SDU

Juni 2020

Ensomhed blandt ældre med HIV

Et narrativt review af forekomst og sammenhænge

Loneliness among older adults living with HIV

A narrative review of prevalence and correlations



Foto: Colourbox.dk

Specialeafhandling udarbejdet af:
Sara Busch Larsen 28.08.1995
Stud.Cand.Psych.

Vejleder:
Ask Elklit

Antal sider/anslag: 130 sider / 190281 anslag

” There are things that are worse than AIDS, like loneliness”

(Ældre HIV+ fokusgruppedeltager i Erenrich, Seidel, Brennan-Ing og Karpiak (2018), s. 37)

Abstract

Background: Largely due to advances in antiretroviral treatment, the population of people living with HIV is aging and soon older adults will make up the largest group of people living with HIV. Loneliness is common in both older people and people living with HIV and can be linked to both physical and mental health outcomes. To date there is no review of the existing evidence on loneliness in older adults living with HIV (OALH). Aims: Using a narrative review method, the aim was to synthesize and examine the literature on prevalence, causes and health-related consequences of loneliness among OALH aged ≥50. *Method:* PsycInfo, PubMed and EMBASE were systematically search for research on loneliness with results specific of OALH using relevant key words and search criterions related to loneliness, HIV and old age. *Results:* The search resulted in 23 studies being included in this review. The retrieved studies reported between 32% and 82% of participants being lonely and identified significant associations between loneliness and depression, stigma, limited social network, comorbidities, lower quality of life, substance use and smoking. Further loneliness may be related to not being female, cognitive impairment, sexual behavior, and alcohol use. No general associations were identified between loneliness and different demographic variables (except gender) and HIV-specific health indicators. Limited or no data were available regarding the association between loneliness and anxiety, PTSD, social support, bereavement, suicidal ideation, institutionalization, geographic location and duration of loneliness and HIV-diagnosis in OALH. *Conclusion:* Loneliness was common in OALH; however, the research was less conclusive as to whether the prevalence of loneliness was different in OALH compared to other populations. Current available evidence was insufficient to draw firm conclusions on the causes and consequences of loneliness among OALH. Thus, future research should focus on using large, longitudinal cohorts to compare the prevalence of loneliness with other populations and to get a better understanding of the relationship between

loneliness and the related aspects. Understanding factors associated with loneliness in OALH may provide a basis for future research targeting prevention and intervention.

Indholdsfortegnelse

Introduktion ... 1
Problemformulering: ... 7
Metode ... 7
Design ... 7
Søgestrategi ... 8
Udvælgelsesproces ... 9
Dataanalyse ... 11
Teori ... 12
Human immundefekt virus (HIV) ... 12
Ensomhedsbegrebet ... 14
Hvordan adskiller ensomhed sig konceptuelt og empirisk fra andre konstrukter relateret til sociale relationer? ... 17
Social isolation ... 18
Social støtte ... 18
Validerede ensomhedsskalaer ... 20
Alder og ensomhed ... 21
HIV og ensomhed ... 23
Stigma ... 24
Ensomhedens betydning for helbredet ... 26
Det fysiske helbred ... 27
Det mentale helbred ... 29
Livskvalitet ... 32
Analyse ... 33
Inkluderede studier ... 33
Forekomsten af ensomhed blandt ældre HIV-positive over 50 år ... 44
Er forekomsten højere blandt ældre HIV+ end blandt ældre HIV- og yngre HIV+? ... 47
Sammenhænge ... 49
Demografiske variable ... 49
Alder ... 49
Køn ... 51
Etnicitet ... 53
Seksuel orientering ... 54
Socioøkonomiske faktorer ... 55
Socialt netværk ... 56

Fysisk helbredsstatus 57
HIV-specifikke faktorer 57
Komorbide lidelser 59
Kognitivt funktionsniveau 60
Livskvalitet 61
Overordnet livskvalitet og livstilfredshed 61
Helbredsrelateret livskvalitet og oplevet helbred 62
Mental helbredsstatus 65
Depression. 65
Angst 67
Posttraumatisk stress 67
Stigma 67
HIV-relateret stigma 67
Aldersrelateret stigma 68
HIV-relateret skam 68
Adfærdsrelaterede faktorer 69
Seksuel funktion og aktivitet, herunder seksuel risikoadfærd 69
Anvendelse af alkohol og/eller stoffer 71
Rygning 73
Diskussion 74
Hvor stor er forekomsten af ensomhed blandt ældre HIV-positive over 50 år? 74
Sammenhænge mellem ensomhed og identificerede variable 78
Demografiske variable 78
Socialt netværk 84
Fysisk helbredsstatus 85
Livskvalitet 88
Mental helbredsstatus 88
Stigma 90
Seksuel adfærd og substansanvendelse 91
Diskussion af specialets anvendelighed og begrænsninger 94
Fremadrettet forskning 103
Konklusion 105
Kliniske implikationer 107
Referenceliste 108

Introduktion

Året er 1981. Fem unge, hidtil raske, homoseksuelle mænd udviser tegn på en sjælden type lungebetændelse, kaldet PCP. I løbet af de følgende måneder støder flere tilfælde til, mens der yderligere også rapporteres om andre infektioner og kræfttilfælde relateret til et svækket immunforsvar, herunder tilfælde af en sjælden kræfttype, kaldet Kaposis sarkom, hos homoseksuelle mænd fra adskillige amerikanske byer (De Cock, Jaffe & Curran, 2012). Listen af diagnoser blandt disse mænd er lang, og nogle af diagnoserne er så sjældne, at selv den mest erfarne ekspert på området ikke har behandlet et sådan tilfælde før (The New York Times, 1982). I maj 1982 udgiver New York Times en foruroligende artikel om denne nye immundefekt, der primært rammer homoseksuelle mænd. Indtil videre er 335 mennesker ramt, hvoraf 136 er døde og der rapporteres om, at sygdommens omfang er epidemisk. Efterhånden står det klart, at sygdommen ikke kun rammer mænd, der har sex med mænd, men også kvindelige sexpartnere til inficerede mænd, intravenøse stofmisbrugere, børn født og/eller ammet af inficerede mødre samt mennesker, der har fået transfunderet inficeret blod (De Cock et al., 2012). Dette medicinske mysterium var hvad, der senere blev kendt som HIV/AIDS (Human Immundefekt Virus / Erhvervet Immundefekt Syndrom) (De Cock et al., 2012). De følgende år beskrives af Halkitis (2014) som en håbløs tid, hvor mange folk ikke alene forberedte sig på dødsfald i sin omgangskreds, men også på sin egen død, hvor hospitaler og kirker nægtede folk pleje og hjælp og hvor folks egne familier i vrede efterlod dem til døden. I 1996 ændrer billedet sig dog, da kombinationsbehandlingen med antiretrovirale lægemidler bliver tilgængeligt, hvilket muliggør, at dødsfaldene og smittespredningen kan bremses (Deeks, Lewin & Havlir, 2013; Halkitis, 2014).

Siden introduktionen af kombineret antiretroviral terapi (ART) har behandlingen af HIV og AIDS signifikant forbedret sig. Når det anvendes korrekt, kan ART resultere i en hurtig kontrol af HIV og delvis genoprettelse af immunfunktionen (Deeks et al., 2013). Siden

da har mennesker med HIV haft udsigt til øgede positive helbredseffekter (Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration, 2008), længere forventet levealder samt mindsket smitterisiko (Deeks et al., 2013). I kraft af indførelsen af denne skelsættende behandling har HIV udviklet sig fra at være en akut, terminal sygdom til en kronisk, håndterbar sygdom (Deeks et al., 2013; Greene, Justice, Lampiris & Valcour, 2013).

Ud fra det historiske indblik er det ikke svært at udlede, at mange af disse mennesker aldrig havde forestillet sig, at de ville overleve så længe, at de ville komme til at opleve deres alderdom, men på grund af den behandlingsmæssige udvikling er det nu en realitet for mange af dem. Behandlingsmulighederne har nemlig bl.a. resulteret i, at der ses en gradvist voksende population af aldrende HIV+ mennesker (Deeks et al., 2013). I en rapport fra UNAIDS (2014) fremgår det, at den forventede resterende levetid for en 20-årig HIV-positiv person i et højindkomst land i 1995-1996 var 8 år. Denne er gradvist steget over årene og er i 2010 steget til 55 år, sammenlignet med 60 år for en HIV-negativ. Dermed er der altså opstået et relativt nyt klinisk problem, som klinikere verden over må adressere, nemlig håndteringen af ældre HIV-positive patienter (Greene et al., 2013).

Inden for HIV-området opereres der oftest med en definition af ældre, som mennesker i alderen over 50 år (Blanco et al., 2012; Centers for Disease Control Prevention, 2019), selvom denne aldersgrænse er lavere, end hvad der betegnes som ældre i den generelle befolkning. Dette skyldes, at både HIV-infektionen i sig selv, medicinske bivirkninger og kronisk aktivering af immunsystemet samt deres indbyrdes interaktion kan fremskynde aldringen (Meir-Shafrir & Pollack, 2012).

Globalt set blev det i 2016 estimeret, at 5,7 millioner HIV-positive mennesker var over 50 år og i 2020 forventes antallet at være steget til 7,5 millioner, svarende til henholdsvis 16% og 21% af det samlede antal HIV-positive (Autenrieth et al., 2018). Den procentvise

andel af HIV-positive over 50 år er endnu højere, når det udelukkende drejer sig om vestlige lande, hvor der er høj adgang til effektiv behandling. Ifølge CDC (Centers for Disease Control Prevention, 2019) er næsten halvdelen af HIV-positive amerikanere 50 år eller ældre. Mange af disse mennesker er langtidsoverlevere, som har levet med sygdommen i mere 10 år, måske endda siden 80'erne og 90'erne, og deres overlevelse er altså et resultat af de effektive behandlingsmuligheder (Nguyen & Holodniy, 2008). Andre er først blevet diagnosticeret efter de fyldte 50 år (Nguyen & Holodniy, 2008). Faktisk er ca. en sjettedel af de ca. 40.000 årlige nye HIV-tilfælde i USA mennesker på 50 år eller ældre (Centers for Disease Control Prevention, 2019). Denne store andel af nyligt diagnosticerede ældre HIV-positive kan skyldes flere forskellige faktorer. For det første kan de ældres risiko for at blive smittet med HIV være øget efter at medicin mod erektil dysfunktion siden 1998 har været tilgængeligt og dermed forlænget det seksuelt aktive liv og samtidig er ældre mindre tilbøjelige til at praktisere sikker sex end yngre (Schmid et al., 2009). For det andet bliver mange ældre først sent testet for og diagnosticeret med HIV/AIDS, fordi deres symptomer i sundhedsvæsenet helt overses eller forveksles med symptomer på andre mere aldersrelaterede tilstande (Nguyen & Holodniy, 2008).

Netop dette problem med at blive overset er noget, der også trækker tråde til andre aspekter af livet som ældre HIV-positiv. Paul Thomsen, talsperson i HIV-Danmark, gør nemlig opmærksom på, at der blandt mange langtidsoverlevere og ældre HIV-positive er en oplevelse af at være en overset gruppe, hvis symptomer og reaktioner negligeres både politisk, i sundhedsvæsenet og i medierne. Dette understreges også af Brennan-Ing et al. (2013) og Brennan, Karpiak, Shippy og Cantor (2010), der skriver, at ældre HIV-positive ofte overses og marginaliseres i både statistikker, forskning og forebyggelses- og behandlingsprogrammer, der ofte hovedsageligt fokuserer på yngre, gravide og højrisikogrupper.

Der er blevet ført adskillige kampagner bl.a. af AIDS-fondet, der udbreder budskabet om, at man som HIV-positiv kan leve et ganske almindeligt liv på trods af sygdommen. Et eksempel er kampagnen "Livet med hiv. Lige så dramatisk som dit", hvor der på humoristisk vis fortælles, at livet for den HIV-positive drejer sig om de samme små bagateller og hverdagsproblemer som alle andres. Flere steder på AIDS-fondets hjemmeside udbredes budskabet om, at mennesker, der lever med HIV i Danmark, kan leve et ganske normalt liv med en forventet levealder ikke meget under den gennemsnitlige (AIDS-Fondet, 2017). Denne slags arbejde for at afstigmatisere livet som HIV-positiv og udbrede viden om sygdommen, smittespredning, behandling osv. har både været vigtigt og nødvendigt efter mange år, hvor fordomme, stigmatisering og manglende viden om HIV har domineret billedet, fordi rædslerne fra epidemien i 80'erne og 90'erne stadig sidder i danskerne (AIDS-Fondet, 2017; Brennan et al., 2010). Om end dette arbejde er vigtigt, så udgør det også en risiko for, at der dannes et glansbillede af livet med hiv, hvor negative symptomer og reaktioner negligeres. Således kan der sidde en gruppe af mennesker tilbage, som ikke føler sig set, hørt eller repræsenteret i denne kollektive fortælling om det uproblematiske liv med HIV. Som vi skal se viser studier nemlig, at der kan være adskillige negative konsekvenser forbundet med at være HIV-positiv, selv når man er velmedicineret.

Det typiske sygdomsbillede har i forbindelse med udbredelsen af den kombinerede antiretrovirale terapi ændret sig. Før 1996 var de typiske komplikationer fra AIDS et dominerede problem og den primære årsag til dødsfald blandt HIV-positive, hvilket i dag ikke længere er tilfældet i mange dele af verden (Deeks et al., 2013). Til gengæld er flere og andre ikke-AIDS relaterede lidelser associeret med eller forværret af HIV, inklusiv kardiovaskulære lidelser, ikke AIDS-relateret cancer, nyresygdom, leversygdom, knoglemangel eller knogleskørhed og neurokognitive lidelser blevet tiltagende dominerende (Greene et al., 2013). Risikoen for disse tilstande øges desuden som konsekvens af de medicinske bivirkninger ved

ART, der yderligere også kan indebære diarré, udslæt, perifer neuropati og abnormt tab og/eller ophobning af fedtvæv (Hawkins, 2010). Så selvom udviklingen af kombineret antiretroviral terapi har medført, at HIV-diagnosen i dag ikke på samme måde som i 80'erne og 90'erne er en dødsdom, er behandlingen stadig ikke kurativ, hvilket dels betyder, at der stadig vil være en øget risiko for adskillige komorbide lidelser og medicinske bivirkninger samt dels at en HIV-positive person, skal tage dyr og potentiel giftig medicin i gennem adskillige årtier (Deeks et al., 2013). Derudover kan også tilstøde adskillige psykiske og sociale udfordringer, herunder depression (Ciesla & Roberts, 2001; Rodkjaer, Laursen, Balle & Sodemann, 2010), misbrugslidelser, stigma og diskrimination, skyld og skam og selvmordstanker (Schadé, van Grootheest & Smit, 2013).

Disse negative konsekvenser kan være gældende for alle aldersgrupper, men litteraturen peger på, at de bestemt ikke bliver mindre med alderen, hvilket også er Paul Thomsens oplevelse. Tværtimod ser det ud til, at de faktisk forværres hos de aldrende HIV-positive. Denne patientgruppe har nemlig flere tilstødende komplikationer og problematikker, som muligvis vanskeliggør deres situation i endnu højere grad end de yngre HIV-positive (Brennan et al., 2010; Grov, Golub, Parsons, Brennan & Karpiak, 2010), inklusiv flere udfordringer med polyfarmaci, komorbiditet (Greene et al., 2013) samt fremskyndet aldring (Meir-Shafrir & Pollack, 2012), herunder bl.a. øget kognitiv svækkelse (Deeks et al., 2013). Desuden kan der være udfordringer forbundet med dobbelt-stigmatisering i og med, at de både kan stemples som gamle såvel som HIV-positive (Emlet, 2006) og ydermere ser det ud til, at de aldrende HIV-positive er særligt sårbare overfor negativ affekt og emotionelle udfordringer ved håndteringen af HIV (Vance, 2006).

Udover de allerede nævnte udfordringer giver Paul Thomsen udtryk for, at også ensomheden ofte er en følgesvend for mange HIV-positive, da man, ifølge ham selv, har en livshistorie forskellig fra mange andres. Derudover kan mange af de HIV-positive have mistet

venner og familie i kraft af deres diagnose - eller hemmeligholdelsen af denne (AIDS-Fondet, u.å.) samt have mistet folk i deres omgangskreds, som selv var syge af HIV/AIDS, hvilket yderligere kan have bidraget til ensomheden (Richmond & Ross, 1994). Dette bakkes op af adskillige studier, der netop har fundet en sammenhæng mellem HIV og ensomhed (Vance, 2006). F.eks. fandt Nachega et al. (2012) i en undersøgelse af 2035 HIV+ voksne over 18 år fordelt i forskellige regioner i verden, at 37% rapporterede om ensomhed og social isolation, som resultat af deres HIV-status. I en spørgeskemaundersøgelse foretaget af HIV-Danmark svarede omkring halvdelen af de danske respondenter, at de en gang i mellem eller ofte "har været alene, selvom de egentligt mest havde lyst til at være sammen med andre" sammenlignet med kun ca. 17% i baggrundsbefolkningen (Dahl, 2016). Paul oplever, at ensomheden kun forværres efterhånden som man ældes, hvilket er i tråd med den netop beskrevne tendens til tilstødende udfordringer i forbindelse med aldring hos HIV-positive samt at der i forvejen er viden om, at ensomhed er et problem for ældre i den generelle befolkning (Tomaka, Thompson & Palacios, 2006; Ældre Sagen, 2020) og som står i vejen for en "succesfuld" aldring (de Jong Gierveld, 1998). F.eks. har Wilson (2010), i en undersøgelse af 3012 ældre amerikanere over 45 år fundet, at omkring en tredjedel af deltagerne kunne klassificeres som ensomme.

Vi ved også, at ensomhed kan være associeret med adskillige negative helbredskonsekvenser, fysisk såvel som mentalt (Coyle & Dugan, 2012; Tomaka et al., 2006). Eksempelvis ses en øget sygelighed, dødelighed (Luo, Hawkley, Waite & Cacioppo, 2012) og skrøbelighed (Deeks et al., 2013) samt øget tendens til depression (Cohen, 2000). Disse helbredskonsekvenser vil formentligt kun kompliceres yderligere af både HIV (Greene et al., 2013) og aldring (Coyle & Dugan, 2012).

I de første to årtier af HIV/AIDS-epidemien var det primære mål for forskning og behandling at holde folk i live og her tre årtier efter fornemmelse en tilfredshed med, at dette

er lykkedes. Desværre oplever alt for mange, at der er en pris, der skal betales for det længere liv og som står tilbage i et liv, der er præget af ensomhed. HIV har længe været associeret med ungdom, men denne tankegang må ændres, for inden længe vil ældre udgøre den største gruppe af mennesker, der lever med HIV (Brennan et al., 2010).

Der foreligger ud fra min nuværende viden ikke et review over tilstedeværelsen af ensomhed blandt ældre HIV-positive. Formålet med denne opgave er derfor at identificere og sammenfatte den eksisterende litteratur på området omkring ensomhed blandt ældre HIV-positive således, at der skabes et overblik over viden og eventuelle videnshuller. En bedre forståelse for forekomst, risikofaktorer og konsekvenser af ensomheden kan bidrage til at informere indsatser, der kan forebygge og reducere ensomhed og dets associerede negative helbredskonsekvenser blandt ældre HIV-positive. Et overblik over den eksisterende litteratur på området vil desuden der kan danne grundlag for fremadrettet forskning.

Problemformulering:

Med afsat i ovenstående vil jeg derfor prøve at undersøge: 1) hvor stor forekomsten af ensomhed er blandt ældre HIV-positive over 50 år, 2) hvilke bagvedliggende årsager (risiko- og beskyttende faktorer), der kan forklare forekomsten samt 3) hvilke helbredsmæssige konsekvenser ensomheden kan have for denne gruppe af mennesker.

Metode

Design

Til besvarelse af opgavens problemformulering blev anvendt en narrativ review-metodologi. Denne metode kan dels rumme den bredde, der fremkommer i litteraturen på området og dels give mulighed for at besvare problemformuleringen på en vis, der er passende både indholdsmæssigt og tidsmæssigt (Boland, Cherry & Dickson, 2017). Formålet med et narrativt litteraturreview stemmer overens med ønsket for denne opgave, nemlig at der

identificeres, beskrives og sammenfattes fund fra den eksisterende litteratur således, at der dannes et overblik over den tilgængelige viden, rejses oversete problemstillinger, identificeres videnshuller og/eller tilskyndes til ny forskning (Boland et al., 2017; Grant & Booth, 2009).

Metodologisk set er det narrative review blevet kritiseret for mangel på stringens og risikoen for bias, særligt hvad angår litteratursøgningen (Boland et al., 2017; Grant & Booth, 2009). For at imødekomme nogle af disse kritikpunkter, er der i denne litteratursøgning valgt at implementere nogle af principperne fra det mere stringente systematiske review, herunder udarbejdelsen af en søgeprotokol indeholdende foruddefinerede søgeord og inklusions- og eksklusionskriterier samt søgning i flere forskellige databaser på systematisk vis.

Søgestrategi

Indledningsvist blev der gjort en indsats for at finde de rette søgeord ved at undersøge den anvendte terminologi inden for området i en præliminær søgning af litteraturen samt ved identificering af synonymer i søgedatabasernes thesaurus-funktion.

Adskillige søgeord blev identificeret indenfor tre overordnede søgeblokke: HIV, ældre og ensomhed. De detaljerede søgeord, som blev anvendt i søgningen, er præsenteret i tabel 1. Disse blev anvendt i en kombination af thesaurus- og fritekstsøgninger. I tabellen fremgår det ligeledes, hvilke søgeord, der er blevet anvendt i thesaurussøgningen (henholdsvis mapterm og MESH-term).

For at opnå en rimelig bredde og dybde inden for området, blev der udført en omfattende litteratursøgning i tre forskellige elektroniske databaser. Dette omfatter: PubMed, PsycInfo og EMBASE. Søgningen var begrænset til studier på engelsk, dansk, norsk eller svensk. Der blev ikke sat en tidsbegræsning på søgningen, men den seneste søgning blev foretages d. 18/05-2020.

Der blev ikke gjort en specifik indsats for at opspore grå litteratur, da et narrativt review generelt bygger på udgivet litteratur, fordi det antyder, at det inkluderende materiale besidder en eller anden grad af bestandighed og sandsynligvis er undergået en peer-reviewed proces (Grant & Booth, 2009).

Tabel 1

Søgeord, brugt i PsycInfo, PubMed og EMBASE, inddelt i søgeblokke.

HIV	**Ældre**	**Ensomhed**
HIV[ab]	Aging[ab]	Loneliness[ab]
AIDS[a]	Aged[b]	Lonely
Human immunodeficiency virus	Older	Lonesome
Acquired immunodeficiency syndrome[b]	Old	
Acquired immune deficiency syndrome	Elder	
GRID	Elderly	
Gay-related immune deficiency	50+	
	55+	
	60+	
	65+	
	70+	
	75+	

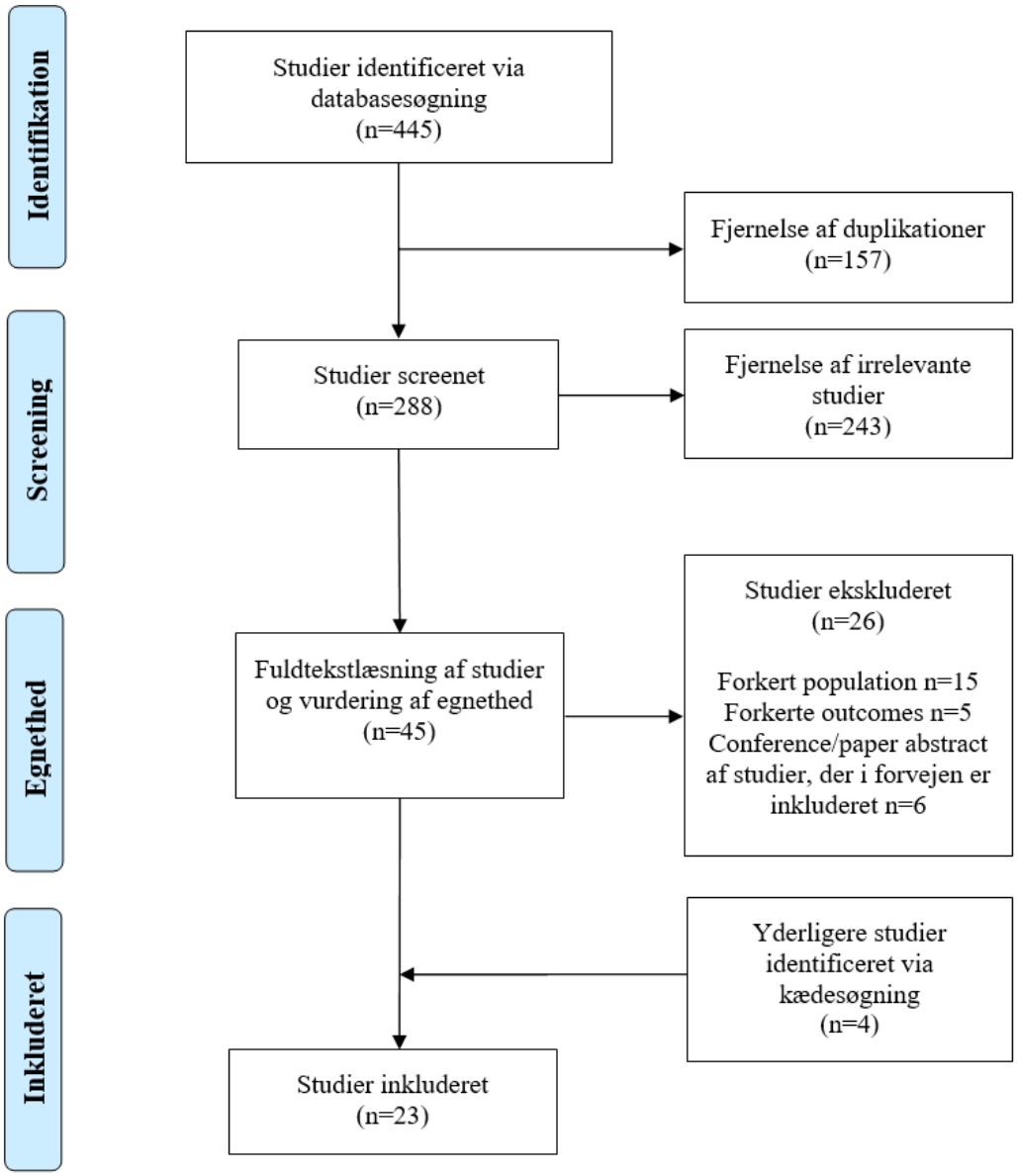
Note. [a] søgt som mapterm i PsycInfo og EMBASE
[b] søgt som MeSH-term i PubMed

Udvælgelsesproces

Udvælgelsesprocessen er afbildet i figur 1, hvor også mere detaljerede oplysninger fremgår.

Figur 1

Flowdiagram over artikeludvælgelsen



Efter tjek for duplikationer i Endnote og Covidence blev titel og abstract på de identificerede studier screenet manuelt af forfatteren med fokus på relevansen for problemformuleringen. Studier udelukkende relateret til børn, unge eller yngre voksne med HIV, studier af udelukkende ældre HIV-negative og studier som ikke målte ensomhed blev derfor ekskluderet. Studier kunne inkludere både yngre og ældre HIV+ eller både HIV+ ældre og HIV- ældre, hvis det eksplicit blev diskuteret, hvordan resultaterne adskilte sig baseret på

henholdsvis alder eller HIV-status. Derudover blev konferenceabstracts af studier, der i forvejen var repræsenteret i søgningen ekskluderet. Fokus blev lagt på de kvantitative studier, da disse på bedste vis kunne hjælpe til at besvare problemformuleringen og de kvalitative studier blev ekskluderet, da et integrativt review med både kvantitative og kvalitative studier kræver en erfaren reviewer (Boland et al., 2017). Kun de studier, der tydeligt ikke mødte op til disse kriterier, blev her ekskluderet. Dvs. at hvis det var uklart, hvorvidt en artikel levede op til de opstillede kriterier, blev den sendt videre til fuldtekstscreening. Her blev den fulde tekst af de udvalgte studier gennemlæst og opholdt mod inklusions- og eksklusionskriterierne i en mere kritisk gennemgang med henblik på at vurdere, hvilke studier der kunne vurderes som egnede til brug i det endelige review. Referencerne fra de udvalgte studier blev gennemgået med henblik på at opspore andre relevante og egnede studier, som ikke var blevet indfanget i den oprindelige litteratursøgning.

Dataanalyse

For at øge systematikken og sikre en ensartet tilgang i analysen, blev følgende deskriptive karaktertræk fra studierne indsamlet: 1) reference, 2) studiets anvendte datasæt, 3) studiets samplekarakteristika (herunder: land/by hvor studiet blev udført, alders-, køns- og etnicitetsfordeling, fordelingen af seksuel orientering, tidsramme for hvornår deltageren modtog sin HIV-diagnose samt evt. andre særlige karaktertræk), 4) antallet af deltagere (N), 5) måleredskaber brugt til at måle ensomhed, 6) parametre som studiet har undersøgt i sammenhæng med ensomhed samt 7) de af studiet resultater, der er relevante i denne sammenhæng.

De deskriptive informationer dannede grundlag for analysen. Ved hjælp heraf blev det forsøgt at identificere forskellige kategorier på tværs af de inkluderede studier, hvilket er udgangspunktet for analyseafsnittets opbygning. Alle de fund, der var relateret til ensomhed

hos ældre HIV-positive er inddraget i analysen og analysen præsenterer altså den fulde og samlede viden, der den identificeret på området.

I lyset af at dette er et narrativt review, blev hver af de inkluderede studier ikke vurderet ud fra deres metodologiske kvalitet eller risiko for bias, som der ellers ville været kravet i et systematisk review (Boland et al., 2017).

Teori

I følgende afsnit vil redegøres for eksisterende begreber, teori og empiri, der danner grundlag for opgavens senere indhold og for læserens forståelse heraf, herunder HIV, ensomhedsbegrebet, ensomhed blandt ældre, ensomhed blandt HIV-positive og ensomheden betydning for helbredet. Denne viden er dels en medvirkende årsag til analyseafsnittets opdeling og dels udgangspunktet for den senere diskussion af reviewets fund.

Human immundefekt virus (HIV)

I følgende afsnit vil der kort redegøres for HIV, dets smitteveje, behandling og konsekvenser. Nogle af de nævnte begreber og oplysninger vil senere blive benyttet i analyse- og diskussionsafsnittet og dette afsnit skulle derfor gerne danne basis for den senere forståelse.

