysgu ar y stryd' ac yn 'symud ymlaen'. Un tybiaeth yw y gall fod y grŵp hwnnw yn defnyddio adrannau Damweiniau ac Achosion Brys ar gyfer eu triniaeth. Fel y dangosodd astudiaeth Little a Watson's (1996) roedd

63.9% o'r rhai oedd yn defnyddio A & E heb fod yn gwybod am wasanaethau yn y gymuned. Awn ymlaen i drafod sut y mae gwneud pobl ddigartref yn ymwybodol o'r gwasanaethau yn y gymuned.

Mae agweddau yn achosi cyfres o faterion arbennig o anodd. Mae'n gymharol syml i gynnwys hyfforddiant am ddigartrefedd mewn rhaglenni hyfforddi proffesiynol. Yn yr un modd, gellir gweithredu hyfforddiant mewn swydd am ymwybyddiaeth ymysg staff presennol, yn enwedig y rhai sy'n gweithio ar reng flaen cyflwyno gwasanaethau. Mae agweddau'r cyhoedd yn llai agored i newid gyda:

'the single homeless person subject to the constraints imposed upon them by a society that appears to have little commitment to ease their plight.' (Bunce 2000:45)

Awgryma hyn y bydd hi'n anoddach effeithio ar agweddau'r cyhoedd. Yn wir, yn wyneb portread negyddol pobl ddigartref byddai'n cymryd rhaglen sylweddol o addysgu'r cyhoedd er mwyn newid agweddau. Wedi dweud hynny, mae rhai camau y gellir eu cymryd.

Wrth wneud sylwadau am ddatblygiadau yn narpariaeth gofal iechyd cychwynnol ar gyfer pobl ddigartref, dadl Lester et al. (2002) yw:

'New services would need to be guided by the views of service users underpinned by training, for example, to dispel the persistent barrier-inducing myths of mobility and registration regulations...' (ibid: 91)

Mae Lester et al. (2002) yn amlygu'r angen i ddefnyddwyr gwasanaethau gael ymgyfranogi fel dull o liniaru rhagdybiaethau. Byddai hyn yn gam tuag

at alluogi pobl ddigartref i *'see a doctor who understands what it's like to be homeless'* (Shiner a Leddington 1991:23). Byddai hyfforddiant hefyd yn helpu:

'Health care providers to recognise and appreciate the lifestyle, beliefs, and adaptive attitudes of homeless youth, rather than labelling them as deviant.' (Ensign a Panke 2002:166)

Tra bod ymgyfranogiad defnyddwyr gwasanaethau wedi cael ei nodi fel rhywbeth dymunol, dylid bod yn ofalus rhag cymryd yn ganiataol y byddant yn dweud wrth weithwyr proffesiynol eraill beth y mae un grŵp o bobl broffesiynol sy'n 'ymwybodol o ddigartrefedd' yn teimlo y dylai eu cydweithwyr wybod. Un o'r ystyriaethau yw ffordd o fyw pobl ddigartref. Mae rhai pobl ddigartref yn byw mewn *'Hopelessness, also described as learned helplessness'*, fel y dywed Vance (1994:1378) parthed astudiaeth ar ddynion digartref hŷn. Ni ddylid ystyried pobl ddigartref fel grŵp homogenaidd. Fel y soniwyd uchod, maent yn grŵp amrywiol dros ben. Oherwydd hyn mae angen hwyluso profiadol a medrus wrth gael cyfranogiad defnyddwyr gwasanaeth i godi ymwybyddiaeth, ynghyd â chyllid i arfogi defnyddwyr gwasanaeth digartref i ddelio gyda'r gwahaniaeth mewn p_r y byddant yn dod ar ei draws.

Ni ellir cymryd yn ganiataol chwaith y bydd gan y defnyddwyr gwasanaeth yr un safbwynt â phobl broffesiynol. Fel y canfu astudiaeth Kneale a Kennedy's (2002):

'Although the service users' views of good practice could be divided into the same five categories as the service providers' views, their prioritising of these categories was rather different.' (ibid: 201)

Yn wir, un gwahaniaeth diddorol oedd bod defnyddwyr gwasanaethau wedi gosod cefnogaeth tai ar frig eu rhestr blaenoriaethau, tra bod staff yn gosod *'having non-judgmental staff'* ar frig eu rhestr hwy. Gellid casglu, o leiaf yn achos bobl ddigartref ifanc, os ydynt yn derbyn gwasanaeth o ansawdd da, eu bod yn llai pryderus ynghylch agwedd y bobl sy'n ei ddarparu. Tra bod hyn yn ymddangos ei fod yn gwrthddweud datganiadau blaenorol, gall fod oherwydd bod gan y staff oedd yn cynnig y gefnogaeth agweddau cadarnhaol tuag at ddefnyddwyr y gwasanaethau, nad oedd hyn i'w weld yn fater arwyddocaol iddynt hwy.

Roedd rhai pobl ddigartref yn ystyried yr ofn o golli ei anhysbysedd yn ffactor dros beidio â defnyddio gofal a chefnogaeth meddygol. Yn wyneb y lefel cyffredinol o ddiffyg ymddiriedaeth a fynegwyd yn llawer o'r ymchwil mae'n debyg mai'r ffordd orau i ddatrys yr ofn o golli anhysbysedd yw bod y bobl ddigartref yn credu y gallant ymddiried yn y bobl broffesiynol y maent yn ymgynghori â hwy. Byddai'n rhaid gwneud yn glir, fodd bynnag, nad yw anhysbysedd yr un peth â chyfrinachedd, a tra dylai gweithwyr proffesiynol fedru gwarantu cyfrinachedd, ni allant adael i'w hunain gyd-dwyllio mewn gweithredoedd anghyfreithlon. Mae angen i weithwyr iechyd a gofal cymdeithasol felly fod yn glir ynghylch eu ffiniau proffesiynol eu hunain gan sicrhau bod y defnyddwyr gwasanaeth yr un mor glir ynghylch ffiniau rôl y gweithiwr wrth iddynt sefydlu perthynas gyda hwy.

Syndod efallai yw'r ffaith fod diffyg ymchwil ar sut y mae pobl ddigartref yn dod i wybod am ofal a chefnogaeth meddygol. Gan fod y rhan fwyaf o wasanaethau 'allanol' wedi eu lleoli mewn

sefydliadau adeiliedig, gellir cymryd yn ganiataol fod y bobl hynny sy'n eu defnyddio yn cael gwybod am y gwasanaethau gan bobl eraill yn yr adeilad. Gellir ymhlygu eu bod, o bosibl, yn trosglwyddo'r wybodaeth ymlaen i bobl ddigartref eraill y maent yn siarad â hwy. Fodd bynnag, mae hyn yn ymddangos yn rhyw ddull hap a damwain o daenu gwybodaeth felly mae lle i wneud ymchwil benodol yn canolbwyntio ar y mater o roi hysbysrwydd am wasanaethau i bobl ddigartref sydd ar ymylon cymdeithas.

Nid yw'r llenyddiaeth yn cynnig rhyw lawer o strategaethau ynghylch mynd i'r afael ag amharodrwydd llawer o Feddygon Teulu i gofrestru neu i drin pobl ddigartref. Tra bod y llenyddiaeth a adolygwyd uchod yn nodi'n eglur yr amharodrwydd hwn fe geir cydsyniad ymhlygedig gyda'r sefyllfa fel ag y mae. Caiff hyn ei gyfleu trwy gyfrwng ymhlgyiad anghanfyddadwy bron iawn bod gan Feddygon Teulu rwymedigaeth foesol i drin pawb ac os nad ydynt yn dewis gweithredu'n foesol yna bod angen i agweddau newid. Byddai strategaethau i ymgodymu gydag agweddau felly yn mynd i'r afael â'r dystiolaeth yn y llenyddiaeth sy'n dangos mai agwedd negyddol a geir yn gyffredinol ymysg Meddygon Teulu tuag at pobl ddigartref. Serch hynny, mae dwy strategaeth yn dod i'r amlwg, ar wahân i adeiladu ymwybyddiaeth cyffredinol.

Y strategaeth gyntaf yw'r cysyniad o 'gymhelliannau'. Daeth Wood et al. (1997) i'r casgliad hwn:

'The study has highlighted a need for government to consider providing incentives to GPs to register homeless people without resulting in adverse effects on their contract targets.' (ibid: 292)

Mae Crane a Warnes (2001a) yn mynd gam ymhellach ac yn awgrymu y dylai recriwtio fod yn ffocws:

'The recruitment of GPs and other health care staff to work with marginalized client groups should be encouraged through incentives, training and realistic target setting...' (ibid: 275)

Awgrymir model gwahanol, ond sydd hefyd yn dibynnu ar adnoddau ychwanegol, gan Lester et al. (2002):

'A better model might be inclusive service provision that combines specialised and mainstream primary care services.' (ibid: 91)

Gwelant hwn fel model 'argyfwng' lle mae tîm arbenigol yn delio gydag anghenion enbyd argyfyngus person digartref ac yna bydd y claf digartref yn cael ei g/alluogi i gofrestru yn barhaol gyda meddygfa brif ffrwd.

Ar sail yr uchod, byddai'n ymddangos os yw bobl ddigartref am dderbyn y gofal meddygol cychwynnol y mae ganddynt hawl iddo, yna bydd rhaid perswadio Meddygon Teulu drwy 'gymhelliannau'. Wedi dweud hynny, mae'n anhebygol y byddai pobl ddigartref yn pryderu ynghylch natur y cymhelliant y tu cefn i'w triniaeth, cyn belled â'u bod yn derbyn gwasanaeth di-ragfarn sy'n cwrdd â'u hanghenion.

Ar sail yr uchod eto, gellir dod i'r casgliad bod tystiolaeth ar arfer da a strategaethau i

wella mynediad yn ymddangos yn ddigonol i lywio llunio polisïau, o leiaf ar y lefel macro. Er hynny, mae un agwedd olaf i'w ystyried. Hynny yw, sut y bydd gwasanaethau yn cael eu cydgysylltu yn lleol a phwy ddylai fod â'r cyfrifoldeb dros hynny?

Mae corff o dystiolaeth o fewn y llenyddiaeth sy'n awgrymu mai'r sector gwirfoddol sydd yn y sefyllfa orau i wneud hyn. Dywed Crane a Warnes (2001b), er enghraifft, bod mudiadau gwirfoddol wedi *'become the leading providers of services to the single homeless.'* (ibid: 442) o ganlyniad i bolisïau cyllido llywodraeth ganolog. Daw astudiaeth Fleming (2000) ar waith tri phrosiect gan y sector gwirfoddol ar gyfer pobl ddigartref ifanc i'r casgliad fod gallu mudiadau'r sector gwirfoddol i ddefnyddio dulliau hyblyg ac arloesol yn eu gwaith yn golygu y gall eu gwasanaethau ymateb yn fwy hyblyg na gwasanaethau cymdeithasol statudol i anghenion pobl ddigartref ifanc.

Mae consensws yn y llenyddiaeth hefyd mai gwaith aml-ddisgyblaethol, aml-broffesiynol ac aml-asiantaethol, wedi ei wneud mewn modd cydgysylltiedig a chydweithredol, sy'n arwain at y deilliannau gorau. Gan fod gan y sector gwirfoddol lai o fuddsoddiad mewn statws proffesiynol a'i fod yn llai caeth i bartrymau anhyblyg darparu gwasanaethau mae lle i ystyried sut y gellir defnyddio'r arbenigedd honno a'r nodweddion hynny wrth ddarparu gwasanaethau yn y dyfodol.

4. Gofal a Chefnogaeth a Digartrefedd

Anghenion gofal cymdeithasol pobl ddigartref

Gellir diffinio cefnogaeth gymdeithasol yn eang i gynnwys:

- Darparu a chyflwyno gwybodaeth ar ystod o bynciau, e.e. budd-daliadau lles, tai a ffynonellau cymorth a chefnogaeth.
- Dadleuwriaeth a chynghori.
- Hyfforddiant – mewn sgiliau bywyd er enghraifft.
- Mentora a chefnogaeth unigol.

Dywed Mullan (2001: 39) fod: *'Research has shown that a lack of support services, being unprepared to move on, poverty, isolation, lack of access to alternative housing options, not being receptive to support, drug or alcohol addiction and/or mental health problems can lead to tenancy breakdown. All of these barriers can be tackled through adequate provision of resettlement services and community care support, but provision remains inadequate.'*

Fel y byddai rhywun yn disgwyl, mae nifer o astudiaethau yn canfod fod llwyddiant person digartref wrth gael mynediad at ystod o wasanaethau yn gysylltiedig â lefel y gefnogaeth gymdeithasol sydd ganddynt (er enghraifft, Lam a Rosenheck, 1999 – ar gyfer pobl sydd ag afiechyd meddyliol difrifol). Ar y llaw arall, gall lefel y gefnogaeth gymdeithasol sydd ar gael i berson digartref oleddfu effaith eu digartrefedd arnynt, gan leihau, o bosibl, y brys ynghylch eu hangen am gymorth ffurfiol (Buckner et al., 1999). Awgryma rhai astudiaethau y gall mynediad at rai gwasanaethau, megis atal cenhedlu (Wenzel et al., 2001b) a thai (Robinson, 1998), fod yn anoddach i'r rhai sydd â

phroblemau iechyd mwy difrifol. Gall gwasanaethau mewn ysgolion fod o fudd i iechyd pobl ifanc sy'n ddigartref neu mewn perygl o fod yn ddigartref (Nabors et al., 2001). Gyda golwg ar y mater o ryddhau cleifion o ysbyty seiciatryddol, awgryma Craig a Timms (1992) mai'r hyn sy'n bwysig wrth achosi digartrefedd yw nid yr amgylchiadau o gwmpas y rhyddhau ei hun ond y ddarpariaeth o ofal tymor hir yn y gymuned. Canfu Bines (1994) fod canran uchel o bobl ddigartref oedd wedi aros mewn ysbyty seiciatrig wedi bod mewn sefydliad arall rywbyrd yn ystod eu bywydau – yn neilltuol mewn carchar neu ganolfan remand (chwarter y bobl mewn hostel neu lety gwely a brecwast a chwech o bob deg person oedd yn cysgu ar y stryd). Daeth Bines (1997: 141) i'r casgliad hw: *'These findings suggest that many single homeless people are trapped in a "revolving door" of homelessness, crime and mental illness.'*

Yn gyffredinol, mae bywyd anhrefnus nifer o bobl ddigartref yn creu angen amlwg am gefnogaeth sy'n hyblyg ac yn symudol, ond mae cefnogaeth o'r fath yn ddiffygiol ar y cyfan (Fitzpatrick, 2000). Gall tai diogel a phrosiectau stryd estyn a helpu pobl ifanc sydd wedi rhedeg i ffwrdd ond mae'r rhain yn gyfyngedig (ac yn gynyddol felly o bosibl, gan fod tri allan o bedwar lloches gwirfoddol Lloegr ar gyfer plant sydd wedi rhedeg i ffwrdd ac sy'n derbyn plant dan 16 oed wedi eu cau yn ddiweddar oherwydd diffyg arian – Rickford, 2001, ac nid oes un lloches fel hyn yng Nghymru), ac mae angen am rwydwaith o ddarpariaeth ar draws y DU (Barter et al., 1996). Mae'r deilliannau mwyaf cadarnhaol yn gysylltiedig â chynnal cysylltiad gyda staff y mae'r bobl yn ymddiried ynddynt mewn canolfan ddiogel

(Craig et al., 1996), a chaniatáu datblygu rhagor o annibyniaeth tra'n darparu cefnogaeth lle bo angen (Pleace a Quilgars, 1999). Dywed Mullan (2001: 42) fod: *'Research has found that [floating support] schemes have been successful at providing housing and resettlement support to encourage independent living skills, but the range of services provided were less successful in meeting emotional needs and providing support to help people overcome isolation, loneliness and boredom. Floating support services have been found to be much cheaper to run than hostels etc but evidence on their long term effectiveness remains limited.'*

Mae Stevens (2002) yn darparu crynodeb defnyddiol o angen pobl ifanc am gefnogaeth gymdeithasol:

'Despite housing long being identified as a pre-requisite for good health' (Lilley, 2000), 'a roof is not always the whole solution and can actually serve to exacerbate underlying problems' (Fitzpatrick, 2000). 'Staying with friends and partners is not always a safe alternative to the street as violence, abuse, and victimisation may occur there' (Barter et al., 1996). 'Loss of tenancies, further homelessness or use of insecure housing will not be avoided unless financial and emotional security are addressed' (Coles, 2000). 'Ongoing social support from both lay and professional sources also has proven benefits in reducing psychiatric morbidity. Without this support, young people are likely to become more isolated and vulnerable to distress' (Mind, 2000). 'Research shows, however, that they can often find they are pushed from one service to another without receiving adequate help' (Shelter, 2000). (Stevens, 2002: 23, 31, 42)

Mae Pleace et al. (2000) wedi nodi fod gan ganolfannau dydd a mannau galw i mewn rôl bwysig i'w cyfrannu wrth ddarparu gwasanaethau iechyd wedi eu targedu yn y

lleoliad hwnnw neu wrth alluogi defnyddwyr i gael mynediad at wasanaethau GIG prif ffrwd (dyfynnwyd yn Mullan, 2001: 37). Dywed Mullan (2001: 41) fod dros 25 o o ganolfannau dydd ar gael i bobl ddigartref yn y DU: *'Typically they comprise an "open-door" building based facility, and offer a wide variety of services such as support, advice, practical help, facilities, food and somewhere warm to shelter and socialise. Many have adopted proactive approaches beyond the provision of food and shelter to providing medical services and advice. They serve a valuable role in bringing marginalized homeless, particularly older single homeless, who tend to be chronically homeless, fiercely independent and quite streetwise, into contact with services.'* Mae Mullan (2001: 40, yn dyfynnu Dant a Deacon, 1989, a Vincent et al., 1993, 1995) yn adrodd fod: *'Studies of resettlement have shown that having something to do and a purpose to each day is fundamental to the successful rehousing of former rough sleepers.'*

Ansawdd gwasanaethau cefnogi ar gyfer pobl ddigartref

Mae angen am gefnogaeth felly wedi cael ei amlygu yn y llenyddiaeth fel prif ddull o atal, datrys neu leddfu digartrefedd a'i effeithiau.