HIV er et retrovirus, der inficerer immunsystemet og nedbryder immunforsvaret, hvor det især ødelægger de hvide blodlegemer af typen CD4-celler, der ellers forsvarer kroppen mod infektioner og visse kræftformer. Dette er baggrunden for, at de HIV-inficerede udvikler en svær immundefekt. CD4-celletallet bruges derfor som et mål for immunforsvaret tilstand for HIV-positive (Statens Serum Institut, 2020; Sundhedsstyrelsen, 2013). HIV spreder sig primært gennem ubeskyttet anal- og/eller vaginal sex samt ved at dele nåle eller andet udstyr brugt til injektion af stoffer (Centers for Disease Control and Prevention, 2019c). Smitterisikoen afhænger af den HIV-positives mængde af virus i blod og vævsvæsker, der

betegnes som HIV viral load (Statens Serum Institut, 2020; Sundhedsstyrelsen, 2013). Sygdomsforløbet vil for manges vedkommende indebære, at der opstår influenzalignende symptomer af 1-2 ugers varighed et par uger efter infektionen. Derefter vil infektionen ikke give nogen symptomer før immundefekten begynder at sætte ind ca. 5-8 år efter. Hvis der opstår HIV-relaterede følgesygdomme, herunder bestemte cancertyper, og/eller hvis patientens CD4-celletal falder til under en fastlagt grænse, bliver diagnosen AIDS stillet. Uden behandling vil patienten ofte dø indenfor 1-2 år efter AIDS-diagnosen (Statens Serum Institut, 2020; Sundhedsstyrelsen, 2013). HIV-infektionen behandles med antiretroviral medicin (ART), ofte i en kombination af tre eller flere antivirale midler. Den antiretrovirale medicin hæmmer formeringen af HIV, hvorefter immunsystemet gradvist vil restituere. Velbehandlede personer i ART-behandling vil have så lille en virusmængde (HIV viral load) i blod og vævsvæsker, at det er umåleligt. Derved forhindres det, at en smittet person udvikler AIDS og derudover reduceres risikoen for videresmitte til forsvindende lille. ART-behandlingen kan dog ikke fjerne virus og derfor skal den antiretrovirale medicin tages resten af livet. En del vil opleve bivirkninger i starten af ART-behandlingen, men hvis bivirkningerne ikke går over i løbet af et par måneder, vil man forsøge sig med andre kombinationer, som den enkelte tåler bedre (Statens Serum Institut, 2020; Sundhedsstyrelsen, 2013).

Tilstedeværelsen af HIV over en længere periode kan imitere den gradvise forringelse af immunsystemet, der er associeret med alder og dermed fremskynde aldringsprocessen (Brennan et al., 2010; Meir-Shafrir & Pollack, 2012). Dette kan medføre et reduceret CD4-celletal, der kan resultere i et svækket immunforsvar med større sårbarhed over for infektionssygdomme og bivirkninger ved visse typer medicin (Brennan et al., 2010). I en undersøgelse af ældre HIV-positive blev det fundet, at antallet af komorbide lidelser spændte fra 0-16 og at 69% af deltagerne rapporterede om tre eller færre komorbiditeter, herunder

oplevede mange især kroniske tilstande og sygdomme som leddegigt og forhøjet blodtryk (Brennan et al., 2010). Eksempler på andre komorbide lidelser eller tilstande er hudlidelser, synssvækkelser, diarré og unormal fedtfordeling på kroppen (Brennan et al., 2010; Hawkins, 2010). Nogle af disse symptomer kan være opstået som bivirkning til visse typer af lægemidler til behandling af HIV, specielt til de første generationer af HIV-medicin, herunder bl.a. hududslæt og omfordeling af fedt fra ansigt og ben til maveregionen, der kan resultere i en uønsket kropsform (Brennan et al., 2010; Hawkins, 2010). Synssvækkelser kan både opstå som et resultat af medicinske bivirkninger, HIV-infektionen i sig selv eller tidligere udsættelse for AIDS-relaterede infektioner (Brennan et al., 2010).

HIV-infektion er desuden forbundet med kognitiv svækkelse, som rapporteres af op mod en femtedel af de HIV-positive (Schouten, Cinque, Gisslen, Reiss & Portegies, 2011). De kognitive svækkelser vil ofte indebære hukommelsesproblemer, langsom informationsbearbejdningstid, motoriske vanskeligheder og problemer med opmærksom, koncentration og planlægning (Reger, Welsh, Razani, Martin & Boone, 2002; Schouten et al., 2011).

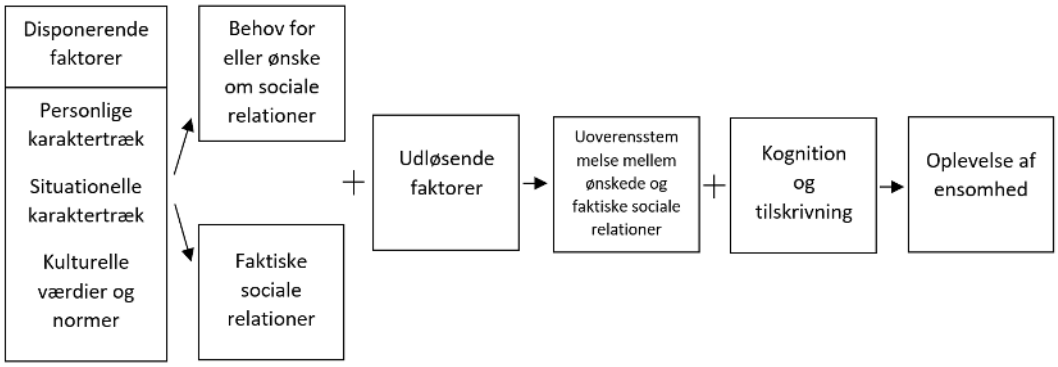
Ensomhedsbegrebet

Gennem tiden har oplevelsen af ensomhed været konceptualiseret ud fra forskellige perspektiver, men en bredt anvendt forståelsesramme for udviklingen af ensomhed er den kognitive diskrepansmodel udviklet af Perlman og Peplau, som er beskrevet i Peplau og Goldston (1984) og som af afbilledet i figur 2. Her defineres ensomhed som en subjektiv, ubehagelig følelse, der opstår som følge af en uoverensstemmelse mellem en persons behov for eller ønske om sociale relationer og vedkommendes faktiske sociale relationer (Peplau & Goldston, 1984). I modellen tages der udgangspunkt i, at ensomheden vil opstå som et resultat af samspillet mellem disponerende og udløsende faktorer, da disse vil kunne påvirke henholdsvis et individs behov for eller ønske om sociale relationer og vedkommendes faktiske

sociale relationer. Hvis en ændring i en af disse faktorer ikke ledsages af en tilsvarende ændring i den anden, kan det resultere i en uoverensstemmelse her imellem og ensomhed vil være et sandsynligt udfald. Intensiteten af denne ensomhed vil ifølge modellen medieres af mellemliggende kognitive processer, herunder bl.a. social sammenligning med andre i lignende situationer eller med sine egne forhenværende sociale relationer samt om individet tilskriver årsagen til sin oplevelse af ensomhed personlige eller situationsbestemte faktorer.

Figur 2

Perlman og Peplaus kognitive diskrepansmodel over udviklingen af ensomhed fra Peplau og Goldston (1984).



Ensomhedsfølelsen afhænger således ikke blot af omfanget og hyppigheden af en persons sociale deltagelse objektivt set, men af hvordan vedkommende subjektivt opfatter, vurderer og tilfredsstilles af denne (de Jong-Gierveld, 1987; Utz, Swenson, Caserta, Lund & deVries, 2014). På den baggrund kan ensomhed altså både opstå som resultat af en egentlig ændring i en persons faktiske niveau af social kontakt eller som et resultat af et skift i en persons sociale behov (Peplau & Goldston, 1984). Ensomheden kan både omhandle at kvantiteten (f.eks. antal eller hyppighed) og/eller kvaliteten (f.eks. intimitet eller fortrolighed) af de sociale relationer, vedkommende indgår i, ikke opleves som tilstrækkelig eller ønskelig (de Jong-Gierveld, 1987; Mannes et al., 2016; Peplau & Goldston, 1984; Russell, Cutrona, Rose & Yurko, 1984). En metaanalyse har dog fundet, at kvaliteten af det sociale netværk er stærkere korreleret med ensomhed end kvantiteten (Pinquart & Sorensen, 2001).

Derudover beskrives det i Peplau og Goldston (1984), at der overordnet kan snakkes om forskellige typer af ensomhed baseret på tre underliggende dimensioner: kilden til ensomheden, varigheden af ensomheden og karakteren af ensomheden.

Generelt inddeles kilden til ensomhed i to typer, først beskrevet af Weiss (1973): emotionel ensomhed og social ensomhed. Begge karakteriseres ved den samme fælles kerne, men ser også ud til kvalitativt at adskille sig fra hinanden (Russell et al., 1984). Emotionel ensomhed refererer til manglen på en personlig, tæt, intim tilknytning eller relation til et andet menneske. Dette omhandler en relation, der kan give en form for tryghed og sikkerhed og vil oftest dreje sig om en ægtefælle eller romantisk partner (Weiss, 1973). Derfor vil mennesker, der f.eks. nyligt er blevet skilt eller blevet enker eller enkemænd, være i risiko for at opleve denne type ensomhed (Russell et al., 1984). Social ensomhed refererer til manglen på tilhørsforhold eller social forbundenhed til et bredere socialt fællesskab eller netværk, hvor man accepteres og deler fælles interesser (Weiss, 1973). Det vil ofte dreje sig om venskabelige forhold (Weiss, 1973) og kan opleves som en følelse af marginalisering eller eksklusion fra et fællesskab (Peplau & Goldston, 1984). Mennesker der for nyligt er flyttet til et nyt social miljø, f.eks. til en ny by, job eller skole, er i risiko for at opleve denne type ensomhed (Russell et al., 1984).

Varighed over tid er endnu en vigtig dimension, når det drejer sig om forskellige typer af ensomhed (Peplau & Goldston, 1984). Baseret på varighed skelner Young (1982) mellem tre typer af ensomhed: kortvarig, situationsbestemt og kronisk ensomhed. Den kortvarige ensomhed, eller hverdagsensomheden, refererer til korte og lejlighedsvise følelser af ensomhed, som generelt ikke er af særlig klinisk eller forskningsmæssig interesse. Situationsbestemt ensomhed eller overgangsensomhed involverer, at der hos folk, som før har haft tilfredsstillende relationer, pga. en specifik forandring, f.eks. en skilsmisse, et dødsfald eller flytning, opstår en følelse af ensomhed. Dette kan være yderst ubehagelig og kan med

tiden udvikle sig til at være kronisk. Kronisk ensomhed beskrives af Young (1982), som en varighed på to år eller mere.

Den sidste af de tre underliggende dimensioner drejer sig om, at ensomheden både kan have en negativ og en positiv karakter. I denne opgave vil fokus været på de negative aspekter, da disse er af størst klinisk interesse, men ensomheden er ikke i sig selv blot en negativ følelsestilstand. Ensomhed kan forstås som det sociale sidestykke til fysisk smerte, sult og tørst således, at smerten ved manglende social kontakt og sulten og tørsten efter social forbundethed motiverer os til at opsøge og vedligeholde de sociale forbindelser, der er essentielle for os som mennesker (Hawkley & Cacioppo, 2010; Rokach, 2019). Således besidder ensomheden, på trods af at den ofte er ledsaget af negative tanker og følelser (Peplau & Goldston, 1984), en positiv og væsentlig funktion for os. Ensomheden er dermed et uundgåeligt menneskeligt vilkår, som man periodevist vil støde ind i (Karnick, 2005; Rokach, 2019).

Ensomhedsbegrebet har en del konceptuelt og empirisk overlap til andre sociale begreber, der dog stadig betegnes som adskilte sociale tilstande, herunder social isolation og social støtte (Tomaka et al., 2006). Forskelle og ligheder herimellem vil følgende blive uddybet.

Hvordan adskiller ensomhed sig konceptuelt og empirisk fra andre konstrukter relateret til sociale relationer?

De sociale aspekter af det menneskelig liv har været beskrevet med adskillige relaterede termer og begreber, herunder kan der både refereres til social kontakt, social deltagelse, socialt netværk, social støtte og social isolation, hvilken kan skabe konceptuel forvirring i den videnskabelig litteratur (Kaye & Singer, 2018). Derfor vil der følgende forsøges at skabes en klarhed over, hvor ensomhedsbegrebet henholdsvis overlapper og adskiller sig fra begreberne social isolation og social støtte.

Social isolation. Selvom ensomhed både er konceptuelt og empirisk relateret til social isolation, er begreberne ikke synonyme. Mens ensomhed er en subjektiv oplevelse, opgøres social isolation mere objektivt. Social isolation refererer nemlig oftest til en objektiv fysisk separation fra andre mennesker og kan f.eks. omhandle ægteskabelig status, antallet af sociale relationer, at leve/bo alene eller at bo i et geografisk øde område (Utz et al., 2014). Overordnet set kan social isolation og ensomhed skelnes fra hinanden ved henholdsvis ”at være alene” eller ”at føle sig alene” (Utz et al., 2014). Social isolation og ensomhed er relaterede i og med, at social isolation kan være en risikofaktor for ensomhed eller kan være associeret med andre risikofaktorer for ensomhed, såsom tabet af en ægtefælle (Cohen, 2000). Der er dog ikke nødvendigvis en sammenhæng mellem de to. Man kan således leve socialt isoleret uden at føle sig ensom og omvendt kan man også føle sig ensom, selvom man er omgivet af mennesker (Peplau & Goldston, 1984; Perissinotto, Cenzer & Covinsky, 2012; Tomaka et al., 2006).

Social støtte. Social støtte opdeles generelt i modtaget social støtte og oplevet social støtte, som udtryk for henholdsvis et objektivt og et subjektivt mål (Peplau & Goldston, 1984; Tomaka et al., 2006). Især den oplevede sociale støtte overlapper med konceptualiseringen af ensomhed, da begge vedrører subjektive og funktionelle aspekter ved sociale relationer (Kaye & Singer, 2018). Derfor kan det også være sværere klart at adskille ensomhed og oplevet social støtte fra hinanden sammenlignet med at adskille ensomhed fra de mere objektive mål for social isolation og modtaget social støtte (Wang, Mann, Lloyd-Evans, Ma & Johnson, 2018).

Der ser da også ud til at være negative korrelationer mellem begreberne således, at oplevet social støtte kan være en beskyttende faktor for ensomhed (Peplau & Goldston, 1984; Tomás, Pinazo-Hernandis, Oliver, Donio-Bellegarde & Tomás-Aguirre, 2019; Utz et al., 2014; Wang et al., 2018). Det er sandsynligt at antage, at social støtte leverer en vigtig og

kraftfuld relationel besked om, at nogen går op i, hvordan man har det, og får vedkommende til at føle sig værdsat og holdt af, hvilket kan have en forebyggende effekt for oplevelsen af ensomhed (Segrin & Passalacqua, 2010).

På trods af det empiriske overlap mellem social støtte og ensomhed, er de adskilte koncepter (Utz et al., 2014), der både opleves og måles forskelligt. For det første er ensomhed per definition noget andet end mangel på social støtte. Som nævnt er ensomheden centreret om den subjektive, ubehagelige følelse et individ kan opleve som følge af uoverensstemmelse mellem faktiske og ønskede sociale relationer (Greene et al., 2018; Peplau & Goldston, 1984; Perissinotto et al., 2012), mens social støtte specifikt vedrører det at modtage f.eks. emotionel eller instrumentel støtte i situationer, hvor man har behov for det (Heaney & Israel, 2008; Kaye & Singer, 2018; Peplau & Goldston, 1984; Tomaka et al., 2006). For det andet ser der ud til at være et dynamisk forhold mellem ensomhed og social støtte, hvor social støtte spiller en vigtig og unik rolle for følelsen af ensomhed, men hvor ensomhedsfølelsen ikke udelukkende er bestemt ud fra kvaliteten eller kvantiteten af ens sociale støttenetværk. Således kan manifestationen af ensomhed være forskellig fra virkeligheden af ens sociale støtte (Utz et al., 2014). Udover at ensomhed og social støtte opleves forskelligt, måles det også forskelligt. Valtorta, Kanaan, Gilbody og Hanratty (2016) finder f.eks., at måleredskaber, der eksplicit måler ensomhed, er baseret på mere subjektive mål samt udelukkende fokuserer på funktionelle aspekter, hvorimod måleredskaber, der eksplicit måler social støtte baserer sig på mere objektive mål samt måler enten funktionelle eller strukturelle aspekter eller begge dele.

På den baggrund er det, i denne opgave, valgt at adskille ensomhed fra mangel på social støtte. Opgaven vil derfor udelukkende fokusere på at undersøge ensomhed.

Denne beslutning underbygges yderligere af, at flere studier finder, at ensomhed medierer associationen mellem social støtte og helbred. De kommer altså frem til, at social støtte gavner helbredet ved at mindske ensomhed, som ellers ville kunne være skadende for helbredet. Da en del af fokus i denne opgave er på helbredet for ældre HIV-positive, indikerer dette altså, at det giver mening at vælge udelukkende at fokusere på ensomhed (Segrin & Passalacqua, 2010; Tomás et al., 2019).

Validerede ensomhedsskalaer

Tilbage til ensomhedsbegrebet. To af de mest anvendte ensomhedsskalaer er the University of California, Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale, inklusiv reviderede og forkortede versioner, og the de Jong Gierveld Loneliness Scale og dens reviderede udgaver (Penning, Liu & Chou, 2014).

Den originale the UCLA Loneliness Scale bestod af 20 items, der udelukkende var negativt formuleret (Russell, Peplau & Ferguson, 1978), hvilket man i den reviderede udgave (R-UCLA) lavede om på, så skalaens 20 items både bestod af nogle, der var negativt formuleret og nogle der var positivt formuleret (Russell, Peplau & Cutrona, 1980). I den tredje version af UCLA Loneliness Scale (UCLA-3) blev nogle af skalaens items simplificeret og svarformatet blev tilpasset (Russell, 1996). Udover disse tre udgaver af skalaen, er der mere nyligt også blevet udviklet forkortede versioner bestående af f.eks. 3 items. The UCLA Loneliness Scale har gennem tiden bl.a. mødt kritik for kun at fokusere på den sociale dimension af ensomhed (Penning et al., 2014).

The de Jong Gierveld Loneliness Scale blev udviklet med skelnen mellem social og emotionel ensomhed, som foreslået af Weiss (1973). Den kan bruges enten som et globalt, unidimensionelt mål eller som separate subskalaer for enten social eller emotionel ensomhed.

Skalaen består af 11 items, der både er negativt og positivt formuleret (de Jong Gierveld & Van Tilburg, 2010; Penning et al., 2014).

Alder og ensomhed

Det står ikke helt klart, hvilken betydning alder har for udviklingen af ensomhed. Noget tyder på, at ensomheden intensiveres med alderen, mens andet tyder på, at ensomheden er højest blandt unge og derefter vil falde hen over levetiden (Berlin, 2007; Kingdon, 2017; Tomás et al., 2019).

Hvad der ikke er tvivl om er, at ensomheden er et fænomen, som er genkendelig i alle alderskategorier (de Jong Gierveld, 1998; Perlman, 1988). Der er dog forskel på, hvilke typer af faktorer, der er afgørende for udviklingen af ensomhed på tværs af alderskategorier og faser i livet. For yngre er f.eks. personlighedstræk af vigtig betydning for udviklingen af ensomhed, mens bl.a. dét at miste sin partner og nedadgående helbred er nogle af de mest fremtrædende faktorer for udviklingen af ensomhed for ældre (de Jong Gierveld, 1998; Perlman, 1988).

Ældre alder er ikke nødvendigvis i sig selv en årsag til ensomhed, men kan dog være forbundet med nogle livsomstændigheder og -overgange, der kan gøre ældre særligt udsatte for udviklingen af ensomhed (Kaye & Singer, 2018; Pinquart & Sorensen, 2001; Tomás et al., 2019). Disse kan indbefatte pensionering, bortgang af venner, familie og partner, kognitivt og fysisk forfald, funktionsnedsættelser og nedgang i mobilitet, høre- og synssvækkelser, lavere indkomst og institutionalisering på plejehjem eller lignende (Coyle & Dugan, 2012; Kaye & Singer, 2018; Pinquart & Sorensen, 2001; Tomás et al., 2019; Utz et al., 2014). Alle disse livsomstændigheder og -overgange kan være forbundet med tab - tab af sociale roller, tab af funktioner eller tab af sociale relationer. Disse tab kan påvirke den sociale forbundethed, evnen til og muligheden for at deltage i sociale aktiviteter samt reducere antallet af sociale kontakter, hvilket til gengæld kan øge risikoen for social isolation og oplevelsen af ensomhed

(Coyle & Dugan, 2012; Kaye & Singer, 2018; Pinquart & Sorensen, 2001; Tomás et al., 2019; Utz et al., 2014).

Heldigvis øges risikoen for ensomhed ikke altid med alderen, faktisk er mange ældre ikke ensomme (Coyle & Dugan, 2012). Dette skyldes formentligt, at ældre også har en evne til at tilpasse sig til deres nye sociale virkelighed, således at de ønskede niveauer af social kontakt sideløbende falder i takt med de faktiske niveauer (Perlman, 1988; Tomás et al., 2019). Dermed kan der altså ske nogle aldersrelaterede forandringer i forventningerne til ens sociale netværk, som, på trods af indskrænkning af den sociale netværksstørrelse, kan bidrage til at øge tilfredsheden med ens sociale relationer (Coyle & Dugan, 2012; Perlman, 1988).

Derudover ser det ud til, at der sker et skifte i karakteren af de enkelte sociale relationer, når man ældes. Generelt ønsker ældre ikke lige så stor social stimulation og interaktion som yngre og de plejer at udvælge de mest værdifulde relationer at investere i (Utz et al., 2014). Således øges vigtigheden af de dybere følelsesmæssige bånd med tætte relationer, som folk bliver ældre. Måske fordi man føler, at man er ved at løbe tør for tid og dét at have mange sociale kontakter opfattes som overfladisk (Tomás et al., 2019). Det kan altså se ud til, at en generel højere kvalitet og intimitet i de kontakter, som de ældre så trods alt har, er en yderligere faktor, der kan beskytte ældre mod ensomhed (Perlman, 1988).

I et litteraturreview over ensomhed blandt ældre fandt Cohen-Mansfield, Hazan, Lerman og Shalom (2016), at det kvindelige køn, lavere uddannelsesniveau, lavere indkomst, ugift civilstatus, dét at bo alene og dét at bo i ikke-urbane områder var forbundet med oplevelsen af ensomhed. Ligeledes konkluderede Pinquart og Sorensen (2001) i en metaanalyse, at både det kvindelige køn, højere indkomst og højere uddannelse var associeret med lavere grad af ensomhed. En forklaring herpå kan være, at højere indkomst bl.a. finansielt kan muliggøre en større vifte af aktiviteter, der kan modvirke ensomhed. Højere

uddannelse kan have en indflydelse på, hvilke mennesker man opsøger for social kontakt og hvilke aktiviteter man engagerer sig i (Pinquart & Sorensen, 2001).

HIV og ensomhed

Som det allerede fremgik af indledningen, kan HIV/AIDS være forbundet med ensomhed. Årsagerne hertil kan være mange. Nogle årsager vil være ens for HIV-positive, som for andre kronisk eller alvorligt syge, herunder f.eks. en ringere tilknytning til arbejdsmarkedet samt en ensomhed i konfrontationen med en livstruende diagnose og sin egen dødelighed (Rokach, 2000). Mange HIV-positive står uden for arbejdsmarkedet, pga. enten arbejdsløshed, invaliditet eller pensionering, og dette vi ofte betyde, at mange HIV-positive også vil miste de sociale kontakter, der var forbundet med beskæftigelse (Brennan et al., 2010; Rokach, 2000; UNAIDS, 2014). Andre potentielle årsager vil være forskellige fra andre kroniske lidelser og dermed være særligt tilstedeværende for patienter med HIV/AIDS, herunder især aspektet af stigmatisering og diskriminering, som vil uddybes i næste afsnit. Særligt for HIV gælder desuden, i modsætning til mange andre alvorlige og kroniske lidelser, at der kan være tale om smittespredning i omgangskreds og mellem romantiske/seksuelle partnere. Således kan mange have oplevet at miste sin partner eller store dele af sin sociale omgangskreds til HIV, specielt da epidemien var på sit højeste i 80'erne og 90'erne (Kingdon, 2017; Nokes & Kendrew, 1990). Dette kan måske være en del af forklaringen på, hvorfor man i en undersøgelse af ældre HIV+ fandt, at hele 71% af deltagerne boede alene (Brennan et al., 2010). En undersøgelse af den generelle ældre befolkning over 65 år i New York fandt til sammenligning, at kun 32% boede alene (Greer et al., 2019). Udover at have mistet omgangskreds og partnere, kan andre forklaringer på, at så mange bor alene være, at mange mennesker med HIV lever uden en partner, bl.a. pga. egen frygt for at smitte partneren eller partnerens frygt for selv at blive smittet med HIV (Nokes & Kendrew, 1990). Ydermere kan en årsag være, at HIV/AIDS ikke rammer et repræsentativt udsnit af befolkningen, men

rammer en overvægt af mennesker med forskellig minoritetsbaggrund, herunder bl.a. mennesker fra LGBT-samfundet (Kingdon, 2017). Indtil for nyligt var det f.eks. ikke muligt for homoseksuelle af blive gift eller adoptere børn og det er det stadigvæk ikke mange steder i verden, hvilket kan være en medvirkende årsag til, at så mange bor alene og kan muligvis bidrage til at minimere det sociale netværk (Kingdon, 2017). På den anden side ser det ud til, at homoseksuelle generelt har et større netværk af venskabsrelationer, som fungerer som en slags modstykke til de eventuelt manglende familiebånd (Berlin, 2007). Desuden er det sandsynligt, at mange homoseksuelle vil have indtaget nogle mere realistiske forventninger i forhold til at modtage støtte og omsorg fra børn og ægtefæller og i stedet har planlagt deres liv og alderdom mere selvstændigt og uafhængigt (Berlin, 2007). Desuden er der for personer, der lever med HIV og AIDS et unikt miljø inden for politiske og aktivistiske fællesskaber og organisationer, hvor man engagere sig, dele oplevelser og udveksle erfaringer (Brashers, Haas, Neidig & Rintamaki, 2002).

Stigma

Stigma dækker over de negative holdninger, som samfundet indtager om en gruppe af mennesker, der besidder nogle karaktertræk, der anses for værende mindreværdige, såsom f.eks. HIV, homoseksualitet eller ældre alder. Disse negative holdninger kan påvirke, hvordan medlemmerne af den devaluerede gruppe opfatter sig selv (Vincent et al., 2017).

Stigma har været en del af dialogen siden begyndelsen af HIV/AIDS epidemien (Brennan et al., 2010) og her tre årtier senere møder folk med HIV til stadighed stigma og diskrimination fra omverdenen AIDS-Fondet (2017). Manges forestillinger om livet med HIV er stadig låst fast i de voldsomme billeder fra 80'erne og 90'erne, hvor HIV/AIDS-epidemien brød ud, hvilket betyder, at HIV efter alle disse år stadig er omgivet af myter og frygt (AIDS-Fondet, 2017; Brennan et al., 2010). Nogle frygter tilstedeværelsen af sygdommen i sig selv, andre er uvidende eller dårligt informerede om smitteveje og risikofaktorer for HIV, mens

andre igen opfatter sygdommen som en straf for de HIV-positives livsstil i moralsk eller religiøs forstand (Brennan et al., 2010). Det sociale stigma forbundet med HIV og AIDS kan føre til social afvisning af og afstandtagen til disse mennesker, der videre kan føre til ensomhed (AIDS-Fondet, 2017; Brennan et al., 2010; Rokach, 2000). Stigmatiseringen bevirker også, at nogle mennesker med HIV ikke selv opsøger sociale relationer og/eller er tilbageholdende med at fortælle og være åbne om deres HIV-status til omverdenen i frygt for afvisning og negative reaktioner, hvilket yderligere kan bidrage til deres oplevelse af at være ensomme (AIDS-Fondet, 2017; Brennan et al., 2010; Mazonson et al., 2020; Yoo-Jeong, Hepburn, Holstad, Haardorfer & Waldrop-Valverde, 2019).

Skam kan forstås som en konsekvens af de internaliserede stigmatiserende budskaber således, at skam kan være en følelsesmæssige manifestation af stigma hos det stigmatiserede individ (Vincent et al., 2017). HIV-relateret skam kan ligeledes øge oplevelsen af ensomhed blandt mennesker med HIV (Yoo-Jeong et al., 2019).

Mange mennesker, der lever med HIV, vil opleve en dobbelt stigmatisering, hvor de udover HIV-stigma også vil opleve stigmatiseringen på baggrund af deres seksuelle orientering, kønsidentitet, stofmisbrug, deltagelse i sexarbejde eller hudfarve (Brennan et al., 2010; UNAIDS, 2014). HIV-stigmaet vil sandsynligvis forværre disse andre typer af stigma, som den HIV-positive måtte være oppe mod og dermed bidrage yderligere til oplevelsen af ensomhed (Brennan et al., 2010). Måske er dette en medvirkende årsag til, at det tyder på, at ældre fra LGBT-samfundet kan opleve ensomhed i endnu højere grad end deres heteroseksuelle jævnaldrende (Fokkema & Kuyper, 2009). Ældre HIV-positive vil ofte også være offer for yderligere aldersdiskrimination i og med, at samfundet længe har anset HIV for at være associeret med ungdom (Brennan et al., 2010; Emlet, 2006). Aldersdiskrimination kan være forbundet med social eksklusion af ældre mennesker samt undgåelse af og tilbagetrækning fra social deltagelse, pga. social afvisning, hvilket kan øge risikoen for

ensomhed. Derudover kan den øgede grad af ensomhed også være et resultat af en internalisering af de negative aldersstereotyper såsom at alderdommen er præget af ensomhed (Shiovitz-Ezra, Shemesh & McDonnell, 2018).

Diskriminerende og stigmatiserende holdninger om HIV-positive er almindelige i mange dele af verden, men ser ud til at være endnu mere udbredt i landlige områder og områder, hvor der er mindre viden om HIV (Hubach et al., 2015; UNAIDS, 2014). Måske er dette en medvirkende faktor til, at Heckman et al. (1998) fandt, at HIV-positive, der boede i urbane områder, var mindre ensomme end HIV-positive, der boede i landlige områder.

Udover at HIV og ældre alder kan være omgivet af stigma, kan dét at være ensom også være socialt stigmatiserende. I vestlige samfund betragtes bl.a. dét at være gift og have mange venner som tegn på succes, mens dét at være isoleret og uden venner betragtes som tegn på svaghed og social fejlslagenhed (Perlman & Joshi, 1987). Derfor betragtes ensomhed ikke som noget, der rammer normale, sunde og stærke mennesker (Rokach, 2019).

Ensomhedens betydning for helbredet

Alders- eller sygdomsrelaterede forringelser af helbredet kan som allerede nævnt være en risikofaktor for udviklingen af ensomhed, men relationen mellem ensomhed og helbred kan være gensidig således, at ensomhed også kan medføre forringelser af helbredet.