Mae nifer fawr o'r astudiaethau ar ddigartrefedd ac iechyd yn ystyried y gwasanaethau sy'n cael eu darparu ar gyfer pobl ddigartref, yn nodweddiadol gyda golwg ar asesu effeithlonrwydd gwasanaethau o'r fath. Mae'r astudiaethau mwyaf cyffredin o'r math hwn yn edrych ar ymyriadau clinigol (gan seiciatryddion yn bennaf) i fynd i'r afael â phroblemau iechyd meddwl pobl ddigartref (Schnabel, 1992; Poirier et al., 2000; Denoncourt et al., 2000; Thibaut a Fortier, 2000). Mae eraill yn rhoi sylw i'r rôl y mae pobl broffesiynol yn ei chyflawni,

megis therapyddion galwedigaethol (Tryssenaar et al., 2000) ac ymwelwyr iechyd (Walters, 1999). Daw'r rhan fwyaf o astudiaethau i'r casgliad fod gan asiantaethau iechyd meddwl effaith gadarnhaol ar amgylchiadau cymdeithasol pobl sydd â phroblemau iechyd meddwl, er enghraifft drwy wella eu hopsiynau lleoliad (Mosher Ashley et al., 2000) a gwella ansawdd eu bywyd yn fwy cyffredinol (Poirier et al., 2000). Mae Gale a Holling (2001) yn dadlau fod gweithgaredd iechyd meddwl *'most effective when it intervenes at a number of different life-stages, at a number of different times and at a number of different levels'*. Pan fydd problem iechyd gwirioneddol yn ymddangos, y cynharaf y bydd yr ymyriad yn digwydd, y mwyaf llesol y mae'n debyg o fod a'r lleiaf difrifol y mae'r broblem yn debyg o fod (Young Minds, 1998). Fodd bynnag, mae problemau yn gysylltiedig â'r stigma sydd ynghlwm wrth ddiagnosis o salwch meddwl, sy'n arwain at anawsterau cynyddol i gael mynediad at lety diogel a 'gwahaniaethu cudd' o fewn y gwasanaeth gofal iechyd (McCabe et al., 1998).

Mae Pleace a Quilgars (1997: 153) yn dadlau fod: *'The main impact, the unique impact, of homelessness on health in the United Kingdom is that it restricts or even prevents access to health services.'* Er enghraifft, canfu Bines (1994) fod llai na thraean o bobl ddigartref sengl gyda phroblemau iechyd meddwl yn derbyn unrhyw driniaeth am eu cyflwr. Mae astudiaethau yn Llundain (Hinton 1992, 1994) wedi dangos lefelau isel o gofrestru gyda Meddygon Teulu (60% o bobl sy'n cysgu ar y stryd o gymharu â 98-99% o'r boblogaeth yn gyffredinol). Canfu Pleace a Quilgars (1996) ei bod hi'n aml yn anodd i bobl sy'n cysgu ar y stryd gael mynediad at Feddygon Teulu, yn enwedig os oedd ganddynt ddibyniaeth ar gyffur neu

alcohol. Dywed Mullan (2001: 36, yn dyfynnu Pleace, 1995; Pleace et al., 2000; a Hinton, 1994) fod *'research has found evidence of prejudice against, suspicion of and some reluctance to work with homeless people among health professionals'*. Mewn ysbytai yn Llundain yn enwedig, mae agwedd staff tuag at bobl ddigartref a'r ddarpariaeth gwasanaeth ar gyfer pobl ddigartref wedi cael eu beirniadu o bryd i'w gilydd. Mae peth tystiolaeth y gall pobl ddigartref ifanc gael eu cadw'n aros yn hirach na chleifion eraill, bod y driniaeth y maent yn ei derbyn y gallu bod yn fryslog a bod trefniadau dilyn ymlaen a rhyddhau yn aml yn annigonol (Martin et al., 1992; Hinton, 1994; Pleace a Quilgars, 1996). Canfu un astudiaeth gymharol oedd yn edrych ar dderbyn plant digartref a phlant â chartref fel cleifion mewnol fod plant digartref oedd yn cael eu derbyn i un ysbyty yn Llundain ar y cyfan yn dioddef salwch llai difrifol na'r plant oedd â chartref, ond fod penderfyniadau i'w derbyn yn cael eu gwneud oherwydd bod ffactorau cymdeithasol (sef bod yn ddigartref) yn cael eu hystyried yn rhywbeth allai danseilio'r siawns o wella pe na byddai'r plant yn cael eu derbyn (Lissauer et al., 1993).

Canfu Crane a Warnes (2001) fod gwasanaethau oedd eisoes ar gael wedi datblygu naill ai fel ymateb i ganfyddiad o angen gan unigolion neu sefydliadau, neu fel rhan o raglenni eang gan y llywodraeth (megis RSI), ond byth fel rhan o gynllun strategol cyffredinol. Nodwyd fod dosbarthiad gwasanaethau yn ad hoc, gyda bron i ddwy ran o dair o'r cyfleusterau (canolfannau dydd a hosteli cam cyntaf) i'w cael mewn pum bwrdeistref cyfagos yn Llundain fewnol, tra bod deuddeg bwrdeistref yn Llundain heb yr un ohonynt. Nodwyd canolfannau dydd yn enwedig fel y lleiaf strwythuredig o'r gwasanaethau i'r

digartref, a'u rôl hwy a phwy y dylent fod yn ei helpu oedd wedi eu diffinio waethaf.

Mae nifer o faterion yn codi o'r ymchwil sy'n arwyddo methiannau mewn gwasanaethau cefnogi. Noda Reid a Klee (1999) yr ofn sydd gan pobl ifanc ddigartref o gael eu gwrthnodi fel rhwystr yn erbyn mynd at wasanaethau sy'n cael eu darparu gan fudiadau gwirfoddol. Daeth Pleace (<http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/housing/h153.asp>) i'r casgliad nad oedd anghenion pobl ddigartref heb fod yn ymwneud â thai yn cael eu cwrdd. Canfu Smith et al. (1998) fod gan y gefnogaeth yr oedd pobl ddigartref ifanc yn ei derbyn gan eu teuluoedd ddylanwad economaidd-gymdeithasol gref gyda phobl ifanc o deuluoedd yn byw ar stadau tai awdurdodau lleol yn cael eu cynrychioli'n anghyfartal ymhlith y bobl ddigartref yn y sampl. Sefydlodd Jones a Higate (1999) y ffaith os nad oedd strategaeth ar gyfer digartrefedd ar gael yna roedd gwasanaethau yn llai effeithlon. Nododd Crane a Warnes (2001b) wendid strwythurol drwy amlygu thema sy'n codi dro ar ôl tro:

'None of the generalist welfare agencies have a duty to seek out those who do not present. As a result, single homeless people fall between the housing, health and social services and amass exceptional unmet needs.' (ibid: 436)

Mae ymchwil yn awgrymu fod y gwahanol asiantaethau sydd wedi cael y cyfrifoldeb o gwrdd ag anghenion pobl ddigartref yn euog o beidio â gweithio gyda'i gilydd gan olygu: *'Often, different agencies could make matters worse by providing conflicting information.'* (Reid a Klee 1999:22)

Mae dysgu am wasanaethau cefnogi hefyd yn bwynt pwysig ar gyfer pobl ddigartref. Ni cheir fawr o awgrym yn y llenyddiaeth fod asiantaethau yn hyrwyddo neu'n rhoi cyhoeddusrwydd i'w gwasanaethau. Cesglir gwybodaeth yn bennaf wrth i bobl ddigartref rannu eu gwybodaeth gyda'i gilydd, felly mae'r rhai sydd wedi bod yn ddigartref am gryn amser yn casglu gwybodaeth am gefnogaeth a lle y gellir ei gael. Canfu Ahmed a Steele (2002) nad oedd hyn yn helpu teuluoedd oedd yn dod yn ddigartref, na'r rhai nad oedd heb do uwch eu pennau, gan nad oeddynt yn mynychu hosteli, llochesau neu gyfleusterau galw i mewn.

Ar sail yr uchod mae'n amlwg fod gwasanaethau cefnogi yn dioddef o'r canlynol:

1. Diffyg cydlynid.
2. Dulliau anhyblyg, nad ydynt yn ymateb i anghenion pob person digartref.
3. Ymwybyddiaeth gyfyngedig ymysg pobl ddigartref.
4. Record wael o fynd â'u gwasanaethau at y bobl sydd eu hangen.
5. Diffyg cynlluniau strategol wedi eu cynllunio i fynd i'r afael â digartrefedd.
6. Delwedd sy'n cymell ofn cael eu gwrthnodi ymysg nifer o bobl ddigartref.

Mae'r uchod wedi amlygu diffygion fel y cawsant eu nodi yn y llenyddiaeth. Serch hynny, ni ddylid cymryd hyn i awgrymu fod y llenyddiaeth yn llethol o negyddol. Yn wir, mae'r llenyddiaeth yn cynnwys argymhellion ar gyfer darparu gwsanaethau

cefnogi, sy'n tystio i unfrydedd ynghylch sut y gellir darparu gwasanaethau. Mae hyn yn cyferbynnu gyda'r natur ddarniog sydd i'w chanfod mewn darpariaeth gwasanaeth.

Ansawdd gwasanaethau cefnogi sy'n ymwneud â thai

Yn gyffredinol, gellid dadlau fod:

'The provision of stable accommodation should have two principal effects on the health of homeless people; firstly, to improve their health status because of the reduced risk of illnesses associated with street or hostel living; and secondly, to improve access to health care by removing the barriers imposed by having no fixed abode.' (Connelly a Crown, 1994)

Mae nifer o astudiaethau wedi ystyried y berthynas rhwng iechyd a byw mewn mathau o lety dros dro megis hosteli a gwestai gwely a brecwast. Noda Hutson (1999: 210) mai ymwelwyr iechyd leisiodd bryderon gyntaf am yr effaith y mae byw mewn llety o'r fath yn gallu ei gael ar iechyd. Cafwyd adroddiadau am hanes iechyd gwael ymysg plant a mamau dan amodau llety cyfyng (Drennan a Stearn, 1986) ac o lefelau heintiad uchel ymysg plant sy'n gorfod rhannu cyfleusterau ymolchi. Roedd pryder hefyd ynghylch cyfraddau uchel o ddamweiniau ymysg plant ac oedi yng nghynnydd eu datblygiad. Mewn hosteli, cafwyd adroddiadau am ymddygiad treisiol cyson, meddwdod a delio mewn cyffuriau (Hutson a Liddiard, 1994; Pleace, 1995). Awgryma Pleace (1995) bod digwyddiadau mawr, er efallai bod misoedd rhyngddynt a'i gilydd, yn cael eu cofio a'u bod yn troi'n straeon gaiff eu hailadrodd dro ar ôl tro. Gall straeon o'r fath, wedi eu cyfuno gyda sŷn parhaus a chamdriniaeth geiriol hosteli, eu gwneud yn fannau bygythiol i fyw ynddynt. Mewn hosteli i fenywod yn unig,

tuedda'r trais i ddod i mewn o'r tu allan, gyda phartneriaid gwryw yn torri i mewn neu'n bygwth staff wrth iddynt adael. Dywed Pleace (1995: 26)

'When individuals in distress did not direct violence at either themselves or other people in the hostel, it was quite frequently the case that they would smash fixtures and fittings.'

Mae astudiaethau eraill o hosteli lle mae poblogaeth hŷn, mwy arhosol yn preswyllo, wedi canfod eu bod yn amgylcheddoedd mwy cysurus, gyda lefel uwch o fodlonrwydd ymysg y trigolion (Duncan et al., 1983; Garside et al., 1990; Thomas a Niner, 1989; Kemp a Rhodes, 1994; Dix, 1995). Yn ei hadolygiad o'r llenyddiaeth yn y maes hwn, fodd bynnag, daeth Hutson (1999: 222) i'r casgliad hwn:

'A predominant theme which runs through all the accounts presented here is of the dangers of temporary accommodation. These dangers, particularly acute in hostels, come from the shared aspect of living and fears of mixing with others who are not known. These dangers can continue in shared accommodation even when conditions are much improved.'

Daeth Styron et al. (2000) i'r casgliad fod afiechyd ymysg pobl ddiggartref sy'n byw mewn llety dros dro yn perthyn fwy i ansawdd y llety cysgodol oedd ar gael nag unrhyw factor arall. Canfu Allgood et al. (1997) fod hyd arhosiad mewn llety dros dro yn fwyaf cysylltiedig â ffactorau megis afiechyd wrth fynd i mewn i lety o'r fath, rhyddhau o sefydliad yn ddiweddar, digartrefedd a achoswyd gan argyfwng teuluol, ac oedran y person digartref.

Dywed Mullan (2001: 37): *'although there is a disproportionate prevalence of mental health problems and chemical dependencies among rough sleepers many direct access hostels*

specifically exclude those with chemical dependencies or other support needs'. Noda Adamczuk (2000, dyfynnwyd yn Adamczuk, 2001: 24), fodd bynnag mai prin yw'r dystiolaeth uniongyrchol i ddangos fod gan hosteli unrhyw effaith ar gyfyngu camddefnyddio cyffuriau. Er bod cryn amrywiaeth yng nghyffredinrwydd defnyddio cyffuriau anghyfreithlon o un math o hostel i'r llall, ymddengys mai canlyniad trefniadau mynediad a'r math o gleientiaid yw hyn yn hytrach nag ymyriad ymddygiadol neu feini prawf mynediad i hostel (Clark, 2000). Canfu Craig et al. (1998) fod camddefnyddio cyffuriau a dibyniaeth yn cynyddu mewn gwirionedd po hiraf a dreulir mewn hostel. Noda Adamczuk (2001: 26) hefyd:

'Positive health campaigns have not yet begun to penetrate the hostel sector. Evidence presented indicates that substance use has intensified in recent years for young men and young women in residence. The picture outside the hostel is much bleaker and it is incumbent on the voluntary agencies to maximise their influence to reduce substance abuse. Essentially the task involves multi-agency working across the continuum of support including social care, health education and training to reinforce the message.'

Cadarnhaodd canfyddiadau CRASH (2002) sylwadau Crane a Warnes (2001) nad yw gwasanaethau yn effeithlon wrth helpu menywod ag afiechyd meddwl sy'n cysgu ar y stryd na menywod digartref ifanc sydd â phroblemau iechyd meddwl a/neu gamddefnyddio sylweddau i gael eu hailsefydlu mewn niferoedd arwyddocaol. Yn ystod yr 20 mis oedd dan sylw yn yr arolwg, defnyddiodd 1,251 o unigolion y llochesau, pob un ohonynt wedi cael eu cyfeirio gan y Tîm Cyswllt ac Asesu. Roedd 827 ohonynt (47%) wedi bod yn cysgu ar y stryd am o leiaf ddwy flynedd, a symudodd 48% ohonynt i ffwrdd o'r stryd,

i mewn i hosteli yn bennaf. Er hynny, mae prinder llety fforddiadwy gyda chefnogaeth lle gall trigolion hosteli symud iddo, ac mae angen lefelau cefnogaeth uchel ar y mwyafrif ohonynt er mwyn llwyddo i gynnal tenantiaeth annibynnol lwyddiannus.

Er gwaethaf yr holl broblemau gyda llety dros dro a ddisgrifiwyd uchod, mae ymchwil wedi dangos yr angen parhaus am lety mynediad uniongyrchol ac mae'n herio'r dybiaeth y dylid ystyried llety annibynnol neu leoliadau hostel llai bob amser yn fwy priodol na hosteli bach.(Vincent et al., 1995, dyfynnwyd yn Mullan, 2001: 39).

Yn nhermau mynediad at wasanaethau o bob math, mae ymchwil felly yn dangos fod digartrefedd yn gweithredu fel anfantais fawr. Tuedda gwasanaethau iechyd, gwasanaethau cymdeithasol, gwasanaethau gofal dydd, gwasanaethau tai, hosteli a.y.y.b. i gael eu trefnu mewn ffyrdd sy'n ei gwneud hi'n anoddach i bobl ddigartref eu defnyddio o'u cymharu â phobl mewn tai. Yn gyffredinol, mae darpariaeth gwasanaethau wedi ei drefnu'n anstrategol ac yn ad hoc, ac nid yw'r gwahanol wasanaethau sy'n darparu ar gyfer pobl ddigartref wedi eu cydlynu gyda'i gilydd. Yn aml nid yw darparwyr gwasanaeth yn ymwybodol o anghenion pobl ddigartref, ac yn aml nid yw pobl ddigartref yn gwybod am fodolaeth gwasanaethau perthnasol na sut i gysylltu â hwy. Mae peth ymchwil wedi dangos fod rhai mathau o ddarpariaeth gwasanaeth ar gyfer pobl ddigartref, megis hosteli a gwestai gwely a brecwast, yn gallu bod yn niweidiol i iechyd a diogelwch pobl ddigartref ynddynt eu hunain – e.e. oherwydd taenu clefydau heintus, bygythiad o drais a'r temtasiwn o ddefnyddio cyffuriau anghyfreithlon.

Strategaethau i wella gwasanaethau cefnogi ar gyfer pobl ddiggartref

Ar ôl amlinellu'r methiannau mewn gwasanaethau, gellid awgrymu fod gwella gwasanaethau yn fater syml o gywiro'r methiannau hyn. Byddai perygl yn hynny, fodd bynnag, i or-symleiddio'r mater gan fethu elfen hanfodol sydd wedi ei ganfod yn anhepgor wrth gynllunio gwasanaethau yn llwyddiannus, sef barn defnyddwyr y gwasanaethau. Dadl Lindsey (2000), yn dilyn ei hastudiaeth gyda mamau sengl, yw bod '*Clients are experts on their own lives,*' (ibid: 67) Felly byddai cynllunio gwasanaethau sy'n anwybyddu'r farn 'arbenigol' hon yn gallu arwain at fethiant. Yn wir, mae llawer o'r llenyddiaeth y cyfeirir ati yn yr adran hon yn seiliedig ar astudiaethau ymchwil sydd wedi cywain barn defnyddwyr gwasanaeth diggartref, gan roi dilysrwydd i'r casgliadau o'r herwydd.

Ar y sail hon mae'n bosibl canfod dwy elfen allweddol fydd yn hanfodol er mwyn cael gwasanaethau cefnogi effeithlon: hyblygrwydd a chydlyniaid. Sefydlodd McCabe et al. (1998):

'Young people felt it was important that resettlement services could offer a range of options in support after leaving hostels/supported accommodation.' (ibid: 17)

Mae hon yn thema sy'n cael ei chadarnhau gan astudiaeth Fleming (2000), lle nododd hithau bum 'edefyn' cefnogaeth: cysylltiad parhaus; cefnogaeth ymarferol; amser a chefnogaeth i ddatblygu sgiliau cymdeithasol a sgiliau byw; dadleuwriaeth; a gwaith grŵp. (ibid: 54)

Nodir nifer o strategaethau ar gyfer cyflawni'r uchod yn y llenyddiaeth. Un awgrym gan Ahmed a Steele (2002) yw 'tŷ hanner ffordd' lle gellir darparu sgiliau byw

ac 'elfen o gefnogaeth' (adran 3.9). Mae Valios (2000) yn adrodd am strategaeth i gwrdd ag anghenion bobl ifanc sy'n gadael gofal. Mae'n canmol nodweddion partneriaeth rhwng Cyngor Wakefield ac elusen Barnardo, sydd wedi creu 'cynllun gadael gofal' sy'n cynnig nifer o'r elfennau uchod mewn modd hyblyg. Canfu Jones a Higate (1999) fod '*The majority of service users were in favour of the provision of day services for people in housing need.*' (ibid: 43) Canfu astudiaeth Reid a Klee ym Manceinion Fwyaf (1999) fod 'gwaith ar y stryd' yn effeithlon dros ben wrth ddarparu cefnogaeth a dod â gwasanaethau i sylw pobl ddiggartref sy'n cysgu ar y stryd.

Adrodda Mullan (2001: 38) ar gynlluniau cyntedd, '*while supporters argue that their value lies in their holistic approach to addressing young people's housing and employment needs, their value has yet to be established and their continued expansion carries far from unanimous support. However, evaluators have been positive, finding them to be successful in assisting more disadvantaged young people to compete for existing employment and housing opportunities*'.

Mae'r uchod yn arwyddo at ystod o opsiynau sy'n ymwneud â chyflwyno gwasanaethau. Er enghraifft, wrth siarad am dai, dywed Mullan (2001: 39): '*Overall, there needs to be a range of accommodation options: emergency shelters, direct-access hostels – small and medium-sized; small HMOs, bedsits, general "second-stage" supported housing, and "second-stage" supported housing for "vulnerable" homeless; finally, long-term housing to reflect the needs and budgets of family and single homeless*'.

Nid yw darparu ystod o dai ac opsiynau eraill, fodd bynnag, ynddo'i hun yn mynd i'r afael â'r broblem endemig a amlygwyd trwy gydol yr adolygiad hwn, sef natur

dameidiog ac anghydlynol y gwasanaethau. Mae llawer o'r llenyddiaeth yn arwyddo'r angen am gydlynu gwasanaethau (Ahmed a Steele, 2002; Jones a Higate, 1999; Reid a Klee, 1999; Sainsbury a Oldman, 2002). Serch hynny, er bod hyn yn canmol manteision 'gwasanaethau cydgysylltiedig', nid yw'n cynnig strategaeth ar gyfer eu cyflawni.

Nododd Bunnin et al. (1992) fod rhychwant enfawr o asiantaethau yn darparu gwasanaethau yn Llundain gan ei gwneud hi'n anodd dros ben i ddatblygu strategaeth ar gyfer y brifddinas gyfan. Serch hynny, fe nodwyd ganddynt fod strategaethau lleol yn effeithlon ac y gallai hyn awgrymu ffordd ymlaen yn y cydestun cenedlaethol. Mae Crane a Warnes (2001b), er nad ydynt yn awgrymu yn benodol y dylid cydlynu gwasanaethau, yn cynnig peth cyfarwyddyd:

'Clear referral pathways also need to be established between voluntary organisations and statutory health, social service and mental health providers.' (ibid: 442-3)

Un enghraifft o ymateb cydlynol, rhyngasiantaethol i anghenion pobl ddigartref ifanc yw menter 'Un Drws' Swyddfa'r Alban (Hunter et al., 2001, ddyfynnwyd yn Mullan, 2001: 43). Arweiniodd partneriaethau anffurfiol ymhlith yr asiantaethau digartrefedd at nifer o ddatblygiadau ymarferol, yn cynnwys cynhyrchu offer asesu ymarferol i'w ddefnyddio gan ystod o asiantaethau. Adroddodd y rhan fwyaf o bobl ifanc gafodd eu cyfweld flwyddyn ar ôl derbyn cefnogaeth gan y fenter eu bod wedi profi newidiadau personol cadarnhaol ac wedi dod o hyd i lety sefydlog.

Mae'r llenyddiaeth felly yn amlygu nifer o ffyrdd gwahanol o ddarparu gwasanaethau hyblyg a chydlynol ar gyfer pobl ddigartref, yn berthnasol i'r amrywiaeth eang o anghenion a nodwyd yn adrannau cynharach yr adroddiad hwn. Mae'n debyg fod hyblygrwydd yn fwy pwysig, yn yr ystyr fod angen i wasanaethau gael eu teilwra i gwrdd ag anghenion pobl ddigartref unigol, ac mae'r llenyddiaeth hefyd yn awgrymu mai trwy gyfrwng strategaethau lleol eglur y gellir cyflawni'r cydlynu hwn yn fwyaf effeithlon ac effeithiol.

5. Casgliadau ac argymhellion

Mae'r adolygiad hwn o lenyddiaeth ymchwil sy'n ymwneud â phobl ddigartref a'u mynediad at wasanaethau meddygol, gofal a chefnogi wedi canfod nifer o faterion, sef:

1. Mae pobl ddigartref yn grŵp heterogenaidd gydag anghenion amrywiol a chymhleth.
2. Mae'r diffiniad o ddigartrefedd yn cynnwys pobl sy'n byw mewn amryw o wahanol amgylchiadau. Efallai bod rhai yn 'cysgu ar y stryd' tra bod eraill yn byw mewn llety gwely a brecwast o bosibl. Oherwydd hyn, ni ddylid synied bod digartrefedd yn gyfystyr â bod heb do uwch eu pen..
3. Cymhlethir anghenion meddygol, gofal a chefnogaeth pobl ddigartref gan eu ffordd o fyw.
4. Mae gan nifer o bobl ddigartref gyflyrau meddygol cymhleth sy'n cydfodoli, yn aml yn cael eu gwaethygu gan afiechyd meddwl sy'n gysylltiedig â chamddefnyddio alcohol a/neu gyffuriau. Mae natur y cyflyrau meddygol hyn yn niferus ac yn amrywiol, e.e. iselder, pryder, seicosis, y diciâu, diabetes, cyflyrau cardiofascwlaidd, cyflyrau resbiradol eraill a phydredd dannedd.
5. Nid yw gwasanaethau meddygol, gofal a chefnogi prif ffrwd yn cwrdd ag anghenion pobl ddigartref yn gyffredinol, h.y. gwasanaethau amhriodol, anhyblyg ac ansensitif; agweddau negatif staff a'r cyhoedd tuag at bobl ddigartref; diffyg ymwybyddiaeth pobl o wasanaethau o'r fath (gwasanaethau allanol yn annigonol); gwahaniaethu ar ran rhai darparwyr gwasanaeth, e.e.

Meddygon Teulu; diffyg strategaethau lleol eglur ac effeithlon.

6. Mae rhai grwpiau cleient yn llawer llai tebygol nag eraill i gael eu hanghenion wedi eu diwallu, e.e. grwpiau ethnig du a lleiafrifol ethnig, cyn droseddwyd, camddefnyddwyd sylweddau, ceiswyr lloches, pobl sengl yn gyffredinol, ac yn enwedig y rhai sydd â ffordd o fyw mwy ar chwâl a'r rhai sydd â phroblemau iechyd meddwl difrifol.

Mae'r adolygiad hwn wedi nodi nifer o amodau y mae angen cwrdd â hwy er mwyn i bobl ddigartref gael mynediad effeithlon at wasanaethau meddygol, gofal a chefnogaeth:

1. Mae angen i wasanaethau fod yn hyblyg o ran:
 - a. yr adeg o'r dydd y caiff y gwasanaeth ei gyflwyno
 - b. systemau apwyntiadau agored
2. Dylid darparu gwasanaethau mewn lleoliad y mae pobl ddigartref yn ei fynychu'n aml, e.e. hosteli, llochesau nos, canolfannau galw i mewn, neu unedau symudol sy'n cael eu gyrru i leoliadau priodol.
3. Dylai staff rheng flaen ac ymarferwyr fod yn anfeirniadol a meddu ar ddealltwriaeth o amgylchiadau pobl ddigartref.
4. Mae angen cyd-gysylltu gwasanaethau er mwyn darparu ymateb cydlynol i anghenion pobl ddigartref.
5. Dylai cynllunio gwasanaeth sicrhau fod barn defnyddwyr gwasanaeth yn cael ei glywed a'i fod yn cael

dylanwadu ar gynllunio gwasanaethau.

6. Mae angen cyllid ychwanegol er mwyn:
 - a. Darparu cymhelliannau i ymarferwyr weithio gyda phobl ddigartref.
 - b. Sicrhau y gellir cyflwyno gwasanaethau ar amserau anghonfensiynol.
 - c. Darparu'r offer priodol i alluogi mynd â gwasanaethau allan i'r gymuned.
 - d. Darparu ar gyfer gwerthuso gwasanaethau yn ddigonol ac yn briodol.

7. Mae angen datblygu strategaethau, yn enwedig ar lefel leol, er mwyn sicrhau cyd-gysylltu'r gwahanol wasanaethau sy'n rhan o'r gwaith yn effeithiol ac yn effeithlon.

Mae'r adolygiad hwn wedi dangos nad oes patrwm penodol ar gyfer gwasanaeth llwyddiannus. Serch hynny, y mae wedi darparu tystiolaeth ynghylch amryw o opsiynau y gellid eu hystyried. Mae'r dystiolaeth hon yn arddangos elfennau allweddol y bydd rhaid iddynt fod yn bresennol mewn unrhyw wasanaeth sydd wedi ei gynllunio i gwrdd ag anghenion meddygol, gofal a chefnogi pobl ddigartref yng Nghymru.

Llyfryddiaeth Anodedig

Adamczuk, H. (2000) *Drug Abuse, Cigarette Smoking and Alcohol Use among Young Homeless People*. Birmingham: Prifysgol Canolbarth Lloegr/Drugscope.

Seiliwyd yr ymchwiliad hon ar ddau sampl o'r boblogaeth 16-18 oed, wedi ei dargedu mewn hosteli a sefydliadau gofal dydd yn Birmingham a Newcastle. Adroddodd 83% o'r ymatebwyr yn Newcastle, a 62% yn Birmingham eu bod wedi defnyddio o leiaf un cyffur anghyfreithlon yn ystod y flwyddyn flaenorol. Ymysg y cyffuriau gafodd eu defnyddio yn Newcastle roedd resin canabis (79%), amffetaminau (62%), ecstasi (41%), deilen canabis (40%), madarch hud (33%), LSD (30%), powdwr cocên (27%), toddyddion (21%), tawelyddion (14%) a heroin (10%). Yn Birmingham, y cyffuriau oedd yn cael eu defnyddio oedd resin canabis (42%), amffetaminau (20%), ecstasi (22%), deilen canabis (40%), madarch hud (12%), LSD (12%), powdwr cocên (8%), toddyddion (11%), tawelyddion (4%), ond gyda heroin yn (22%). Mae'r ymchwiliad yn taflu golau ar yr amgylchiadau personol ynghlwm wrth ddigartrefedd ieuencid. Er enghraifft, canfu fod gan y tro cyntaf i berson ifanc fod yn ddigartref yn aml gysylltiad agos gyda'r trefniadau a'r berthynas gyda phrif ofalwr, gyda chysylltiadau yn cynnwys elfen o densiwn a'r berthynas yn cael ei nodweddu gan wrthdaro. Siaradai pobl ifanc yn aml am eu rhieni yn cael partner newydd neu am wahanu neu ysgaru, a phroblemau o ganlyniad yn ymwneud â llys-rieni a.y.y.b. I bobl ddigartref, nid oedd y profiad o ofal pan yn blentyn ar y cyfan yn un o un trefniant parhaus. Tueddai toriannau gofal i gael effeithiau negyddol ar bobl ifanc.

Allgood, S., Moore, M. and Warren, R.S. (1997) 'The duration of sheltered homelessness in a small city', *Journal of Housing Economics* 6: 60-80.

Mae'r astudiaeth hon yn dadansoddi'r ffactorau sy'n dylanwadu ar hyd arhosiad mewn llochesau i'r digartref, gan ddefnyddio data gweinyddol o loches ranbarthol fawr. Canfyddir amrywiaeth o nodweddion benodol-unigol sy'n cynyddu hyd arhosiad: bodolaeth cyflwr meddygol, rhyddhau o sefydliad yn ddiweddar, argyfwng teuluol, oedran, a rhyw. Nid yw'r astudiaeth yn canfod unrhyw dystiolaeth fod naill ai hanes o gamddefnyddio cyffuriau nac afiechyd meddwl yn cael effaith ystadegol arwyddocaol ar raddfa gadael y lloches.

Baylies, C., Law, I. a Mercer, G. (1994) *The Nature of Care in a Multi-Racial Community: Summary report of an investigation of the support for black ethnic minority persons after discharge from psychiatric hospitals in Bradford and Leeds*. Research Working Paper 8. Leeds: School of Sociology and Social Policy, Prifysgol Leeds/JRF.

Arolwg o 101 o bobl DLIE gafodd eu rhyddhau o ysbytai seiciatryddol yn Bradford a Leeds, a 62 o ofalwyr. Roedd pobl Affro Caribî tua dwywaith mor debygol o fod mewn ysbyty seiciatryddol na grwpiau DLIE eraill. Canfu bod nifer ohonynt heb gael eu paratoi'n dda i ddychwelyd i'r gymuned, gyda phrofiad eang o dlodi, diweithdra, aflonyddwch hiliol ac ynysu cymdeithasol. Roedd nifer ohonynt yn anfodlon gyda'u tai, yn meddu ar fawr ddim ymwybyddiaeth o wasanaethau ôl-ofal, neu'n ystyried fod gwasanaethau a chynghor yn amhriodol i gwrdd â'u hanghenion. Y problemau tai y soniwyd amdanynt amlaf oedd diffygion mawr i'r adeiladau, gorboblogi, anhawster yn talu rhent neu'r morgais, ac

aflonyddwch hiliol. Pobl ifanc sengl Affro Caribî oedd wedi bod mewn llety preifat ansicr cyn cael eu derbyn i'r ysbyty, oedd wedi colli eu cartrefi tra'u bod yn yr ysbyty, ac a ddaeth yn ddigartref ar ôl cael eu rhyddhau, oedd yn dioddef y problemau gwaethaf gyda thai. Nid oedd unrhyw ddefnyddiwr na gofalwr yn yr astudiaeth hon yn ystyried fod unrhyw sylw wedi cael ei roi i'w barn wrth gynllunio nac arfer gofal cymunedol.

Bines, W. (1994) *The Health of Homeless People*. Efrog: Centre for Housing Policy, Prifysgol Efrog.