Hvis man lader ensomheden stå til, kan det have alvorlige kognitive, emotionelle, adfærdsmæssige og helbredsmæssige konsekvenser (Hawkley & Cacioppo, 2010). Disse konsekvenser strækker sig bl.a. over forhøjet blodtryk (Hawkley, Thisted, Masi & Cacioppo, 2010), hjerte-kar-dødelighed (Olsen, Olsen, Gunner-Svensson & Waldstrøm, 1991), kognitiv svækkelse (Cacioppo & Hawkley, 2009), Alzheimers (Wilson et al., 2007) og depression (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006). Dette kan ske både via adfærd og via

psykobiologi (Steptoe, Owen, Kunz-Ebrecht & Brydon, 2004). Først vil jeg koncentrere mig om det fysiske og kognitive helbred, derefter det mentale helbred.

Det fysiske helbred

Ensomhed kan medføre mindre sandsynlighed for at engagere sig i helbredsfremmende adfærd, herunder f.eks. fysisk aktivitet, sund kost og søvn, der ellers kan være en beskyttende faktor for fysisk og mentalt helbred samt kognitiv funktion (Cacioppo et al., 2002; Hawkley & Cacioppo, 2010; Segrin & Passalacqua, 2010; Steptoe et al., 2004). Derudover kan ensomhed også forværre helbredet ved, at de ensomme i højere grad engagerer sig i adfærd, der kan være skadeligt for helbredet, herunder lav medicinsk adhærens, substansanvendelse og risikofyldt seksuel adfærd (Hubach et al., 2015; Segrin & Passalacqua, 2010). F.eks. finder nogle studier associationer mellem ensomhed og rygning (Dyal & Valente, 2015), anvendelse af stoffer (Hosseinbor, Ardekani, Bakhshani & Bakhshani, 2014; Rokach, 2002) og alkoholforbrug/ -misbrug (Åkerlind & Hörnquist, 1992). Årsagen hertil kan være, at cigaretter, alkohol og/eller stoffer anvendes i et forsøg på at dulme den lidelse og negative affekt, der er forbundet med oplevelsen af ensomhed og i stedet øge de positive følelser. Det kan også skyldes, at substansanvendelsen bruges som et middel til at komme i kontakt med andre mennesker, føle sig en del og social accepteret af fællesskabet eller til at håndtere angst i sociale situationer (Dyal & Valente, 2015; Åkerlind & Hörnquist, 1992). Overordnet set kan ensomhed også påvirke helbredsadfærd, fordi det er lettere at udføre helbredsfremmende adfærd i faktisk eller opfattet selskab af andre og fordi der er en mangel på betydningsfulde andre, der kan holde øje med en og forsøge at påvirke personen mod en helbredsfremmende adfærd (Hawkley & Cacioppo, 2010; Rokach, 2019). En forklaring på, hvorfor ensomhed kan være relateret til risikofyldt seksuel adfærd, kan være at ensomhed mindsker sandsynligheden for, at man fortæller om sin HIV-status samt kan være en barriere i forhandlingen om kondomanvendelse, fordi man vil maksimere sandsynligheden for at

seksuel aktivitet finder sted. Dette vil man, fordi seksuel adfærd midlertidigt kan dulme oplevelsen af ensomhed og øge oplevelsen af intimitet med et andet menneske (Hubach et al., 2015).

Der er dog studier som ikke finder, at sammenhængen mellem ensomhed og helbred skyldes, at den ensomme engagerer sig i færre sundhedsfremmende eller flere sundhedsskadende aktiviteter (Cacioppo et al., 2002; Penninx et al., 1997). Således foreslås det, at ensomhed kan påvirke helbredet via psykobiologiske veje, herunder ved at centralnervesystemet aktiverer de neuroendokrine, autonome og immunologiske reaktioner, hvilket der er en vis evidens for kunne være tilfældet. Ensomhed kan være karakteriseret af en oplevelse af, at sociale situationer kan virke truende og der kan være en årvågenhed for negativ social evaluering. Dette kan resultere i et forhøjet stressrespons i kroppen og deraf et højere kortisolniveau, hvilket til gengæld bl.a. kan have en negativ effekt på immunsystemet og reducere kroppens evne til at bekæmpe sygdom (Hawkley & Cacioppo, 2010; Rokach, 2000; Steptoe et al., 2004). Det kan måske især være tilfældet for mennesker, der i forvejen har et kompromitteret immunsystem, herunder mennesker med HIV og AIDS (Rokach, 2000). Straits-Tröster et al. (1994) fandt f.eks., at ensomhed, blandt 108 HIV-positive mænd uden AIDS, var associeret med lavere CD4-celletal således, at de ensomme deltagere havde et signifikant lavere CD4-celletal end dem, der ikke var ensomme. Dermed kan de ensomme HIV+ være i højere risiko for større fremskred af sygdommen (Straits-Tröster et al., 1994).

Ensomhed kan desuden være en risikofaktor for og kan bidrage til ringere overordnet kognitiv præstation, hurtigere kognitivt forfald og dårligere eksekutive funktioner (Cacioppo & Hawkley, 2009). F.eks. finder Wilson et al. (2007), at ensomhed var forbundet med lavere kognitivt niveau ved udgangspunktet og med hurtigere kognitivt forfald ved opfølgning efter fire år selv efter kontrol for social isolation. Derimod fandt de ikke, at kognitiv status ved udgangspunktet var forudsigende for ensomhed efter fire år. Det er muligt, at en forklaring

her på kan være, at ensomheden kan vise sig som en tidligt tegn på demens. En anden forklaring kan være, at ensomhed på en måde kompromitterer det neurale system, der underligger kognition og hukommelse og dermed gør ensomme individer mere sårbare for de ødelæggende effekter af aldersrelateret neuropatologi (Wilson et al., 2007). På den anden side er det også muligt, at kognitiv svækkelse kan føre til ensomhed ved, at den social interaktion besværliggøres og at den kognitivt svækkede trækker sig fra sociale situationer og relationer, bl.a. for at skjule sine kognitive problemer (Holmén & Furukawa, 2002; Wilson et al., 2007)

Konsekvenserne af ensomhed ser ud til gradvist at påløbe over tid ved at fremskynde aldring og forudsige sygelighed og dødelighed (Hawkley & Cacioppo, 2007, 2010). Dette ser ud til at være gældende i endnu højere grad blandt de kronisk ensomme (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010).

Det mentale helbred

Der ses en høj komorbiditet mellem ensomhed og mentale helbredsproblematikker, såsom angst og depression (Perlman, 1988; Segrin & Passalacqua, 2010). Årsagen hertil kan være, at tilstandene deler en fælles ætiologi. F.eks. er både ensomhed og depression forbundet med en maladaptiv attributionsstil, hvor man tilskriver sine fejl til ukontrollerbare, stabile og indre årsager (Dill & Anderson, 1999). Derudover kan ensomhed og mentale helbredsproblematikker også være kausalt forbundet til hinanden (Dill & Anderson, 1999). Her kan der være tale om en gensidig kausal indflydelse således, at mentale helbredsproblematikker kan øge risikoen for ensomhed, mens ensomheden modsat også kan øge risikoen for mentale helbredsproblematikker.

Ensomhed og depression er overlappende konstrukter, der er stærkt korrelerede (Cacioppo et al., 2006; Cohen, 2000). Oplevelsen af ensomhed kan opfattes som tæt på depression og begge er forbundet med en ubehagelig mental tilstand (Cacioppo, Hawkley &

Thisted, 2010; Cohen, 2000). Desuden indeholder nogle depressionsskalaer også items om, hvorvidt man føler sig ensom (Herniman, Allott, Killackey, Hester & Cotton, 2017). På trods af overlappet, er ensomhed og depression dog separate konstrukter (Cacioppo et al., 2006). Man kan sige, at depression er et mere globalt fænomen end ensomhed. Hvor det specifikke omdrejningspunkt for oplevelsen af ensomhed er ens sociale liv, så omhandler depression en mere generel oplevelse af utilfredshed med aspekter af livet (Peplau & Goldston, 1984; Weiss, 1973). Derfor er heller ikke alle ensomme deprimerede og ikke alle deprimerede ensomme (Peplau & Goldston, 1984). Cacioppo et al. (2006) fandt, i en undersøgelse af midaldrende og ældre, at ensomhed og depressionssymptomer havde en gensidig påvirkning således, at ensomhed forudsagde depressionssymptomer og depressionssymptomer forudsagde ensomhed, også efter kontrol for effekten af demografiske og psykosociale variable. På den anden side fandt Cacioppo et al. (2010), i et længdesnitsstudie af midaldrende og ældre, at ensomhed forudsagde depressionssymptomer, mens depressionssymptomer ikke forudsagde ensomhed. Modsat fandt Domènech-Abella, Mundó, Haro og Rubio-Valera (2019), i et længdesnitsstudie af 5066 ældre over 50 år, at ensomhed forudsagde depression, mens depression ikke forudsagde ensomhed. Således står det ikke helt klart, hvorvidt ensomhed forårsager depression, om depression forårsager ensomhed eller om der er tale om en gensidig påvirkning (Domènech-Abella et al., 2019). En forklaring på, hvordan ensomhed kan føre til depression, kan være, at ensomheden kan medføre manglende social støtte, mangel på positiv og forstærkende social interaktion samt utilfredshed med ens interpersonelle liv, hvilke kan producere nogle af de kognitive, affektive og adfærdsmæssige tilstande, der er karakteristiske for depression. Ensomheden kan sandsynligvis potentielt både udløse depressionssymptomer, men kan også være medvirkende til fastholdelse af den depressive tilstand (Dill & Anderson, 1999). Relateret hertil bør man være opmærksom på

den øgede risiko for selvmorstanker og selvmord, der ofte kan ledsage depression (Fairweather, Anstey, Rodgers, Jorm & Christensen, 2007).

Ensomhed kan også være forbundet med angst, måske især social angst pga. den undgåelse af sociale situationer, der kan være forbundet hermed (American Psychiatric Association, 2013; Moore & Schultz, 1983). Relationen mellem ensomhed og angst er dog mindre undersøgt end sammenhængen mellem ensomhed og depression (Domènech-Abella et al., 2019) og årsagssammenhængen står ikke helt klar (Dill & Anderson, 1999). I en større længdesnitsundersøgelse af ældre over 50 år finder Domènech-Abella et al. (2019), at generaliseret angst forudsagde ensomhed, og at ensomhed forudsagde generaliseret angst. En mulig årsagsforklaring kan være, at angst griber ind i evnen til at initiere og vedligeholde kontakten med andre, hvoraf et resultat kan være ensomhed (Dill & Anderson, 1999; Moore & Schultz, 1983). På den anden side kan man også forestille sig ensomhed, via årvågenhed for negativ social evaluering og oplevelsen af sociale situationer som truende, kan opbygge en angst for f.eks. at skulle opsøge og indgå i sociale relationer (Hawkley & Cacioppo, 2010; Rokach, 2000; Steptoe et al., 2004).

Det kan også tyde på, at der kan være en sammenhæng mellem ensomhed og oplevelsen af traumatiske hændelser samt udviklingen af posttraumatisk stress syndrom (PSTD). F.eks. fandt Wells (2015), at deltagere, der havde været udsat for traumer og som var i nuværende behandling herfor, scorede højere på ensomhedsskalaen end deltagere, der ikke havde været udsat for traumer. Solomon og Dekel (2008) fandt, at PTSD blandt tidligere krigsfanger var forudsigende for ensomhed, men at oplevelsen af ensomhed ikke var forudsigende for PTSD. Derudover fandt Palgi, Shrira, Ben-Ezra, Shiovitz-Ezra og Ayalon (2012), at potentielt traumatiske begivenheder i barndom og ungdom var associeret med en større oplevelse af ensomhed i den sidste halvdel af livet. Årsagen, til at PTSD kan føre til ensomhed, kan bl.a. være, at traumatiske oplevelser ofte kan være forbundet med skyld eller

skam, hvilket kan betyde, at det traumatiserede individ ikke deler sine oplevelser med andre og derfor kan opleve en følelse af ensomhed (Solomon & Dekel, 2008). Derudover kan det specifikke symptombillede for PTSD, herunder undgåelse og vredesudbrud, sandsynligvis afstedkomme nogle interpersonelle problemer og social tilbagetrækning, der kan føre til ensomhed (American Psychiatric Association, 2013; Solomon & Dekel, 2008). Man kan også forestille sig, at ensomhed kan øge risikoen for at udvikle PTSD efter en potentielt traumatisk begivenhed på samme måde, som det er tilfældet med social støtte (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Gonzalez, 2018). Derudover er det også muligt, at en tredje variabel, f.eks. døden af en nærtstående, kan hænge sammen med både ensomhed og PTSD (Palgi et al., 2012).

Også de mentale helbredskonsekvenser af ensomhed ser ud til at være mere almindelige, når ensomheden har varet ved over tid (Peplau & Goldston, 1984).

Livskvalitet

Det er desuden fundet, at ensomhed har en negativ betydning for livskvaliteten, herunder både overordnet livskvalitet og helbredsrelateret livskvalitet (Tan et al., 2020; Taube, Kristensson, Sandberg, Midlöv & Jakobsson, 2015; Theeke et al., 2014; Theeke, Goins, Moore & Campbell, 2012). Der har gennem tiden været forskellige måder at definere livskvalitet på, men der er stort set enighed om, at livskvalitet involverer individets egen opfattelse af sin personlige situation i sit eget liv, hvad angår både fysiske, sociale, mentale og spirituelle dimensioner (Pinto, Fumincelli, Mazzo, Caldeira & Martins, 2017). Livskvalitet er således et bredt koncept, der kan inkludere alt fra specifikke symptomer, funktionel status, opfattelse af eget helbred til aktiviteter i dagligdagen og overordnet livskvalitet (Datta, Datta & Majumdar, 2014; Guyatt et al., 2007). Livskvalitet involverer individets tilfredshed med livet generelt og kan derfor også være et synonym for velbefindende og livstilfredshed (Ferrans & Powers, 1992; Pinto et al., 2017). Der er en generel enighed om, at helbredet er en

essentiel dimension af livskvalitet. Derfor har helbred og funktionsevne også været nogle af de mest brugte mål for livskvalitet (Ferrans & Powers, 1992).

Analyse

I følgende afsnit vil resultatet af reviewets litteratursøgning indledningsvist fremlægges og de inkluderede studier vil beskrives. Derefter vil de af studiernes fund, der var relateret til ensomhed blandt ældre HIV-positive, sammenfattes og sammenholdes på tværs af otte identificerede overordnede kategorier.

Inkluderede studier

Litteratursøgningen resulterede i alt i 445 identificerede studier på tværs af søgedatabaser. Efter fjernelse af duplikationer, eksklusion af irrelevante studier samt identificering af yderligere studier via kædesøgning blev identificeret 23 egnede studier, der undersøgte ensomhed og associerede faktorer blandt ældre HIV-positive over 50 år og som altså levede op til de opstillede inklusionskriterier for dette review. De inkluderede studier er oplistet i tabel 2.

Ét af disse studier var et systematisk review af Rubtsova et al. (2017), der undersøgte hvilke psykosociale faktorer, herunder ensomhed, der har indflydelse på, hvordan ældre HIV+ kvinder lever, coper og ældes med HIV. De fandt tre kvantitative publikationer, der tog ensomhed i betragtning: Storholm et al. (2013), Siconolfi et al. (2013), Mannes et al. (2016). Alle tre studier var dog i forvejen inddraget i dette review og derfor vil der ikke blive refereret yderligere til Rubtsova et al. (2017).

Derudover var ét studie en pilotundersøgelse, der var koncentreret omkring at afprøve en telefonleveret og copingbaseret 12-ugers gruppeintervention til ældre HIV-positive med tegn på mindst mild depression og uden tegn på alvorlig kognitiv svækkelse. Effekten af interventionen blev opgjort på forskellige parametre, herunder oplevelsen af ensomhed. Den ene halvdel af deltagerne (N=44) modtog interventionen med det samme, mens den anden

halvdel (N=46) fungerede som en kontrolgruppe, der modtog interventionen på et senere tidspunkt. Heckman et al. (2006) fandt, at interventionen havde relativt lille indflydelse på oplevelsen af ensomhed, der kun ændrede sig i den forsinkede behandlingsgruppe efter at have gennemført interventionen. Her skete en statistisk signifikant reduktion i ensomhed (fra 29,70 til 28,50, $p<.03$). Da Heckman et al. (2006) som de eneste beskæftigede sig med interventionsmuligheder til reduktion af ensomhed blandt ældre HIV+ og da reviewets formål ikke var relateret hertil, har interventionsmuligheder ikke fået sin egen kategori i analysen, dog vil der vendes tilbage til dette aspekt i diskussionsafsnittet.

De resterende 21 studier udgjorde samlet fjorden samples, da flere af studierne baserede sig på de samme datasæt. F.eks. baserede fem af studierne sig på en undersøgelse kaldet Research on Older Adults with HIV (ROAH) (Brennan et al., 2010; Golub et al., 2010; Grov et al., 2010; Karpiak, Shippy & Cantor, 2006; Siconolfi et al., 2013). Ét af disse fem studier var Karpiak et al. (2006) og da dette studie, i modsætning til de fire andre, ikke bidrog med supplerende viden om deltagerne i ROAH-undersøgelsen inddrages det ikke yderligere. Derudover gøres det opmærksomt på, at der i konferenceabstractet af Kane et al. (2018) redegøres for resultater fra Aging with Dignity, Health, Optimism and Community (ADHOC), der er det samme register som Mazonson et al. (2020) baserede sig på. I konferenceabstractet redegøres der for ensomhed blandt 208 ældre HIV+. Det fremgår ikke, om disse 208 deltagere også er en del af det større sample brugt af Mazonson et al. (2020). Det kan dog virke sandsynligt, at der kan være tale om foreløbige data, som senere er blevet udbygget i Mazonson et al. (2020), da han også var medforfatter på konferenceabstractet og derfor bør man også tage forbehold for dette mulige overlap mellem samples i fortolkningen af resultaterne.

De inkluderede studier var udgivet mellem 2006 og 2020. Størstedelen anvendte the UCLA Loneliness Scale til at måle ensomhed, mens to anvendte the de Jong-Gierveld

Loneliness Scale. Antallet af deltagere spændte fra 41 til 998 og langt de fleste af studierne var foretaget i USA, derudover var ét fra Uganda og ét fra Storbritannien.

Baseret på studiernes fund, blev der identificeret følgende otte overordnede kategorier relateret til ensomhed blandt ældre HIV+: forekomst, demografiske variable, socialt netværk, fysisk helbredsstatus, livskvalitet, mentalt helbredsstatus, stigma og adfærdsrelaterede faktorer. Fundene indenfor hver af disse kategorier vil følgende uddybes, hvor der ligeledes vil opsummeres, hvor mange af de 21 studier, der har undersøgt det specifikke koncept.

Tabel 2
Oversigt over inkluderede studier.

Reference	Datasæt	Sample karakteristika	N	Måleredskab til ensomhed	Parametre udover ensomhed	Relevante resultater
Berlin (2007)	Eget	Chicago. Rekrutterede både HIV- og HIV+ For de HIV+: Alder: 51-73 år, gns: 55,47. Køn: 100% mænd. Etnicitet: 24 hvide, 8 sorte. Seksuel orientering: 28 homoseksuelle, 1 biseksuel, 2 andet. Varighed af HIV-diagnose: 83,9% har haft det længere end 10 år.	75 HIV+: 41	Revised UCLA Loneliness Scale (version 2)	HIV-status	Ingen signifikant forskel mellem HIV+ og HIV- ift. deres psykologiske tilpasning til aldring, herunder ensomhed.
Brennan-Ing et al. (2013)	ROAH Uganda	Uganda. Alder: 50-83 år, gns: 61 år. Køn: 58,4% kvinder. Varighed af HIV-diagnose: 1-23 år, gns.: 9 år.	101	3-item UCLA Loneliness Scale	Køn. Depression (CES-D 10 items). HIV stigma (13-item Sowell HIV Stigma Scale). Livstilfredshed (1-item). Antal komorbide lidelser (herunder f.eks. cancer, depression, hudproblemer, herpes, synstab, malaria, diabteses, neuropati osv.)	Ingen forskel i ensomhed mellem køn. Ensomhed positivt korreleret med depression, HIV-stigma og komorbiditet og negativt korreleret med livstilfredshed.
Brennan et al. (2010)	ROAH	New York City. Alder: 50-78 gns: 55,5 år. Køn: 640 mænd, 264 kvinder, 10 transkønnede. Etnicitet: 50,2% sorte, 33,9% latinamerikanske, 12,8% hvide, 4,6% andet.	914	20-item UCLA Loneliness Scale (version 3)	Køn. Seksuel orientering. Etnicitet. Depression (CES-D). HIV-relateret stigma (The Berger HIV Stigma Scale).	Signifikant forskel i ensomhed mellem køn. Ingen signifikant forskel ift. seksuel orientering eller etnicitet. Signifikant sammenhæng mellem ensomhed og helholdsvis depression og HIV-stigma

		Seksuel orientering: 66,5% heteroseksuel, 23,7% homoseksuel, 8,5% biseksuel, 1% andet. Varighed af HIV-diagnose: 3 mdr- 26 år, 66,7% længere end 10 år, gns: 12,6 år.				
Golub et al. (2010)	ROAH	*Se Brennan et al. (2010)*	914	20-item UCLA Loneliness Scale (version 3)	Enhver seksuel aktivitet, inklusiv oral-, anal- og/eller vaginalsex i seneste 3 mdr. Enhver ubeskyttet anal- eller vaginal sex i de seneste 3 mdr.	Ensomhed negativt associeret med seksuel aktivitet og positivt associeret med ubeskyttet seksuel aktivitet.
Greene et al. (2018)	The Silver Project	San Francisco Alder: 53-62 år, median: 56 år. Køn: 308 mænd. Etnicitet: 57% hvide. Seksuel orientering: 231 homoseksuelle, 80 heteroseksuelle, 43 biseksuelle eller andet. Varighed af HIV-diagnose: median 23 år.	356	8-item UCLA Loneliness Scale	Alder. Køn. Etnicitet. Seksuel orientering. Indkomst. Helbredsrelateret livskvalitet (selvbedømt, fra dårligt til fremragende). Funktionsnedsættelse (afhængig i mindst én ADL eller IADL). Sygdomssværhedsgrad (VACS). Risiko for problemer med alkohol- og/eller stofforbrug (2 eller flere positive sgm. på CAGE-AID screen) Depressionssymptomer (PHQ-9) opdelt i ingen, mild, moderat og svær (≥5 indikerer mindst mild). Kognitivsvækkelse (MOCA score under 26). Socialt støttenetværk (LSNS måler antallet af relationer, ≤12 = lille).	Ensomhed var almindeligt, specielt blandt dem der rapporterede om depression, begrænset socialt støttenetværk, substansanvendelse og rygning. Ikke signifikant associeret med alder, køn, etnicitet, seksuel orientering, sygdomssværhedsgrad, funktionsnedsættelse eller helbredsrelateret livskvalitet i korrigerede modeller.
Grov et al. (2010)	ROAH	*Se Brennan et al. (2010)*	914	20-item UCLA Loneliness Scale (version 3)	Depression (CES-D), ≥23 indikerer høj sandsynlighed for depressionssymptomer. HIV-relateret stigma (HIV Stigma Scale). Oplevede helbredsindikatorer (kondenseret version af the Medical Outcoms Scale-HIV)	Ensomhed signifikant forudsigende variabel for depressionssymptomer. Signifikant negative korrelationer mellem ensomhed

					med fem domæner: smerte, energi/træthed, fysisk, social og kognitiv funktion. Selvrapporterede objektive helbredsindikatorer: nyeste CD-4 tal, AIDS-diagnose.	og alle fem mål for oplevet helbred. Ensomhed er ikke signifikant relateret til nogen af de objektive helbredsindikatorer.
Han et al. (2017)	CEDHA	Chicago. Identificerer sig som enten sort eller hvid. Både HIV+ og HIV- blev rekrutteret. For HIV+: Alder: gns: 58,71 år. Køn: 134 mænd, 42 kvinder, 1 transkønnet. Etnicitet: 124 sorte, 53 hvide.	370 HIV+:177	Modificeret 5-item udgave af de Jong-Gierveld Loneliness Scale (emotionel ensomhed)	Global kognition (samlet z-score af batteri af 21 kognitive måleredskaber administreret af en oplært). Etnicitet. HIV-status. Uddannelse (antal skoleår). Alder. Køn. Indkomst.	Signifikant forskel i ensomhedscore ift. etnicitet og indkomst. Ingen signifikant forskel ift. alder, køn, global kognition og indkomst. Ensomhed dog signifikant associeret med lavere global kognition blandt sorte HIV+.
Heckman et al. (2006)	Eget	New York, Pennsylvania, Ohio og Arizona. Depression, delvis remission af depression, dystymi eller mindre depression baseret på PRIME-MD. 75+ på the Modified MMSE. Alder: 50-73 år, gns: 54,3 år. Køn: 68% mænd. Etnicitet: 50% hvide, 43% sorte, 5% latinamerikanske, 2% andet. Seksuel orientering: 49% homoseksuelle, 36% heteroseksuelle, 15% biseksuelle. Varighed af HIV-diagnose: 2-22 år, gns. 12,8 år.	90	10-item UCLA Loneliness Scale	Telefonleveret gruppeintervention med fokus på forbedring af coping.	Ensomhed kun signifikant reduceret i gruppen med forsinket behandling.
John et al. (2016)	The Silver Project	San Francisco.	359	8-item UCLA Loneliness Scale	Alder.	Ikke signifikant forskel i ensomhed ift. alder.

		Alder: 50-80 år, median 56 år. Køn: 85% mænd, 12,5 % kvinder, 2,5% transkønnede. Etnicitet: 57,1% hvide, 30,0% sorte, 10,7% latinamerikanske. Seksuel orientering: 65,6% homoseksuelle, 22,4% heteroseksuelle, 9,2% biseksuelle, 2,8% andet. Varighed af HIV-diagnose: 85% længere end de år.			Sygdomssværhedsgrad (VACS).	Ikke signifikant sammenhæng mellem ensomhed og sygdomssværhedsgrad.
Kane et al. (2018)	ADHOC	Alderskategorier: 63,9% 50-59 år, 19,2% 60-65 år, 16,8% 65+. Køn: 94,2% mænd. Etnicitet: 81,1% hvide, 7,8% latinamerikanske, 6,3% sorte, 4,9% andet. Seksuel orientering: 93,4% homoseksuelle 9,3% heteroseksuelle.	208	3-item UCLA Loneliness Scale	Alder. Køn. Forholdsstatus. Seksuel orientering. Etnicitet. Uddannelsesniveau. Indkomst (over eller under 50.000$). Antal kormorbiditeter (0-5 eller 5+).	Fald i ensomhed var signifikant associeret med højere alder, det kvindelige køn, at være i et forhold, højere indkomst og færre komorbiditeter. Ikke signifikant forskel ift. seksuel orientering, etnicitet og uddannelsesniveau.
Karpiak et al. (2006)	ROAH	*Se Brennan et al. (2010)*	914	20-item UCLA Loneliness Scale (version 3)	-	-
Kingdon (2017)	Project Gold	New York City. Alder: gns: 55,49 år. Køn: 100% mænd. Etnicitet: 46,7% sorte, 2,5% hvide, 14,1% latinamerikanske, 14,6% andet. Seksuel orientering: 100% mænd, der har sex med mænd (har haft mindst en seksuel oplevelse med en anden mand i de seneste 6 mdr.).	199	4-item forkortet udgave af 20-item UCLA Loneliness Scale (version 3)	Tidspunkt for HIV-diagnose (før eller efter 1996). HIV-stigma (forkortet version af HIV-related Stigma Scale). Aldersstigma (14-item Gay-Related Age Sensitivity Scale). Depression (Beck Depression Inventory-II). PTSD (forkortet version af Trauma Awareness and Treatment Center).	Ingen signifikant sammenhæng mellem ensomhed og HIV-diagnose før eller efter 1996. Signifikant korrelation mellem ensomhed, stigma, depression og PTSD. Signifikant sammenhæng mellem ensomhed og analsex uden kondom.

		Varighed af HIV-diagnose: gns: 18,14 år, 74,9% diagnosticeret før 1996.			Kondomfri analsex (the Time Line Follow-Back) i seneste 30 dage.	
Mannes et al. (2016)	Eget	Florida. Alder: gns: 55,77. Køn: 62,9% kvinder. Etnicitet: 100% sorte. Varighed af HIV-diagnose: gns. 14,8 år.	96	20-item UCLA Loneliness Scale (version I)	Køn. Substansanvendelse (selvrapporteret i de seneste 6 mdr. samt urinanalyse). Stort alkoholindtag (selvrapporteret i de seneste 7 dage, baseret på CDC retningslinjer: ≥ 15 genstande pr. uge for mænd og ≥8 eller flere for kvinder).	Ingen forskel i ensomhed mellem køn. Ensomhed signifikant positivt associeret med stort alkoholindtag og anvendelse af ulovlige stoffer blandt kvinder. Ingen signifikant association blandt mænd.
Mannes, Burrell, Dunne, Hearn og Whitehead (2017)	Fra Mannes et al. (2016)	*Se Mannes et al. (2016)*	96 50-59 år: 76 60+: 20	20-item UCLA Loneliness Scale (version I)	Alder (50-59 år og 60+). Alkoholindtag (antal dage pr. uge, gns. mængde, max. mængde) selvrapporteret.	Ingen forskel mellem aldersgrupperne. Ingen signifikant sammenhæng mellem ensomhed og alkoholindtag.
Mazonson et al. (2020)	ADHOC	California, Washington DC, Florida, Illinois, North Carolina, Texas, Washington State og Wisconsin. Alder: 50-88 år, gns: 59,4 år. Køn: 89% mænd. Etnicitet: 69% hvide. seksuel orientering: 77% homoseksuelle. Varighed af HIV-diagnose: gns. 21 år. Ingen akutte medicinske problemer, der kræver omgående indlæggelse.	998	3-item UCLA Loneliness Scale	Alder (50-59 eller 60+). Forholdsstatus (i forhold eller single). Uddannelsesniveau (højere eller lavere end 4-årig universitetsgrad). Bor alene eller med partner. Depression (2-items fra PHQ-4). Angst (2-items fra PHQ-4). Rygning. Stofanvendelse. Nærhed med venner. Etnicitet. Årsindkomst (over eller under 50.000$). Adhærens til HIV-medicin (dårlig eller god). Antal komorbiditeter (over eller under 5). Beskæftigelsesstatus (arbejdsløs/studerende/pensioneret eller	”Yngre ældre” mere ensomme end ”ældre ældre”. Ensomhed associeret med forholdsstatus, uddannelsesniveau, at bo alene, depression, rygning, stofanvendelse, livskvalitet og ikke at være tæt med sine venner. Ikke signifikant associeret med etnicitet, beskæftigelsesstatus, angst, årsindkomst, adhærens, antal komorbiditeter i multivariat logistisk regression.

					fuld-/deltidsarbejde).	
Nguyen, McNeil, Han og Rhodes (2018)	CEDHA	Chicago. Alder: gns: 58,7 år. Køn: 75% mænd. Etnicitet: 69,3% sorte, 25% hvide, 5,7% latinamerikanske. Varighed af HIV-diagnose: gns. 16,9 år.	176	5-item De Jong-Gierveld Loneliness Scale (emotionel ensomhed)	Helbredsrelateret livskvalitet målt ved selvrapporteret helbredsstatus (opdelt i dårlig/nogenlunde kontra god/fremragende) og antal dage, hvor helbredet har været godt i den seneste måned (Healthy Days Index).	Ikke signifikant sammenhæng mellem emotionel ensomhed og helbredrelateret livskvalitet i korrigerede regressionsanalyser.
Rendina, Weaver, Millar, Lopez-Matos og Parsons (2019)	Wellness in Spirituality and Education	Mest rekrutteret fra New York, men også nogle via internettet. Ordineret ART, suboptimal adhærens (misset 3 eller flere dage i de seneste 30 dage), afhængig af stoffer og/eller alkohol og har brugt stoffer og/eller alkohol indenfor det seneste år. Alder: 50-66 år, Gns: 54,6 år. Køn: 67,5% mænd. Etnicitet: 76% sorte, 9,2% latinamerikanske, 7,5% hvid, 7,5% andet. Seksuel orientering: 43,3% homo- eller biseksuelle mænd, 32,5% kvinder, 24,2% heteroseksuelle mænd. Varighed af HIV-diagnose: 17,1 år.	120	8- item UCLA Loneliness Scale	Køn. Alder. Etnicitet. Indkomst. Varighed af HIV-diagnose. Depressionssymptomer (GDS). HIV-stigma (HIV stigma Scale - kondenseret version). Alkoholproblemer (AUDIT). Stofmisbrug (Drug Abuse Screening Test). ART adhærens (gennemgang af 30-dags kalender). Viral load og procent af CD4-celletal (blodprøve).	Ensomhed signifikant korreleret med stofproblemer, HIV-stigma, depressionssymptomer. Ikke signifikant associeret med alder, køn, etnicitet, indkomst, varighed af HIV-diagnose, alkoholproblemer, ART adhærens, viral load eller CD4-celletal.
Rubtsova et al. (2017)	Systematisk review	Studier fra Nordamerika., der inkluderede ældre HIV+ kvinder.	-	-	-	-
Sandkovsky et al. (2013)	Eget (pilotstudie)	Nebraska. Rekrutterede HIV+ i to aldersgrupper grupper: 20-40 år (gns. 31,5 år) eller 50+ (gns: 56,5 år). For de ældre: Køn: 15 mænd.	41 (20-40 år: 21, 50+: 20)	UCLA Loneliness Scale (version 3)	Alder. Seksual funktion (the Female Sexual Function Index eller the Male Sexual Health Questionaire).	Ingen signifikant forskel i ensomhedscoren mellem de to aldersgrupper. Ingen signifikant association mellem ensomhed og seksualfunktion.

		Etnicitet: 13 hvide, 5 sorte, 2 latinamerikanske. Seksuel orientering: 10 mænd, der har sex med mænd, 6 heteroseksuelle, 4 biseksuelle. Varighed af HIV-diagnose: 1,6-24 år, gns: 14,2 år. Enten stabil ART-behandling eller ikke på ART og forventer heller ikke at komme det inden for de næste 6 uger. Ingen akut infektion, psykiatrisk eller neuropsykologisk lidelse, delir, graviditet. beruselse, aktivt stof- og/eller alkoholmisbrug.				
Siconolfi et al. (2013)	ROAH	New York City. Opdelte i tre grupper: heteroseksuelle mænd (44,9%), heteroseksuelle kvinder (25,6%) og homo- eller biseksuelle mænd (29,5%). Alder: gns. 55,67 år. Køn: 25,6% kvinder. Etnicitet: 50,9% sorte, 32,3% latinamerikanske, 13,0% hvide og 3,7% andet. Varighed af HIV-diagnose: gns. 12,7 år.	811	20-item UCLA Loneliness Scale (version 3)	Alder (50-59 år eller 60+). Seksuel orientering (heteroseksuel kvinde, heteroseksuel mand eller bøsse/biseksuel mand). Etnicitet. Substansanvendelse (selvrapporteret forbrug i seneste 3 mdr.), herunder cigaretter, alkohol, marihuana, Poppers og hårde stoffer (methamfetamin, kokain, crack-kokain, heroin, ecstasy, ketamin, Fantasy, LSD/PCP).	Ingen signifikant forskel i ensomhed ift. alder. Signifikant sammenhæng mellem ensomhed og etnicitet og seksuel orientering. Ingen signifikant sammenhæng mellem ensomhed og substansanvendelse.
Storholm et al. (2013)	ROAH	New York City. Alder: 50-78 år, gns: 55,53 år. Køn: 640 mænd, 264 kvinder. Etnicitet: 87,1% identificerede sig som ikke-hvide. Seksuel orientering: 32,6% identificerede sig som homo- eller biseksuelle.	904	20-item UCLA Loneliness Scale (version 3)	Køn (udelukkende mænd og kvinder). HIV-relateret stigma (Bergers Stigma Scale). Multipel minoritetsstatus a) homo- eller biseksuel, b) handicappet, c) ikke-hvid, d) født uden for USA, e) modersmål ikke engelsk, f) fattig (summeret score fra 0-6).	Ingen signifikant forskel i oplevelsen af ensomhed mellem mænd og kvinder. Signifikant sammenhæng mellem ensomhed og HIV-relateret stigma.

Terrence Higgins Trust (2017)	Eget	UK (10% Skotland, 3% Wales og 87% i England). Alder: 50-82 år, gns: 55 år. Køn: 78% mænd. Etnicitet: 80% hvide briter. Seksuel orientering kun angivet for mænd: 88% mænd, der har sex med mænd, 9% heteroseksuelle og 3% definerede ikke deres seksualitet. Varighed af HIV-diagnose: 0-34 år, 32% fik diagnosen før 1996.	246	3-item UCLA Loneliness Scale	HIV-relateret selvstigma (the People Living with HIV Stigma Index). Indkomst.	Ensomhed forbundet med øget HIV-selvstigma og mindsket indkomst.
Vincent et al. (2017)	Data fra Heckman et al. (2011)	New York City, Columbus (Ohio) og Cincinnati (Ohio). ≥ 10 på Beck Depression Inventory-II, ≥ 75 på the Modified Mini-Mental State Examination. Alder: gns: 55,23 år. Køn: 199 mænd. Etnicitet: 63,9% ikke-hvide. Seksuel orientering: 95 heteroseksuelle kvinder, 62 heteroseksuelle mænd, 137 mænd, der har sex med mænd. Varighed af HIV-diagnose: 2-34 år, gns. 12,41 år.	299	10-item UCLA Loneliness Scale	Køn/seksuel orientering (opdelt i kvinder, heteroseksuelle mænd og mænd, der har sex med mænd). Depression (GDS). HIV-relateret skam (subskala fra HARSI). Helbredsrelateret livskvalitet (the Functional Assessment of Human Immunodeficiency Virus Infection med subskalaerne: fysisk, emotionelt og socialt velbefindende)	Signifikant forskel i ensomhed mellem kvinder og mænd, der har sex med mænd. Ensomhed signifikant associeret med HIV-relateret skam, depression og socialt velbefindende, men ikke fysisk og emotionelt velbefindende.

Note. **CES-D =** Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; **CAGE-AID Screen =** Cut down, Annoyed by criticism, Guilty about drinking, Eye-opener drinks – Adapted to Include Drugs; **HARSI =** HIV an Abuse Related Shame Inventory; **PHQ =** Patient Health Questionnaire; **VACS =** The Veterans Aging Cohort Study; **ADL =** Activity of Daily Living (dagligdagsaktivitet); **IADL =** Instrumental Activity of Daily Living (instrumentel dagligdagsaktivitet); **MOCA =** Montreal Cognitive Assessment; **LNSN =** Lubben Social Network Scale; **AUDIT =** Alcohol Use Disorders Identification Test; **GDS =** The Geriatric Depression Scale; **PRIME-MD =** Mood Module of the Primary Care Evaluation of Mental Disorders; **MMSE =** Mini-Mental State Examination.
CDC = Centers for Disease Control and Prevention

Forekomsten af ensomhed blandt ældre HIV-positive over 50 år

Ensomhed var angivet på forskellig vis i studierne. Nogle angav den procentvise andel af deltagere, der kunne klassificeres som ensomme, mens andre angav deltagernes gennemsnitlige ensomhedsscore. For at undersøge forekomsten af ensomhed blandt ældre HIV+, er det i dette afsnit valgt at fokusere på de studier, der har opgjort ensomhed procentvist. Sammenligning af deltagernes gennemsnitsscore på tværs af de forskellige studier giver ikke meget mening, da der blev anvendt adskillige måleredskaber med meget varierende mulig totalscore og dermed også meget varierende gennemsnitsscore.

Syv af studierne afrapporterede om den procentvise forekomst af ensomhed blandt ældre HIV-positive. For at skabe et overblik over disse syv studier er de vist i tabel 3, hvor den procentvise andel af ensomme deltagere samt de anvendte måleredskaber og opgørelsesmetoder ligeledes fremgår.

Der var reelt set kun tale om seks forskellige samples idet, at Greene et al. (2018) og John et al. (2016) begge baserede sig på et datasæt fra ”the Silver Project”. Forekomsten af ensomhed i dette sample vil derfor kun tælle for en og blive refereret til som forekomsten i ”The Silver Project” i dette afsnit. Derudover bør der være en opmærksomhed på det mulige overlap mellem det samples brugt af Kane et al. (2018) og Mazonson et al. (2020).

Andelen af ensomme ældre HIV+ over 50 år i de seks samples spændte bredt fra 32% (Storholm et al., 2013) til 82% (Terrence Higgins Trust, 2017). I ”The Silver Project” blev det fundet, at 58% af deltagerne udviste tegn på mindst mild ensomhed (Greene et al., 2018; John et al., 2016), mens der i de resterende tre studier blev fundet forekomster af ensomhed på henholdsvis 39,2% (Kingdon, 2017), 48,6% (Kane et al., 2018) og 50,8% (Mazonson et al., 2020).

På tværs af de seks samples blev der anvendt adskillige versioner af the UCLA Loneliness Scale til at måle ensomhed. Dette indebar version 3 på 20-items (Storholm et al., 2013) samt forskellige forkortede udgaver med henholdsvis 3 items (Kane et al., 2018; Mazonson et al., 2020; Terrence Higgins Trust, 2017), 4 items (Kingdon, 2017) eller 8 items (Greene et al., 2018; John et al., 2016). Ligeledes blev ensomhed også opgjort forskelligt i studierne. I de fleste af studierne var det angivet hvilke cut-off-punkter, der var anvendt til klassificeringen af ensomhed. Dette var med undtagelse af Terrence Higgins Trust (2017), der kun angav cut-off-scoren for høj grad af ensomhed, men ikke for moderat grad af ensomhed samt konferenceabstractet af Kane et al. (2018), hvor cut-off-scoren for ensomhed ikke fremgår. Det er dog sandsynligt, at opgørelsesmetoden i Kane et al. (2018) kan være den samme som anført i Mazonson et al. (2020). I nogle af studierne blev ensomhed opgjort i forskellige grader, herunder f.eks. henholdsvis mild, moderat eller svær grad af ensomhed (Greene et al., 2018; John et al., 2016; Terrence Higgins Trust, 2017), mens der i andre kun blev skelnet mellem ensom eller ikke-ensom (Kane et al., 2018; Kingdon, 2017; Mazonson et al., 2020; Storholm et al., 2013). Måden, hvorpå disse opdelinger blev opgjort, varierede også.

Der blev overordnet set fundet en betydelig forekomst af ensomhed blandt ældre HIV-positive over 50 år på mellem 32-82%. Men kan vi sige noget om, hvorvidt denne forekomst er højere end i andre populationer, herunder blandt ældre HIV-negative eller blandt yngre HIV-positive?

Tabel 3
Oversigt over studier, der har angivet den procentvise forekomst af ensomhed blandt deres deltagere.

Reference	Datasæt	Population	N	Måleredskab til ensomhed	Opgørelses-metode	Forekomst af ensomhed
Greene et al. (2018)	The Silver Project	San Francisco Alder: 53-62 år, median: 56 år. Køn: 308 mænd. Etnicitet: 57% hvide. Seksuel orientering: 231 homoseksuelle, 80 heteroseksuelle, 43 biseksuelle eller andet. Varighed af HIV-diagnose: median 23 år.	356	8-item UCLA Loneliness Scale	Score mellem 8-32. < 17 = ingen ensomhed, 17-20 = mild, 21-24 = moderat, 25-32 = svær ensomhed.	58% 24% mild, 22% moderat og 12% svær ensomhed.
John et al. (2016)	The Silver Project	San Francisco. Alder: 50-80 år, median 56 år. Køn: 85% mænd, 12,5 % kvinder, 2,5% transkønnede. Etnicitet: 57,1% hvide, 30,0% sorte, 10,7% latinamerikanske. Seksuel orientering: 65,6% homoseksuelle, 22,4% heteroseksuelle, 9,2% biseksuelle, 2,8% andet. Varighed af HIV-diagnose: 85% længere end de år.	359	8-item UCLA Loneliness Scale	Score mellem 8-32. < 17 = ingen ensomhed, 17-20 = mild, 21-24 = moderat, 25-32 = svær ensomhed.	58% 24 % mild, 22% moderat og 12% svære ensomhed.
Kane et al. (2018)	ADHOC	Alderskategorier: 63,9% 50-59 år, 19,2% 60-65 år, 16,8% 65+. Køn: 94,2% mænd. Etnicitet: 81,1% hvide, 7,8% latinamerikanske, 6,3% sorte, 4,9% andet. Seksuel orientering: 93,4% homoseksuelle 9,3% heteroseksuelle.	208	3-item UCLA Loneliness Scale	Dikotom variabel: ensom eller ikke ensom. Cut-off score ikke oplyst.	48,6%
Kingdon (2017)	Project Gold	New York City. Alder: gns: 55,49 år. Køn: 100% mænd. Etnicitet: 46,7% sorte, 2,5% hvide, 14,1% latinamerikanske, 14,6% andet. Seksuel orientering: 100% mænd, der har sex med mænd (har haft mindst en seksuel oplevelse med en anden mand i de seneste 6 mdr.).	199	4-item forkortet udgave af 20-item UCLA Loneliness Scale (version 3)	Score mellem 0-12. Dikotom variabel. < 5 = ingen ensomhed, ≥ 5 = indikerer tilstedeværelse af ensomhed.	39,2%

		Varighed af HIV-diagnose: gns: 18,14 år, 74,9% diagnosticeret før 1996.				
Mazonson et al. (2020)	ADHOC	California, Washington DC, Florida, Illinois, North Carolina, Texas, Washington State og Wisconsin. Alder: 50-88 år, gns: 59,4 år. Køn: 89% mænd. Etnicitet: 69% hvide. Seksuel orientering: 77% homoseksuelle. Varighed af HIV-diagnose: gns. 21 år. Ingen akutte medicinske problemer, der kræver omgående indlæggelse.	998	3-item UCLA Loneliness Scale	Score mellem 3-9. Score < 6 = ikke ensom, score ≥ 6 = ensom.	50,8%
Storholm et al. (2013)	ROAH	New York City. Alder: 50-78 år, gns: 55,53 år. Køn: 640 mænd, 264 kvinder. Etnicitet: 87,1% identificerede sig som ikke-hvide. Seksuel orientering: 32,6% identificerede sig som homo- eller biseksuelle.	904	20-item UCLA Loneliness Scale (version 3)	Score mellem 20-80. Dikotom variabel: ensom eller ikke ensom. Score ≥ 50 = ensom.	32%
Terrence Higgins Trust (2017)	Eget	UK (10% Skotland, 3% Wales og 87% i England). Alder: 50-82 år, gns: 55 år. Køn: 78% mænd. Etnicitet: 80% hvide briter. Seksuel orientering kun angivet for mænd: 88% mænd, der har sex med mænd, 9% heteroseksuelle og 3% definerede ikke deres seksualitet. Varighed af HIV-diagnose: 0-34 år, 32% fik diagnosen før 1996.	246	3-item UCLA Loneliness Scale	Score mellem 3-9. Score mellem 7-9 = høj grad af ensomhed. Cut-off score for moderat ensomhed ikke oplyst.	82% 51% oplevede høj grad af ensomhed. Yderligere 31% oplevede moderat ensomhed. 17% oplevede ingen ensomhed

Er forekomsten højere blandt ældre HIV+ end blandt ældre HIV- og yngre HIV+?

Kun tre af de inkluderede studier har sammenlignet oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV+ med oplevelsen af ensomhed i andre populationer. Alle tre sammenlignede den

gennemsnitlige ensomhedsscore mellem grupperne, og altså ikke den procentvise andel af deltagere, der kunne kategoriseres som ensomme, som ellers var fokus i forrige afsnit.

To af disse studier fokuserede på forskellen mellem HIV-positive og HIV-negative ældre for at undersøge det specifikke bidrag af HIV-status for oplevelsen af ensomhed blandt ældre. I et studie af Han et al. (2017) blev emotionel ensomhed undersøgt blandt ældre mennesker, der identificerede sig som enten sorte eller hvide og som var henholdsvis enten HIV-positive (n=177) og HIV-negative (n=193). De to grupper var tilsvarende i alder, køn, uddannelse, indkomst og etnicitet. I bivariate analyser blev det ikke fundet, at HIV-positive og HIV-negative deltagere adskilte sig signifikant i deres ensomhedsscore (henholdsvis 2,51 (SD=0,77) og 2,38 (SD=0,73), p=.083).

Berlin (2007) undersøgte psykologisk tilpasning til aldring hos en population af ældre mænd, der har sex med mænd, og opdelte dem i to grupper: dem der var HIV-positive (N=41) og dem der var HIV-negative (n=34). Han fandt ikke, at der var en signifikant forskel mellem ensomhedsscoren blandt de HIV-positive deltagere sammenlignet med de HIV-negative deltagere. De konkrete gennemsnitsscore var ikke angivet. Der var desuden tale om et lille sample med få deltagere i hver gruppe, hvilket kan have påvirket, hvorvidt der opnås statistisk signifikans. De resterende analyser i Berlin (2007), hvor bl.a. sammenhængen mellem ensomhed og henholdsvis oplevet helbred og indkomst blev undersøgt, baserede sig på det samlede sample og der blev ikke skelnet mellem HIV-positive og HIV-negative deltagere. Derfor vil resultaterne fra Berlin (2007) ikke inddrages i den resterende del af denne analyse.

En anden population, der vil være interessant at sammenligne de ældre HIV+ med, er de yngre HIV+. På den måde kan det specifikke bidrag af alder for oplevelsen af ensomhed blandt mennesker, der lever med HIV, forsøges undersøgt. Som de eneste har Sandkovsky et al. (2013) sammenholdt den gennemsnitlige ensomhedsscore i en gruppe ældre hiv+ (50+ år)

med ensomhedsscoren i en gruppe af yngre hiv+ (20-40 år). Her blev der ikke fundet en signifikant forskel i ensomhedsscoren mellem grupperne. Der er dog tale om et pilotstudie med et meget lille sample af både ældre (N=20) og yngre (N=21), hvilket kan ligge til grund for, at resultaterne ikke opnåede statistisk signifikans.

Hverken Han et al. (2017), Berlin (2007) eller Sandkovsky et al. (2013) fandt altså en signifikant forskel i oplevelsen af ensomhed mellem ældre HIV+ og henholdsvis ældre HIV- og yngre HIV+.

Sammenhænge

I de følgende afsnit vil der, med henblik på at identificere mulige risiko- og beskyttede faktorer for og konsekvenser af ensomhed, være fokus på de sammenhænge, som dette review har fundet mellem ensomhed og henholdsvis demografiske variable, fysisk helbredsstatus, livskvalitet, mental helbredsstatus, stigma og adfærdsrelaterede faktorer blandt ældre, der lever med HIV.

Demografiske variable

I følgende afsnit er samlet forskellige demografiske variable, som er blevet undersøgt i relation til ensomhed blandt ældre HIV+. Dette drejer sig om alder, køn, etnicitet, seksuel orientering og socioøkonomiske faktorer, herunder indkomst, uddannelse og beskæftigelse.

Alder. I ni af de inkluderede studier blev der konkluderet på, om der var aldersrelaterede forskelle i forekomsten af ensomhed blandt de ældre HIV-positive deltagere over 50 år.

Mazonson et al. (2020) fandt i bivariate analyser, at den yngre aldersgruppe (50-59 år) var i signifikant større risiko for ensomhed end den ældre aldersgruppe (60+), hvor henholdsvis 53,8% og 46,2% af deltagerne rapporterede om ensomhed (p=.02). I multivariat

logistisk regression fandt de desuden, at risikoen for ensomhed var 26% højere blandt den yngre aldersgruppe sammenlignet med den ældre aldersgruppe.

I konferenceabstractet af Kane et al. (2018) fremgår det, at de ligeledes fandt signifikante forskelle i gennemsnitsensomhedsscoren baseret på alder inden for aldersgrupperne: 50-59-årige (5,8 (SD=2,1)), 60-65-årige (5,1 (SD=2,0)) og 65+ (4,8 (SD=1,8)). Dette var også tilfældet efter kontrol for køn, seksuel orientering, race/etnicitet, forholdsstatus, uddannelse, indkomst og antal komorbiditeter. Således var de "yngre ældre" HIV+, i begge studier, signifikant mere ensomme end de "ældre ældre" HIV+. Som bekendt kan der være tale om et overlappende sample mellem Kane et al. (2018) og Mazonson et al. (2020), hvilket skal tages i betragtning i fortolkningen af resultaterne.

I de resterende syv studier blev der derimod ikke fundet en signifikant sammenhæng mellem alder og ensomhed blandt ældre HIV+ (Brennan et al., 2010; Greene et al., 2018; Grov et al., 2010; Han et al., 2017; John et al., 2016; Mannes et al., 2017; Siconolfi et al., 2013). Der gøres dog opmærksom på, at der reelt set kun var tale om fem forskellige samples, da både Siconolfi et al. (2013) og Grov et al. (2010) baserede sig på ROAH-undersøgelsen, mens Greene et al. (2018) og John et al. (2016) begge baserede sig på data fra The Silver Project. De opgjorde dog sammenhængen på forskellig vis og bidrager derfor stadig med forskellige perspektiver til at belyse sammenhængen mellem ensomhed og alder, som de altså ikke fandt signifikant i nogle af tilfældene.

Faktisk blev sammenhængen mellem ensomhed og alder i de syv studier, der ikke fandt en sammenhæng, generelt opgjort forskelligt. Nogle undersøgte associationen mellem scoren på ensomhedsskalaen og alder (Brennan et al., 2010; Grov et al., 2010; Han et al., 2017), mens andre ligesom Mazonson et al. (2020) og Kane et al. (2018) sammenlignede den gennemsnitlige ensomhedsscore på tværs af nogle specifikt definerede aldersgrupper af ældre

(50-59-årige og 60+) (John et al., 2016; Mannes et al., 2017; Siconolfi et al., 2013). Greene et al. (2018) undersøgte derimod, om der var forskel i medianalderen mellem de ensomme og de ikke-ensomme deltagere. Det skyldes altså ikke udelukkende en forskel i opgørelsesmetoder, om der findes en sammenhæng mellem ensomhed og alder.

Overordnet set fandt to studier, at yngre alder var forbundet med mere ensomhed blandt ældre HIV+ over 50 år, mens syv studier ikke fandt en signifikant sammenhæng.

Køn. Elleve af de inkluderede studier undersøgte, om der var en sammenhæng mellem ensomhed og køn, hvoraf fem fandt at denne var statistisk signifikant. De elleve studier fordelte sig over ni samples, da Brennan et al. (2010), Grov et al. (2010) og Storholm et al. (2013) alle tre baserede sig på ROAH-undersøgelsen.

Brennan et al. (2010) beskriver, at de fandt en signifikant forskel mellem mænd, kvinder og transkønnede, hvoraf ældre HIV+ transkønnede havde den højeste gennemsnitlige ensomhedsscore (47,1). Derudover havde mænd signifikant højere gennemsnitlig ensomhedsscore (44,7) end kvinder (41,9). De angiver dog ikke det specifikke signifikansniveau. Både Grov et al. (2010) og Kane et al. (2018) rapporterede desuden om, at det kvindelige køn var signifikant forbundet med mindre ensomhed (henholdsvis $r=-.14$, $p<.001$ og $\beta=-2.06$, $p=.024$).

Både Vincent et al. (2017) og Siconolfi et al. (2013) har analyseret data, hvor deltagerne blev opdelt i tre grupper, der både indikerede køn og seksuel orientering, hvorfor det kan være svært at skelne mellem betydningen af køn kontra betydningen af seksuel orientering. Begge fandt dog, at kvinder oplevede signifikant mindre ensomhed end mænd uanset mændenes seksuelle orientering. Vincent et al. (2017) fandt en signifikant forskel mellem den gennemsnitlige ensomhedsscore blandt kvinder (20,13 (SD=5,35), $p=.031$) og ensomhedsscoren blandt henholdsvis mænd, der har sex med mænd (22,17 (SD=6,28)) og

heteroseksuelle mænd (20,83 (SD=6,12)). Ligeledes fandt Siconolfi et al. (2013), at heteroseksuelle kvinder rapporterede om en signifikant lavere gennemsnitlig ensomhedsscore (41,52, p=0.001) end henholdsvis heteroseksuelle mænd (44,85) og homoseksuelle/biseksuelle mænd (M=44,25).

Fem af studierne fandt altså, at ældre HIV+ kvinder oplevede signifikant mindre ensomhed end ældre HIV+ mænd, mens ét studie yderligere konstaterede, at ældre HIV+ transkønnede oplevede mere ensomhed end både ældre HIV+ kvinder og ældre HIV+ mænd.

Seks studier fandt dog ikke signifikante forskelle i ensomhedsscoren baseret på køn (Brennan-Ing et al., 2013; Greene et al., 2018; Han et al., 2017; Mannes et al., 2016; Rendina et al., 2019; Storholm et al., 2013).

Det er værd at bemærke, at selvom både Grov et al. (2010), Brennan et al. (2010) og Storholm et al. (2013) baserede sig på data fra ROAH-undersøgelsen, fandt kun Brennan et al. (2010) og Grov et al. (2010) en signifikant sammenhæng mellem ensomhed og køn. Dette kan formentligt skyldes, at Brennan et al. (2010) og Grov et al. (2010) har sammenlignet gennemsnitsscores mellem kønnene, mens Storholm et al. (2013) har sammenlignet den procentvise andel af deltagere, der oplevede ensomhed på tværs af køn. Det ser dog ikke ud til, at udfaldet generelt afhænger af, hvorvidt kønsforskellen opgøres i den gennemsnitlige ensomhedsscore eller i andelen af ensomme deltagere, da flere af de ikke-signifikante studier ligeledes har undersøgt gennemsnitsscoren.

Til gengæld kan kønsfordelingen i studierne have haft en betydning for, at seks studier ikke finder en sammenhæng mellem køn og ensomhed. Alle disse, på nær Storholm et al. (2013), har nemlig enten i det hele taget et lille sample eller en stor overvægt af mænd, som altså i begge tilfælde betød et relativt lille antal kvindelige deltagere, hvilket kan have haft en betydning for, at sammenhængen ikke opnåede statistisk signifikans. På den anden side fandt

Kane et al. (2018) stadig en signifikant sammenhæng mellem køn og ensomhed trods et meget lille antal kvindelige deltagere.

Studierne fandt altså blandede resultater, hvad angår sammenhængen mellem ensomhed og køn. Omkring halvdelen fandt, at det kvindelige køn var forbundet med lavere grad af ensomhed, mens den anden halvdel ikke fandt en signifikant forskel baseret på køn. Ét studie indikerer desuden, at især transkønnede kan være en udsat gruppe i forhold til at opleve høje niveauer af ensomhed.

Etnicitet. Otte studier afrapporterede om forskelle i ensomhedsscoren baseret på etnicitet. Tre af disse fandt mindst én statistisk signifikant sammenhæng, mens fem ingen signifikante sammenhænge fandt.

Der er dog kun tale om seks samples, da Brennan et al. (2010), Siconolfi et al. (2013) og Grov et al. (2010) alle anvendte data fra ROAH-undersøgelsen. De kommer overraskende nok ikke frem til samme konklusion. Siconolfi et al. (2013) fandt, at latinamerikanske deltagere rapporterede om signifikant højere ensomhedsscore (44,95) end sorte deltagere (42,59, $p=0.01$), men fandt ikke en signifikant forskel mellem ensomhedsscoren blandt hvide og henholdsvis sorte og latinamerikanere. Derimod fandt Grov et al. (2010) i korrelationsanalyser, at ensomhed var signifikant associeret med at være hvid ($r=0.08$, $p<0.5$), mens der ikke blev fundet en signifikant korrelation mellem ensomhed og at være latinamerikansk. Brennan et al. (2010) konkluderede, at der ikke var en signifikant forskel i gennemsnitsscoren baseret på etnicitet. Årsagen til de forskellige konklusioner skyldes formentligt bl.a., at der har været anvendt forskellige opgørelses- og analysemetoder samt at Siconolfi et al. (2013) har fokuseret på særlige undergrupper af deltagere og derfor også baserer sig på ca. 100 færre deltagere end de to andre studier.

I et studie af Han et al. (2017) de i lineær regression, at ældre sorte HIV+ deltagere rapporterede om signifikant lavere gennemsnitlige niveauer af emotionel ensomhed (2,44) end ældre hvide HIV+ deltagere (2,68, β=-0.39, $p<.001$) efter kontrol for alder, uddannelse, køn, global kognition og indkomst. De HIV-negative deltagere i undersøgelse fungerede som en kontrolgruppe, der var tilsvarende i alder, køn, uddannelse, indkomst og etnicitet, for at belyse specificiteten af resultaterne til HIV. I en regressionsmodel, der kontrollerede for alder, uddannelse, køn, indkomst og global kognitiv funktion blev det fundet, at også sorte ældre, der var HIV-negative rapporterede om signifikant mindre emotionel ensomhed end ældre hvide, der var HIV-negative. Således blev det altså fundet, at ældre sorte rapporterede om mindre emotionel ensomhed end ældre hvide uanset HIV-status.

Resultaterne fra disse studier er altså tvetydige, men noget kan tyde på, at ældre sorte HIV+ muligvis oplevede lavere niveauer af ensomhed end ældre HIV+ latinamerikanere og hvide. Dog fandt hverken Brennan et al. (2010), Kane et al. (2018), Greene et al. (2018), Mazonson et al. (2020) eller Rendina et al. (2019) en signifikant sammenhæng mellem ensomhed og etnicitet.

Seksuel orientering. Kun ét af de fem studier, der har konkluderet på sammenhængen mellem ensomhed og seksuel orientering blandt ældre HIV+ over 50 år, fandt en signifikant sammenhæng. Studierne er foretaget på baggrund af tre forskellige samples.

Siconolfi et al. (2013) fandt, at heteroseksuelle mænd rapporterede om en signifikant højere gennemsnitlig ensomhedsscore (44,85) end homoseksuelle/biseksuelle mænd (44,25, $p=0.001$). De resterende fem studier fandt ikke en signifikant forskel i ensomhed baseret på seksuel orientering (Brennan et al., 2010; Greene et al., 2018; Grov et al., 2010; Kane et al., 2018; Vincent et al., 2017).