Roedd yr arolwg hwn yn cynnwys cyfweiliadau strwythuredig gyda thri sampl gwahanol o bobl ddigartref sengl – 1,346 o bobl yn byw mewn hosteli a llety gwely a brecwast a 507 o bobl yn cysgu ar y stryd ac yn defnyddio canolfannau dydd a rowndiau cawl. Daeth y trydydd sampl o don gyntaf Arolwg Panel Cartrefi Prydain, i fod yn gynrychiolwyr o'r cyhoedd yn gyffredinol. Mae'r arolwg yn dangos iechyd pobl ddigartref sengl i fod cryn dipyn yn waeth nag iechyd y cyhoedd yn gyffredinol. Nid yn unig fod pobl ddigartref sengl yn fwy tebygol o fod â phroblemau iechyd, ond roeddent hefyd yn fwy tebygol o fod â mwy nag un problem iechyd. Adroddodd dros draean o'r bobl mewn hosteli a llety gwely a brecwast, ac ymhell dros hanner y bobl oedd yn cysgu ar y stryd fod ganddynt fwy nag un problem iechyd, o gymharu â chwarter o'r boblogaeth yn gyffredinol. Dangosodd cyfraddau afiachusrwydd safonol, wedi eu rheoli o ran oedran a rhyw, fod y rhan fwyaf o broblemau iechyd unigol ddwy neu deirgwaith yn uwch ymysg pobl ddigartref sengl nac ymysg y boblogaeth yn gyffredinol, gyda chyflyrau cronig y fron neu broblemau anadlu ddwywaith yn uwch ymysg pobl mewn hosteli a llety gwely a brecwast a theirgwaith yn uwch ymysg pobl yn cysgu ar y stryd, afiechydon y croen ddwywaith yn uwch ymysg pobl sy'n defnyddio canolfannau dydd a theirgwaith yn uwch ymysg y rhai sy'n defnyddio rowndiau cawl, problemau cyhyrsgerbydol ddwywaith yn uwch ymysg pobl sy'n cysgu ar y stryd, nam gweledol deirgwaith yn uwch ymysg pobl sy'n cysgu ar y stryd, problemau traul ddwywaith yn uwch ymysg pobl mewn hosteli a llety gwely a brecwast ac o leiaf ddwywaith yn uwch ymysg pobl sy'n cysgu ar y stryd, cur pen cyson o leiaf ddwywaith yn uwch ymysg pobl mewn hosteli a llety gwely a brecwast ac o leiaf deirgwaith yn uwch ymysg pobl sy'n cysgu ar y stryd, a phroblemau iechyd meddwl wyth gwaith yn uwch ymysg pobl mewn hosteli a llety gwely a brecwast ac unarddeg gwaith yn uwch ymysg pobl sy'n cysgu ar y stryd. Roedd canran uchel o bobl ddigartref sengl a adroddodd fod ganddynt broblemau iechyd meddwl hefyd yn adrodd eu bod yn yfed yn drwm – traean y rhai mewn hosteli a llety gwely a brecwast a bron hanner y rhai sy'n cysgu ar y stryd, o gymharu â 10% ymysg y boblogaeth yn gyffredinol. Roedd bron hanner trigolion hosteli a llety gwely a brecwast a saith o bob deg person oedd yn cysgu ar y stryd wedi bod mewn o leiaf un math o sefydliad, yn cynnwys cartref plant, ysbyty seiciatrig, uned alcohol neu gyffuriau, carchar neu sefydliad troseddwyd ifanc.

Buckner, J.C., Bassuk, E.L., Weinreb, L.F. a Brooks, M.G. (1999) 'Homelessness and its relation to the mental health and behavior of low-income school-age children', *Developmental Psychology* 35, 1: 246-257.

80 o blant digartref a 148 o blant na fu'n ddigartref erioed, oedd wedi bod yn agored i ddirboenwyr difrifol amrywiol yn ddiweddar fu'n cymryd rhan yn yr astudiaeth hon. Roedd eu statws tai yn gysylltiedig a mewnnoli ymddygiadau problematig ond nid gydag allanoli ymddygiadau. Ymysg bechgyn ifanc digartref, dangosodd mewnnoli problemau ymddygiad berthynas gadarnhaol ond cromliniog gyda'r nifer o wythnosau y buont yn byw mewn lloches. Nid oedd statws tai yn gysylltiedig ag iselder a phryder a hunan-adroddwyd.

Carter, S. (1998) *Hidden Crisis: A study of black and minority ethnic homelessness in London*. London: Frontline Housing Advice.

Dadansoddiad o ddata ar ddigartrefedd wedi ei gasglu gan y DETR, Asiantaeth Gwasanaethau Tai a'r Rhwydwaith Digartref, ac arolwg gynhaliwyd gyda phobl ddigartref DLIE drwy gyfrwng asiantaethau digartrefedd. Bu 50 o asiantaethau'n cymryd rhan, yn cynhyrchu 1138 o ymatebwyr. Canfuwyd fod grwpiau DLIE yn gyfrifol am 45.1% o'r cartrefi digartref statudol yn Llundain. Roedd cyfraddau digartrefedd ymysg grwpiau Affro Caribî 4.4 gwaith yn uwch na chyfraddau pobl wyn. Yn ogystal, dywedodd 41.3% o'r rhai a ddywedodd eu bod wedi cysgu ar y stryd eu bod yn dod o grwpiau DLIE. Ar ben hyn, roedd ceiswyr lloches yn codi yn gr_p digartref arwyddocaol: roedd hyn yn guddiedig ar y cyfan hyd yn hyn, ond roedd yn debygol o ddod yn fwy gweladwy gyda'r diffyg llety a chefnogaeth digonol.

Cauce, A., Paradise, M., Ginzler, J., Embry, L., Morgan, J., Yvette, L. a Theofelis, J. (2000) 'The characteristics and mental health of homeless adolescents: age and gender differences', *Journal of Emotional and Behavioural Disorders* 8, 4: 230-239.

Astudiaeth oedd hon o sampl o 364 person ifanc digartref. Gan ddefnyddio meini prawf DSM-III-R, gwnaethpwyd diagnosis fod dwy ran o dair o'r sampl yn dioddef un neu fwy anhwylder seiciatrig.

Chevannes, M., Dooher, J., Maurimootoo, A.M. a Tait, T. (1998) *A Study to Consider the Accommodation, Support and Care Needs of Individuals with Mental Health Problems from the African Caribbean Community in the City of Leicester and County*. Caelyr: Mary Seacole Research Centre, De Montfort University/Housing Corporation/Advance Housing and Support/Foundation Housing Association.

Defnyddiodd yr astudiaeth hon gyfweiliadau lled-strwythuredig gyda defnyddwyr gwasanaeth potensial, gofawyr a staff, gan ddefnyddio cyfuniad o gyfweiliadau unigol a grwpiau ffocws. Cysylltwyd ag ymatebwyr yn dilyn ymgynghoriad gyda'r Swyddog Meddygol Cyfrifol, gan dderbyn caniatâd y gweithiwr allweddol/prif nyrs yn ôl yr angen a gan y gofawr. Cafodd deg defnyddiwr gwasanaeth gyfweiliad unigol, a bu 17 yn cymryd rhan mewn grwpiau ffocws.

Canfu'r ymchwilyr deimladau cryf ymysg cleientiaid ynghylch annigonolrwydd y dewis o gyfleon gofal, triniaeth a therapi ar gyfer pobl Affro Caribiaidd sy'n dioddef afiechyd meddwl, a'r diffyg dewis llety wrth gael eu rhyddhau o'r ysbyty. Cwynodd y gofalyr nad oedd llety'n cael ei ddarparu am gyfnodau hir dymor digonol, er enghraifft tenantiaethau chwe mis, a themlent nad oedd gan y gwasanaethau statudol ymwybyddiaeth o asiantaethau Affro Caribiaidd a sut i gael mynediad atynt. Teimlai gweithwyr proffesiynol fod angen mwy o gefnogaeth ar swyddogion tai yn eu rôl, yn enwedig hyfforddiant a chyfarwyddyd ar iechyd meddwl a dadleuwriaeth cleientiaid. Roedd y rhan fwyaf o gyfranogion wedi mynegi cefnogaeth dros lety cynaledig penodol i ddiwylliannau a hynny am gyfnodau byr, canolig a hir, a gofal seibiant ar gyfer cleientiaid a gofalyr.

Collins, M.E. (2001) 'Transition to adulthood for vulnerable youths: a review of research and implications for policy', *Social Service Review* 75, 2: 271-291.

Mae pobl ifanc adolescent sy'n heneiddio allan o'r system lles plant yn arbennig o agored i iechyd gwael, tan-addysgu, diweithdra a digartrefedd ac maent wedi eu tan-ymchwilio. Mae'r erthygl hon yn adolygu yr hyn sy'n wybyddus am y bobl ifanc hyn ac effaith rhaglenni byw annibynnol ar ddeilliannau ieuencid. Mae hefyd yn edrych ar ymchwil ar drawsnewid bywyd, hydwythedd a chefnogaeth gymdeithasol. Mae'r canfyddiadau yn tanlinellu pwysigrwydd cefnogaeth barhaus gan y teulu a'r gymuned i feithrin datblygiad yr unigolyn, hyd yn oed ar ôl i'r bobl ifanc adael cartref. Mae'r erthygl yn nodi syniadau ehangach ar gyfer helpu ieuencid bregus i bontio yn llwyddiannus.

Craig, T.K.J., Hodson, S., Woodward, S. and Richardson, S. (1996) *Off to a Bad Start: A longitudinal study of homeless young people in London*. Lundain: Y Sefydliad Iechyd Meddwl.

Astudiaeth oedd hon o bobl ddigartref rhwng 16 a 21 oed yn byw yn hosteli London Connection a Berwick Street. Ffocws yr ymchwil oedd mesur anhwylderau seicolegol ond roedd yn cynnwys categorïau ar wahân ar gyfer camddefnyddio cyffuriau a chaethiwed i gyffuriau. Adroddodd yr ymchwilyr raddfeydd uwch o afiechyd meddwl, a chyd-afiachusrwydd dibynnu ar sylweddau ac afiechyd meddwl, ymysg pobl ddigartref nac ymysg y boblogaeth yn gyffredinol. Mewn 45% o'r achosion oedd yn arddangos afiechyd meddwl roedd un neu fwy o sylweddau caethiwus yn cael eu camddefnyddio'n rheolaidd. Nodweddid 40% o'r sampl gan gamddefnyddio neu ddibyniaeth ar sylweddau (yn ôl y diffiniad ei fod wedi ei ddefnyddio bob dydd am o leiaf pythefnos yn ystod y flwyddyn flaenorol), o'i gymharu â 24% yn y gr_p rheoli nad oedd yn ddigartref. Adroddodd traean o'r sampl eu bod wedi ceisio cyflawni hunanladdiad. Cafodd dau draean o'r ymatebwyr (107 o bobl) ail gyfweliad ar ôl blwyddyn, pan ganfuwyd fod y ganran y bernid fod ganddynt ddibyniaeth yr un peth ond fod patrwm y ddibyniaeth wedi newid, gyda lefel is o ddibyniaeth ar alcohol a lefel uwch o ddibyniaeth ar gyffuriau amryfal. Awgryma data arall o'r ymchwil y gallai'r amser a dreuliwyd mewn prosiectau digartrefedd fod yn ffactor yn nirywiad statws camddefnyddio a dibyniaeth ar gyffuriau y rhan fwyaf o bobl ifanc fregus. Yn ddiddorol hefyd, roedd 40% o'r holl ferched gafodd ail gyfweliad (16 allan o 40) wedi cael o leiaf un beichiogrwydd a gadarnhawyd, pob un ohonynt heb eu cynllunio.

Crane, M. a Warnes, A.M. (2000) 'Evictions and prolonged homelessness', *Housing Studies* 15, 5: 757-773.

Daw'r dystiolaeth ar gyfer yr astudiaeth hon gan 45 o bobl ddigartref sengl (ymysg 313 mewn cyfres o astudiaethau ethnograffig) a adroddodd fod dadfeddiant wedi bod yn elfen gyfrannodd tuag at eu digartrefedd. Cynigir tacsonomi o'r bobl ddigartref hyn hyn a ddadfeddiannwyd unwaith gan ddefnyddio cyflyrau a digwyddiadau blaenorol fel meini prawf. Daeth y dadfeddiannu i'r rhan fwyaf ar ôl methu â chwrdd â'u rhwymedigaethau ariannol am gyfnod hir neu fethu â chadw eu heiddo mewn cyflwr da, ac i nifer ohonynt roedd problemau iechyd meddwl neu gymhwyster eithriadol isel mewn sgiliau domestig sylfaenol yn ffactorau cyfrannol. Mae profiad y grŵp yn awgrymu'n gryf y gellir rhwystro digartrefedd os yw cefnogaeth yn cael ei ddarparu i bobl fregus wrth i anawsterau dyrru. Ail-nodir chwe ffactor risg parthed dadfeddiannu.

Crane, M. a Warnes, T. (2001) *Single Homeless People in London*. Llundain: Thames Reach Bondway.

Edrychodd yr ymchwili hon ar bobl ddigartref ar y stryd, mewn hosteli, mewn canolfannau dydd ac ar adeg eu hailsefydlu. Darparwyd data am 4,465 o bobl oedd yn cysgu ar y stryd, 3,295 o drigolion hosteli, 2,300 o bobl wedi eu hailsefydlu a 1,189 o ddefnyddwyr canolfannau dydd. Canfu'r ymchwili fod y rhai sy'n cysgu ar y stryd ar y cyfan yn fwy anghenus na phobl ddigartref mewn lleoliadau eraill, gyda 67% o'r dynion a 71% o'r menywod yn dioddef problemau iechyd meddwl neu broblemau camddefnyddio sylweddau. Arddangosodd trigolion hosteli amrywiaeth eithafol o anghenion a chefnidiroedd diwylliannol, gyda (er enghraifft) 55% o ddynion Gwyddelig dros 50 oed, tra bod 68% o fenywod Du Prydeinig neu Ddu'r Caribî dan 30 oed. Roedd cyffredinrwydd llawer uwch o broblemau camddefnyddio sylweddau ymysg pobl ifanc sy'n cysgu ar y stryd nag ymysg pobl ifanc mewn lleoliadau eraill ac roedd ganddynt gyfradd isel o ailsefydlu. Roedd menywod sy'n cysgu ar y stryd ddwywaith mor debygol o fod â phroblemau iechyd meddwl a chamddefnyddio sylweddau na menywod sy'n drigolion hostel neu'n gleientiaid wedi eu hailsefydlu. Awgryma'r ymchwiliwyr fod hyn yn dynodi nad yw gwasanaethau yn helpu rhai menywod â salwch meddwl sy'n cysgu ar y stryd yn effeithiol a bod menywod digartref ifanc gyda phroblemau iechyd meddwl a chamddefnyddio sylweddau, menywod o bob oed gyda phroblemau cyffuriau a menywod hyn ag afiechyd meddwl mewn hosteli i gyd wedi eu tan-gynrychioli yn y boblogaeth a ailsefydlwyd ac felly eu bod yn fwyaf tebygol o aros gan fethu symud o'r hosteli neu i ffwrdd o'r y stryd.

Pwysleisiodd gweithwyr y rheng flaen a gyfrannodd farn i'r ymchwili yr angen am wasanaethau ar gyfer pobl sydd â phroblemau yfed, cyffuriau ac iechyd meddwl (ac ar gyfer y cleientiaid ag aml anghenion sydd â dau neu fwy o'r problemau hyn), ar gyfer pobl sydd â hanes o drais, troseddwyd rhyw a'r rhai sy'n gadael gofal. Roedd barn gref ynghylch prinder gwasanaethau arbenigol ar ddibyniaeth ac iechyd meddwl er mwyn cwrdd ag anghenion.

Nododd yr ymchwilwyr hefyd for yr agwedd y mae'r cyfryngau a'r Llywodraeth yn ei gymryd tuag at digartrefedd yn or eang, yn anwybodus, yn argraffiadus ac yn storïol. Mae mwyafrif helaeth y straeon, y cyfeiriadau a'r cyfraniadau seneddol wedi eu pwysu'n drwm tuag at gysgwyr ar y stryd (40% o'r holl gyfeiriadau), pobl ifanc (24%), a materion yn ymwneud â chyffuriau. Ychydig iawn o sôn geir am ganolfannau dydd, cleientiaid gydag anghenion amryfal neu bobl ddigartref o leiafrifoedd ethnig (sy'n 35% o holl drigolion hosteli Llundain). Ceir cyfeiriad at bobl ddigartref hŷn mewn llai na 2% o'r cyfeiriadau.

Davies, J. a Lyle S. gyda Deacon, A., Julienne, L. a Kay, H. (1996) *Discounted Voices: Homelessness amongst Young Black and Minority Ethnic People in England*. Sociology and Social Policy Research Paper 15. Leeds: Prifysgol of Leeds/FBHO/CHAR.

Roedd tri cham i'r ymchwil hon: (1) adolygu data presennol; (2) 126 cyfweiliad gyda phobl ifanc digartref o bedwar grŵp ethnig mewn tair rhanbarth; cysylltwyd â hwy drwy asiantaethau megis cymdeithasau tai a chanolfannau cynghori, a thrwy waith allanol gan ddefnyddio cysylltiadau yn y gymuned; cynhaliwyd trafodaethau hefyd gyda grwpiau o bobl ifanc a chafwyd arolwg drwy'r post yn y tair rhanbarth; (3) cyfweiliadau gyda staff a thrigolion tair hostel astudiaeth achos a nodwyd gan bobl ifanc yng nghan (2) fel enghreifftiau da.

Canfuwyd fod achosion digartrefedd yn ddigon tebyg i bobl ifanc o bob grŵp ethnig yn y tair rhanbarth (sef chwalfa deuluol), ond roedd eu profiad o ddigartrefedd yn wahanol, yn enwedig parthed y math o ddarpariaeth dai oedd ar gael ar eu cyfer. Nid oedd anghenion grwpiau DLIE wedi eu cydnabod yn dda gan wasanaethau statudol a gwirfoddol, a byddai'n well gan bobl ifanc DLIE fyw mewn hosteli lle roedd staff o'u cymunedau eu hunain, ond mae llety o'r fath yn brin iawn.

Dunne, G.A., Prendergast, S. a Telford, D. (2002) 'Young, gay, homeless and invisible: a growing population?' *Culture, Health and Sexuality* 4, 1: 103-116.

Mae'r papur hwn yn disgrifio profiadau poblogaeth oedd cyn hyn yn anweledig ac sy'n cynyddu o bosibl yn Lloegr, sef pobl ddigartref ifanc lesbiaidd, hoyw a deurywiol. Mae'n tynnu ar ganfyddiadau cychwynnol o ymchwil i mewn i bontio ar gyfer pobl ifanc lesbiaidd, hoyw a deurywiol a ddefnyddiodd digartrefedd fel un ffocws a hysbyswyd yn ddamcaniaethol. Mae'r papur yn edrych ar ddau brif gwestiwn. Yn gyntaf, pa mor bell ac ym mha ffyrdd y mae rhywioldeb yn chwarae rhan mewn argyfwng dai? Yn ail, pam fod profiadau pobl ifanc all fod yn cwestiynu eu rhywioldeb wedi cael eu hesgeuluso gan ddarpariaeth gwasanaethau ac yn y llenyddiaeth prif ffrwd ar adael cartref a digartrefedd? Tynnir tystiolaeth ansoddol a meintiol ynghyd i awgrymu y gall canran eithaf uchel o bobl ddigartref ifanc fod yn lesbiaidd, hoyw a deurywiol, a bod materion rhywioldeb wedi cael dylanwad pwysig ar eu hamgylchiadau. Mewn cyfnod pan y gall fod yn haws nag erioed o'r blaen i berson ddatgelu ei rywioldeb yn ifancach, ni ddylid gwneud yn ysgafn o'r perygl sydd ynghlwm wrth lunio hunaniaeth a ffordd o fyw yn erbyn y norm. Mae adroddiadau ar rywioldeb sy'n anwybyddu'r amgylchiadau perthnasol ehangach yn chwarae gyda tân.

Flemen, K. (1997) *Smoke and Whispers: Drugs and Youth Homelessness in Central London*. Llundain: Turning Point.

Defnyddiodd yr astudiaeth hon ddata gan 696 o gysylltiadau allanol yn y London Project, 613 ohonynt yn ddefnyddwyr cyffuriau. Adroddodd 348 (50%) o'r sampl eu bod yn defnyddio un cyffur (alcohol, canabis, cocên, heroin, neu sylwedd anghyfreithlon arall), ac roedd 265 (38%) yn defnyddio dau gyffur neu fwy. Roedd 130 (19%) yn chwistrellu. Y dewis gyffuriau oedd canabis (44%), heroin (17%), cocên (12%), ac alcohol (8%). Roedd y sampl yn fras gynrychioliadol o ddigartrefedd hosteli, canolfannau dydd a'r stryd. Adroddwyd fod y defnydd o heroin ymysg y rhai oedd yn cysgu ar y stryd yn 34%, ddwywaith lefel trigolion hosteli, sef 17%.heroin, or other illicit substance), and 265 (38%) used two or more drugs. 130 (19%) injected. Preferred drugs were cannabis (44%), heroin (17%), cocaine (12%), and alcohol (8%). The sample was broadly representative of hostel, day centre and street homelessness. Heroin use among rough sleepers was reported at 34%, twice the level of hostel residents at 17%.

Fountain, J. a Howes, S. (2002) *Home and Dry?* Llundain: Crisis.

Cafodd 389 o bobl ddigartref yn Llundain eu cyfweld yn yr astudiaeth hon, gyda phob un ohonynt wedi cysgu ar y stryd am o leiaf chwe noson yn ystod y chwe mis diwethaf. Er na chafodd defnyddwyr cyffuriau eu targedu ar gyfer yr astudiaeth, canfuwyd bod dau draean ohonynt wedi defnyddio canabis ac alcohol yn y mis diwethaf, a bod bron hanner ohonynt wedi defnyddio heroin neu crac; roedd tua traean wedi defnyddio benzodiazepinau a'r un canran wedi defnyddio opiadau ar wahân i heroin; roedd chwarter wedi defnyddio powdwr cocên, amffetaminau a/neu ecstasi. O'r 372 ymatebydd oedd wedi defnyddio rhyw sylwedd yn y mis diwethaf, dywedodd 32% mai heroin oedd eu dewis o sylwedd, ac roedd 70% o ddefnyddwyr heroin yn ei gymryd bron bob dydd, fel yr oedd 53% o ddefnyddwyr alcohol a 46% o ddefnyddwyr crac. Roedd y defnydd o fwy nag un cyffur hefyd yn gyffredin, gyda 38% wedi defnyddio crac a heroin yn ystod y mis diwethaf. Yn ôl y dull DSM-IV ac ICD-10, sgoriodd 84% o ddefnyddwyr sylweddau eu bod yn ddibynnol ar eu prif sylwedd, gydag ychydig dros draean yn ddibynnol ar heroin (bob un ohonynt wedi nodi mai heroin oedd eu prif sylwedd) a chwarter yn ddibynnol ar alcohol. Cynyddai'r defnydd o gyffuriau gyda hyd eu digartrefedd, gyda 39% o'r rhai oedd wedi bod yn ddigartref am ddwy flynedd yn defnyddio heroin yn y mis diwethaf, a 49% o'r rhai oedd wedi bod yn ddigartref am ddeng mlynedd neu fwy..

Garvie, D. (2001) *Far From Home: The Housing of Asylum Seekers in Private Rented Accommodation*. Llundain: Shelter.

Ymchwiliad i amodau tai pobl sy'n ceisio lloches yn y DU gafwyd yn yr ymchwil hon. Cafodd cyfanswm o 154 annedd eu harchwilio gan EHOau mewn pump ardal awdurdod lleol, 60% ohonynt yn dai aml breswyliaeth (HMOau). Cafwyd bod 17% yn anaddas i fyw ynddynt, ac roedd 86% o'r HMOau yn anaddas ar gyfer y nifer oedd yn byw yno neu oedd yn bwriadu byw yno. Roedd cartrefi ceiswyr lloches mewn dros 80% o HMOau yn agored i berygl tân annerbyniol. Roedd fflatiau un ystafell a thai oedd yn cael eu rhannu yn arbennig

o annigonol. Methodd 30% o gartrefi â chwrdd ag anghenion y ceiswyr lloches oedd yn byw yno, oherwydd eu lleoliad (ymhell o'r amwynderau neu mewn ardaloedd lle mae'r boblogaeth leol yn wrthwynebus) neu oherwydd amodau annerbyniol ar gyfer plant (er enghraifft, byw mewn un ystafell gyda'u teuluoedd).

Gill, B., Melzer, H., Hinds, K. a Pettigrew, M. (1996) *Surveys of Psychiatric Morbidity Report 7: Psychiatric morbidity among homeless people*. Llundain: Swyddfa Ystadegau Cenedlaethol.

Arolwg sampl gynhaliwyd ym 1994 oedd hwn ymysg oedolion digartref dan 65 mlwydd oed ym Mhrydain. Roedd rhychwant yr holiadur yn cynnwys asesiad o anhwylder seiciatrig a data cymdeithasol. Canfuwyd fod 67% o'r rhai rhwng 16 a 21 mlwydd oed yn dioddef anhwylder seiciatrig, 55% yn dioddef anhwylder ymddygiad ac roedd 30% wedi cael profiad o achosion difrifol o iselder. Roedd yr astudiaeth yn cefnogi'r thesis fod lefelau uchel o ddefnyddio cyffuriau yn ganlyniad i hunan-feddyginiaethu gan bobl ag iselder.

Hammersley, R. a Pearl, S. (1996) 'Drug use and other problems of residents in projects for the young, single homeless', *Health and Social Care in the Community* 4, 4: 193-199.

Roedd yr astudiaeth hon yn cynnwys cyfweiliadau gyda 100 o bobl ddigartref ifanc sengl rhwng 16 a 30 oed yn Glasgow. Defnyddiodd hunan-asesu cleientiaid a fframwaith asesu seiciatrig normadol (yn defnyddio'r Raddfa Difrifoldeb Dibyniaeth). Cafwyd ffigur o 44% ar gyfer y defnydd o opiadau drwy'r dull hunan-ddehongli. Yn ogystal, roedd 50% o'r sampl wedi defnyddio opiad o leiaf unwaith. Roedd canfyddiadau'r trefnlenni cyfweld safonol yn llai dramatig, ond roeddent yn dal i ddynodi lefel uchel o ddifrifoldeb clinigol, yn canfod 49% yn ddibynnol ar o leiaf un sylwedd (alcohol, benzodiazipinau, opiad neu sylwedd arall) a 59% yn adrodd am broblemau iechyd meddwl (pwysau, pryder neu iselder). Roedd cyfraddau derbyniad i'r ysbyty ac ymgais i gyflawni hunanladdiad yn sylweddol uwch yn y sampl hwn nac ymysg poblogaeth Glasgow yn gyffredinol.

Hanna, B. (2001) 'Adolescent parenthood: a costly mistake or a search for love?' *Reproductive Health Matters* 9, 17: 101-107.

Mae'r papur hwn yn adrodd am astudiaeth ddefnyddiodd ddull ethnograffig oedd yn ymchwilio i brofiadau bod yn fam pump o famau yn eu harddegau yn Awstralia oedd yn cynnal eu plentyn ar eu pennau eu hunain, a phlentyn dros chwe mis oed gan bob un ohonynt. Mae geni plentyn yn gynnar yn aml yn ymateb i amodau cymdeithasol croes megis tlodi neu ddigartrefedd ac nid yw'n ddewis anarferol i ferched yn eu harddegau o gefndiroedd cymdeithasol difreintiedig. Efallai bod cyfleon addysg a chyflogaeth yn brin, tra gall bod yn fam gynnig pwrpas mewn bywyd lle mai ychydig o opsiynau eraill sy'n bosibl. Mae merched ifanc sy'n gwneud y dewis hwn angen gwasanaethau cynhwysfawr i'w cefnogi yn eu rôl fel rhiant, yn cynnwys gofal iechyd priodol, gwasanaethau lles a budd-daliadau tai, a chefnogaeth wrth ddelio gyda bod yn rhiant, rôl y maent yn dyheu'n fawr amdani o bosibl ond nad ydynt o anghenraid wedi eu paratoi'n dda ar ei chyfer.

Herman, D.B., Susser, E.S., Jandorf, L., Lavelle, J. a Bromet, E.J. (1998) 'Homelessness among individuals with psychotic disorders hospitalised for the first time: findings from the Suffolk County Mental Health Project', *American Journal of Psychiatry* 155, 1: 109-113.

Mae hwn yn adrodd ar achosion o ddigartrefedd mewn sampl lled-gynrychioliadol o bobl newydd eu hanfon i ysbyty gydag anhwylderau seicotig. Mae hefyd yn cymharu cyfraddau digartrefedd mewn gwahanol grwpiau diagnostig a rhwng grwpiau gyda gwahanol broffiliau symptomau. Daeth y data o'r 237 claf gafodd eu derbyn gyntaf ar ôl eu hanfon i'r ysbyty mewn deg o'r deuddeg cyfleuster claf mewnol yn nwyrain Long Island. Cafwyd diagnosisu consensws o ffynonellau gwybodaeth amrywiol; roedd hanesion digartrefedd yn seiliedig ar hunan adrodd gan y gwrthrychau. Roedd 15% o'r cleifion wedi cael profi un achos o ddigartrefedd o leiaf cyn neu o fewn 24 mis i gael eu hanfon i'r ysbyty am y tro cyntaf am achosion seiciatrig. Rhaid edrych ar y gyfradd uchel o ddigartrefedd a welwyd gyda phryder dwfn gan glinigwyr, cwsmeriaid a gwneuthurwyr polisi fel ei gilydd.

Julienne, L. (1998) 'Homelessness and young single people from Black and minority ethnic communities', *Youth and Policy* 59 (Gwanwyn): 23-37.

Mae'r erthygl hon yn ceisio dangos fod rhaid i bobl ifanc Asiaidd ac Affro Caribïaidd ddioddef hiliaeth, gwahaniaethu ar sail hil ac ystrydebu hiliol sy'n eu hatal rhag cael mynediad at wasanaethau y mae llawer o bobl ifanc sengl gwyn yn eu cymryd yn ganiataol. Mae hefyd yn asesu i ba raddau y mae pobl ifanc sengl du yn cael eu cynrychioli o fewn categorïau angen penodol, yn cynnwys y rhai sy'n gadael gofal, ffoaduriaid a cheiswyr lloches, cyn-garcharorion a phobl sy'n dioddef problemau iechyd meddwl a sut y mae bod yn aelod o'r categorïau hyn yn cyfrannu tuag at ddigartrefedd ymhlith ieuenctid du.

Klee, H. a Reid, P. (1998) 'Drugs and youth homelessness: reducing the risk', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 5, 3: 269-280.

Mae'r cynnydd mewn digartrefedd ieuenctid yn y DU ac yn rhyngwladol yn achos pryder cyhoeddus. Efallai mai cysylltiad gyda chamdddefnyddio cyffuriau yw'r canlyniadau cymdeithasol mwyaf difrifol i'r tuedd hwn, yn bygwth iechyd nifer o bobl ifanc gydag effeithiau sy'n para am gyfnod maith. Cafodd hanes teuluol a chaledi cyfredol bywydau 200 o ddefnyddwyr cyffuriau ifanc digartref eu hastudio yn fanwl i ddatgelu natur a rhychwant ymatebion ymdopi gyda'r peryglon sy'n eu hwynebu. Un prif ffordd o ymdopi oedd drwy hunan-feddyginiaethu gyda chyffuriau. Roedd yr ifanc a'r newydd digartref, os nad oeddent eisoes yn defnyddio cyffuriau, yn debyg o gael eu tynnu i mewn i gymuned wedi'i chanoli ar gyffuriau. Os oeddent yn defnyddio cyffuriau fel difyrwrch, yna roedd eu cyfranogiad yn debyg o gynyddu. Roedd defnyddwyr hŷn, tymor hir yn defnyddio mwy o gyffuriau ac yn eu defnyddio yn amlach.

Lam, J.A. a Rosenheck, R. (1999) 'Social support and service use among homeless persons with serious mental illness', *International Journal of Social Psychiatry* 45, 1: 13-28.

Damcaniaethwyd yn eang fod pobl gyda gwell cefnogaeth gymdeithasol yn defnyddio llai o wasanaethau, er bod astudiaethau blaenorol wedi dangos canlyniadau amrywiol. Mae'r astudiaeth hon yn edrych ar y berthynas rhwng lefelau cefnogaeth gymdeithasol a'r defnydd o wasanaethau ffurfiol ymysg cleientiaid sy'n dechrau 18 rhaglen driniaeth gymunedol ar gyfer pobl ddigartref gydag afiechyd meddwl difrifol fel rhan o'r prosiect enghreifftiol ACCESS Canolfan Gwasanaethau Iechyd Meddwl yr UD. Defnyddiwyd data gwaelodlin a data dilynol ar 1,828 cleient ddechreuodd y rhaglen ACCES er mwyn arfarnu'r berthynas rhwng nodweddion cymdeithasol-ddemograffig a chlinigol cleientiaid unigol, saith mesur o gefnogaeth cymdeithasol, a lefelau defnydd o wasanaethau ffurfiol ymysg y boblogaeth hon. Roedd tri mesur o gefnogaeth gymdeithasol wedi eu cysylltu'n gadarnhaol gyda'r defnydd o wasanaethau meddygol cleifion allanol ac un bob un ar gyfer y defnydd o wasanaethau camddefnyddio sylweddau a chyfanswm dyddiau defnyddio gwasanaethau. Roedd chwech o'r saith mesur o gefnogaeth gymdeithasol wedi eu cysylltu'n gadarnhaol gyda derbyn gwasanaethau cyfansawdd. Mae'n ymddangos fod cefnogaeth gymdeithasol wedi ei chysylltu gryfaf gyda gwell mynediad at ddetholiad o wahanol wasanaethau – angen pwysig iawn ymysg y boblogaeth hon.

Law, I., Davies, J., Lyle, S. a Deacon, A. (1999) 'Racism, ethnicity and youth homelessness', in Spiers, F. (golygydd), *Housing and Social Exclusion*. Llundain: Jessica Kingsley Publishers: 141-161.

Roedd yr ymchwil yn cynnwys trafodaethau gr_p yng Ngorllewin Canolbarth Lloegr, Dwyrain Canolbarth Lloegr a Gorllewin Swydd Efrog gyda 53 person Affro Caribiaidd, 46 Pakistani, 8 Indiad a 5 Bangladeshi yn cymryd rhan. Cysylltwyd â'r ymatebwyr drwy asiantaethau perthnasol (yn nodweddiadol drwy gymdeithasau tai a chanolfannau cynghori) a gwaith allanol yn defnyddio cysylltiadau cymunedol.

Canfuwyd bod achosion digartrefedd yn debyg i bobl ifanc gwyn, Affro Caribiaidd ac Asiaidd, gyda chwalfa deuluol yr achos mwyaf cyffredin. Roedd traean o'r Affro Caribiaid wedi bod mewn cartref plant. Mynegodd pob ymatebydd fod yn well ganddynt hosteli sy'n cael eu rhedeg gan bobl ddu.

Lee, J.A.B., Odie-Ali, S. a Botsko, M. (2000) 'The invisible visibles: a study of the needs of the homeless and mentally ill in Guyana', *International Social Work* 43, 2: 163-178.

Mae'r astudiaeth hon yn canolbwyntio ar ardal arfordirol Guyana lle ceir poblogaeth fawr, ac mae'n ganlyniad cydweithredu rhyngwladol gwaith cymdeithasol. Mae gan lawer o'r ymatebwyr anhwylderau meddyliol a chamddefnyddio sylweddau sy'n cyd-fodoli. Mae byw ar y stryd yn gysylltiedig â phroblemau iechyd corfforol difrifol ac erlid treisgar. Mae colli cefnogaeth teulu yn arwain at ddigartrefedd i'r ymatebwyr sy'n crynhoi eu hanghenion fel cartref, pryd o fwyd a gwaith.

MosherAshley, P.M., Henrikson, N. a French, E. (2000) 'Meeting the needs of the mentally ill homeless in Massachusetts-based emergency shelters', *Journal of Social Distress and the Homeless* 9, 1: 1-18.