Årsagen til, at Siconolfi et al. (2013) fandt en sammenhæng mellem ensomhed og seksuel orientering, mens Grov et al. (2010) og Brennan et al. (2010) ikke gjorde, på trods af at alle tre studier baserede sig på ROAH-undersøgelsen, er formentligt, at Siconolfi et al. (2013) specifikt og udelukkende har inddelt deltagerne i heteroseksuelle mænd, heteroseksuelle kvinder og homoseksuelle/biseksuelle mænd, hvorimod grupperne i de to andre studier inkluderede både mænd og kvinder, som samlet var inddelt i hetero-, homo-, biseksuelle og andet. Siconolfi et al. (2013) havde derfor reduceret datasættet med ca. 100 deltagere og sammenlignet andre grupper af deltagere end Grov et al. (2010) og Brennan et al. (2010).

Overordnet set tydede studierne altså ikke på, at der var en signifikant sammenhæng mellem ensomhed og seksuel orientering blandt ældre HIV+ over 50 år. Ét studie indikerede dog, at der muligvis kan være tale om forskelle baseret på seksuel orientering inden for det mandlige køn.

Socioøkonomiske faktorer. Seks studier afrapporterede om forskellige socioøkonomiske faktorer, herunder betydningen af indkomst, uddannelsesniveau og beskæftigelsesstatus for forekomsten af ensomhed.

Kane et al. (2018) fandt, at ensomhed var signifikant forbundet med lavere indkomst (β=-0.60, p=.049). Mazonson et al. (2020) fandt i bivariate analyser, at 42% af dem med en årlig husstandsindkomst på over 50.000$, sammenlignet med 61% af dem med en årlig husstandsindkomst på under 50.000$, var ensomme ($p<0.01$), mens sammenhængen ikke længere var signifikant i multivariat logistisk regression. Dette kan tyde på, at der måske umiddelbart kan ses en sammenhæng mellem ensomhed og årsindkomst, men at denne medieres af andre faktorer således, at sammenhængen ikke længere er signifikant, når der kontrolleres for disse. Terrence Higgins Trust (2017) skriver også, at øget ensomhed var

forbundet med mindsket indkomst, men de præciserede ikke denne sammenhæng yderligere og angav hverken testværdi eller signifikansniveau. Tre studier rapporterede ikke om signifikante sammenhænge mellem ensomhed og indkomst (Greene et al., 2018; Han et al., 2017; Rendina et al., 2019).

To ud af tre studier fandt en signifikant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og ensomhed blandt ældre HIV-positive. Resultaterne var dog modstridende. Han et al. (2017) fandt nemlig, at lavere uddannelsesniveau (opgjort i antal år) var forbundet med mere ensomhed (β=-0.06, p=.02), mens Mazonson et al. (2020) fandt, at højere uddannelsesniveau (fire årig universitetsgrad eller derover) var forbundet med mere ensomhed (RR=1.46 (95%CI=1.43-1.78)). Til gengæld fandt Kane et al. (2018) ikke, at ensomhed var signifikant associeret med uddannelsesniveau.

Som den eneste afrapporterede Mazonson et al. (2020) om betydningen af beskæftigelsesstatus for ensomhed blandt ældre HIV+ og fandt ikke en signifikant sammenhæng herimellem.

Generelt blev der ikke fundet nogen større sammenhænge mellem ensomhed og socioøkonomisk status blandt ældre HIV+ over 50 år.

Overordnet set blev der ikke fundet nogen klar sammenhæng mellem ensomhed og forskellige demografiske variable blandt ældre HIV+. Dette med undtagelse af køn, hvor studierne indikerede, at ældre HIV+ kvinder oplevede ensomhed i mindre grad.

Socialt netværk

Tre inkluderede studier har konkluderet på betydningen af forskellige faktorer relateret til deltagernes sociale netværk for oplevelsen af ensomhed. Alle tre fandt signifikante sammenhænge.

Greene et al. (2018) fandt, at ensomme deltagere var mere tilbøjelige til at have et lille socialt støttenetværk (62% vs 33%, p<.0001) defineret ved, at antallet af sociale relationer til venner og familie var tolv eller færre.

Kane et al. (2018) fandt, at mindre ensomhed var signifikant associeret med at være i et forhold sammenlignet med at være single (β=-1.43, p<.001).

Mazonson et al. (2020) fandt i bivariate analyser, at dem, der ikke var i et forhold, boede alene og som ikke følte sig tætte med sine venner, var mere sandsynlige for at være ensomme (p<.01). I multivariat logistisk regression forblev disse faktorer signifikante og man fandt, at risikoen for ensomhed var 62% højere blandt dem, der ikke var i et forhold (RR=1.62 (95%CI=1.43-1.78), 30% højere blandt dem, der boede alene (RR=1.30 (95%CI=1.06-1.51)) og 84% højere blandt dem, der ikke følte sig tætte med sine venner (RR=1.84 (95%CI=1.71-1.94)).

Disse resultater indikerede altså, at der var større sandsynlighed for, at ældre HIV+ over 50 år, der havde et lille socialt støttenetværk, ikke var i et forhold, boede alene og/eller ikke følte sig tætte med sine venner oplevede ensomhed sammenlignet med deres modparter.

Fysisk helbredsstatus

Følgende afsnit vil fokusere på relationen mellem ensomhed og faktorer relateret til den fysiske helbredsstatus blandt ældre HIV+, herunder en række HIV-specifikke faktorer, tilstedeværelsen af komorbide lidelser samt det kognitive funktionsniveau.

HIV-specifikke faktorer. Fem studier har undersøgt sammenhængen mellem ensomhed og HIV-specifikke helbredsrelaterede faktorer blandt ældre HIV+, herunder CD4-celletal, viral load, AIDS-diagnose, ART-adhærens, varighed af HIV-diagnose og score på the Veteran Aging Cohort Scale (VACS) Index, som er et prognostisk værktøj til at vurdere sygdomssværhedsgrad og forudsige dødelighedsrisiko blandt HIV-positive. Indexet

inkorporerer alder, køn, etnicitet, indikatorer for HIV-sygdom (CD4-celletal, viral load) og generelle indikatorer for skade på organsystemet (blodprocent, skader på lever og/eller nyrefunktion og hepatitis C status) på en afvejet måde (Greene et al., 2018; John et al., 2016; Justice et al., 2010).

Grov et al. (2010) rapporterede, at ensomhed ikke var signifikant relateret til hverken deltagernes seneste CD4-celletal eller hvorvidt de nogensinde havde været diagnosticeret med AIDS.

Greene et al. (2018) fandt ikke nogen forskel mellem ensomme og ikke-ensomme deltagere i forhold til CD4-celletal, HIV viral load eller varighed af HIV-diagnosen.

Rendina et al. (2019) undersøgte psykosocialt velbefindende og HIV-relateret immunhelbred hos en gruppe af ældre HIV-positive med suboptimal ART-adhærens (misset 3 eller flere dage i de seneste 30 dage) og stof- og/eller alkoholproblemer. I hverken bivariate eller multivariate analyser blev der fundet en signifikant sammenhæng mellem ensomhed og henholdsvis år siden HIV-diagnose, ART-adhærens, viral load eller CD4-celletal.

Mazonson et al. (2020) fandt i bivariate analyser, at 60% af deltagere med dårlig ART-adhærens, mens 49% af deltagere med god ART-adhærens var ensomme (p=.01). Denne association blev dog ikke længere fundet i multivariat logistisk regression.

Kingdon (2017) fandt, at næsten lige mange deltagere, der blev diagnosticeret før ART (38,0%) som deltagere diagnosticeret efter ART (39,6%) var ensomme og der var dermed ikke en signifikant forskel i andelen af ensomme deltagere baseret på, om man havde modtaget HIV-diagnosen før eller efter 1996. Der var ligeledes heller ikke en signifikant forskel i den gennemsnitlige ensomhedsscore for deltagere diagnosticeret før 1996 (4,71) sammenlignet med deltagere diagnosticeret efter (4,82).

Hverken Greene et al. (2018) eller John et al. (2016) fandt en statistisk signifikant sammenhæng mellem ensomhed og sygdomssværhedsgrad beregnet ud fra scoren på VACS-indexet.

Ingen af de inkluderede studier fandt altså en signifikant sammenhæng mellem ensomhed og nogen af de HIV-specifikke helbredsrelaterede faktorer, herunder henholdsvis CD4-celletal, HIV viral load, tilstedeværelsen af en AIDS-diagnose, ART-adhærens, varigheden af HIV-diagnosen eller scoren på VACS-indexet blandt ældre HIV+ over 50 år.

Komorbide lidelser. Tre studier har undersøgt betydningen af antallet af komorbide lidelser for oplevelsen af ensomhed.

Brennan-Ing et al. (2013) præsenterer fundene fra ROAH-undersøgelse i Uganda. Her skriver de, at der blev fundet en signifikant positiv sammenhæng mellem scoren på UCLA ensomhedsskalaen og antallet af komorbide tilstande (.22), det konkrete signifikansniveau er dog ikke angivet.

Kane et al. (2018) konkluderede, at fald i ensomhed var signifikant associeret med tilstedeværelsen af fem eller færre komorbiditeter (β=0.65, p=.026).

Mazonson et al. (2020) fandt i bivariate analyser, at 58% af deltagere, der havde seks eller flere komorbiditeter, var ensomme, mens dette kun var tilfældet for 41% af deltagere med fem eller færre komorbiditeter (p<.01). Denne sammenhæng var dog ikke længere signifikant i multivariat logistisk regression.

Disse studier indikerede altså, at antallet af komorbide lidelser kan have en betydning for oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV+ således, at et større antal komorbiditeter var forbundet med større grad af ensomhed.

Kognitivt funktionsniveau. Tre af de inkluderede studier har undersøgt relationen mellem ensomhed og kognitiv funktion blandt ældre HIV+.

Grov et al. (2010) undersøgte kognitiv funktion via en subskala bestående af fire items fra en større skala, der undersøgte helbredsrelateret livskvalitet blandt HIV+ mennesker (Medical Outcomes Study – HIV). Her fandt de i en korrelationsanalyse, at ensomhed var signifikant negativt korreleret med kognitiv funktion ($r=-.31$, $p<.001$) således, at mere ensomhed var forbundet med lavere kognitiv funktion.

De to andre studier anvendte neuropsykologiske testbatterier til at vurdere den kognitive funktion blandt de ældre HIV-positive.

Greene et al. (2018) fandt en tendens til, at ensomme deltagere var mere tilbøjelige til at være kognitivt svækkede (37% vs 28%, $p=.08$) sammenlignet med de ikke-ensomme deltagere, men denne sammenhæng var dog ikke statistisk signifikant.

Han et al. (2017) undersøgte specifikt sammenhængen mellem emotionel ensomhed, kognitiv funktion og etnicitet (inddelt i sorte og hvide) hos en gruppe af ældre mennesker både med og uden HIV. I regressionsanalyser blev der ikke fundet nogen signifikante associationer mellem emotionel ensomhed og global kognitiv funktion. Dog blev der fundet en signifikant interaktion mellem etnicitet, emotionel ensomhed og kognitiv funktion ($\beta=-0.27$, $p=.0174$). Ensomhed var således faktisk signifikant associeret med lavere global kognition blandt ældre sorte HIV+ deltagere ($r=-0.24$, $p=.0069$), mens dette ikke var tilfældet blandt ældre hvide HIV+ deltagere. De HIV-negative deltagere i undersøgelsen fungerede som en kontrolgruppe, der var tilsvarende i alder, køn, uddannelse, indkomst og etnicitet, for at belyse specificiteten af resultaterne til HIV. I modeller, der undersøgte interaktionen mellem etnicitet, emotionel ensomhed og kognitiv funktion blandt de HIV-negative deltagere, blev der ikke fundet en signifikant association. Dette sammenholdt med, at der blev fundet en

signifikant interaktion mellem etnicitet, ensomhed, HIV-status og kognitiv funktion (β=-0.34, p=.0244), indikerede at, højere emotionel ensomhed blandt ældre sorte HIV+ deltagere var associeret med lavere kognitiv funktion, mens dette ikke var tilfældet for hverken de ældre HIV-negative deltagere som helhed eller for de ældre hvide HIV+ deltagere.

Studierne, der undersøgte sammenhængen mellem ensomhed og kognitiv funktion blandt ældre HIV+, er altså få og tvetydige i deres resultater. Det er derfor svært at konkludere noget på baggrund af disse. Noget tyder dog på, at der kan være en sammenhæng således, at højere grad af ensomhed er forbundet med lavere kognitiv funktion. Dette er muligvis specielt tilfældet for bestemte undergrupper af de ældre HIV+, herunder f.eks. sorte.

Overordnet set blev det fundet, at ensomhed blandt ældre HIV+ var associeret med tilstedeværelsen af et større antal komorbide lidelser samt muligvis var relateret til et lavere kognitivt funktionsniveau, mens ensomhed ikke var relateret til nogen af de HIV-specifikke helbredsfaktorer.

Livskvalitet

Følgende er samlet de studier, der har undersøgt sammenhængen mellem ensomhed og faktorer relateret til livskvalitet blandt ældre HIV+. Her er der tale om både faktorer relateret til den overordnede livskvalitet og den helbredsrelaterede livskvalitet, herunder oplevet helbred, helbredstatus og funktionsnedsættelse.

Overordnet livskvalitet og livstilfredshed. To studier har undersøgt relationen mellem ensomhed og overordnet livskvalitet og livstilfredhed blandt ældre mennesker, der lever med HIV.

Mazonson et al. (2020) fandt i bivariate analyser, at 74% af deltagere med lav overordnet livskvalitet kunne kategoriseres som værende ensomme, mens det samme kun var tilfældet for 21% af deltagere med høj overordnet livskvalitet (p<.01). I multivariat logistisk

regression fandt man, at risikoen for ensomhed var 82% højere blandt deltagere med lav overordnet livskvalitet sammenlignet med deltagere med høj livskvalitet (RR=1.82 (95%CI=1.69-1.92)). Brennan-Ing et al. (2013) fandt tilsvarende en signifikant negativ korrelation mellem ensomhed og livstilfredshed (-.28) således, at højere grad af ensomhed var forbundet med mindre livstilfredshed. Brennan-Ing et al. (2013) angav dog ikke det specifikke signifikansniveau.

Disse to studier indikerede altså, at ensomhed var forbundet med lavere overordnet livskvalitet og livstilfredshed blandt ældre HIV+ over 50 år.

Helbredsrelateret livskvalitet og oplevet helbred. Fire studier har undersøgt sammenhængen mellem ensomhed og forskellige variable relateret til den helbredsrelaterede livskvalitet, herunder oplevet helbred, helbredstatus og funktionsnedsættelse, blandt ældre, der lever med HIV. Derudover havde Sandkovsky et al. (2013) undersøgt relationen mellem ensomhed og daglig aktivitet, der også kan fungere som et mål for helbredsrelateret livskvalitet. Det fremgår dog ikke, om sammenhængen er undersøgt specifikt blandt de ældre HIV+ eller blandt den samlede gruppe af deltagere, som både bestod af ældre og yngre HIV+. Derfor er det valgt ikke at inddrage Sandkovsky et al. (2013) i dette afsnit.

Greene et al. (2018) undersøgte associationen mellem ensomhed og aldersrelaterede helbredstilstande, herunder selvrapporteret helbredsrelateret livskvalitet og funktionsnedsættelse. Funktionsnedsættelse blev defineret som værende afhængig af hjælp i en eller flere dagligdagsaktiviteter (f.eks. at tage tøj på og tage et bad) eller instrumentelle dagligdagsaktiviteter (f.eks. indkøb, medicinhåndtering og husarbejde). I analyser hvor ensomhed blev anvendt som en dikotom variabel fandt de, at ensomme deltagere var mere tilbøjelige til at selvrapportere om dårlig/nogenlunde helbredsrelateret livskvalitet (36% vs 21%, p=.003) samt afhængig af hjælp i instrumentelle dagligdagsaktiviteter signifikant (43%

vs 33%, p=.05) end ikke-ensomme deltagere. Der blev dog ikke fundet forskelle mellem ensomme og ikke-ensomme deltagere i forhold til afhængighed i dagligdagsaktiviteter. I logistiske regressionsanalyser, hvor ensomhed blev anvendt som en kontinuerlig, afhængig variabel, blev kovariansen mellem ensomhed og henholdsvis behov for assistance i instrumentelle dagligdagsaktiviteter (som udtryk for funktionsnedsættelse) samt helbredsrelateret livskvalitet undersøgt. I univariate modeller var ensomhed signifikant associeret med både helbredsrelateret livskvalitet (PR=1.36 (95%CI=1.13-1.63)) og funktionsnedsættelse (PR=1.19 (95%CI=1.01-1.40)). I multivariate modeller, hvor der var korrigeret for indkomst, sygdomssværhedsgrad (VACS-index) og depressionssymptomer, var disse associationer dog ikke længere signifikante. Til gengæld var indkomst under 10,000$ og depressionssymptomer signifikant associeret med helbredsrelateret livskvalitet og indkomst, depressionssymptomer og score på VACS-indexet var signifikant associeret med funktionsnedsættelse (IADL).

Nguyen et al. (2018) undersøgte risiko- og beskyttende faktorer for den helbredsrelaterede livskvalitet blandt ældre HIV-positive. De opdelte helbredsrelateret livskvalitet i selvrapporteret helbredsstatus og antal dage, som deltageren havde oplevet som helbredsmæssigt gode. I den forbindelse fandt de, at deltagere med god eller fremragende selvrapporteret helbredsstatus oplevede signifikant mindre emotionel ensomhed sammenlignet med deltagere med dårlig eller nogenlunde selvrapporteret helbredsstatus (t(173)=-3.33, p=.002). Desuden fandt de en signifikant negativ korrelation mellem antallet af dage, som deltageren havde oplevet som helbredsmæssigt gode og emotionel ensomhed (r=-0.34, p=.000) således, at flere gode dage var forbundet med mindre ensomhed. I regressionsanalyser fandt de dog ikke længere en signifikant sammenhæng mellem emotionel ensomhed og henholdsvis selvrapporteret helbredsstatus og antallet af dage, som deltageren

har oplevet som helbredsmæssigt gode efter kontrol for alder, uddannelse, køn, etnicitet, varighed af HIV-diagnose, CD4-celletal, viral load, depressionssymptomer og handicap.

Grov et al. (2010) undersøgte, hvilken rolle oplevet helbred, stigma og ensomhed spiller for forudsigelsen af depression blandet ældre HIV-positive. I korrelationsanalyser fandt de, at ensomhed var signifikant negativt korreleret med alle fem mål for oplevet helbred: smerte ($r=-.25$, $p<.001$), fysisk funktion ($r=-.15$, $p<.001$) social funktion ($r=-.22$, $p<.001$), energi/træthed ($r=-.41$, $p<.001$) og kognitiv funktion ($r=-.31$, $p<.001$).

Vincent et al. (2017) ønskede at undersøge hypotesen om, at højere niveauer af HIV-relateret skam blandt ældre HIV+ var associeret med lavere helbredsrelateret livskvalitet (opdelt i socialt, fysisk og emotionelt velbefindende) og at denne sammenhæng blev medieret af depression og ensomhed. Her blev ældre HIV-positive, med tegn på mindst mild depression og som ikke udviste tegn på alvorlig kognitiv svækkelse, undersøgt. De fandt, at ensomhed var signifikant negativt associeret med socialt velbefindende ($r=-.84$, $p<.001$) efter kontrol for alder, køn, etnicitet, lokation, uddannelsesniveau og indkomst. Derimod var ensomhed ikke signifikant associeret med hverken fysisk eller emotionelt velbefindende. Modsat fandt de, at depression var signifikant associeret med fysisk og emotionelt velbefindende, men ikke med socialt velbefindende.

Overordnet ser det ud til, at der findes en signifikant sammenhæng mellem ensomhed og helbredsrelateret livskvalitet, når de behandles i uni- eller bivariate analyser, men at sammenhængen ikke forbliver signifikant i multivariate analyser, hvor der kontrolleres for andre variable, herunder depression. Dette med undtagelse af Vincent et al. (2017), der stadig fandt en sammenhæng mellem ensomhed og socialt velbefindende i multivariate analyser.

Generelt tyder studierne på, at ensomhed blandt ældre HIV+ over 50 år kan være associeret med lavere livskvalitet, dog tyder noget også på, at sammenhængen mellem ensomhed og helbredsrelateret livskvalitet kan være medieret af andre faktorer.

Mental helbredsstatus

Den mentale helbredsstatus blandt ældre HIV+ opgøres her i depression, angst og posttraumatisk stress (PSTD). Disse faktorer sættes i relation til oplevelsen af ensomhed blandt denne gruppe af mennesker.

Depression. Samtlige af de otte inkluderede studier, der undersøgte sammenhængen mellem ensomhed og depression fandt, at denne var signifikant.

Greene et al. (2018) opdelte deltagerne i ensomme og ikke-ensomme og konkluderede, at flere af de ensomme deltagere rapporterede om depressive symptomer end de ikke-ensomme deltagere (66% vs 39%, $p<.0001$).

Omvendt opdeler Grov et al. (2010) deltagerne i dem, der udviser symptomer på depression og dem, der ikke udviste symptomer på depression. Her fandt de i bivariate analyser, at deltagerne med tegn på depression havde signifikant højere gennemsnitlig score på ensomhedsskalaen (49,8 (SD=8,94)) end deltagere uden tegn på depression (40,1 (SD=9,74), $p<.001$). I en logistisk regressionsanalyse fandt de, efter kontrol for demografiske variable og oplevet helbredsstatus stadig, at ensomhed var signifikant og unikt associeret med depressionssymptomer ($p<.001$). Når andre faktorer var konstant, øgedes sandsynligheden for depressionssymptomer med 6,4% for hver øget enhed på ensomhedsskalaen og for hver 10. enhedsøgning af ensomhed øgedes sandsynligheden for depressionssymptomer med over 80%.

Mazonson et al. (2020) fandt i bivariate analyser ligeledes, at deltagere, der screenede positiv for depression, var mere sandsynlige for at være ensomme (89%) end dem,

der screenede negativ for depression (41%, p<.01). I multivariat logistisk regression fandt man, at risikoen for ensomhed var 68% højere blandt dem, der blev screenet positiv for depression end blandt dem, der ikke gjorde (RR=1.68 (95%CI=1.44-1.86)).

I de resterende fem studier var korrelationskoefficienten for sammenhængen mellem ensomhedsscoren og depressionsscoren angivet. Samtlige fandt en signifikant moderat positiv sammenhæng med korrelationskoefficienter mellem .41 og .60 (Brennan-Ing et al., 2013; Brennan et al., 2010; Kingdon, 2017; Rendina et al., 2019; Vincent et al., 2017). Således var højere grad af ensomhed forbundet højere grad af depression.

Grov et al. (2010) og Brennan et al. (2010) baserede sig begge på data fra ROAH-undersøgelsen, men opgjorde sammenhængen mellem ensomhed og depression på forskellig vis. Derfor bidrog begge studier med relevant og forskellig viden om sammenhængen, men man bør være opmærksom på, at de altså repræsenterede det samme sample.

Der gøres desuden opmærksom på, at Rendina et al. (2019) og Vincent et al. (2017) begge koncentrerede sig om specifikke undergrupper af ældre HIV+. Rendina et al. (2019) undersøgte en gruppe af ældre HIV-positive med suboptimal HIV-adhærens samt stof- og/eller alkoholproblemer. Vincent et al. (2017) undersøgte ældre HIV-positive med tegn på mindst mild depression og som ikke udviser tegn på alvorlig kognitiv svækkelse. Begge studier fandt dog en sammenhæng mellem ensomhed og depression, der placerede sig i samme spænd som de resterende studier (henholdsvis r=.53 og r=.59).

De inkluderede studier viste altså, at der var en signifikant positiv sammenhæng mellem ensomhed og depression blandt ældre HIV+ over 50 år således, at højere grad af ensomhed var forbundet med højere grad af depressive symptomer.

Angst. Mazonson et al. (2020) har, som det eneste studie, undersøgt, om der var en sammenhæng mellem ensomhed og angst blandt ældre HIV-positive over 50 år. Der blev i bivariate analyser fundet, at hele 80% af de deltagere, der screenede positiv for angst, kunne kategoriseret som ensomme. Dette var en signifikant større andel end deltagere, der screenede negativ for angst, hvor 43% kunne kategoriseres som ensomme ($p<.01$). I multivariat logistisk regression fandt man dog ikke længere end signifikant sammenhæng mellem ensomhed og angst.

Posttraumatisk stress. Kun ét studie undersøgte ligeledes relationen mellem ensomhed og PTSD blandt ældre HIV-positive over 50 år. Kingdon (2017) fandt en signifikant positiv korrelation mellem ensomhed og PTSD ($r=.35$, $p\leq0.01$). Der var dog tale om et sample, der udelukkende bestod af ældre HIV+ mænd, der havde sex med mænd.

Overordnet set blev det fundet, at ensomhed havde en relation til den mentale helbredsstatus blandt ældre HIV+, selvom studier, der undersøgte andre faktorer end depression, var meget få.

Stigma

Dette afsnit vil beskæftige sig med relationen mellem ensomhed og stigma, herunder HIV-relateret stigma, aldersrelateret stigma samt HIV-relateret skam, som udtryk for det internaliserede HIV-relateret stigma.

HIV-relateret stigma. Sammenhængen mellem ensomhed og HIV-relateret stigma er undersøgt i syv af de inkluderede studier, hvoraf samtlige fandt, at denne var signifikant. Brennan et al. (2010), Grov et al. (2010), Brennan-Ing et al. (2013), Rendina et al. (2019) og Kingdon (2017) fandt korrelationskoefficienter på henholdsvis .53, .55, .38, .39 og .26. Storholm et al. (2013) og Terrence Higgins Trust (2017) skrev også, at de fandt signifikante

positive sammenhænge mellem ensomhed og HIV-stigma, men præciserede ikke korrelationen yderligere.

Derudover fandt Storholm et al. (2013), at individer med et større antal minoritetsbyrder (som f.eks. både er homoseksuel, handicappet og ikke taler engelsk, som modersmål) udviste en øget oplevelse af HIV-relateret stigma, der til gengæld var associeret med øgning i mental helbredsbyrde, herunder ensomhed. Således medierede HIV-relateret stigma sammenhængen mellem minoritetsstatus og ensomhed.

Der gøres opmærksom på, at der dog reelt set kun er tale om fem samples, da både Brennan et al. (2010), Grov et al. (2010) og Storholm et al. (2013) baserede sine fund på ROAH-undersøgelsen. Derfor er det heller ikke overraskende, at alle tre studier nåede frem til samme resultat.

De inkluderede studier viste altså alle syv, at ensomhed og HIV-relateret stigma havde en positiv signifikant sammenhæng således, at øget HIV-relateret stigma var forbundet med øget ensomhed blandt ældre HIV+ over 50 år.

Aldersrelateret stigma. Selvom en del af studierne har undersøgt sammenhængen mellem ensomhed og HIV-stigma hos ældre HIV+, har kun Kingdon (2017) også inddraget aldersrelateret stigma. Kingdon (2017) fandt en signifikant korrelation mellem ensomhed og aldersrelateret stigma ($r=.26$, $p\leq0.01$).

HIV-relateret skam. Vincent et al. (2017) har som de eneste undersøgt sammenhængen mellem ensomhed og HIV-relateret skam. De undersøgte ældre HIV-positive med tegn på mindst mild depression og som ikke udviste tegn på alvorlig kognitiv svækkelse. De fandt, at ensomhed var signifikant associeret med HIV-relateret skam ($r=.50$, $p<.001$) efter kontrol for alder, køn, etnicitet, lokation, uddannelsesniveau og indkomst.

Generelt blev der fundet en klar sammenhæng mellem ensomhed og stigma blandt ældre HIV+ over 50 år.

Adfærdsrelaterede faktorer

I følgende afsnit er det valgt at samle seksuel adfærd, stof- og eller alkoholanvendelse og rygning i en fælles kategori, fordi de alle relaterer sig til en specifik adfærd hos individet.

Seksuel funktion og aktivitet, herunder seksuel risikoadfærd. Tre studier har undersøgt sammenhængen mellem ensomhed og faktorer relateret til seksuel funktion og aktivitet blandt ældre HIV-positive over 50 år.

Sandkovsky et al. (2013) har i et pilotstudie undersøgt sammenhængen mellem ensomhed og seksuel funktion både i en gruppe af yngre hiv+ (20-40 år) og en gruppe af ældre hiv+ (50+ år). I hverken den yngre eller ældre aldersgruppe fandt de en association mellem ensomhed og seksualfunktion, herunder bl.a. lyst, ophidselse, tilfredsstillelse, smerte og rejsningsevne. Der skal dog gøres opmærksom på, at der er tale om et meget lille sample af både ældre (N=20) og yngre (N=21), hvilket kan ligge til grund for, at resultaterne ikke opnår statistisk signifikans. Derfor kan det også være svært egentligt at konkludere på, om der er en sammenhæng mellem ensomhed og seksuel funktion på denne baggrund.

Golub et al. (2010) havde specifikt som formål at undersøge seksuel adfærd, herunder seksuel risikoadfærd i form af ubeskyttet anal- eller vaginalsex hos HIV-positive over 50 år. I multivariat logistisk regression undersøgtes associationen mellem forskellige forudsigende variable, herunder ensomhed, og henholdsvis seksuel aktivitet i de seneste tre måneder og ubeskyttet anal- og/eller vaginalsex i de seneste tre måneder. Der blev kontrolleret for køn, alder, om man bor med en partner, ensomhed, depression og anvendelse af stoffer. Her blev det fundet, at højere score på ensomhedsskalaen var associeret med mindsket sandsynlighed for seksuel aktivitet (OR=0.97 (95%CI=0.96-0.98), p<.001). Således mindskedes deltagerens sandsynlighed for seksuel aktivitet med 3% for hver øget enhed på ensomhedsskalaen. Højere

score på ensomhedsscoren var også signifikant forudsigende for ubeskyttet anal- eller vaginalsex i de seneste tre måneder (OR=1.03 (95%CI=1.01-1.06), p<.01). Således øgedes deltagerens sandsynlighed for ubeskyttet anal- eller vaginalsex med 3% for hver øget enhed på ensomhedsskalaen. Overordnet set fandt Golub et al. (2010) altså, at jo mere ensomme deltagerne var, des mindre tilbøjelige var de til at være seksuelt aktive samt at højere grad af ensomhed blandt de seksuelt aktive deltagere var forbundet med øget risiko for ubeskyttet anal- og/eller vaginalsex.

Kingdon (2017) undersøgte sammenhængen mellem ensomhed og seksuel risikoadfærd blandt ældre HIV+ mænd, der har sex med mænd. Ensomhedens relation til seksuel risikoadfærd blev undersøgt i forhold til tre forskellige typer af HIV-status hos den seksuelle partner: HIV-negative partnere eller partnere af ukendt HIV-status, HIV-positive partnere og partnere af enhver HIV-status, som dækker over begge førnævnte. Desuden blev der udelukkende fokuseret på ubeskyttet analsex. I regressionsanalyser blev det overordnet set fundet, at ensomhed signifikant forudsagde analsex uden kondom med mænd af hvilken som helst HIV-status. For hver øget enhed i ensomhedsscoren reduceredes sandsynligheden for analsex uden kondom med mænd af enhver HIV-status med 13,0% (p=.002). Derudover forudsagde ensomhed signifikant analsex uden kondom med HIV-negative/ukendt HIV-status mandlige partnere. For hver øget enhed i ensomhedsscoren, reduceredes sandsynligheden for analsex uden kondom med HIV-negative/ukendt HIV-status mandlige partnere med 19,0% (p=.006). Der blev dog ikke fundet, at ensomhed signifikant forudsagde analsex uden kondom med HIV-positive mænd. Baseret på dette studie, ser det altså ud til, at ensomhed kan være en beskyttende faktor for analsex uden kondom med partnere, der var HIV-negative og/eller af ukendt HIV-status, den gruppe, der har størst risiko for HIV-smitte.

Ovenstående studier danner altså et blandet billede af, hvorvidt og hvordan ensomhed og seksuel adfærd er relateret. Baseret på Golub et al. (2010) og Kingdon (2017)

kan det dog se ud til, at ensomhed spiller en væsentlig rolle for seksuel adfærd hos ældre HIV+ over 50 år, selvom det dog fremstår uklart, præcis i hvilken retning sammenhængen går.

Anvendelse af alkohol og/eller stoffer. Seks af de inkluderede studier har undersøgt relationen mellem ensomhed og anvendelsen af alkohol og/eller stoffer blandt ældre HIV+.

Rendina et al. (2019) og Mazonson et al. (2020) undersøgte specifikt sammenhængen mellem ensomhed og anvendelsen af stoffer og fandt begge, at denne var signifikant. Rendina et al. (2019) fandt en positiv korrelation mellem ensomhed og stofproblemer ($r=.26$, $p<.01$) og Mazonson et al. (2020) fandt i multivariat logistisk regression, at risikoen for ensomhed var 28% højere blandt deltagere, der anvendte stoffer sammenlignet med deltagere, der ikke anvendte stoffer (RR=1.28 (95%CI=1.07-1.47)).

Greene et al. (2018) og Siconolfi et al. (2013) undersøgte begge sammenhængen mellem ensomhed og generel substansanvendelse, herunder både anvendelsen af stoffer og alkohol. Greene et al. (2018) fandt, at ensomme deltagere var mere tilbøjelige til at være i risiko for problemer med alkohol- og/eller stofforbrug end ikke-ensomme deltagere (39% vs 22%, p=.0009). Siconolfi et al. (2013) fandt derimod ikke en signifikant association mellem ensomhed og nylig substansanvendelse, herunder anvendelsen af alkohol, marihuana, poppers (væske, hvis dampe indhaleres) og/eller hårde stoffer.

I et sample af ældre sorte HIV-positive testede Mannes et al. (2016) hypotesen om, at der var en association mellem ensomhed og anvendelse af substanser og at denne association var modereret af køn. I bivariat logistisk regression af de selvrapporterede data om substansanvendelse fandt de blandt kvinderne, at ensomhed forudsagde selvrapporteret crack-kokainanvendelse (AOR=3.12 (95%CI=1.04-9.37), p.=.042) og stort alkoholindtag (AOR=2.15 (95%CI=1.10-4.21), p=.025), mens sammenhængen ikke var signifikant for

marihuanaanvendelse. Ved bivariat logistisk regression af data for biologisk bekræftet substansanvendelse blev det fundet, at den overordnede model for brug af ulovlige stoffer var signifikant for kvinder (AOR=2.02 (95%CI=1.05-390), p=.035). I multivariate modeller, hvor der blev kontrolleret for år siden HIV-diagnose, indkomst, alder og depressive symptomer, forblev associationen mellem ensomhed og henholdsvis stort alkoholindtag (AOR=2.47 (95%CI=1.07-5.71), p=.033) og biologisk bekræftet anvendelse af hårde stoffer (AOR=3.37 (95%CI=1.23-9.21), p=0.18) signifikant for kvinder. Derudover havde associationen mellem ensomhed og marihuanaanvendelse nu også opnået statistisk signifikans blandt kvinder (AOR=2.96 (95%CI=1.01-8.64), p=.047). Til gengæld var associationen mellem ensomhed og selvrapporteret anvendelse af crack-kokain ikke længere signifikant. Ingen af hverken de selvrapporterede eller biologisk bekræftede data om substansanvendelse var signifikant associeret med ensomhed blandt de mandlige deltagere. De fandt altså en positiv association mellem ensomhed og henholdsvis stort alkoholindtag, selvrapporteret marihuanaanvendelse og biologisk bekræftet anvendelse af hårde stoffer blandt kvinder, mens ensomhed ikke var signifikant associeret med substansanvendelse blandt mænd. Det skal dog pointeres, at der var at gøre med et relativt lille sample på 96 deltagere, hvor gruppen af mænd ikke er ret stor (n=35). Dette kan ligge til grund for, at der ikke opnås statistisk signifikans.

På samme sample har Mannes et al. (2017) udgivet endnu en artikel, hvor de ønskede at undersøge betydningen af alder for associationen mellem alkoholindtag, social støtte og affektive tilstande, herunder ensomhed. Her var fokus på forskellen mellem aldersgrupperne 50-59 år og 65+ fremfor på forskellen mellem køn samt begrænset til udelukkende at undersøge associationen mellem ensomhed og stort alkoholindtag. Der blev i lineære regressionsanalyser ikke fundet en signifikant sammenhæng mellem ensomhedscoren og henholdsvis antallet af dage, der blev indtaget alkohol pr. uge, antallet af genstande pr. lejlighed eller det maksimale antal genstande, der blev indtaget ved en enkelt lejlighed,

hverken i aldersgruppen 50-59 år eller i aldersgruppen 60+. På samme måde som før skal samplestørrelsen dog tages i betragtning i fortolkningen af resultaterne, da der er få deltagere især i den ældste aldersgruppe (n=20).

Tre studier har altså specifikt undersøgt sammenhængen mellem ensomhed og stofanvendelse og de fandt alle, at denne er signifikant. Dog gør dette sig kun gældende for de kvindelige deltageres vedkommende i studiet af Mannes et al. (2016). I de to studier, der specifikt undersøgte sammenhængen mellem ensomhed og alkoholanvendelse, opnås kun statistisk signifikans for de kvindelige deltagere i studiet. To studier samlede alkohol- og stofanvendelse under én variabel, hvoraf det ene af studierne fandt en signifikant sammenhæng, mens det andet ikke gjorde.

Alt i alt findes der altså blandede resultater, hvad angår sammenhængen mellem ensomhed og substansanvendelse blandt ældre HIV-positive over 50 år. Studierne tydede dog på, at ensomhed især var relateret til anvendelsen af stoffer, mens der ikke var en klar sammenhæng mellem ensomhed og anvendelsen af alkohol. Derudover blev der fundet indikationer for, at ensomhed især var forbundet med substansanvendelse blandt kvinder.

Rygning. Tre studier har konkluderet på sammenhængen mellem ensomhed og rygning blandt ældre HIV+ over 50 år.

Greene et al. (2018) og Mazonson et al. (2020) fandt begge, at ensomhed var forbundet med rygning. Greene et al. (2018) fandt, at 35% af de ensomme deltagere var rygere, mens det samme kun var tilfældet for 25% af deltagere, der ikke var ensomme (p=.04). Mazonson et al. (2020) fandt i bivariate analyser, at 62% af dem, der røg tobak, var ensomme sammenlignet med 49% af dem, der ikke røg tobak (p<.01). I multivariat logistisk regression fandt man, at risikoen for ensomhed var 31% højere risiko blandt deltagere, der røg tobak sammenlignet med deltagere, der ikke røg tobak (RR=1.31 (95%CI=1.05-1.55).

Derimod fandt Siconolfi et al. (2013) ikke nogen signifikant association mellem ensomhed og anvendelse af cigaretter.

To studier fandt altså, at rygere var signifikant mere ensomme end ikke-rygere, mens ét studie ikke fandt en sammenhæng mellem rygning og ensomhed blandt ældre HIV+.

Generelt tyder det på, at der kan være en sammenhæng mellem ensomhed og adfærdsrelaterede faktorer, herunder seksuel adfærd og anvendelsen af stoffer, alkohol og/eller cigaretter.

Diskussion

I dette afsnit vil der, med udgangspunkt i opgavens problemformulering, fremhæves relevante fund, som vil diskuteret i konteksten af den eksisterende teori og empiri. Derefter vil opgavens generelle anvendelighed og begrænsninger adresseres med fokus på bl.a. identificerede videnshuller, efterfuldt af forslag til fremadrettet forskning i ensomhed blandt ældre HIV+ over 50 år.

Hvor stor er forekomsten af ensomhed blandt ældre HIV-positive over 50 år?

Det blev fundet, at forekomsten af ensomhed blandt ældre HIV+ over 50 år spændte bredt. Storholm et al. (2013) fandt, som den laveste forekomst, at 32% af deltagerne var ensomme, mens Terrence Higgins Trust (2017), som den højeste forekomst, fandt, at 82% af deltagerne var ensomme. De resterende studier fandt, at forekomsten af ensomhed blandt deres deltagere var i spændet herimellem (Greene et al., 2018; John et al., 2016; Kane et al., 2018; Kingdon, 2017; Mazonson et al., 2020).

En stor variation i studiernes anvendte måleredskaber og opgørelsesmetoder kan formentligt være en væsentlig del af forklaringen på, hvorfor der blev fundet et så stort spænd i forekomsten af ensomhed. En anden mulig forklaring findes sandsynligvis i, at der er tale om seks forskellige samples, så den reelle forekomst kan have varieret på baggrund af

inklusionskriterier og heterogenitet i deltagernes demografiske variable. F.eks. blev studiet af Terrence Higgins Trust (2017) foretaget i Storbritannien, mens de resterende studier var foretaget i Amerika. Derudover adskilte Storholm et al. (2013) og Kingdon (2017) sig ved at have en overvægt af sorte ældre HIV+, mens der i de resterende studier var en overvægt af hvide ældre HIV+. Tidligere blev der fundet indikationer for, at sorte i nogle af studierne oplevede lavere niveauer af ensomhed end hvide ældre HIV-positive. Hvis dette er tilfældet kan det være en medvirkende forklaring på, hvorfor Storholm et al. (2013) og Kingdon (2017) fandt de laveste forekomster af ensomhed.

Følgende vil det forsøges at komme med et par yderligere mulige forklaringer på, hvorfor Storholm et al. (2013) og Terrence Higgins Trust (2017) fandt henholdsvis en væsentligt lavere og væsentligt højere forekomst end de resterende studier.

Storholm et al. (2013) opererede med en cut-off-score på 50. Til sammenligning anvendtes der, i en undersøgelse af ældre over 45 år, en cut-off-score på 44 for ensomhed ved brug af den samme udgave af the UCLA Loneliness Scale (Wilson, 2010). Muligvis kan en høj cut-off-score ligge til grund for, at Storholm et al. (2013) fandt en væsentligt lavere forekomst af ensomhed end de resterende studier.

Terrence Higgins Trust (2017) angav ikke en cut-off-score for moderat ensomhed. Dermed er vi ikke bekendt med hvilken nedre grænse, der var anvendt for tilstedeværelsen heraf. Sammenligner man resultaterne med fundene af Mazonson et al. (2020), der også anvendte en udgave af UCLA Loneliness Scale med tre items, blev tilstedeværelsen af ensomhed opgjort som en score på seks eller derover, mens cut-off-scoren for høj grad af ensomhed i Terrence Higgins Trust (2017) var syv. Det virker derfor sandsynligt, at grænsen for moderat ensomhed kan have været lavere end seks, og at Terrence Higgins Trust (2017) dermed kan have anvendt en lavere nedre grænseværdi for tilstedeværelsen af ensomhed end

Mazonson et al. (2020). Hvis dette er tilfældet, kan det ligge til grund for, at Terrence Higgins Trust (2017) fandt en noget højere forekomst af ensomhed end eksempelvis Mazonson et al. (2020).

Hvorvidt ensomheden blandt ældre HIV+ var højere end i andre populationer, herunder ældre HIV- og yngre HIV+, blev hverken fundet signifikant af Han et al. (2017), Berlin (2007) eller Sandkovsky et al. (2013). Udover disse studier, der direkte har sammenlignet ældre HIV+ deltagere med henholdsvis ældre HIV- deltagere og yngre HIV+ deltagere, kan vi også forsøge at sammenligne med andre studier, der har undersøgt ensomhed blandt den generelle ældre befolkning eller blandt generelle populationer af HIV+. I en undersøgelse af 3012 ældre amerikanere over 45 år fandt Wilson (2010), at 35% af deltagerne var ensomme. Tilsvarende fandt Nachega et al. (2012) i en undersøgelse af 2035 HIV+ over 18 år fordelt i forskellige regioner i verden, at 37% af deltagerne rapporterede om ensomhed og social isolation, som resultat af deres HIV-status. Begge disse større studier finder altså en forekomst af ensomhed, som ligger i den lave ende i forhold til den forekomst, der generelt var rapporteret blandt ældre HIV+, hvilket muligvis kan indikere, at ældre HIV+ oplever mere ensomhed end andre sammenlignelige populationer.

Generelt kan det være svært at sammenligne og drage konklusioner på tværs af studier, pga. variationen i populationer, måleredskaber og opgørelsesmetoder, fordi vi ikke kan vide os sikre på, om forskellen i forekomsten skyldes en reel forskel i oplevelsen af ensomhed hos deltagerne, eller om det snarere skyldes en forskel i måleredskaber, opgørelsesmetoder og inklusionskriterier. Derfor fremstår det også nødvendigt med yderligere forskning, der i større samples og ved brug af identiske måleredskaber og opgørelsesmetoder, direkte sammenligner ældre HIV+ med henholdsvis yngre HIV+ og ældre HIV-, der matcher i baggrundsvariable, således, at det kan konkluderes, om ældre HIV+ i særlig høj grad oplever ensomhed.

Selvom der ikke blev fundet et endegyldigt svar på, om forekomsten af ensomhed blandt ældre HIV+ over 50 år var højere end i andre sammenlignelige populationer, viste dette review, på baggrund af eksisterende forskning, at ensomhed var en fremherskende oplevelse blandt en ikke-ubetydelig del af ældre HIV+, hvilket understreger relevansen for at beskæftige sig hermed.

Det er sandsynligt, at den reelle forekomst af ensomhed kan være endnu højere end det, der bliver fundet i de inkluderede studier. For det første kan negative konnotationer og stigma medføre, at respondenterne ikke indrømmer, at de føler sig ensomme, hvilket dermed kan resultere i en underrapportering af symptomerne på ensomhed (Pinquart & Sorensen, 2001). For det andet kan dem, der deltager i studierne, være kvalitativt forskellige fra dem, som er uvillige, ude af stand til, utilpasse med eller uinteresserede i at deltage, hvilket potentielt kan begrænse, hvilken forskellighed og repræsentativitet, der ses i de anvendte samples (Kingdon, 2017). Det er f.eks. sandsynligt, at de mest ensomme, mest ekskluderede og mest svage personer ikke er repræsenteret i studierne, fordi de dels er sværere at opspore og dels er mindre tilbøjelige til at ville og/eller kunne deltage i undersøgelserne, hvilket kan reducere forekomsten af rapporteret ensomhed (Berlin, 2007; Pinquart & Sorensen, 2001; Segrin & Passalacqua, 2010). Derudover var det i mange af studierne et eksklusionskriterie, hvis deltageren var anbragt på en institution, herunder f.eks. på et plejehjem eller lignende. Dette kan være problematisk, da Pinquart og Sorensen (2001) i en metaanalyse fandt, at beboere på plejehjem var mere ensomme end ”hjemmeboende” ældre (r=.13). Det betyder, at en gruppe af mennesker, som måske netop er særligt udsatte for oplevelsen af ensomhed, ekskluderes i forskningen og derved kan der opstå et bias, der reducerer forekomsten af ensomhed blandt ældre HIV+.

Sammenhænge mellem ensomhed og identificerede variable

Der var et ønske om at identificere risiko- og beskyttende faktorer for og konsekvenser af ensomhed blandt ældre HIV+, men da de inkluderede studier udelukkende byggede på data fra tværsnitsundersøgelse, er det svært at bestemme kausaliteten i fundene og det er reelt ikke muligt at afgøre hvilke af studiernes fund, der kan betragtes som risiko- eller beskyttende faktorer for ensomhed og hvilke, der kan betragtes som konsekvenser af ensomheden, fordi vi ikke kan vide om den ene faktor går forud for den anden eller omvendt, eller om en helt tredje faktor potentielt medfører dem begge. I mange tilfælde vil der sandsynligvis endda være tale om en kompleks og dobbeltsidet retningsvirkning, hvor variablene både kan være en potentiel risikofaktor, men også kan være en potentiel konsekvens af ensomheden. På baggrund heraf vil den næste del af diskussionsafsnittet inddeles på samme måde som analyseafsnittet. Således tages der udgangspunkt i overordnede sammenhænge frem for at inddele faktorerne i henholdsvis risiko- og beskyttende faktorer og helbredsmæssige konsekvenser, som ellers var ønsket på baggrund af problemformuleringen. Med afsæt i den viden, der er præsenteret i teoriafsnittet, kan vi dog alligevel have nogle formodninger om, hvilken retning årsagsvirkningen går. Hertil kommer, at nogle af variablene umuligt vil kunne ændres pga. ensomhed, herunder køn, alder, etnicitet og seksuel orientering. Derfor vil der løbende alligevel kommenteres på, hvorvidt en given variabel kan være en risiko- eller beskyttende faktor, en konsekvens eller potentielt kan være begge dele.

Demografiske variable

To studier fandt, at yngre alder var forbundet med større oplevelse af ensomhed blandt ældre HIV+ over 50 år (Kane et al., 2018; Mazonson et al., 2020), mens syv studier ikke fandt en signifikant sammenhæng (Brennan et al., 2010; Greene et al., 2018; Grov et al., 2010; Han et al., 2017; John et al., 2016; Mannes et al., 2017; Siconolfi et al., 2013). Måske kan denne overordnede ikke-signifikante sammenhæng mellem ensomhed og alder være udtryk for, at

aldersfordelingen generelt var venstreskæv og centreret om den yngre del af den ældre HIV+ befolkning. Dermed kan det måske have spillet en rolle for, at Mazonson et al. (2020) og Kane et al. (2018) fandt en signifikant sammenhæng mellem ensomhed og alder, at de adskilte sig fra de fleste andre studier ved, at deres deltagere havde en lidt højere gennemsnitsalder (3-5 år højere), dog med undtagelse af Han et al. (2017), hvis deltagere havde stort set lige så høj gennemsnitsalder. Den overordnede ikke-signifikante sammenhæng kan muligvis også blot være udtryk for, at det ikke er alderen i sig selv, der er afgørende for oplevelsen af ensomhed, men snarere et spørgsmål om, hvilke livsomstændigheder man står i, samt hvordan man har tilpasset sig disse (Kaye & Singer, 2018; Perlman, 1988; Pinquart & Sorensen, 2001; Tomás et al., 2019).

Det kvindelige køn så med en vis sandsynlighed ud til , at være forbundet med lavere grad af ensomhed blandt ældre HIV+ (Brennan et al., 2010; Grov et al., 2010; Kane et al., 2018; Siconolfi et al., 2013; Vincent et al., 2017), dog rapporterede halvdelen af de gennemgåede studier ikke om signifikante sammenhænge (Brennan-Ing et al., 2013; Greene et al., 2018; Han et al., 2017; Mannes et al., 2016; Rendina et al., 2019; Storholm et al., 2013). Det var flere af de studier, der var udført på større samples og/eller på samples med et større antal deltagere af hvert køn, som opnåede statistisk signifikante fund. Sammenhængen mellem det kvindelige køn og lavere grad af ensomhed står i modsætning til, hvad der tidligere har været fundet i den generelle befolkning, nemlig at det kvindelige køn var forbundet med større grad af ensomhed (Cohen-Mansfield et al., 2016; Pinquart & Sorensen, 2001). Hvorfor dette er tilfældet, fremstår der ikke umiddelbart nogen åbenlys forklaring på, men muligvis kan det være et resultat af, at man i ROAH-undersøgelsen finder, at flere ældre HIV+ kvinder end HIV+ mænd har børn (73% vs 47%) samt at betydeligt flere kvinder end mænd rapporterer om at have en ægtefælle/partner (21% vs 11%) (Brennan et al., 2010). Derudover kan det måske også have noget at gøre med, at der kan være et større stigma

forbundet med den måde mænd typisk smittes med HIV på sammenlignet med dem måde kvinder typisk smittes på, altså om det typisk henholdsvist er homoseksuelt eller heteroseksuelt (Centers for Disease Control and Prevention, 2019a).

Transpersoner var stærkt underrepræsenteret i studierne. I nogle studier var transpersoner slet ikke rekrutteret og i andre var antallet så lille, at de blev sorteret fra for at kunne udføre statistiske analyser. Det betyder, at vi stort set intet viden har om ensomhed blandt denne specifikke gruppe mennesker, som endda er særligt udsatte for at modtage en HIV-diagnose (Centers for Disease Control and Prevention, 2019b). Det eneste studie, som konkluderer på sammenhængen mellem transkønnethed og ensomhed blandt ældre HIV+, fandt, at transkønnede oplevede mere ensomhed end ikke transkønnede og at de altså kan være en risikogruppe i forhold til at opleve høje niveauer af ensomhed (Brennan et al., 2010). Dette understreger væsentligheden af, at både forekomsten, risikofaktorerne og konsekvenserne af ensomhed blandt ældre transkønnede HIV-positive bliver undersøgt i fremadrettet forskning. For på nuværende tidspunkt kan vi faktisk ikke sige noget om, om reviewets identificerede fund også gør sig gældende for ældre transkønnede HIV-positive.

Overordnet set blev der ikke fundet nogen klare sammenhænge mellem ensomhed og henholdsvis etnicitet og seksuel orientering, dog blev der fundet nogle indikationer, som følgende vil fremhæves. Tre studier fandt indikationer på, at ældre sorte HIV+ oplevede signifikant lavere niveauer af ensomhed (Grov et al., 2010; Han et al., 2017; Siconolfi et al., 2013). Dette står i modsætning til forventningen om, at sorte, pga. dobbelt stigmatisering, ville opleve højere niveauer af ensomhed end hvide (Brennan et al., 2010; Fokkema & Kuyper, 2009; UNAIDS, 2014). Hvis det er tilfældet, at ældre sorte HIV+ oplever en lavere grad af ensomhed, kan det muligvis forklares ud fra forskelle i kulturelle normer omkring niveauer af familieinteraktion (Cantor & Brennan, 2000). Ét studie indikerede, at der muligvis var tale om forskelle baseret på seksuel orientering inden for det enkelte køn. Siconolfi et al.

(2013) sammenlignede, som de eneste, oplevelsen af ensomhed blandt homoseksuelle og biseksuelle mænd med oplevelsen af ensomhed blandt heteroseksuelle mænd, og fandt en statistisk signifikant forskel. Som vi netop har set, fandt en del af studierne, at der var en signifikant forskel i ensomhedsscoren mellem mænd og kvinder og det er muligt, at effekten af køn kan have skjult en egentlig forskel baseret på seksuel orientering, når man sammenligner på tværs af køn frem for inden for det samme køn. Derfor kunne det være interessant at undersøge effekten af seksuel orientering kontra effekten af køn på oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV+ i fremadrettet forskning. Det er dog spørgsmålet om forskellen fundet af Siconolfi et al. (2013), på trods af statistisk signifikans, overhovedet havde nogen betydning i klinisk forstand, da den ikke engang udgjorde en enkelt enhedsøgning på en skala med 60 enheder.

På trods af disse indikationer blev der som sagt overordnet set ikke fundet nogen klar sammenhæng mellem ensomhed og hverken etnicitet eller seksuel orientering (Brennan et al., 2010; Greene et al., 2018; Grov et al., 2010; Kane et al., 2018; Mazonson et al., 2020; Rendina et al., 2019; Vincent et al., 2017), selvom det måske ville have været forventeligt, at deltagere fra minoritetsgrupper, der kunne opleve dobbelt stigmatisering, på grund af deres seksuelle orientering eller hudfarve, ville opleve højere grad af ensomhed end deltagere uden minoritetsbaggrund (Brennan et al., 2010; Fokkema & Kuyper, 2009; UNAIDS, 2014). En mulig fortolkning heraf kan være, at HIV-diagnosen og det stigma, der medfølger, kan være så omsiggribende, at det er uafhængigt at køn og seksuel orientering (AIDS-Fondet, 2017; Brennan et al., 2010). Ligegyldigt om man er sort eller hvid eller om man er heteroseksuel eller homoseksuel, er det muligt, at man kan opleve et stigma og en ensomhed i sin HIV-diagnose, som er fælles på tværs og som kan udligne og minimere faktorer relateret til seksuel orientering og etnicitet (Brennan et al., 2010). Her vil det være interessant i fremadrettet forskning at sammenligne en gruppe af ældre HIV-negative, som matcher i demografisk

baggrund, for at undersøge effekten af HIV-status kontra effekten af etnicitet og seksuel orientering for oplevelsen af ensomhed. En anden mulig fortolkning kan være, at minoritetsgrupper kan have opbygget en resiliens og nogle copingmekanismer, fordi de, uafhængigt af deres HIV-status, har en historie med håndtering af stigma, diskrimination og fordomme. Dermed kan de have opbygget nogle psykologiske ressourcer, der har kunne forberede dem på den emotionelle og sociale tilpasning, der kan efterfølge en HIV-diagnose. Dette kan reducere den psykologiske påvirkning forbundet med at leve med HIV og muligvis kompensere for effekten af stigma på oplevelsen af ensomhed (Berlin, 2007; Brennan et al., 2010).

Generelt blev der ikke fundet nogen klar sammenhæng mellem ensomhed og socioøkonomisk status blandt ældre HIV+ over 50 år. Dette var overraskende, da det var forventet, at lavere indkomst, lavere uddannelsesniveau og dét at stå uden for arbejdsmarkedet ville være forbundet med højere grad af ensomhed (Brennan et al., 2010; Cohen-Mansfield et al., 2016; Pinquart & Sorensen, 2001; Rokach, 2000; UNAIDS, 2014).

En mulig forklaring på, hvorfor der, mod forventning, generelt ikke blev fundet en signifikant sammenhæng mellem indkomst og ensomhed blandt ældre HIV+ (Greene et al., 2018; Han et al., 2017; Mazonson et al., 2020; Rendina et al., 2019), kan være, at der i studierne ikke blev taget højde for, at netop mange ældre sandsynligvis vil have en betydelig opsparing. Hvis der udelukkende tages udgangspunkt i årsindkomst, vil finansielle ressourcer fra en opsparing kunne kompensere for en eventuel effekt af lav indkomst. Derved kan der være en risiko for, at man ikke får et reelt billede af, hvad det økonomiske råderum betyder for oplevelsen af ensomhed (Pinquart & Sorensen, 2001). Hvad angår beskæftigelsesstatus havde kun ét studie undersøgt relationen til ensomhed blandt ældre HIV+ og fandt ikke, at denne var signifikant (Mazonson et al., 2020). Der blev dog ikke rapporteret om, hvor mange der var i beskæftigelse, hvilket er problematisk for fortolkningen af resultatet. Vi ved netop, at

både mange ældre og mange HIV-positive ikke er på arbejdsmarkedet, hvorfor det kunne tænkes sandsynligt, at kun få af de ældre HIV+ overhovedet ville være i beskæftigelse (Brennan et al., 2010; Pinquart & Sorensen, 2001; Rokach, 2000; UNAIDS, 2014). Hvis kun en lille andel af det samlede sample var i beskæftigelse ville det kunne betyde, at det blev svært at finde en statistisk signifikant sammenhæng. Samtidig blev der i studiet af Mazonson et al. (2020) kun skelnet mellem to kategorier: om deltageren var henholdsvis arbejdsløs, studerende eller pensioneret eller om deltageren arbejdede fuld- eller deltid. Man kan forestille sig, at meningsfulde forskelle ikke blot kunne bestå i, om man var på eller uden for arbejdsmarkedet, men måske også i, om det var "selvvalgt" eller "tvunget", at man stod uden for arbejdsmarkedet. F.eks. kunne man forestille sig, at der ville være forskel på, om man var arbejdsløs eller pensioneret i forhold til oplevelsen af ensomhed. Hvorvidt en sådan forskel gør sig gældende ville være interessant at undersøge i fremadrettet forskning.

Hvad angår uddannelsesniveau fandt Han et al. (2017) og Mazonson et al. (2020) modstridende resultater, nemlig at ensomhed var forbundet med henholdsvis lavere uddannelsesniveau og højere uddannelsesniveau. Der fremstod ikke nogen umiddelbar forklaring på disse modstridende fund. Nogle forskelle mellem studierne, der muligvis kan have haft en indflydelse på resultatet, kan være, at de havde opgjort uddannelsesniveau forskelligt, de havde anvendt forskellige måleredskaber, deltagerne i studiet af Mazonson et al. (2020) havde generelt en længere uddannelse end deltagerne i studiet af Han et al. (2017) og Han et al. (2017) fokuserede udelukkende på dem, der identificerede sig som enten sorte eller hvide. En anden mulig fortolkning kan måske være, at både dem med meget høj og meget lav uddannelse oplevede mest ensomhed sammenlignet med gruppen, der befandt sig i midten. Der vil være brug for yderligere forskning for at afgøre, om uddannelsesniveau spiller en rolle for oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV+ og i så fald hvilket retning, denne sammenhæng går.

På baggrund af de inkluderede studier, blev der på nuværende tidspunkt, overraskende, ikke identificeret nogen generel sammenhæng mellem ensomhed og forskellige demografiske variable blandt ældre HIV+. Dette betyder dog ikke nødvendigvis, at en sådan sammenhæng ikke gør sig gældende. Måske kan fremadrettet forskning med udgangspunkt i tilpasninger foreslået i dette review finde signifikante sammenhænge. Der blev dog i studier, udført på større samples og/eller på samples med et større antal deltagere af hvert køn, fundet, at det kvindelige køn var signifikant forbundet med lavere grad af ensomhed blandt ældre HIV+ (Brennan et al., 2010; Grov et al., 2010; Kane et al., 2018; Siconolfi et al., 2013; Vincent et al., 2017), hvorfor det kunne tyde på, at det kvindelige køn kan være en beskyttende faktor for ensomhed blandt ældre HIV-positive over 50 år.