Cynhaliwyd arolwg o lochesi brys ar gyfer pobl ddigartref ar draws y dalaith gyfan yn Massachusetts i fesur cyffredinedd afiechyd meddwl difrifol ymysg trigolion ac i weld i ba raddau yr oeddent yn derbyn gwasanaethau seiciatrig. Adroddwyd cyfartaledd graddfa cyffredinedd o 22%, yn amrywio o 1% i 70%, er gwaetha'r ffaith fod 87% o'r llochesau hyn yn rhwystro derbyniad i'r rhai oedd yn arddangos problemau ymddygiad difrifol. Adroddodd bron i dri chwarter y llochesau eu bod yn darparu rhyw wasanaethau iechyd meddwl fel rhan o'u rhaglen, ac roedd 80% wedi sefydlu cysylltiadau gydag asiantaethau iechyd meddwl proffesiynol. Mae cysylltiadau gyda'r asiantaethau iechyd meddwl hyn wedi gwella opsiynau lleoliad ar gyfer pobl ag afiechyd meddwl yn fawr. Pan ofynnwyd iddynt beth oedd y gwasanaeth yn y gymuned yr oedd mwyaf ei angen ar gyfer y digartref gydag afiechyd meddwl, adroddodd bron i dri chwarter y llochesau yr angen am ddewisiadau tai ychwanegol.

Nabors, L., Proescher, E. a DeSilva, M. (2001) 'School-based mental health prevention activities for homeless and at-risk youth', *Child and Youth Care Forum* 30, 1: 3-18.

Mae ysgolion yn lleoliadau optimaidd ar gyfer darparu gwasanaethau ataliol. Mae'r erthygl hon yn disgrifio gweithrediad a chanlyniadau'r prosiect Empowerment Zone (EZ) oedd yn darparu gwasanaethau iechyd meddwl a gwasanaethau hybu iechyd i blant yn ystod gweithgareddau grwpiau bach a gweithgareddau dosbarth. Cafodd y Prosiect EZ ei ymgorffori mewn gweithgareddau ffurfio cymeriad ar gyfer rhaglen ysgol haf oedd wedi ei gynllunio i wella sgiliau darllen a mathemateg ieuenctid oedran ysgol elfennaidd oedd mewn perygl. Mae'r rhaglen addysgu cymeriad yn elfen allweddol yn ysgolion Dinas Baltimore lle dysgir nodweddion cymeriad megis gonestrwydd trwy gyfrwng gweithgareddau grŵp bychan a gweithgareddau dosbarth. Caiff athrawon eu hyfforddi i weithredu gweithgareddau hybu iechyd meddwl; adroddwyd hefyd ar ansawdd a defnyddioldeb y rhaglen. Roedd gan rieni gyfle hefyd i gymryd rhan yn y dosbarthiadau, oedd yn canolbwyntio ar ddysgu technegau disgyblu a thrafod dulliau i wella perthynas rhwng rhieni a phlant ac i feithrin datblygiad emosiynol-gymdeithasol plant. Roedd y canlyniadau'n gadarnhaol.

Poirier, H., Bonin, J.P., Lesage, A. a Reinharz, D. (2000) 'Assessment of quality of life and needs of homeless mentally ill people: perceptions of an outreach team', *Santé Mentale au Québec* xxv, 2: 195-215.

Mae'r prosiect hwn yn astudio sut y mae aelodau tîm allanol o'r CLSC des Faubourgs yn canfod effaith eu hymyriad glinigol gyda phobl ddigartref sy'n dioddef afiechyd meddwl difrifol. Detholwyd sampl cyfleustra (rh=52) o blith cleientiaid y tîm. Cafodd anghenion y cleientiaid eu hasesu gydag Asesiad Anghenion Camberwell. Cafodd ansawdd bywyd ei fesur ddwywaith gyda Holiadur Ansawdd Bywyd Wisconsin. Mae'r prosiect yn dangos fod ymyriad glinigol yn gysylltiedig â gwelliant i ansawdd bywyd pobl ddigartref sydd ag

afiechyd meddwl difrifol a hynny er gwaethaf y ffaith bod llawer iawn o anghenion eraill ganddynt nad ydynt wedi eu cwrdd. Awgryma'r astudiaeth fod y gwaith a wneir gan y tîm allanol yn cyffwrdd â'r agweddau clinigol a'i fod yn gysylltiedig â gwella problemau cymdeithasol pobl ddigartref sy'n dioddef afiechyd meddwl difrifol.

Reid, P. a Klee, H. (1999) 'Young homeless people and services provision', *Health and Social Care in the Community* 7, 1: 17-24.

Roedd yr astudiaeth hon yn cynnwys cyfweiliadau lled-strwythuredig gyda 200 o bobl oedd yn defnyddio sylweddau anghyfreithlon yn ardal Manceinion fwyaf, pob un ohonynt yn byw mewn llety dros dro (sgwatiau, hosteli, gwestai gwely a brecwast, aros gyda ffrindiau am gyfnod byr, a.y.y.b.). Adroddodd 82% broblemau iechyd seicolegol. Nid oedd dros hanner ohonynt (101) yn ceisio unrhyw gymorth meddygol ond roeddent yn defnyddio cyffuriau'r stryd i drin eu hiselder. Adroddodd 71% o'r sampl iddynt hunan-feddyginiaethu heb droi am gefnogaeth feddygol na chynghori. Canabis oedd y cyffur a ddefnyddid yn fwyaf cyffredin dros y chwe mis blaenorol (97.5%), wedyn alcohol (86.5%), amffetaminau (57.5%), LSD (49%), heroin (46%), crac cocên (36.5%) a phowdwr cocên (15%).

Robinson, D. (1998) 'Health selection in the housing system: access to council housing for homeless people with health problems', *Housing Studies* 13, 1: 23-41.

Mae'r astudiaeth hon yn defnyddio data ansoddol ar brofiadau sampl o bobl ddigartref sengl gyda phroblemau iechyd, gan ddangos fod pobl sydd â phroblemau iechyd yn brwydro i ddod yn ôl i mewn i'r system dai er gwaethaf fod ganddynt, yn ddamcaniaethol, flaenoriaeth ymysg pobl sy'n agored i gael tai cyngor.

Rowe, M., Kloos, B., Chinman, M., Davidson, L. a Cross, A.B. (2001) 'Homelessness, mental illness and citizenship', *Social Policy and Administration* 35, 1: 14-31.

Mae gwaith allanol pendant dros iechyd meddwl i bobl ddigartref, sy'n gweithredu dan y rhagosodiad fod rhaid deall a thrin afiechyd meddwl o fewn amgylchedd cymdeithasol ac economaidd yr unigolyn yn cyfeirio tuag at amcanion bod yn aelod o'r gymuned ac at ddinasyddiaeth. Dadl yr erthygl hon yw bod cysyniad dinasyddiaeth yn fframwaith defnyddiol wrth anelu am yr amcanion hyn. Mae'n adolygu egwyddorion gwaith allanol pendant dros iechyd meddwl ac agweddau perthnasol o ddamcaniaeth dinasyddiaeth gyfoes; mae'n cyflwyno esiampl achos o waith allanol yn arwain at 'brosiect dinasyddiaeth'; ac mae'n trafod manteision a maglau potensial fframwaith dinasyddiaeth, yn cynnwys strategaethau ac argymhellion ar gyfer gweinyddwyr rhaglenni, ymchwilyr a lluniwyr polisi.

Smith, P. (2001) 'Banging heads together', *Health Service Journal* 17.5.01: 12-13.

Mae rheoli cleifion sydd ag anaf i'r ymennydd yn syrthio'n brin o'r hyn sydd ei angen. Mae'r erthygl hon yn adrodd am ymgyrch dros newid ac yn edrych ar argymhellion gafodd eu gwneud gan bwyllgor dethol iechyd Tŷ'r Cyffredin yn dilyn ei ymchwiliad i'r broblem. Yn ôl aelodau'r pwyllgor, mae diffyg gofal priodol yn arwain at drasiediau dynol

gwirioneddol, o chwalfa deuluol, ysgariad i ddigartrefedd neu hyd yn oed at garchar – gan fod y problemau emosiynol a chorfforol gwaelodol sy'n wynebu person ag anaf i'r ymennydd yn mynd heb eu canfod yn rhy aml.

Stein, J.A., Lu, M.C. a Gelberg, L. (2000) 'Severity of homelessness and adverse birth outcomes', *Health Psychology* 19, 6: 524-534.

Roedd yr astudiaeth hon yn cynnwys cyfweld 237 o fenywod beichiog mewn 78 lloches a rhaglenni bwyd yn Los Angeles ym 1997. Y ddamcaniaeth oedd y byddent yn adrodd deilliannau geni gwaeth na'r normau cenedlaethol, mai Americanaid Affricanaidd fyddai'n adrodd y deilliannau gwaethaf oherwydd eu risg uwch ymysg y boblogaeth yn gyffredinol, ac y byddai llymder eu digartrefedd yn rhagweld yn annibynnol ddeilliannau gwaeth y tu hwnt i'w gysylltiadau ag amodau niweidiol eraill. Ymysg rhagfynegyddion eraill oedd hanes atgenhedlu, hanes ethnigrwydd, newidynnau yn ymwneud ag ymddygiad neu iechyd, trawma a gofid, ethnigrwydd ac incwm. Yn wir, fe adroddodd Americanaid Affricanaidd a Sbaenaidd waeth deilliannau na'r hyn a geir yn genedlaethol, ac Americanaid Affricanaidd adroddodd y deilliannau gwaethaf.

Steele, A. (1997) *Young, Drifting and Black: A report on the findings and recommendations of a study into young black homelessness for Nottingham City Council*. Nottingham: Cyngor Dinas Nottingham.

Aethpwyd at ystod eang o asiantaethau yn Nottingham sy'n darparu gwasanaethau ar gyfer pobl ddigartref ifanc DLIE rhwng 16 a 35 oed a gofynnwyd wrthynt am hyrwyddo'r astudiaeth ymhlith y grŵp hwnnw. Os oedd asiantaeth yn darparu llety ar gyfer pobl DLIE, gofynnwyd wrthynt i hwyluso mynediad holwyr i'r cyfeiriadau perthnasol. Os mai cyngor yn hytrach na llety oedd yn cael ei ddarparu gan asiantaeth, gofynnwyd iddynt ddosbarthu holiaduron hunan-lenwi i'r bobl ifanc DLIE. Gofynnwyd wrth yr holwyr hefyd i gyfweld unrhyw bobl eraill DLIE eraill yr oeddent yn gwybod eu bod yn ddigartref. Cafwyd 191 o gyfweiliadau, ond heb gyfrif y rhai nad oeddent yn hysbys i asiantaethau nac i holwyr. Cynhaliwyd cyfweiliadau lled-strwythuredig hefyd gyda deuddeg person yn cynrychioli sefydliadau oedd yn darparu gwasanaethau ar gyfer pobl ddigartref ifanc DLIE.

Canfu'r ymchwil fod yn agos i dri chwarter o'r ymatebwyr heb wybod am yr opsiynau tai sydd ar gael i bobl ifanc yn Nottingham, yn enwedig parthed y math o lety sydd ar gael, er bod y rhan fwyaf ohonynt wedi cysylltu ag Adran Dai Cyngor y Ddinas i geisio dod o hyd i lety. Roedd 30 ymatebydd wedi cysgu ar y stryd, dynion dan 21 oed gan fwyaf, ac Affricanaid/Caribiaid oedd y grŵp mwyaf o bobl yn cysgu ar y stryd. Y ffordd mwyaf cyffredin yr oedd pobl ifanc yn cael gwybod am wasanaethau unigol oedd trwy gyfrwng ffrindau a'r teulu. Roedd saith o bob deg ymatebydd eisiau llety parhaol yn syth, ac nid oedd fawr neb yn dweud fod yn well ganddynt rannu llety. Dywedodd ymatebwyr a darparwyr mai perthynas yn chwalu, yn enwedig gyda rheini, oedd prif achos eu digartrefedd, a chredai darparwr mai'r bobl ddigartref ifanc DLIE mwyaf bregus oedd y rhai oedd yn gadael gofal, gadael carchar neu'n gadael sefydliadau iechyd meddwl. Teimlai'r darparwyr hefyd fod eu cleientiaid yn canfod nifer o'r gwasanaethau oedd ar gael yn anghroesawgar, a bod peth o'r llety oedd ar gael yn amhriodol, yn enwedig hosteli.

Styron, T.H., JanoffBulman, R. a Davidson, L. (2000) ' "Please ask me how I am": experiences of family homelessness in the context of single mothers' lives', *Journal of Social Distress and the Homeless* 9, 2: 143-165.

Nod yr astudiaeth hon oedd edrych ar brofiad digartrefedd teuluol drwy gyfweld mamau fu gynt yn ddigartref am eu bywydau cyn ac ar ôl gadael y system lochesau. Cynhaliwyd 24 cyfweiliad treiddiol gyda mamau sengl fu'n ddigartref yn Ninas Efrog Newydd, a dadansoddwyd y cyfweiliadau hyn wedyn gan ddefnyddio dull ansoddol-naratif. Caiff y prif themâu a ddaeth allan o hanesion bywydau'r menywod eu hegluro: tlodi, esgeuluso, camdrin, perthnasau rhyngbersonol trafferthus, a phryderon ynghylch iechyd meddwl. Yn rhyfeddol, roedd mwyafrif y menywod yn sôn am eu profiad yn y system lochesau yn gadarnhaol. Trafodir hyn a chanfyddiadau eraill yng nghyd-destun profiadau bywydau'r menywod a'r gwasanaethau cefnogi a ddarperir gan system lochesau Dinas Efrog Newydd. Cyflwynir materion polisi cymdeithasol ac argymhellion ar gyfer ymchwil bellach a datblygu rhaglenni.

Tessler, R., Rosenheck, R. a Gamache, G. (2001) 'Gender differences in self-reported reasons for homelessness', *Journal of Social Distress and the Homeless* 10, 3: 243-254.

Edrychodd hwn ar amllder cymharol un ar ddeg o resymau gwahanol a roddir gan ddynion a menywod digartref dros y ffaith eu bod yn ddigartref. Roedd dynion yn fwy tebygol o restru colli swydd, rhyddhau o sefydliad, problemau iechyd meddwl a phroblemau alcohol neu gyffuriau. Roedd menywod yn fwy tebygol o restru dadfeddiannu, gwrthdaro rhyngbersonol, a rhywun yn methu neu'n gwrthod helpu bellach. Mae rhesymau a adroddir gan y digartref eu hunain dros fod yn ddigartref hefyd yn ymwneud ag oedran, statws priodasol, hil, a bod yn gyn-filwr. Fel y gellid disgwyl, maent hefyd yn gysylltiedig â bod yn agored i dderbyn triniaeth. Efallai bod angen gwahanol agweddau tuag at greu perthynas helpu gyda dynion a menywod digartref yn sgîl y gwahaniaethau yn rhesymau'r ddau ryw dros fod yn ddigartref.

Tryssenaar, J., Wilkinson, S. a Bailey, C. (2000) 'Homelessness, mental health and occupational therapy', *Santé Mentale au Québec* xxv, 2: 109-131.

Mae pobl sy'n ddigartref sydd â salwch meddwl yn ffurfio canran sylweddol o'r boblogaeth ddigartref. Mae ganddynt lu o broblemau perfformiad galwedigaethol a ch nt eu cyfaddawdu ymhellach gan faterion systemaidd a gwleidyddol. Mae tystiolaeth gynyddol y gall therapi galwedigaethol wneud cyfraniad tuag at iechyd ac ansawdd bywyd y boblogaeth ymylol hon nad yw'n cael ei gwasanaethu'n ddigonol. Mae'r papur hwn yn disgrifio'r broses a'r heriau o ddarparu gwasanaethau therapi galwedigaethol i bobl sy'n ddigartref ac sydd â phroblemau iechyd meddwl, dibyniaethau, a salwch meddwl difrifol gan ddefnyddio Model Perfformiad Galwedigaethol Canada. Mae cydsyniad da rhwng gwerthoedd a chredoau'r proffesiwn therapi galwedigaethol ac anghenion a materion perfformiad galwedigaethol pobl sy'n ddigartref. Drwy helpu pobl i ddatblygu galwedigaethau ystyrlon ac ennill rheolaeth dros eu bywydau, efallai y bydd pobl yn gallu gwneud newidiadau parhaol a chadarnhaol i'w bywydau. O fewn y dynamig hwn mae llawer o botensial i bobl ddysgu a thyfu p'un ai ydynt yn ddarparwyr neu'n dderbynwyr gwasanaeth.

Vostanis, P., Tischler, V., Cumella, S. a Bellerby, T. (2001) 'Mental health problems and social supports among homeless mothers and children victims of domestic and community violence', *International Journal of Social Psychiatry* 47, 4: 30-40.

Mae'r erthygl hon yn adrodd am gyffredinrwydd problemau iechyd meddwl ymysg rhieni a phlant digartref sydd wedi cael profiad o drais yn y cartref a'r gymdogaeth a'u mynediad at rwydweithiau cefnogi cymdeithasol. Gwnaethpwyd cymhariaeth rhwng tri grŵp o deuluoedd oedd wedi dod yn ddigartref: y rhai oedd yn profi trais yn y cartref (48 gyda 75 o blant), dioddefwyr trais yn y gymdogaeth (14 gyda 29 o blant), a'r rhai sy'n gadael cartref am resymau eraill (31 gyda 54 o blant). Canfu'r ymchwil bod lefelau afiachusrwydd seiciatrig yn uchel yn y grŵp oedd yn profi trais yn y cartref (35.7% ymysg y plant a 21.9% ymysg y mamau). Gwelwyd bod lefelau cefnogaeth gymdeithasol yn ffactor bwysig, yn enwedig mewn perthynas â chefnogaeth broffesiynol a chefnogaeth gan aelodau eraill y teulu, gan eu bod yn rhagfynegi seicopatholeg y plant a'r mamau. Daw'r erthygl i'r canlyniad y dylid integreiddio ymyriadau iechyd meddwl ar gyfer dioddefwyr trais yn y cartref a thrais yn y gymdogaeth gyda rhaglenni cymunedol ailintegreiddio cymdeithasol. Dylai gweithwyr proffesiynol iechyd meddwl weithio mewn cydweithrediad clos gydag Adrannau Tai, Gwasanaethau Cymdeithasol, Addysg a'r Heddlu.

Wenzel, S.L., Leake, B.D., Andersen, R.M. a Gelberg, L. (2001a) 'Homeless women's gynaecological symptoms and use of medical care', *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 12, 3: 323-341.

Mae'r astudiaeth hon yn cofnodi ac yn esbonio symptomau a chyflyrau gynaeolegol a'r defnydd o ofal meddygol mewn sampl tebygolrwydd o 974 menyw digartref oedran atgenghedlu (15-44). Adroddodd dwy ran o dair o'r menywod symptomau yn ystod y flwyddyn flaenorol gyda 71% ohonynt yn derbyn gofal meddygol. Roedd cysylltiad cadarnhaol rhwng beichiogrwydd, dibyniaeth ar gyffuriau, mwy o achosion o ddigartrefedd, a symptomau iechyd corfforol cyffredinol a nifer o symptomau gynaeolegol. Roedd gan symptomau gynaeolegol, oedran iau, gwell iechyd canfyddadwy, a sicrwydd yswiriant gysylltiad cadarnhaol â gofal meddygol; roedd menywod oedd yn adrodd am ddefnyddio cyffuriau yn ddiweddar a chael eu treisio yn derbyn llai o ofal. Mae'r canfyddiadau yn cefnogi pwysigrwydd gofal meddygol a thriniaeth arall a gwasanaethau cefnogi ar gyfer menywod digartref, yn cynnwys gofal ehangach yn ystod beichiogrwydd a thriniaeth camddefnyddio sylweddau. Mae sicrwydd yswiriant iechyd a thoriad yn y cylch digartrefedd hefyd yn ymddangos yn hanfodol i iechyd menywod.

Wenzel, S.L., Leake, B.D., Andersen, R.M. a Gelberg, L. (2001b) 'Utilization of birth control services among homeless women', *American Behavioral Scientist* 45, 1: 14-34.

Roedd yr astudiaeth hon yn cynnwys cyfweiliadau gyda 974 o fenywod digartref mewn llochesau a rhaglenni bwyd yn Sir Los Angeles. Dangosodd dadansoddiad atchweliad logistaidd aml-amryweb ymhlith y menywod hynny oedd eisiau defnyddio gwasanaethau atal cenhedlu yn ystod y flwyddyn flaenorol, fod defnyddio'r gwasanaethau yn gysylltiedig â llai o rwystrau canfyddadwy i ofal iechyd, bod â ffynhonnell gofal reolaidd, y defnydd cyson o ddulliau atal cenhedlu, a llai o siawns o fod yn ddibynnol ar alcohol.

Wrate, R.M. a McLoughlin, P. (eds) (1997) *Feeling Bad: The Troubled Lives and Health of Single Young Homeless People*. Caeredin: Gwasanaethau Gofal Cychwynnol, Bwrdd Iechyd Lothian.

Bu'r astudiaeth hon yn asesu iechyd meddyliol a chorfforol 143 o ieuencid digartref rhwng 16 a 21 oed yng Nghaeredin, oedd naill ai'n cysgu ar y stryd neu mewn lloches nos neu'n 'guddiedig' ddigartref. Roedd rhyw draean ohonynt yn byw mewn hosteli a'r gweddill mewn cyfres o leoliadau digartrefedd. Canfuwyd fod 46 o'r ymatebwyr wedi defnyddio canabis yn ystod y mis diwethaf, 28 wedi defnyddio amffetaminau, 20 wedi defnyddio ecstasi a 3 wedi defnyddio methadôn. Roedd y canfyddiadau ar ddefnyddio cyffuriau yn wahanol i'r rhai mewn astudiaethau eraill, gan nad oedd adrodd penodol ar ddefnyddio heroin. Edrychodd yr astudiaeth ar y berthynas rhwng defnyddio cyffuriau a chyfres o ffactorau seicolegol a aseswyd drwy drefnlenni rhyngwladol a chyfweliadau lled-strwythuredig. Ymysg yr anhwylderau seiciatrig a gafwyd yn y sampl roedd achosion o iselder yn y gorffennol (33%), ceisio cyflawni hunanladdiad (28%), achosion o iselder difrifol (10%) a sgitsoffrenia (3%). Daeth yr ymchwilyr i'r casgliad y gellid esbonio cyd-fodolaeth salwch iselder a defnyddio cyffuriau yn nhermau strategaethau ymdopi amhriodol, gyda phobl ag iselder yn defnyddio sylweddau i hunan-feddyginiaethu, ac yn nhermau camddefnyddio sylweddau yn gweithredu fel catalydd i salwch meddwl mewn pobl fregus.

Cyfeiriadau

- Adamczuk, H. (1992) *Sleeping Rough in Birmingham: A research report*. Birmingham: Prifysgol Central England and Birmingham Standing Conference for the Single Homeless.
- Adamczuk, H. (2000) *Drug Abuse, Cigarette Smoking and Alcohol Use among Young Homeless People*. Birmingham: Prifysgol Central England/Drugscope.
- Adamczuk, H. (2001) 'Social exclusion, youth homelessness and illegal drugs', papur gyflwynwyd i gynhadledd y Rhwydwaith Ymchwil Tai Ewropeaidd ar *Housing and Urban Development in the New Poland* yn Pultusk, Warsaw, Gwlad Pŵyl, 25-29 Mehefin.
- Ahmed, A. a Steele, A. (2002) *Wigan Homeless Research Study*, Salford: Salford Housing and Urban Studies Unit, Prifysgol Salford.
- Anderson, I. (1993) 'Housing policy and street homelessness in Britain', *Housing Studies* 8,1: 17-28.
- Anderson, I. (1999) 'Social housing or social exclusion? Non-access to housing for single homeless people', in S. Hutson and D. Clapham (eds) *Homelessness: Public Policies and Private Troubles*. Llundain: Cassell: 155-172.
- Anderson, I., Kemp, P. a Quilgars, D. (1993) *Single Homeless People*. Llundain: HMSO.
- Barter, C., Keep, G. a MacLeod, M. (1996) *Children at Crisis Point: A study by ChildLine*. Llundain: ChildLine.
- Basuk, E.L. (1984) 'The homelessness problem', *Scientific American* 251: 28-33.
- Baylies, C., Law, I. a Mercer, G. (1994) *The Nature of Care in a Multi-Racial Community: Summary report of an investigation of the support for black ethnic minority persons after discharge from psychiatric hospitals in Bradford and Leeds*. Papur Gwaith Ymchwil 8. Leeds: Ysgol Gymdeithaseg a Pholisi Cymdeithasol, Prifysgol Leeds/JRF.
- Becker, H. a Kunstmann, W. (2001) 'The homeless mentally ill in Germany', *International Journal of Mental Health* 30, 3: 57-73.
- Biehal, N., Clayden, J., Stein, M. and Wade, J. (1995) *Moving On*. Llundain: The Stationery Office.
- Bines, W. (1994) *The Health of Homeless People*. Efrog: Cencolfan Polisi Tai, Prifysgol Efrog.
- Bines, W. (1997) 'The health of single homeless people', in Burrows, R., Pleace, N. a Quilgars, D. (eds), *Homelessness and Social Policy*. Llundain: Routledge.

Black, M. E., Scheuer, M. A., Victor, C., Benzeval, M., Gill, M. a Judge, K. (1991) 'Utilisation by homeless people of acute hospital services in London', *British Medical Journal* 303, 19 Hydref: 58-961.

Buckner, J.C., Bassuk, E.L., Weinreb, L.F. a Brooks, M.G. (1999) 'Homelessness and its relation to the mental health and behavior of low-income school-age children', *Developmental Psychology* 35, 1: 246-257.

Bunce, D. (2000) 'Problems faced by homeless men in obtaining health care', *Nursing Standard* 14, 34: 43-45.

Bunnin, A. a Paterson, A. (1994) *Advice Services for Single Homeless People in London*, SHAC (the London Housing Aid Centre), Llundain.

Burton, G., Blair, M. a Crown, N. (1998) 'A new look at the health and homeless experience of a cohort of five-year-olds', *Children and Society* 12, 5: 349-358.

Carlen, P. (1996) *Jigsaw: The Political Criminology of Youth Homelessness*. Buckingham: Gwasg y Brifysgol Agored.

Carter, S. (1998) *Hidden Crisis: A study of black and minority ethnic homelessness in London*. Llundain: Frontline Housing Advice.

Casey, L. (2000) 'Just soup won't do', *ROOF* Ion/Chwef: 9.

Casey, L. (2001) 'Pop tsar or heresy?' *Property People* 280, 29th March: 10-11.

Caton, C.M. (golygydd) (1990) *Homeless in America*. Rhydychen: Gwasg Prifysgol Rhydychen.

Cauce, A., Paradise, M., Ginzler, J., Embry, L., Morgan, J., Yvette, L. a Theofelis, J. (2000) 'The characteristics and mental health of homeless adolescents: age and gender differences', *Journal of Emotional and Behavioural Disorders* 8, 4: 230-239.

Chevannes, M., Dooher, J., Maurimootoo, A.M. a Tait, T. (1998) *A Study to Consider the Accommodation, Support and Care Needs of Individuals with Mental Health Problems from the African Caribbean Community in the City of Leicester and County*. Caerlŷr: Mary Seacole Research Centre, Prifysgol De Montfort /Housing Corporation/Advance Housing a Support/Foundation Housing Association.

Citron, K.M., Southern, A. a Dixon, M. (1995) *Out of the Shadows: Detecting and Treating Tuberculosis among Single Homeless People*. Llundain: CRISIS.

Clark, S. (2000) *Drugs and Foundation Housing: Secondment Report*. Bradford: Foundation Housing.

Clatts, M.C. a Davis, W.R. (1999) 'A demographic and behavioural profile of homeless youth in New York City: implications for AIDS outreach and prevention', *Medical Anthropology Quarterly* 13, 3: 365-374.

Cohen, A. (2001) 'The search for meaning: eventfulness in the lives of homeless mentally ill persons in the Skid Row district of Los Angeles', *Culture, Medicine and Psychiatry* 25, 3: 277-296.

Cohen, C.I. a Thompson, K.S. (1992) 'Homeless mentally ill or mentally ill homeless', *American Journal of Psychiatry* 149, 6: 816-21.

Coles, B. (2000) *Joined-up Youth Research, Policy and Practice: A new agenda for change?* Caerlyr: Youth Work Press.

Collins, M.E. (2001) 'Transition to adulthood for vulnerable youths: a review of research and implications for policy', *Social Service Review* 75, 2: 271-291.

Concato, J. a Rom, W.N. (1994) 'Endemic tuberculosis among homeless men in New York City', *Archives of Internal Medicine* 154: 2069-73.

Connelly, J. a Crown, J. (1994) *Homelessness and Ill Health*. . Llundain: Coleg Brenhinol y Meddygon, Llundain.

Coursey Bailey, S. B. (1993) 'Improving the Quality of Health care Delivery to Homeless Tuberculosis Patients: A New Approach', *Journal of Health Quality March/Ebrill*, 15, 2: 20-23.

Craig, T. a Timms, P.W. (1992) 'Out of the wards and onto the streets? Deinstitutionalisation and homelessness in Great Britain', *Journal of Mental Health* 1: 265-275.

Craig, T.K.J., Hodson, S., Woodward, S. a Richardson, S. (1996) *Off to a Bad Start: A longitudinal study of homeless young people in London*. Llundain: Y Sefydliad Iechyd Meddwl.

Craig, T. a Hodson, S. (2000) 'Homeless youth in London II: Accommodation, employment and health outcomes at one year', *Psychological Medicine* 30: 187-194.

Crane, M. a Warnes, A.M. (2000) 'Evictions and prolonged homelessness', *Housing Studies* 15, 5: 757-773.

Crane, M. a Warnes, A. M. (2001a) 'Primary health care services for single homeless people, defects and opportunities', *Family Practice* 18, 3: 272-276.

Crane, M. a Warnes, A. M. (2001b) 'The responsibility to care for single homeless people', *Health and Social Care in the Community* 9, 6: 436-444.

Crane, M. a Warnes, T. (2001c) *Single Homeless People in London*. Llundain: Thames Reach Bondway.

CRASH (2002) *Survey of Users of Rolling Shelters provided in London from Ebrill 2000 to Tachwedd 2001*. Llundain: CRASH.

Cumella, S., Grattan, E. a Vostanis, P. (1998) 'The mental health of children in homeless families and their contact with health, education and social services', *Health and Social Care in the Community* 6, 5: 331-342.

Curry, G. (2001) 'Cold comfort', *Inside Housing* 17th Awst: 16-17.

Dachner, N. a Tarasuk, V. (2002) 'Homeless "squeegee kids": food insecurity and daily survival', *Social Science and Medicine* 54, 7: 1039-1050.

Dant, T. a Deacon, A. (1989) *Hostels to Homes? The Rehousing of Single Homeless People*. Aldershot: Avebury.

Davies, J. a Lyle, S. gyda Deacon, A., Julianne, L. a Kay, H. (1996) *Discounted Voices: Homelessness among Young Black and Minority Ethnic People in England*. Papur Ymchwil Cymdeithaseg a Chymdeithas 15. Leeds: Prifysgol Leeds/FBHO/CHAR.

Denoncourt, H., Desilets, M., Plante, M.C., Lapante, J. a Choquet, M. (2000) 'The outreach practice with homeless people suffering from severe and chronic mental illness: observations, reality and obstacles', *Santé Mentale au Québec* xxv, 2: 179-194.

Yr Adran Iechyd (2001) *Research Governance Framework*(DOH).

Yr Adran Drafnidiaeth, Llywodraeth Leol a'r Rhanbarthau (DTLR) (2002) *More Than a Roof: A Report into Tackling Homelessness*. Llundain: DTLR.

Dix, J. (1995) *Assessing the Housing, Health and Support Needs of Single Homeless People Living in Hostel Accommodation in Cardiff*. Adran Dai Dinas Caerdydd.

Drennan, V. a Stearn, J. (1986) 'Health visitors and homeless families', *Health Visitor* 59, 20: 340-2.

Duncan, S., Downey, P. a Finch, H. (1983) *A Home of Their Own: A Survey of Rehoused Hostel Residents*. Llundain: HMSO.

Dunne, G.A., Prendergast, S. a Telford, D. (2002) 'Young, gay, homeless and invisible: a growing population?' *Culture, Health and Sexuality* 4, 1: 103-116.

Ensign, J. a Panke, A. (2002) 'Barriers and bridges to care: voices of homeless female adolescent youth in Seattle, Washington, USA', *Journal of Advanced Nursing* 37, 2: 166-172.

Fisher, K. a Collins, J. (1993) *Homelessness, Health Care and Welfare Provision*. Llundain: Routledge.

Fitzpatrick, S. (2000) *Young Homeless People*. Basingstoke: Macmillan.

Fitzpatrick, S., Kemp, P. a Klinker, S. (2000) *Single Homelessness: An Overview of Research in Britain*. Bryste: The Policy Press.

Flemen, K. (1997) *Smoke and Whispers: Drugs and Youth Homelessness in Central London*. Llundain: Turning Point.

Fleming, J. (2000) 'Working with young homeless people-lessons from the voluntary sector for social work', *Practice* 11, 4: 45-56.

Fountain, J. a Howes, S. (2002) *Home and Dry?* Llundain: Crisis.

Gale, E. a Holling, A. (2001) 'Young people and stigma: responding effectively to young people's views on mental health', *Young Minds Magazine* 49: 23-24.

Garside, P., Grimshaw, R. a Ward, F. (1990) *No Place Like Home: The Hostels' Experience*. Llundain: HMSO.

Geddes, J., Newton, R., Young, G., Bailey, S., Freeman, C. a Priest, R. (1994) 'Comparison of the prevalence of schizophrenia among residents of hostels for homeless people in 1966 and 1992', *British Medical Journal* 308: 816-19.

George, S. L., Shanks, N. J. a Westlake, L. (1991) 'Census of single homeless people in Sheffield', *British Medical Journal* 8 Mehefin, 1387-1389.

Gill, B., Melzer, H., Hinds, K. a Pettigrew, M. (1996) *Surveys of Psychiatric Morbidity Report 7: Psychiatric morbidity among homeless people*. Llundain: Swyddfa Ystadegau Cenedlaethol.

Gillis, L. M. a Singer, J. (1997) 'Breaking Through the Barriers: Healthcare for the Homeless', *JONA* 27, 6: 30-34.

Grenier, P. (1996) *An Update of Crisis' 1992 Investigation into the Links between Homelessness, Health and Mortality*. Llundain: Crisis.

Halldin, J., Eklof, L., Lundberg, C. a Ahs, S. (2001) 'Mental health problems among homeless people in Sweden: focus on Stockholm', *International Journal of Mental Health* 30, 3: 74-83.

Hammersley, R. a Pearl, S. (1996) 'Drug use and other problems of residents in projects for the young, single homeless', *Health and Social Care in the Community* 4, 4: 193-199.

Hanna, B. (2001) 'Adolescent parenthood: a costly mistake or a search for love?' *Reproductive Health Matters* 9, 17: 101-107.

Hawes, D. (1997) *Older People and Homelessness: A Study of Greed, Violence, Conflict and Ruin*. Bryste: The Policy Press.

Herman, D.B., Susser, E.S., Jandorf, L., Lavelle, J. a Bromet, E.J. (1998) 'Homelessness among individuals with psychotic disorders hospitalised for the first time: findings from the Suffolk County Mental Health Project', *American Journal of Psychiatry* 155, 1: 109-113.