Socialt netværk

De inkluderede studier fandt, at der var større sandsynlighed for, at ældre HIV+ over 50 år, der havde et lille socialt støttenetværk, ikke var i et forhold, boede alene og/eller ikke følte sig tætte med sine venner oplevede ensomhed sammenlignet med deres modparter (Greene et al., 2018; Kane et al., 2018; Mazonson et al., 2020). Disse variable kan samlet set betragtes som mål for social isolation, den mere objektive pendant til ensomhed, der netop omhandler bl.a. ægteskabelig status, antallet af sociale relationer og at leve/bo alene (Utz et al., 2014). Selvom der ikke nødvendigvis er en sammenhæng mellem ensomhed og social isolation for det enkelte individ, er det ikke overraskende, at der på et overordnet plan bliver fundet en signifikant sammenhæng herimellem (Cohen, 2000; Peplau & Goldston, 1984; Perissinotto et al., 2012; Tomaka et al., 2006). Selvom variablene også kan hænge sammen med, i hvilken grad individet oplever emotionel eller instrumentel støtte i situationer, hvor vedkommende har behov for det, altså oplevet social støtte (Heaney & Israel, 2008; Kaye & Singer, 2018; Peplau & Goldston, 1984; Tomaka et al., 2006), har ingen af studierne dog undersøgt oplevelsen af social støtte med konkrete, validerede måleredskaber. Derved kan der

heller ikke udledes nogen konklusioner omkring, hvorvidt oplevet social støtte kan være en beskyttende faktor for ensomhed blandt ældre HIV+, som fra andre populationer ville være forventet (Peplau & Goldston, 1984; Tomás et al., 2019; Utz et al., 2014; Wang et al., 2018).

Desuden har ingen af studierne undersøgt, hvorvidt tab af nærtstående kunne være en risikofaktor for oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV+, hvilket vi ved kan være tilfældet i andre populationer (de Jong Gierveld, 1998; Peplau & Goldston, 1984; Perlman, 1988). Man kunne dog netop forestille sig, at tab af nærtstående, f.eks. ægtefæller, familiemedlemmer og nære venner, ville være en særligt fremtrædende faktor netop blandt ældre HIV-positive, da både henholdsvis alderdom og HIV-infektion i sig selv kan være forbundet med sådanne tab (de Jong Gierveld, 1998; Kingdon, 2017; Nokes & Kendrew, 1990; Perlman, 1988; Richmond & Ross, 1994).

Det ser altså ud til at faktorer relateret til begrænsede socialt netværk, herunder social isolation, kan være en risikofaktor for oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV-positive over 50 år. Fremadrettet fokus på relationen mellem ensomhed og andre sociale koncepter, herunder social støtte og tab af nærtstående vil være relevant i arbejdet for at identificere yderligere risiko- og beskyttende faktorer for oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV+.

Fysisk helbredsstatus

Resultaterne om sammenhængen mellem ensomhed og fysisk helbredsstatus var blandede. Overordnet set indikerede studierne, at ensomhed blandt ældre HIV+ kunne være associeret med tilstedeværelsen af et større antal komorbide lidelser (Brennan-Ing et al., 2013; Kane et al., 2018; Mazonson et al., 2020). Derudover var det muligt at også et lavere kognitivt funktionsniveau kunne være relateret til ensomhed, måske især for bestemte undergrupper, herunder ældre sorte HIV-positive (Greene et al., 2018; Grov et al., 2010; Han et al., 2017). Denne mulige positive sammenhæng var forventet, da nedadgående helbred har vist sig at

være en af de mest fremtrædende faktorer for udviklingen af ensomhed blandt ældre (de Jong Gierveld, 1998; Perlman, 1988). Derudover er det fundet, at ensomhed er relateret til hjerte-kar-lidelser (Hawkley & Cacioppo, 2010; Olsen et al., 1991), kognitive svækkelser (Cacioppo & Hawkley, 2009; Wilson et al., 2007), mindre sandsynlighed for at engagere sig i helbredsfremmende adfærd (Cacioppo et al., 2002; Hawkley & Cacioppo, 2010; Segrin & Passalacqua, 2010; Steptoe et al., 2004) samt højere risiko for at engagere sig i sundhedsskadende adfærd (Hubach et al., 2015; Segrin & Passalacqua, 2010). Årsagerne til, hvordan den mulige sammenhæng mellem ensomhed og henholdsvis et større antal komorbiditeter og kognitiv svækkelse blandt ældre HIV+ kan opstå, kan være mange, men følgende kan være et par mulige eksempler. Man kan forestille sig, at komorbiditeter kan være en risikofaktor for ensomhed, f.eks. kan hududslæt og omfordeling af fedt fra ansigt og ben til maveregionen, der kan opstå som bivirkning til visse typer HIV-medicin (Brennan et al., 2010; Hawkins, 2010), forandre udseendet i en sådan grad, at man pga. forlegenhed og selvbevidsthed trækker sig fra sociale sammenhænge (Vincent et al., 2017). Dertil kan komme synssvækkelser, kognitive svækkelser og nedsat mobilitet, som alle kan være relateret til både HIV-infektion og ældre alder og som kan være forbundet med social tilbagetrækning og ensomhed (Brennan et al., 2010; Kaye & Singer, 2018; Reger et al., 2002; Schouten et al., 2011). Studierne, der undersøgte sammenhængen mellem ensomhed og kognitiv funktion blandt ældre HIV+, var dog få og tvetydige i deres resultater, hvorfor der er behov for yderligere forskning på området, for at konkludere noget endegyldigt på baggrund heraf.

Ensomhed var derimod ikke relateret til nogen af de HIV-specifikke helbredsfaktorer, herunder henholdsvis CD4-celletal, HIV viral load, tilstedeværelsen af en AIDS-diagnose, ART-adhærens, varigheden af HIV-diagnosen eller scoren på VACS-indexet. Denne ikke-signifikante sammenhæng står i modsætning til forventningerne. F.eks. ville det forventes, at der kunne ses en sammenhæng til den medicinske adhærens (Segrin & Passalacqua, 2010).

Derudover ville det også være forventet, at der, pga. et forhøjet stressrespons i kroppen, ville kunne ses en sammenhæng mellem ensomhed og forringet immunforsvar, som bl.a. CD4-celletallet er et udtryk for (Hawkley & Cacioppo, 2010; Rokach, 2000; Steptoe et al., 2004; Straits-Tröster et al., 1994). En forklaring på, hvorfor der ikke findes en sammenhæng mellem ensomhed og disse HIV-specifikke helbredsrelaterede mål kan være, at konsekvenserne af ensomhed ser ud til gradvist at påløbe over tid (Hawkley & Cacioppo, 2007, 2010; Peplau & Goldston, 1984) og derved specielt gøre sig gældende for dem, der er kronisk ensomme (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010). En person, for hvem oplevelsen af ensomhed kun nyligt er opstået, har muligvis endnu ikke oplevet, den skadende effekt, som ensomheden kan have for helbredet (Segrin & Passalacqua, 2010). Vi kender ikke til varigheden af deltagernes oplevelse af ensomhed, men hvis mange af deltagerne i de inkluderede studier kun kortvarigt har følt sig ensomme, kan det være en medvirkende forklaring på, hvorfor der ikke findes en sammenhæng mellem ensomhed og de faktorer, der var relateret til deltagernes HIV-specifikke fysiske helbredsstatus. Måske ville man se en sammenhæng, hvis man fokuserede specifikt på en gruppe af ældre HIV+ med kronisk ensomhed i fremadrettet forskning.

En væsentlig udfordring er, som sagt, at studierne udelukkende er tværsnitsbaserede. Derfor kan der ikke konkluderes på, hvorvidt komorbide lidelser og muligvis kognitiv svækkelse øger risikoen for oplevelsen af ensomhed eller om ensomheden forårsager øget antal komorbide lidelser og kognitive forringelser. Man kan også forestille sig, at der kan være tale om et komplekst samspil, hvor ensomhed kan forværre en allerede tilstedeværende fysisk eller kognitiv svækkelse eller at en fysisk eller kognitiv svækkelse kan forværre en allerede eksisterende oplevelse af ensomhed. Sammenhængen bør undersøges nærmere i fremadrettede længdesnitsstudier.

Livskvalitet

Overordnet set tydede det på, at ensomhed blandt ældre HIV+ over 50 år kunne være associeret med dårligere livskvalitet. Dette var overensstemmende med forventningen om, at ensomhed kunne have en negativ betydning for livskvaliteten, herunder både overordnet livskvalitet og helbredsrelateret livskvalitet (Tan et al., 2020; Taube et al., 2015; Theeke et al., 2014; Theeke et al., 2012). Således kan forringet livskvalitet muligvis være en konsekvens af ensomhed blandt ældre HIV-positive. Dog tyder noget også på, at sammenhængen mellem ensomhed og helbredsrelateret livskvalitet muligvis blev medieret af andre faktorer, da denne generelt kun var signifikant i uni- eller bivariate analyser, men ikke i multivariate analyser, hvor der blev kontrolleret for andre variable, herunder depression. Dette med undtagelse af Vincent et al. (2017), der stadig fandt en sammenhæng mellem ensomhed og socialt velbefindende i multivariate analyser. En mulig fortolkning af dette kan være, at andre faktorer, herunder depression, bidrager mere til den helbredsrelaterede livskvalitet end ensomhed blandt ældre HIV-positiv og derfor udvisker effekten af ensomhed eller, at ensomhed har en indirekte effekt på helbredsrelateret livskvalitet, der medieres af andre faktorer, herunder f.eks. depression. Vi ved fra tidligere, at ensomhed og depression er højt korreleret og derfor virker det, på baggrund af disse studier, sandsynligt, at ensomhed kan øge risikoen for depression, der til gengæld kan øge risikoen for lavere helbredsrelateret livskvalitet. Derudover kan en fortolkning, på baggrund af fundene fra Vincent et al. (2017), også være, at ensomhed er relateret til de sociale aspekter af livskvalitet, mens de mere fysiske aspekter er relateret til depression.

Mental helbredsstatus

Overordnet set blev det fundet, at ensomhed havde en relation til den mentale helbredsstatus blandt ældre HIV+, selvom studier, der undersøgte andre faktorer end depression, var meget begrænsede. Samtlige af de otte inkluderede studier, der undersøgte

sammenhængen mellem ensomhed og depression fandt, at denne var positiv og signifikant (Brennan-Ing et al., 2013; Brennan et al., 2010; Greene et al., 2018; Grov et al., 2010; Kingdon, 2017; Mazonson et al., 2020; Rendina et al., 2019; Vincent et al., 2017). Dette var overensstemmende med, at der generelt bliver fundet stærke korrelationer mellem ensomhed og depression (Cacioppo et al., 2006; Cohen, 2000). Da de inkluderede studier er baseret på tværsnitsundersøgelser og det i den eksisterende litteratur ikke står helt klart, hvorvidt ensomhed forårsager depression, om depression forårsager ensomhed eller om der er tale om en gensidig påvirkning (Cacioppo et al., 2010; Cacioppo et al., 2006; Domènech-Abella et al., 2019), er det ikke muligt at drage konklusioner omkring, hvorvidt depression kan være en risikofaktor for eller en konsekvens af ensomheden blandt ældre HIV+. Studier finder, at mennesker, der lever med HIV, er særligt udsatte for at opleve depression (Ciesla & Roberts, 2001; Rodkjaer et al., 2010) og uagtet årsagssammenhængen mellem depression og ensomhed, vil det kunne anses som relevant at være opmærksom på ensomhed blandt de depressive samt være opmærksom på depressionssymptomer blandt de ensomme.

På trods af den klare sammenhæng mellem ensomhed og depression blandt ældre HIV-positive, og at både depression og HIV-status kan være forbundet med øget risiko for selvmordstanker og selvmord (Fairweather et al., 2007; Kalichman, Heckman, Kochman, Sikkema & Bergholte, 2000; Schadé et al., 2013), har ingen af studierne undersøgt om ensomhed blandt ældre HIV+ var forbundet med øget selvmordsrisiko. Det må betragtes som væsentligt og relevant for fremadrettet forskning at undersøge dette, så der kan skabes opmærksomhed og sættes foranstaltninger ind, hvis en sådan sammenhæng er eksisterende.

Sammenhængen mellem ensomhed og henholdsvis angst og PTSD var ikke nær så velundersøgt som sammenhængen mellem ensomhed og depression blandt ældre HIV+. Dette afspejler formentligt, at det samme er tilfældet i den generelle litteratur (Domènech-Abella et al., 2019). Der blev fundet en signifikant positiv sammenhæng mellem ensomhed og PTSD

blandt ældre HIV-positive (Kingdon, 2017), som det var forventet på baggrund af studier, der i andre populationer, har undersøgt sammenhængen mellem ensomhed og henholdsvis traumer og PTSD (Palgi et al., 2012; Solomon & Dekel, 2008; Wells, 2015). Der var dog i studiet af Kingdon (2017) udelukkende tale om en gruppe af ældre mænd, der havde sex med mænd og derfor kan det være svært at drage konklusioner på vegne af den bredere gruppe af ældre HIV+. Studiet, der undersøgte sammenhængen mellem angst og ensomhed blandt ældre HIV-positive, fandt, at en væsentlig og signifikant større andel af deltagere med angst var ensomme end det var tilfældet blandt deltagere uden angst. Der blev dog overraskende ikke fundet nogen signifikant sammenhæng i multivariate regressionsanalyser. Det ville forventes, at der ville blive fundet en signifikant sammenhæng mellem ensomhed og angst på baggrund af den eksisterende litteratur (Dill & Anderson, 1999; Domènech-Abella et al., 2019; Moore & Schultz, 1983). Hvad angår sammenhængen mellem ensomhed og både angst og PTSD kan der ikke udledes noget om, hvilken retning en eventuel årsagssammenhæng vil gå, da denne potentielt kan gå begge veje (Dill & Anderson, 1999; Domènech-Abella et al., 2019; Hawkley & Cacioppo, 2010; Moore & Schultz, 1983; Steptoe et al., 2004), således vil der også her være brug for længdesnitsstudier. Det fremstår altså samlet set med yderste relevans, at fremadrettet forskning også har fokus på at undersøge relationen mellem ensomhed og andre mentale helbredsbyrder end depression blandt ældre HIV-positive.

Stigma

Generelt blev der fundet en klar positiv sammenhæng mellem ensomhed og stigma, herunder både HIV-relateret stigma, aldersrelateret stigma samt HIV-relateret skam, blandt ældre HIV+ over 50 år (Brennan-Ing et al., 2013; Brennan et al., 2010; Grov et al., 2010; Kingdon, 2017; Rendina et al., 2019; Storholm et al., 2013; Terrence Higgins Trust, 2017; Vincent et al., 2017). Således var ensomhed, som forventet, forbundet med højere grad af stigmatisering (AIDS-Fondet, 2017; Brennan et al., 2010; Mazonson et al., 2020; Rokach,

2000; Yoo-Jeong et al., 2019). Selvom en del af studierne har undersøgt sammenhængen mellem ensomhed og HIV-stigma hos ældre HIV+, har kun Kingdon (2017) også inddraget aldersrelateret stigma. Dette på trods af den umiddelbare relevans, når der specifikt er at gøre med en gruppe af ældre individer, som pga. deres HIV-status ofte endda vil være offer for yderligere aldersdiskrimination, fordi der i samfundet stadig er en stereotyp fortælling om, at det er yngre mennesker, der rammes af HIV (Brennan et al., 2010). Kingdon (2017) fandt da også, som forventet, en signifikant positiv sammenhæng mellem ensomhed og aldersrelateret stigma. Udover at fremadrettet forskning kan have fokus på at udforske sammenhængen mellem ensomhed, HIV-relateret stigma (og skam) og aldersrelateret stigma, bør fokus også være på at undersøge, hvilket retning sammenhængen går. Stigma kan være en risikofaktor for oplevelsen af ensomhed pga. bl.a. social afvisning og tilbagetrækning (AIDS-Fondet, 2017; Brennan et al., 2010; Rokach, 2000), men ensomhed kan også være forbundet med stigma og derfor er det også sandsynligt, at oplevelsen af stigma kan medføre eller forværre allerede eksisterende stigmatisering (Perlman & Joshi, 1987; Rokach, 2019).

Seksuel adfærd og substansanvendelse

Hvad angår sammenhængen mellem ensomhed og seksuel adfærd, fandt Golub et al. (2010) overordnet set, at jo mere ensomme deltagerne var, des mindre tilbøjelige var de til at være seksuelt aktive samt at højere grad af ensomhed blandt de seksuelt aktive deltagere var forbundet med øget risiko for ubeskyttet anal- og/eller vaginalsex. Selvom den henholdsvis mindskede risiko for seksuel aktivitet og den øgede risiko for ubeskyttet seksuel aktivitet opnår statistisk signifikans, kan det diskuteres, hvorvidt denne også har praktisk relevans, når risikoen kun henholdsvis mindskes eller øges med 3% pr. enhed. Der er dog mange enheder på den anvendte ensomhedsskala (skalaen går fra 20-80), således vil der alligevel være en stor forskel i sandsynligheden for en deltager, der score meget lavt og en deltager, der score meget højt, selvom man måske ikke vil kunne se en klinisk forskel ud fra en enkelt enheds øgning.

Kingdon (2017) fandt i modsætning, at ensomhed var en beskyttende faktor for analsex uden kondom med partnere, der var HIV-negative og/eller af ukendt HIV-status, den gruppe, der har størst risiko for HIV-smitte, mens dette ikke var tilfældet ved analsex uden kondom med HIV-positive mænd. Golub et al. (2010) og Kingdon (2017) fremkom altså med modsatrettede konklusioner, hvor ensomhed var forbundet med henholdsvis højere risiko for ubeskyttet sex og lavere risiko for ubeskyttet sex. Dette kan skyldes flere ting. For det første undersøgte Kingdon (2017) udelukkende ubeskyttet analsex i et sample af mænd, der har sex med mænd, mens Golub et al. (2010) anvendte et sample af forskellig køn og seksuel orientering samt undersøgte både ubeskyttet anal- og vaginalsex. Derudover kan det formentligt også spille en stor rolle for forskellen i resultaterne, at Kingdon (2017) ikke opdelte deltagerne i seksuelt aktive og ikke seksuelt aktive på samme måde som Golub et al. (2010), da resultatet kan være medieret af seksuel aktivitet. Således kan en forklaring på, at ensomhed mindskede sandsynligheden for analsex uden kondom i Kingdon (2017), være, at ensomhed mindskede sandsynligheden for, at et individ overhovedet placerede sig selv i en situation med andre, hvor der kunne være en mulighed for at seksuel adfærd kunne finde sted. At ensomhed kan være en risikofaktor for ubeskyttet sex underbygges af Hubach et al. (2015), der skriver, at ensomhed kan være forbundet med ubeskyttet sex, fordi man vil maksimere sandsynligheden for seksuel aktivitet. En anden forskel mellem studier var, at Golub et al. (2010) ikke skelnede mellem om seksualpartneren var HIV-negativ eller HIV-positiv, derfor kan en mulig forklaring også være, at der evt. har været en større andel af HIV+ seksualpartnere i Golub et al. (2010) og at dette er grunden til, at deltagerne i højere grad har dyrket ubeskyttet sex, fordi de ikke frygtede at videresmitte med HIV. Fremadrettet forskning kan have fokus på at afklare sammenhængen mellem ensomhed, seksuel aktivitet, herunder ubeskyttet seksuel aktivitet baseret på partnertype.

Overordnet viste de inkluderede studier blandede resultater, hvad angår sammenhængen mellem ensomhed og substansanvendelse blandt ældre HIV-positive over 50 år, hvor nogle fandt, at denne var signifikant (Greene et al., 2018; Mazonson et al., 2020; Rendina et al., 2019), mens andre ikke gjorde (Mannes et al., 2017; Siconolfi et al., 2013). Studierne indikerede dog generelt, at ensomhed især var relateret til anvendelsen af stoffer, mens der ikke var en lige så klar sammenhæng mellem ensomhed og anvendelsen af alkohol. Derudover blev der fundet indikationer for, at ensomhed især var forbundet med substansanvendelse blandt kvinder (Mannes et al., 2016). Dertil fandt to studier også, at rygere var signifikant mere ensomme end ikke-rygere (Greene et al., 2018; Mazonson et al., 2020), mens et studie ikke fandt en sammenhæng mellem rygning og ensomhed blandt ældre HIV+ (Siconolfi et al., 2013). Denne overordnede sammenhæng mellem ensomhed og henholdsvis substansanvendelse og rygning var forventet på baggrund af eksisterende litteratur (Dyal & Valente, 2015; Hosseinbor et al., 2014; Rokach, 2002), selvom det dog ligeledes var forventet, at der ville ses en klar sammenhæng mellem ensomhed og alkoholforbrug (Åkerlind & Hörnquist, 1992).

Da ubeskyttet sex, substansanvendelse og rygning kan medføre sundhedsskadende effekter, kan det også være en vej, hvorpå ensomheden indirekte kan påvirke de ældre HIV-positives helbred i en negativ retning (Hubach et al., 2015; Segrin & Passalacqua, 2010). Dertil kommer risikoen for, at ensomhed kan være en faktor relateret til overførsel af HIV-virusset, hvilket både kan være et helbredsmæssigt problem for det enkelte individ, der smittes, men også for samfundet som helhed, da det i så fald kan være en bidragende faktor til fortsat smittespredning af HIV i samfundet (Brennan et al., 2010). Derudover betyder en signifikant sammenhæng mellem disse variable og ensomhed, at der reelt kan være tale om en omvendt sammenhæng mellem ensomhed og HIV således, at det ikke nødvendigvis er HIV-diagnosen, der kan medføre ensomhed, som der ellers har været lagt op til. Faktisk kan

oplevelsen af ensomhed i første omgang have øget risikoen for, at et individ overhovedet har fået en HIV-infektion, pga. en øget risiko for ubeskyttet sex og stofanvendelse, som er nogle af de primære smitteveje for HIV (Centers for Disease Control and Prevention, 2019c; Storholm et al., 2013). Ligeledes er det også muligt at stofmisbrug, fordi det tilhører en marginaliseret minoritetsgruppe, vil placere et individ i større risiko for både HIV-infektion og for oplevelsen af ensomhed således, at de ikke er direkte forbundet, men nærmere sideløbende er opstået (Storholm et al., 2013). Uagtet hvilken reel årsagssammenhæng, der er tilstede mellem ensomhed og substansanvendelse, kan det være relevant for dem, der beskæftiger sig med ældre HIV-positive substansmisbrugere at være opmærksom på tilstedeværelsen af ensomhed, ligeså vel som det vil være væsentligt at være opmærksom på et eventuelt stofmisbrug blandt ensomme HIV-positive ældre.

Diskussion af specialets anvendelighed og begrænsninger

Der er begrænsninger både ved de inkluderede studier og ved reviewet i sig selv. Først vil fokus være på begrænsninger, der er for de inkluderede studiers anvendelighed, herunder generaliserbarheden af studiernes fund samt identificering af videnshuller. Derefter vil nogen af de begrænsninger, der er relateret til reviewets metode og inklusionskriterier beskrives.

Der er begrænsninger relateret til generaliserbarheden af reviewets fund, da de inkluderede studier rummer henholdsvis en under- eller overrepræsentation af visse undergrupper af HIV+ ældre. Derved ses der også visse huller i forskningen, som følgende vil understreges.

Mennesker over 50 år, der lever med HIV, vil, som alle andre, være en mangfoldig gruppe af individer. Selvom de overordnet set har HIV-diagnosen som et fællestræk, vil meget andet variere (Terrence Higgins Trust, 2017). De fleste af studierne har generelt undersøgt ældre HIV-positive som en homogen gruppe af mennesker, men måske er der

meningsfulde forskelle mellem, om du er 50 år eller 80 år (Mannes et al., 2017), om du har været diagnosticeret med HIV i 2 måneder eller 23 år, om du bor i USA eller i Danmark eller om du bor i en storby eller en landsby. Hvilken mulig betydning sådanne faktorer kan have, vil følgende uddybes.

Deltagerne i samtlige studier, på nær i Brennan-Ing et al. (2013), havde en gennemsnits- eller medianalder under 60 år (se tabel 2). Man kan sige, at deltagerne måske i virkeligheden generelt var mere midaldrende end ældre. Denne overvægt af "yngre ældre" kontra "ældre ældre" stemmer dog øjensynligt overens med aldersfordelingen i baggrundsbefolkningen af HIV-positive (Centers for Disease Control and Prevention, 2019a), hvorfor det på denne vis må antages at være aldersmæssigt repræsentativt. På trods heraf kan overvægten af "yngre ældre" indikere, at der er et videnshul omkring tilstedeværelsen og konsekvenserne af ensomhed blandt de "ældste ældre". Dette kan være et problem, da Pinquart og Sorensen (2001) fandt, at netop de ældste ældre (over 80 år) kunne være særligt udsatte for ensomhed. Selvom de studier, der havde undersøgt alder som variabel i forhold til oplevelsen af ensomhed, generelt ikke fandt en signifikant forskel, kan man forestille sig, at både risikofaktorer for og konsekvenser af ensomheden kan variere på baggrund af alder. Et eksempel på, at der kan være forskellige behov for "yngre ældre" end for "ældre ældre", kan være med hensyn til beskæftigelse. Hvor de "ældre ældre" sandsynligvis naturligt vil være gået på pension, vil mange af de "yngre ældre" af samfundet stadig forventes at have 10-15 år tilbage på arbejdsmarkedet, hvilket kan være forbundet med mange bekymringer omkring at skulle søge og/eller fastholde et arbejde med de begrænsninger, som HIV-diagnosen kan sætte for dem (Terrence Higgins Trust, 2017).

Gennemsnitsvarigheden af HIV-diagnosen var generelt høj i studierne (se tabel 2) og størstedelen af studiernes deltagere var altså dét, man kan kategorisere som langtidsoverlevere, som havde været diagnosticeret i mere end 10 år (Nguyen & Holodniy,

2008), hvoraf en større del endda havde været diagnosticeret før 1996. Dette var forventeligt, da mange vil være blevet smittet med HIV i deres yngre dage (Nguyen & Holodniy, 2008). Det betyder dog også, at vi ikke nødvendigvis ved særligt meget om oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV-positive, der nyligt er blevet diagnosticerede. Kingdon (2017) og Rendina et al. (2019) undersøgte, som de eneste, om der var en forskel i oplevelsen af ensomhed baseret på, hvornår deltagerne havde modtaget HIV-diagnosen. Selvom disse to studier ikke fandt en statistisk signifikant forskel, vil det være et spændende område at udforske yderligere i fremadrettet forskning. Man kunne nemlig forestille sig, at oplevelsen af ensomhed og konsekvenserne heraf ikke kun afhang af, hvorvidt man var HIV+ eller ej, men også af, hvor længe man i så fald, havde levet med HIV-diagnosen, herunder både om diagnosen blev modtaget før eller efter 1996 samt om man generelt er langtidsoverlever eller ny-diagnosticeret. HIV-positive, som har modtaget diagnosen før 1996, adskiller sig fra HIV-positive, der har modtaget diagnosen efter 1996 på flere området, der bevirker, at der kan være tale om en kohorteeffekt (Kingdon, 2017). Den kohorte, der blev diagnosticeret før 1996, har ifølge Halkitis (2014) fælles livserfaringer, som er unikke for dét, han kalder ”AIDS-generationen”. For det første var tiden før 1996 i højere grad præget af usikkerhed omkring døden og det var en tid, hvor venner og omgangskreds døde af sygdommen og hvor man ikke vidste, om man ville blive den næste (Deeks et al., 2013; Halkitis, 2014). For det andet vil dem, der blev diagnosticeret før 1996, have været udsat for flere potentielt giftige lægemidler med flere mulige bivirkninger, hvoraf nogle er uoprettelige (Brennan et al., 2010; Halkitis, 2014) samt opleve flere komorbiditeter (Terrence Higgins Trust, 2017). Udover opdelingen i diagnosticeret før eller efter 1996, kan man også kigge på forskellen mellem langtidsoverlevere generelt sammenlignet med nyligt diagnosticerede HIV+ ældre. Der er nemlig en mindre, men voksende, gruppe af ældre, som diagnosticeres med HIV i deres alderdom (Nguyen & Holodniy, 2008). For langtidsoverleverne vil symptomer, bivirkninger

og komorbiditeter sandsynligvis præge billedet, fordi de dels har været HIV+ i længere tid og dels vil have taget ART-medicin i en længere periode end de ny-diagnosticerede (Brennan et al., 2010; Halkitis, 2014; Kingdon, 2017). Modsat kan langtidsoverleverne også have haft rigeligt med tid til at udvikle copingstrategier, tage del i sociale og politiske fællesskaber og tilgå de psykologiske ressourcer, der er tilgængelige for dem (Brashers et al., 2002; Kingdon, 2017; Robinson, Petty, Patton & Kang, 2008). Dermed har man muligvis gennem årene også haft mulighed for at tilpasse henholdsvis sine forventninger og behov for social kontakt og sine faktiske sociale relationer således, at der jævnfør den kognitive diskrepansmodel over udvikling af ensomhed skabes en overensstemmelse, der kan beskytte mod oplevelsen af ensomhed (Peplau & Goldston, 1984). For mange af de nyligt diagnosticerede HIV+ ældre vil en stor del af omdrejningspunktet sandsynligvis være frygten og risikoen for afvisning ved at skulle fortælle om sin HIV-status til familie og omgangskreds, hvor nogle måske endda tilmed bliver ”afsløret” som homoseksuelle, samt potentielle fysiske og psykosociale implikationer ved at opstarte ART-behandling (Kingdon, 2017; Robinson et al., 2008). Dertil kan komme en større oplevelse af skam forbundet med at have erhvervet sig HIV i en alder, ”hvor man burde vide bedre” (Robinson et al., 2008). På den anden side vil der sandsynligvis være en bredere vifte af ressourcer tilgængelige for en person, der diagnosticeres nu, sammenlignet med da langtidsoverleverne var ny-diagnosticerede, hvilket muligvis kan forbedre overgangen fra livet uden HIV til livet med HIV (Kingdon, 2017). Ingen af de inkluderede studier har haft fokus på oplevelsen af ensomheden blandt gruppen af nyligt HIV-diagnosticerede ældre, herunder ej heller om denne adskilte sig fra oplevelsen blandt langtidsoverlevere. Nogle ting vil kunne tale for, at langtidsoverlevere oplever mindre ensomhed end nyligt diagnosticerede HIV+ ældre, mens andet kunne tale for det modsatte. Dette kunne være interessant at have fokus på i fremadrettet forskning, ligesom det vil være af interesse at undersøge forskellen mellem forekomsten og konsekvenserne af ensomhed blandt

HIV-positive diagnosticeret før eller efter 1996 i et større sample end det var tilfældet i Kingdon (2017) og Rendina et al. (2019).