Hilditch, S. (2002) 'A new approach to homelessness', *Property People* 2nd May: 8-9.

Hinton, T. (1992) *Health and Homelessness in Hackney*. Llundain: The Medical Campaign Project.

Hinton, T. (1994) *Battling through the Barriers: A study of single homelessness in Newham and access to health care*. Llundain: Health Action for Homeless People and East London and the City FSHA.

Holmström, R. (2002) 'Bench test', *Guardian Society* 31.7.02: 6.

Holohan, T. W. (2000) 'Health and Homelessness in Dublin', *Irish Medical Journal* March/Ebrill, 93, 2: 41-43.

Hunter, S., Whyte, B. a Hart, J. (2001) *The One Door Initiative: An Evaluation*. Edinburgh: Department of Social Work, Prifysgol Edinburgh/Llywodraeth yr Alban.

Hutson, S. (1999) 'The experience of "homeless" accommodation and support', in Hutson, S. and Clapham, D. (golygyddion), *Homelessness: Public Policies and Private Troubles*. Llundain: Cassell.

Hutson, S. a Liddiard, M. (1994) *Youth Homelessness: The Construction of a Social Issue*. Llundain: Macmillan.

Hwang, S. W. a Bugeja, A. L. (2000) 'Barriers to appropriate diabetes management among homeless people in Toronto', *JAMC* 163, 2: 160-165.

Iqbal, B. (1998) *Still Counted Out: Older Homeless People in Greater Manchester*. Manceinion: Gwasanaeth Ymgynghorol Prosiectau Tai.

Johnson, T.P., Freels, S.A., Parsons, J.A. a Vangeest, J.B. (1997) 'Substance abuse and homelessness: social selection or social adaptation?' *Addiction* 92, 4: 437-445.

Jones, A. a Higate, P. (2000) *Breaking Down Barriers: meeting housing and support needs in Swansea, Neath, Port-Talbot, Bridgend and Carmarthenshire*. Cymdeithas Caer Las, Canolfan Polisi Tai, Prifysgol Efrog.

Julienne, L. (1998) 'Homelessness and young single people from Black and minority ethnic communities', *Youth and Policy* 59 (Gwanwyn): 23-37.

Kemp, P. a Rhodes, D. (1994) *The Lower End of the Private Rented Sector: A Glasgow Case Study*. Adroddiad Ymchwil 35. Caeredin: Scottish Homes.

Kippen, A. (1998) 'Short communications, Review of a Community dental Service at a Drop-in Centre for Homeless Men and Women in Glasgow', *Health Bulletin* 56, 5: 788-791.

Klee, H. a Reid, P. (1998) 'Drugs and youth homelessness: reducing the risk', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 5, 3: 269-280.

Kneale, J. a Kennedy, C. (2002) 'Good practice towards homeless drug users: research evidence from Scotland', *Health and Social Care in the Community* 10, 3: 196-205.

Kumar, D., Citron, K. M., Leese, J. a Watson, J. M. (1995) 'Tuberculosis among the homeless at a temporary shelter in London: report of a chest x ray screening programme', *Journal of Epidemiology and Community Health* 49, 629-633.

Lader, D., Singleton, N. a Meltzer, H. (2000) *Psychiatric Morbidity among Young Offenders in England and Wales: Further analysis of data from the ONS survey of psychiatric morbidity among prisoners in England and Wales carried out on behalf of the Department of Health*. Llundain: Swyddfa Ystadegau Cenedlaethol.

Lam, J.A. a Rosenheck, R. (1999) 'Social support and service use among homeless persons with serious mental illness', *International Journal of Social Psychiatry* 45, 1: 13-28.

Law, I., Davies, J., Lyle, S. a Deacon, A. (1999) 'Racism, ethnicity and youth homelessness', in Spiers, F. (golygydd), *Housing and Social Exclusion*. Llundain: Jessica Kingsley Publishers: 141-161.

Lee, J.A.B., Odie-Ali, S. a Botsko, M. (2000) 'The invisible visibles: a study of the needs of the homeless and mentally ill in Guyana', *International Social Work* 43, 2: 163-178.

Lester, H., Wright, N. a Heath, I. (2002) 'Developments in the provision of primary health care for homeless people', *British Journal of General Practice* Chwefror: 91-92.

Lilley, D. (2000) 'Young people, mental health and homelessness', in Aggleton, A., Hurry, J. and Warwick, I. (golygyddion), *Young People and Mental Health*. Chichester: John Wiley and Sons Ltd: 183-195.

Lindsey, E. W. (2000) 'Social Work with Homeless Mothers: A Strength-Based Solution-Focused Model', *Journal of Family Social Work* 4, 1: 59-79.

Lissauer, T., Richman, S., Tempia, M., Jenkins, S., Taylor, B. a Spencer, N.J. (1993) 'Influence of homelessness on acute admissions to hospital', *Archives of Disease in Childhood* 93, 4: 423-9.

McCabe, A., Stanyer, A. a Commander, M. (1998) 'Youth homelessness and mental health in Birmingham', *Social Services Research* 4: 1-19.

McCluskey, J. (1997) *Where there's a will...: Developing single homelessness strategies*, CHAR (Housing Campaign for Single Homeless People) Llundain.

Marshall, M. (1989) 'Collected and neglected: are Oxford hostels for the homeless filling up with disabled psychiatric patients?' *British Medical Journal* 301: 263-6.

Marshall, M., Lockwood, A. a Gath, D. (1995) 'Social services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial', *Lancet* 345, Chwefror: 409-412.

Martin, P., Wiles, R., Pratten, B., Gorton, S. a Green, J. (1992) *A User Perspective: Views on London's Acute Health Services*. Llundain: Cronfa'r Brenin.

Mind (2000) *Response to 'Quality and Choice: A Decent Home for All'*. Llundain: Papur Briffio Polisi Mind, Gorffennaf.

Morrow, R., Halbach, J. L., Hopkins, C., Wang, C. a Shortridge, L. (1992) 'A Family Practice Model of Health Care for Homeless People: Collaboration with Family Nurse Practitioners', *Family Medicine* 24, 4: 412-416.

Morse, G. A., Calsyn, R. J., Allen, G., Tempelboff, B. a Smith, R. (1992) 'Experimental Comparison of the effects of Three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People', *Hospital and Community Psychiatry* 43, 10: 1005-1010.

MosherAshley, P.M., Henrikson, N. a French, E. (2000) 'Meeting the needs of the mentally ill homeless in Massachusetts-based emergency shelters', *Journal of Social Distress and the Homeless* 9, 1: 1-18.

Mullan, E. (2001) *Report to the Homelessness Commission*. . Caerdydd: Cynulliad Cenedlaethol Cymru.

Nabors, L., Proescher, E. a DeSilva, M. (2001) 'School-based mental health prevention activities for homeless and at-risk youth', *Child and Youth Care Forum* 30, 1: 3-18.

Nassor, A. a Brugger, A. (2000) *Centrepont Factsheet Series 1999/2000*. Llundain: Centrepont.

O'Callaghan, B., Dominion, L., Evans, A., Dix, J., Smith, R., Williams, P. a Zimmeck, M. (1996) *Study of Homeless Applicants*. Llundain: HMSO.

Petersilia, J. (2001) 'Prisoner re-entry: the public safety and reintegration challenges', *Prison Journal* 81, 3: 360-375.

Pleace, N. (1995) *Housing Vulnerable Single Homeless People*. Efrog: Canolfan Polisi Tai.

Pleace, N. a Quilgars, D. (1996) *Health and Homelessness in London: A Review*. Llundain: Cronfa'r Brenin.

Pleace, N. a Quilgars, D. (1997) 'Health, homelessness and access to health care services in London', in Burrows, R., Pleace, N. a Quilgars, D. (golygyddion), *Homelessness and Social Policy*. Llundain: Routledge.

Pleace, N. a Quilgars, D. (1999) 'Youth homelessness', in Rugg, J. (golygydd), *Young People, Housing and Social Policy*. Llundain: Routledge: 93-108.

Pleace, N., Jones, A. a England, J. (2000) *Access to General Practitioners for People Sleeping Rough*. Efrog: Prifysgol Efrog Canolfan Polisi Tai.

Poirier, H., Bonin, J.P., Lesage, A. a Reinharz, D. (2000) 'Assessment of quality of life and needs of homeless mentally ill people: perceptions of an outreach team', *Santé Mentale au Québec* xxv, 2: 195-215.

Randall, G. a Brown, S. (1993) *The Rough Sleepers Initiative: An Evaluation*. Llundain: HMSO.

Randall, G. a Brown, S. (1995) *Outreach and Resettlement Work with People Sleeping Rough*. Llundain: Adran yr Amgylchedd.

Randall, G. a Brown, S. (1996) *From Street to Home: An Evaluation of Phase 2 of the Rough Sleepers Initiative*. Llundain: The Stationery Office.

Randall, G. a Brown, S. (2002) *Homelessness Strategies: A Good Practice Handbook*. Llundain: Yr Adran Drafnidiaeth, Llywodraeth Leol a'r Rhanbarthau.

Rayner, D. (2000) 'Reducing the spread of tuberculosis in the homeless population', *British Journal of Nursing* 9, 13: 871-875.

Reid, P. a Klee, H. (1999) 'Young homeless people and services provision', *Health and Social Care in the Community* 7, 1: 17-24.

Richardson, J. a Joughin, C. (2000) *The Mental Health Needs of Looked After Children*. Llundain: Coleg Brenhinol y Seiciatryddion.

Rickford, F. (2001) 'Somebody else's problem', *Community Care*: 20-21.

Robinson, D. (1998) 'Health selection in the housing system: access to council housing for homeless people with health problems', *Housing Studies* 13, 1: 23-41.

Rohde, P., Noell, J., Ochs, L. a Seeley, J. (2001) 'Depression, suicidal ideation and STD-related risk in homeless older adolescents', *Journal of Adolescence* 24: 447-460.

Rosenheck, R., Morrissey, J., Lam, J., Calloway, M. Johnsen, M., Goldman, H., Randolph, F., Blasinsky, G., Fontana, A., Calsyn, R. a Teague, G. (1998) 'Service System Integration, Access to Services and Housing Outcomes in a Program for Homeless Persons With Severe Mental Illness', *Journal of Public Health* 88, 11: 1610 _ 1615.

Rosenheck, R. A. a Deniss, D. (2001) 'Time-Limited Assertive Community Treatment for Homeless persons With Severe Mental Illness', *Arch. Gen. Psychiatry* 38, Nov. 1073-1080.

Rough Sleepers Unit (RSU) (2002) *Coming in from the cold: Second Progress Report on the Government's Strategy on Rough Sleeping: Summer 2001*. . Llundain: Yr Adran Drafnidiaeth, Llywodraeth Leol a'r Rhanbarthau
<<http://www.housing.odpm.gov.uk/information/progress/03.htm>>.

Royal College of Physicians (1994) *Homelessness and Ill Health: Report of a Working Party of the Royal College of Physicians*. Llundain: Coleg Brenhinol y Meddygon.

Sainsbury, R. a Oldman, C. (2002) *Implementing the Transitional Housing Benefit Scheme in Wales*, Housing Research Report 3/02, Llywodraeth Cynulliad Cymru, Caerdydd.

Schnabel, P. (1992) 'Down and out: social marginality and homelessness', *International Journal of Social Psychiatry* 38, 1: 59-67.

Llywodraeth yr Alban (2001) *Health and Homelessness Guidance*. Caeredin: Adran Iechyd Llywodraeth yr Alban.

Shelter (2000) *Mental Health and Homelessness*. Llundain: Shelter.

Shiner, P. a Leddington, S. (1991) 'Sometimes it makes you frightened to go to hospital...they treat you like dirt', *Health Service Journal*, 7 Tachwedd 2001, Tud 21/23.

Simard, M. (2000) 'Between asylum and shelter: points of reference', *Santé Mentale au Québec* xxv, 2: 132-152.

Small, C. a Hinton, T. (1999) *Reaching Out: A Study of Black and Minority Ethnic Single Homelessness and Access to Primary Health Care*. Llundain: Health Action for Homeless People.

Smith, J., Gilford, S. a O'Sullivan, A. (1998) *The Family Background of Young Homeless People*, The Family Policy Studies Centre, Llundain.

Smith, P. (2001) 'Banging heads together', *Health Service Journal* 17.5.01: 12-13.

Somerville, P., Steele, A. a Sodhi, D. (2002) *Homelessness Among Black and Minority Ethnic People*. Lincoln: Prifysgol Lincoln.

Steele, A. (1997) *Young, Drifting and Black: A report on the findings and recommendations of a study into young black homelessness for Nottingham City Council*. Nottingham: Cyngor Dinas Nottingham.

Stein, J.A., Lu, M.C. a Gelberg, L. (2000) 'Severity of homelessness and adverse birth outcomes', *Health Psychology* 19, 6: 524-534.

Stevens, J. (2002) *The Mental Health Needs of Homeless Young People Bright Futures: Working with Vulnerable Young People*. Caerdydd: Barnardo's/Mental Health Foundation.

Tessler, R., Rosenheck, R. a Gamache, G. (2001) 'Gender differences in self-reported reasons for homelessness', *Journal of Social Distress and the Homeless* 10, 3: 243-254.

Thibaudeau, M.F. a Fortier, J. (2000) 'Clinical case management of severely mentally ill homeless people', *Santé Mentale au Québec* xxv, 2: 155-178.

Thomas, A. a Niner, P. (1989) *Living in Temporary Accommodation: A Survey of Homeless People*. Llundain: HMSO.

Timms, P. a Fry, A. (1989) 'Homelessness and mental illness', *Health Trends* 21: 70-1.

Torquati, J.C. a Gamble, W.C. (2001) 'Social resources and psychosocial adaptation of homeless school aged children', *Journal of Social Distress and the Homeless* 10, 4: 305-321.

Tryssenaar, J., Wilkinson, S. a Bailey, C. (2000) 'Homelessness, mental health and occupational therapy', *Santé Mentale au Québec* xxv, 2: 109-131.

Valios, N. (2000) 'Pointing the Way to Independent Living', *Community Care* 27 Ebrill-3 May; 24-25.

Vance, D. (1994) 'Barriers To Use Of Services By Older Homeless People', *Psychological Reports* 75: 377-1378.

Vazquez, C. a Munoz, M. (2001) 'Homelessness, mental health, and stressful life events: the Madrid experience', *International Journal of Mental Health* 30, 3: 6-25.

Victor, C. (1992) 'Health status of the temporarily homeless population and residents of North West Thames region', *British Medical Journal* 305: 387-91.

Victor, C. (1996) 'The health of the temporarily homeless population', *Journal of Interprofessional Care* 10, 3: 257-266.

Vincent, J., Deacon, A. a Walker, R. (1993) *Security Variety and Glorious Uncertainty: The experiences of ex-Alvaston Resettlement Unit Residents*. Loughborough: Canolfan Ymchwil Polisi Cymdeithasol.

Vincent, J., Deacon, A. a Walker, R. (1995) *Homeless Single Men: Roads to Resettlement?* Aldershot: Avebury.

Vostanis, P. (1999) 'Child mental health problems', in Vostanis, P. and Cumella, S. (eds) *Homeless Children: Problems and Needs*. Llundain: Jessica Kingsley.

Vostanis, P., Cumella, S., Grattan, E. a Winchester, C. (1996) *The Impact of Homelessness on the Mental Health of Children and Families*. Birmingham: Cyngor Dinas Birmingham a Phrifysgol Birmingham.

Vostanis, P., Tischler, V., Cumella, S. a Bellerby, T. (2001) 'Mental health problems and social supports among homeless mothers and children victims of domestic and community violence', *International Journal of Social Psychiatry* 47, 4: 30-40.

Walters, S. (1999) 'Keep your eyes on the prize', *Nursing Times* 95, 50 (29.12.99): 60-61.

Llywodraeth Cynulliad Cymru (2003) *National Homelessness Strategy*.. Caerdydd: Llywodraeth Cynulliad Cymru.

Llywodraeth Cynulliad Cymru (2003) *NHS Wales: Guidance on the Establishment of Local Health Boards in Wales*. . Caerdydd: Llywodraeth Cynulliad Cymru.

Wenzel, S.L., Leake, B.D., Andersen, R.M. a Gelberg, L. (2001a) 'Homeless women's gynaecological symptoms and use of medical care', *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 12, 3: 323-341.

Wenzel, S.L., Leake, B.D., Andersen, R.M. a Gelberg, L. (2001b) 'Utilization of birth control services among homeless women', *American Behavioral Scientist* 45, 1: 14-34.

Winkleby, M.A a White, R. (1992) 'Homeless adults without apparent medical and psychiatric impairment – the onset of morbidity over time', *Hospital and Community Psychiatry* 43, 10: 1017-33.

Wood, N., Wilkinson, C. a Kumar, A. (1997) 'Do the homeless get a fair deal from General Practitioners?', *Journal Royal Society Health* 117, 5: 292-297.

Woodhead, D. (2000) *The Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees*. Llundain: Cronfa'r Brenin.

Wrate, R.M. a Blair, C. (1999) 'Homeless adolescents', in Vostanis, P. a Cumella, S. (eds) *Homeless Children: Problems and Needs*. Llundain: Jessica Kingsley.

Wrate, R.M. a McLoughlin, P. (golygyddion) (1997) *Feeling Bad: The Troubled Lives and Health of Single Young Homeless People*. Caeredin: Gwasanaethau Gofal Cychwynnol, Bwrdd Iechyd Lothian.

Yamanaka, K., Kondo, T. a Miyao, M. (1994) 'Tuberculosis among the homeless people of Nagoya, Japan', *Respiratory Medicine* 88, 10: 763-9.

Young Minds (1998) *Our Healthier Nation: A response by Young Minds*. www.youngminds.org.uk.