Med den nuværende viden på området, var det kun muligt at konstatere, at ensomhed var hyppigt forekommende blandt ældre HIV-positive. Til gengæld har vi ikke viden om, hvorvidt ensomheden blandt ældre HIV+ karakteriseres af noget særligt, herunder f.eks. om der i højere grad er tale om en kronisk oplevelse af ensomhed frem for mere akutte/sporadiske episoder af ensomhed eller om ensomheden generelt var præget af en emotionel eller social karakter. Varigheden af ensomheden er nemlig endnu en dimension, som ikke var undersøgt i de inkluderede studier, hvilket sandsynligvis også kan være et resultat af, at der er tale om tværsnitsstudier. Ifølge Peplau og Goldston (1984) og Young (1982) er varigheden af ensomheden dog af væsentlig betydning. Information om ensomhedens varighed ville således kunne supplere med viden om karaktertrækkene for ældre HIV-positives oplevelse af ensomhed samt kunne bruges i undersøgelsen af, om de helbredsmæssige konsekvenser af ensomhed afhæng af ensomheden varighed. Det vil være interessant at have fokus på ensomhedens varighed i fremadrettet forskning således, at det dels kan afgøres, hvorvidt denne generelt er forskellig fra andre populationer, om der er faktorer, der særligt gør sig gældende for hvem, der oplever kronisk ensomhed samt om der er en forskel i sammenhængen mellem ensomhed og den fysiske helbredsstatus blandt de kronisk ensomme sammenlignet med dem, der kun periodevist er ensomme. På samme måde vil det være relevant at beskæftige sig med forekomsten af emotionel ensomhed kontra social ensomhed blandt ældre HIV-smittede samt hvorvidt kilden til ensomhed har en betydning for risikofaktorer og helbredsmæssige konsekvenser. Da emotionel ensomhed refererer til manglen på en tæt og intim relation til et andet menneske og ofte vil dreje sig om en ægtefælle eller romantisk partner (Weiss, 1973) og da mange ældre HIV-positive bor alene (Brennan et al., 2010) og enten ikke har en eller har mistet sin partner (Kingdon, 2017; Nokes

& Kendrew, 1990), kunne man forestille sig, at det måske i særligt udtalt grad vil være den emotionelle ensomhed, som er fremtrædende blandt ældre HIV-positive. Mens man kunne forestille sig, at den sociale ensomhed, der refererer til manglen på tilhørsforhold eller social forbundenhed til et bredere socialt fællesskab eller netværk (Weiss, 1973) muligvis ikke er ligeså udpræget, pga. et større netværk af venskabsrelationer som en slags modstykke til de eventuelt manglende familiebånd (Berlin, 2007) samt engagering i HIV-aktivistiske fællesskaber (Brashers et al., 2002). Selvom der ikke fremstår nogen umiddelbart forskel i resultaterne mellem de inkluderede studier, der havde anvendt The UCLA Loneliness Scale, som er blevet beskyldt for kun at fokusere på den sociale dimension af ensomhed (Penning et al., 2014) og de studier, der anvendte den emotionelle subskala fra The de Jong Gierveld Loneliness, kan man have en formodning om, at muligvis ville kunne ses en forskel i forekomst, risikofaktorer og konsekvenser i studier, der f.eks. direkte sammenligner den emotionelle og den sociale subskala af The de Jong Gierveld Loneliness. Væsentligheden af adskillelsen mellem emotionel og social ensomhed understreges af Van Baarsen, Snijders, Smit og Van Duijn (2001), der konstaterer, at denne adskillelse kan være særlig relevant i studier af ældre mennesker. I øvrigt vil det være interessant at undersøge, om engagement i politiske og HIV-aktivistiske fællesskaber kan være en potentiel beskyttende faktor for oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV-positive.

De inkluderede studier var ikke særligt geografisk repræsentative. Derfor er det af høj væsentlighed at være opmærksom på, hvorvidt det er muligt at overføre disse forskningsresultater foretaget i disse populationer og i denne kulturelle kontekst til andre populationer. Der var en stor overvægt af studier, hvis deltagere var rekrutteret i forskellige amerikanske storbyer, som kan betegnes som epicentre for HIV-epidemien (Brennan et al., 2010). Det er sandsynligt, at oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV-positive kan variere på baggrund af geografisk placering. F.eks. ser ensomheden blandt ældre og

minoritetsgrupper, herunder HIV-positive, ud til at være højere i landlige områder end i urbane områder (Cohen-Mansfield et al., 2016; Heckman et al., 1998; Hubach et al., 2015). Det er derfor muligt, at forekomsten af ensomhed vil være endnu højere blandt ældre HIV+, der bor i landlige områder, som muligvis er mindre inkluderende og tolerante end i de amerikanske storbyer (Kingdon, 2017). Måske fordi diskriminerende og stigmatiserende holdninger er mere udbredte i landlige områder, hvor viden om HIV muligvis er mindre udbredt og fordi der er flere barrierer for at gøre brug af sociale ydelser og tiltag samt en større frygt for, at deres HIV-status afsløres (Heckman et al., 1998; UNAIDS, 2014). På samme måde er det sandsynligt, at forekomsten af ensomhed blandt ældre HIV+ kan variere på baggrund af, hvilken del af verden man befinder sig i. Det ser, ikke overraskende, ud til, at ensomheden blandt HIV+ ældre ikke er begrænset til indbyggere i amerikanske storbyer, men også gør sig gældende for ældre HIV+ i Uganda og i Storbritannien (Brennan-Ing et al., 2013; Terrence Higgins Trust, 2017). Hvad angår forekomsten af ældre HIV+ i Danmark er litteraturen nærmest ikke eksisterende. Den eneste viden, der foreligger, stammer fra et rehabiliteringsophold afholdt af Videncenter for Rehabilitering og Palliation (REHPA). Her deltog en lille gruppe af HIV-positive mænd og kvinder smittet i 80'erne eller første halvdel af 90'erne. Deltagerne (N=19) var mellem 48-70 år og gennemsnitsalderen var 57 år. Der blev anvendt the Three-Item Loneliness Scale med spørgsmålene "hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?" (9 deltagere svarede en gang imellem eller ofte), "hvor ofte savner du nogen at være sammen med?" (9 deltagere svarede ofte) og "hvor ofte føler du dig holdt udenfor?" (12 deltagere svarede ofte). Desuden svarede også 9 ud af de 19 deltagere, at de ofte eller en gang imellem er alene, selvom de mest har lyst til at være sammen med andre (Jess & Timm, 2019). Selvom der var tale om en meget lille gruppe af mennesker, kan det måske stadig give en indikation for, at ensomheden blandt ældre HIV+ ser ud til også at gøre sig gældende i en

dansk kontekst. Det vil dog være yderst relevant at foretage en større undersøgelse for at afdække tilstedeværelsen af ensomhed blandt ældre danske HIV-positive.

De variable, der er undersøgt i dette review, repræsentere den samlede viden, der på nuværende tidspunkt foreligger på området, men det er ikke en udtømmende liste over alle tænkelige og potentielle sammenhænge. Derfor begrænser det de konklusioner, der kan blive draget på baggrund af de inkluderede studier, at der er variable, som ikke er adresseret, herunder f.eks. tab af nærtstående og selvmordsrisiko, men som muligvis også kan have en sammenhæng til oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV-positive.

Dette review har også sine egne begrænsninger. For det første fokuseres der specifikt på ensomhed blandt ældre HIV+, og derfor undersøges f.eks. ikke specifikt social støtte og social isolation. Dette fokus var intentionelt, men det betyder samtidig, at mange aspekter relateret til socialisering, derfor ikke er inkluderet. Dermed kan der heller ikke drages konklusioner om, hvorvidt forskellige aspekter af sociale relationer kan have forskellige implikationer for helbredet samt hvorvidt nogle aspekter er mere problematiske end andre (herunder kvalitet kontra kvantitet eller subjektivt kontra objektivt vurderet social kontakt) og for hvem (Valtorta et al., 2016). Yderligere argumenter for at man kunne have inkluderet social isolation og/eller social støtte er det empiriske og konceptuelle overlap mellem begreberne samt at måleredskaberne tilsvarende overlapper (Valtorta et al., 2016). F.eks. blev en artikel ekskluderet, selvom der blev beskrevet, at de undersøgte ensomhed, fordi de i virkeligheden anvendte et måleredskab, der målte social støtte (Yoo-Jeong et al., 2019). Hvis søgningen havde været bredere, havde der muligvis været lignende litteratur, som kunne have suppleret med relevant viden. Undersøgelser der fokuserer på sammenhængen mellem ensomhed, social isolation og social støtte samt deres individuelle bidrag til individets helbred må derfor anses for relevante i fremadrettet forskning.

For det andet er der udelukkende fokuseret på kvantitative studier. Dette er ikke nødvendigvis en begrænsning i sig selv, men det er klart, at opgaven havde set anderledes ud og være fremkommet med nogle andre fund, hvis der i stedet for var blevet fokuseret på kvalitative studier. Derudover er udvælgelse af studier på baggrund af studiedesign ifølge Boland et al. (2017) normaltvist ikke en del af proceduren for et narrativt review. Inddragelse af kvalitative studier kunne måske have suppleret med viden om, hvilke yderligere variable, der kunne have en betydning for udviklingen af ensomhed og hvilke yderligere konsekvenser oplevelsen af ensomhed potentielt kunne have. Et integrativt review med både kvantitative og kvalitative studier ville dog ifølge Boland et al. (2017) have krævet en mere erfaren reviewer.

Sidst, men ikke mindst, er der nogle potentielle begrænsninger forbundet med den anvendte narrative review metodologi. Der blev ikke lavet en begrænsning til peer-reviewed artikler, hvilket kan have haft en betydning for, at der i nogle af studierne fremkommer uklarheder. F.eks. har nogle studier i nogle tilfælde ikke angivet signifikansniveau, korrelationskoefficient og/eller cut-off-scores. Et alternativ til en peer-reviewed begrænset søgning kunne have været en efterfølgende kvalitetsvurdering af studierne, men dette faldt udenfor denne opgaves sigte og er desuden ikke nødvendigvis en del af et narrativt review (Boland et al., 2017). Især fremstår der mangler og uklarheder i Terrence Higgins Trust (2017) og Brennan-Ing et al. (2013), der begge var rapporter, som blev identificeret via kædesøgning, som ikke var publiceret og derigennem ikke var peer-reviewed. På trods af overvejelser omkring, om studiets uklarheder burde have ført til eksklusion, blev det vurderet, at væsentligheden ved at inddrage nogen af de få studier, der var udført udenfor Amerika, opvejede de metodologiske svagheder. Derudover bliver artikeludvælgelsen i et narrativt review, på samme måde som i dette, generelt kun udført af én reviewer og ikke to, der uafhængigt af hinanden gennemgår studierne, som ellers ville være påkrævet i f.eks. et systematisk review (Boland et al., 2017). Således kan der være en risiko for bias i de

konklusioner der drages i dette review, fordi der potentielt og uforsætligt kan være udelade vigtige dele af litteraturen og fordi der kan være en risiko for at forfatteren uforsætligt udvælger litteratur, der støtter vedkommendes eget verdensbillede, hvilket kan føre til overdreven tiltro til en foretrukken hypotese (Grant & Booth, 2009).

Fremadrettet forskning

Selvom der ikke blev sat en tidsbegrænsning på litteratursøgningen i dette review, så er det fundne litteratur relativt nyt og det meste er udgivet inden for de seneste 5-10 år, hvilket indikerer, at forskningen på området er i udvikling og formentligt vil blive undersøgt yderligere i de kommende år. Hvad denne fremadrettede forskning kan og/eller bør fokusere på, har allerede undervejs i dette diskussionsafsnit været adresseret, men følgende vil nogle disse forslag og anbefalinger til relevante fokuspunkter for fremadrettet forskning opsummeres, efterfulgt af yderligere forslag rettet mod interventionsmuligheder.

For det første og som et af de væsentligste punkter bør fremadrettet forskning inkludere data fra længdesnitsundersøgelser således, at det bliver muligt at undersøge det komplekse sammenspil mellem variablene relateret til ensomhed, herunder at bestemme årsagssammenhænge og undersøge for medierende faktorer. På den måde kan vi komme nærmere på en forståelse for årsager til og konsekvenser af ensomheden blandt ældre HIV+ over 50 år. Derudover bør fremadrettede studier inkludere og fokusere på et bredere spænd af deltagere, herunder transkønnede, nyligt diagnosticerede og folk fra forskellige geografiske placeringer, herunder både forskellige lande, men også henholdsvis urbane og landlige områder inden for det samme land. Derudover bør der også tages højde for varigheden af og karaktertrækkene ved den ensomhed, der opleves af ældre HIV-positive og sammenligne disse samt forekomsten med andre populationer, herunder ville ældre HIV-negative og yngre HIV-positive være særligt relevante sammenligningsgrundlag.

Derudover er det vigtigt at være opmærksom på, at der er en stor del af studiernes deltagere, som ikke klassificeres som ensomme. Der vil sandsynligvis være tale om et spektrum, der spænder fra individer, der har en positiv oplevelse af livet med HIV, til individer, der står overfor et utal af udfordringer i livet med HIV. Derfor vil det være yderst relevant for fremadrettet forskning at undersøge hvilke egenskaber og faktorer, der kendetegner de ældre HIV+, der ikke oplever ensomhed og som succesfuldt ældes med HIV, så alle ældre HIV+ ikke fastholdes i et stereotypt narrativ om at være ensomme og isolerede. Sådan forskning vil også kunne bidrage til at identificere potentielle forebyggelses- og interventionsmuligheder, som netop kunne komme de ældre HIV+, der rent faktisk er ensomme og isolerede, til gode. Studier af interventioner, der kan reducere oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV+, fremstår yderst begrænsede. Kun Heckman et al. (2006) har beskæftiget sig hermed og fandt at oplevelsen af ensomhed blev signifikant reduceret i den ene af de to grupper. I forbindelse med udviklingen af interventionsmuligheder til reducering af ensomhed blandt ældre HIV-positive vil det være relevant at tage hensyn til nogle af de sammenhænge, der er fundet i dette review, herunder at der ses både fysiske og mentale komorbiditeter, stigmatisering og større sandsynlighed for substansanvendelse. Måske kan dette være en medvirkende faktor til, at kun 56% af deltagerne i studiet af Heckman et al. (2006) deltog i alle 12 sessioner, hvilket kan have en indflydelse på, at der ikke ses en større forbedring i oplevelsen af ensomhed. For selv i den gruppe, hvor der blev fundet en signifikant reduktion, kan man stille spørgsmålet, om forskellen på lidt mere end en enhedsøgning overhovedet vil kunne anses for signifikant i en klinisk forstand, altså om det er en ændring, man reelt vil kunne mærke i sin dagligdag. Desuden var der tale om et pilotstudie med få deltagere. Alt i alt fremstår det yderst relevant med yderligere forskning i forebyggelses- eller interventionsmuligheder, der kan afhjælpe oplevelsen af ensomhed blandt ældre HIV+, hvad end det drejer sig om udviklingen af nye programmer eller udvidelse af

nogen allerede eksisterende (Erenrich et al., 2018). F.eks. kan der undersøges muligheder for og effekter af at øge de ældre HIV-positives mulighed for social deltagelse og tilgængelighed af social kontakt med andre mennesker (Brennan et al., 2010; Erenrich et al., 2018) og/eller kontakt med kæledyr, som også har vist sig at kunne have en beskyttende effekt for oplevelsen af ensomhed blandt mænd med AIDS (Castelli, Hart & Zasloff, 2001). At dømme ud fra den lave deltagelse i Heckman et al. (2006) kan risikoen for frafald måske også være en faktor, som man bør have særlig opmærksomhed på i fremadrettet undersøgelse af interventionsmuligheder for ensomhed blandt ældre HIV-positive.

Konklusion

Formålet med opgaven var at skabe et overblik over den eksisterende litteratur på området omkring ensomhed blandt ældre HIV+ med henblik på at identificere, hvor forekommende et problem ensomheden er, hvilke faktorer, der har særlig betydning for hvem, der udvikler ensomhed samt hvilke helbredsmæssige konsekvenser ensomheden kan have for lige netop denne gruppe af mennesker. I den forbindelse ønskedes det ligeledes at identificere videnshuller, der kan fungere som udgangspunkt for fremadrettet forskning.

På tværs af studier blev det fundet, at mellem 32% og 82% af studiernes deltagerne kunne kategoriseres som værende ensomme. Det store spænd i forekomsten var formentligt et udtryk for forskelle i måleredskaber og opgørelsesmetoder samt variationer i baggrundsvariable for deltagerne. Af samme årsager samt på grund af et begrænset antal studier, der direkte sammenlignede ældre HIV-positive med henholdsvis ældre HIV-negative og yngre HIV-positive, og som tilmed havde få deltagere, var det ikke muligt endegyldigt at konstatere om ældre HIV-positive over 50 år oplevede ensomhed i større grad end andre sammenlignelige populationer. Selvom der er en betydelig forskel på, om en tredjedel eller firefemtedele af de ældre HIV-positive er ensomme, så kan det uagtet konkluderes, at ensomheden var en fremherskende oplevelse blandt en ikke-ubetydelig del af de ældre HIV-

positive. Der er dog behov for, på større samples med matchede demografisk baggrund og ved anvendelse af identiske måleredskaber og opgørelsesmetoder, at afgøre om ældre HIV+ er en særligt udsat gruppe for oplevelsen af ensomhed sammenlignet med andre populationer.

Samtlige studier baserede sig på data fra tværsnitsundersøgelser. Selvom det oprindeligt var ønsket, var det på grund af karakteren ved sådanne data, ikke muligt at afgøre kausaliteten i fundene og dermed heller ikke hvilke faktorer, der kunne betragtes som risiko- og beskyttende faktorer og hvilke faktorer der kunne betragtes som konsekvenser af ensomheden eller om der potentielt var tale om en gensidig påvirkning. Hvad, der kunne konkluderes, var dog, at der, blandt ældre HIV+, var en positiv sammenhæng mellem ensomhed og henholdsvis depression, stigma, begrænset socialt netværk (social isolation), et større antal komorbide lidelser, dårligere livskvalitet (den helbredrelaterede livskvalitet blev dog muligvis medieret af andre faktorer), anvendelse af stoffer og rygning. Disse fund var i overensstemmelse med tidligere viden om ensomhed blandt henholdsvis ældre og/eller HIV-positive. Derudover blev der fundet indikationer for, at der kunne være tale om en positiv sammenhæng mellem ensomhed og at være mand eller transkønnet, at være kognitivt svækket (måske især for bestemte undergrupper, herunder ældre sorte HIV-positive), seksuel adfærd, herunder ubeskyttet sex, samt alkoholforbrug. Der vil sandsynligvis være tale om et komplekst og gensidigt samspil, hvor de forskellige faktorer også har relationer på tværs af hinanden. Desuden vil der sandsynligvis også være andre faktorer, der har en betydning for ensomheden blandt ældre HIV+, men som endnu ikke er undersøgt.

Blandt de ældre HIV-positive over 50 år blev der til gengæld overordnet set ikke fundet en sammenhæng mellem ensomhed og henholdsvis alder, seksuel orientering, etnicitet (dog indikationer for, at sorte muligvis kan opleve lavere niveauer af ensomhed), socioøkonomisk status samt HIV-specifikke helbredsindikatorer (herunder henholdsvis CD4-

celletal, HIV viral load, tilstedeværelsen af en AIDS-diagnose, ART-adhærens, varigheden af HIV-diagnosen eller scoren på VACS-indexet).

Vi har ingen eller ringe viden om sammenhængen mellem ensomhed og henholdsvis social støtte, tab af nærtstående (f.eks. ægtefæller, familiemedlemmer og nære venner), angst, PTSD og andre mentale helbredsfaktorer, herunder selvmordsrisiko blandt ældre HIV+. Disse faktorer bør undersøges nærmere i fremadrettet forskning, hvor der ligeledes bør være et fokus på at undersøge ensomheden på tværs af alder, geografisk placering og varighed af både HIV-diagnose og ensomhed samt et fokus på at identificere mulige forebyggelses- og interventionsstrategier. Af største væsentlighed er, at fremadrettet forskning fokuserer på at anvende store længdesnitskohorter, så der kan skabes en bedre forståelse for årsagssammenhængen mellem ensomhed og de relaterede aspekter.

Kliniske implikationer

Fundene fra dette review kan være et udgangspunkt, der kan bidrage med en retning for fremadrettet forskning i forhold til at identificere de ældre HIV-positive, der er i størst risiko for at opleve ensomhed. Sådan viden vil kunne informere om årsagerne til ensomhed og kunne bidrage til udviklingen af forebyggende og behandlende indsatser målrettet denne gruppe af mennesker. Derudover vil viden om individer i særlig risiko for ensomhed kunne bidrage med information om målgruppen for specifikke kampagner. Det bliver desuden muligt at screene for ensomhed blandt individer i særlig risiko, så man tidligt vil kunne opspore de berørte individer og igangsætte forebyggende eller lindrende initiativer. Derudover kan det give en indsigt i, hvem der er i kontakt med de ældre HIV-positive i risiko for ensomhed og som dermed kan igangsætte og facilitere interventioner (Peplau & Goldston, 1984).

Referenceliste

AIDS-Fondet. (2017). LIVET MED HIV - LIGE SÅ DRAMATISK SOM DIT. Lokaliseret 06/03, 2020 på https://aidsfondet.dk/Det-g%C3%B8r-vi/Kampagner-og-projekter/Livet-med-hiv--Lige-s%C3%A5-dramatisk-som-dit

AIDS-Fondet. (u.å.). PATIENTSTØTTE. Lokaliseret 09/03, 2020 på https://aidsfondet.dk/Det-g%C3%B8r-vi/St%C3%B8tte-til-hiv-smittede/Patientst%C3%B8tte

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*.

Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration. (2008). Life expectancy of individuals on combination antiretroviral therapy in high-income countries: a collaborative analysis of 14 cohort studies. *The Lancet, 372*(9635), 293-299.

Autenrieth, C. S., Beck, E. J., Stelzle, D., Mallouris, C., Mahy, M. & Ghys, P. (2018). Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: Estimates and projections for 2000–2020. *PLoS ONE, 13*(11), 1-11.

Berlin, S. (2007). *Psychological adjustment to aging among gay men over age fifty.* (Disputats), Michigan State University, ProQuest Dissertations Publishing.

Blanco, J. R., Jarrín, I., Vallejo, M., Berenguer, J., Solera, C., Rubio, R., . . . CoRIS, S. (2012). Definition of advanced age in HIV infection: looking for an age cut-off. *AIDS Research and Human Retroviruses, 28*(9), 1000-1006.

Boland, A., Cherry, G. & Dickson, R. (2017). *Doing a systematic review: A student's guide* (2. udg.). London: Sage.

Brashers, D. E., Haas, S. M., Neidig, J. L. & Rintamaki, L. S. (2002). Social activism, self-advocacy, and coping with HIV illness. *Journal of Social Personal Relationships, 19*(1), 113-133.

Brennan-Ing, M., Geddes, L., Karpiak, S., Kuteesa, M., Negin, J. & Seeley, J. (2013). *Research on Older Adults with HIV in Uganda*: Medical Research Council/Uganda Virus Research Institute in collaboration with ACRIA Center on HIV and Aging and University of Sydney.

Brennan, M., Karpiak, S. E., Shippy, R. A. & Cantor, M. H. (2010). *Older Adults with HIV : An In-Depth Examination of an Emerging Population*. New York: Nova Science Publishers, Incorporated.

Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(5), 748–766.

Cacioppo, J. T. & Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences, 13*(10), 447-454.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., . . . Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine, 64*(3), 407-417.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C. & Thisted, R. A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging, and Social Relations Study. *Psychology and Aging, 25*(2), 453–463.

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C. & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging, 21*(1), 140–151.

Cantor, M. H. & Brennan, M. (2000). *Social care of the elderly: The effects of ethnicity, class and culture*. New York: Springer Publishing Company.

Castelli, P., Hart, L. A. & Zasloff, R. L. (2001). Companion cats and the social support system of men with AIDS. *Psychological Reports, 89*(1), 177-187.

Centers for Disease Control and Prevention. (2019a, 12-11-2019). HIV and Older Americans. Lokaliseret 28-05, 2020 på https://www.cdc.gov/hiv/group/age/olderamericans/index.html

Centers for Disease Control and Prevention. (2019b, 12-11-2019). HIV and Transgender People. Lokaliseret 24-05, 2020 på https://www.cdc.gov/hiv/group/gender/transgender/index.html

Centers for Disease Control and Prevention. (2019c, 12-11-2019). HIV transmission. Lokaliseret 27-05, 2020 på https://www.cdc.gov/hiv/group/gender/transgender/index.html

Centers for Disease Control Prevention. (2019, 12-11-2019). HIV among people aged 50 and older. Lokaliseret 06/03, 2020 på https://www.cdc.gov/hiv/group/age/olderamericans/index.html

Ciesla, J. A. & Roberts, J. E. (2001). Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *American Journal of Psychiatry, 158*(5), 725-730.

Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y. & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics, 28*(4), 557-576.

Cohen, G. D. (2000). Loneliness in later life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 8*(4), 273-275.

Coyle, C. E. & Dugan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health, 24*(8), 1346-1363.

Dahl, A. (2016). Hiv og levekår–livet som hiv-smittet i Danmark. *Hiv-Danmark.* Lokaliseret 2020, 12/3 på http://www.hiv-danmark.dk/wp-content/uploads/2018/01/Hiv_og_Levekaar_Hiv-Danmark_2016-1.pdf

Datta, D., Datta, P. P. & Majumdar, K. (2014). Relationship of activity of daily living with quality of life. *British Biomedical Bulletin, 2*(4), 757-764.

De Cock, K. M., Jaffe, H. W. & Curran, J. W. (2012). The evolving epidemiology of HIV/AIDS. *Aids, 26*(10), 1205-1213.

de Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*(1), 119-128.

de Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology, 8*(1), 73-80.

de Jong Gierveld, J. & Van Tilburg, T. (2010). The De Jong Gierveld short scales for emotional and social loneliness: tested on data from 7 countries in the UN generations and gender surveys. *European Journal of Ageing, 7*(2), 121-130.

Deeks, S. G., Lewin, S. R. & Havlir, D. V. (2013). The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *The Lancet, 382*(9903), 1525-1533.

Dill, J. C. & Anderson, C. A. (1999). Loneliness, shyness, and depression: The etiology and interrelationships of everyday problems in living. I T. Joiner & J. C. Coyne (red.), *The interactional nature of depression: Advances in Interpersonal Approaches* (s. 93–125). Washington DC: American Psychological Association.

Domènech-Abella, J., Mundó, J., Haro, J. M. & Rubio-Valera, M. (2019). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders, 246*(2019), 82-88.

Dyal, S. R. & Valente, T. W. (2015). A systematic review of loneliness and smoking: small effects, big implications. *Substance Use & Misuse, 50*(13), 1697-1716.

Emlet, C. A. (2006). "You're awfully old to have this disease": Experiences of stigma and ageism in adults 50 years and older living with HIV/AIDS. *The Gerontologist, 46*(6), 781-790.

Erenrich, R., Seidel, L., Brennan-Ing, M. & Karpiak, S. (2018). HIV & Aging in San Francisco: Findings from the Research on Older Adults with HIV 2.0 San Francisco Study. Lokaliseret 30/05, 2020 på https://static1.squarespace.com/static/584edccc2e69cf27ac376416/t/5e3b3ecee4a56c6ec7d9c970/1580941012789/ROAH_2.0_San+Francisco_ACRIA_HIV_Aging_White_Paper_FINAL.PDF

Fairweather, A. K., Anstey, K. J., Rodgers, B., Jorm, A. F. & Christensen, H. (2007). Age and gender differences among Australian suicide ideators: prevalence and correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(2), 130-136.

Ferrans, C. E. & Powers, M. J. (1992). Psychometric assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing & Health, 15*(1), 29-38.

Fokkema, T. & Kuyper, L. (2009). The relation between social embeddedness and loneliness among older lesbian, gay, and bisexual adults in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior, 38*(2), 264-275.

Golub, S. A., Tomassilli, J. C., Pantalone, D. W., Brennan, M., Karpiak, S. E. & Parsons, J. T. (2010). Prevalence and correlates of sexual behavior and risk management among HIV-positive adults over 50. *Sexually Transmitted Diseases, 37*(10), 615-620.

Gonzalez, R. M. (2018). *Examining the relationship between loneliness and trauma through ecological momentary assessment.* (Kandidatafhandling (upubliseret)), San Francisco State University.

Grant, M. J. & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal, 26*(2), 91-108.

Greene, M., Hessol, N. A., Perissinotto, C., Zepf, R., Hutton Parrott, A., Foreman, C., . . . John, M. (2018). Loneliness in older adults living with HIV. *AIDS and Behavior, 22*(5), 1475-1484.

Greene, M., Justice, A. C., Lampiris, H. W. & Valcour, V. (2013). Management of human immunodeficiency virus infection in advanced age. *Jama, 309*(13), 1397-1405.

Greer, S., Adams, L., Toprani, A., Hinterland, K., Dongchung, T. Y., Brahmbhatt, D., . . . Gould, L. H. (2019). *Health of Older Adults in New York City*. New York City Health Department. Hentet fra https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/episrv/2019-older-adult-health.pdf

Grov, C., Golub, S. A., Parsons, J. T., Brennan, M. & Karpiak, S. E. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS care, 22*(5), 630-639.

Guyatt, G. H., Ferrans, C. E., Halyard, M. Y., Revicki, D. A., Symonds, T. L., Varricchio, C. G., . . . Group, C. S. C. M. (2007). Exploration of the value of health-related quality-of-life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo Clinic Proceedings, 82*(10), 1229-1239.

Halkitis, P. N. (2014). *The AIDS generation: Stories of survival and resilience*. New York: Oxford University Press.

Han, S. D., Adeyemi, O., Wilson, R. S., Leurgans, S., Jimenez, A., Oullet, L., . . . Barnes, L. L. (2017). Loneliness in older Black adults with human immunodeficiency virus is associated with poorer cognition. *Gerontology, 63*(3), 253-262.

Hawkins, T. (2010). Understanding and managing the adverse effects of antiretroviral therapy. *Antiviral Research, 85*(1), 201-209.

Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2007). Aging and loneliness: Downhill quickly? *Current Directions in Psychological Science, 16*(4), 187-191.

Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine, 40*(2), 218-227.

Hawkley, L. C., Thisted, R. A., Masi, C. M. & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging, 25*(1), 132-141.

Heaney, C. A. & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. I K. R. Glanz, Barbara K. & K. Viswanath (red.), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4 udg., s. 189-210). San Francisco: Jossey-Bass.

Heckman, T. G., Barcikowski, R., Ogles, B., Suhr, J., Carlson, B., Holroyd, K. & Garske, J. (2006). A Telephone-Delivered Coping Improvement Group Intervention for Middle-Aged and Older Adults Living With HIV/AIDS. *Annals of Behavioral Medicine, 32*(1), 27-38.

Heckman, T. G., Sikkema, K. J., Hansen, N., Kochman, A., Heh, V., Neufeld, S., . . . Group, A. R. (2011). A randomized clinical trial of a coping improvement group intervention for HIV-infected older adults. *Journal of behavioral medicine, 34*(2), 102-111.

Heckman, T. G., Somlai, A. M., Peters, J., Walker, J., Otto-Salaj, L., Galdabini, C. A. & Kelly, J. A. (1998). Barriers to care among persons living with HIV/AIDS in urban and rural areas. *AIDS Care, 10*(3), 365-375.

Herniman, S. E., Allott, K. A., Killackey, E., Hester, R. & Cotton, S. M. (2017). The psychometric validity of the Center for Epidemiological Studies–depression scale (CES-D) in first episode schizophrenia spectrum. *Psychiatry research, 252*(2017), 16-22.

Holmén, K. & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people—a follow-up study. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 35*(3), 261-274.

Hosseinbor, M., Ardekani, S. M. Y., Bakhshani, S. & Bakhshani, S. (2014). Emotional and social loneliness in individuals with and without substance dependence disorder. *International Journal of High Risk Behaviors & Addiction, 3*(3), 1-3.

Hubach, R. D., Dodge, B., Li, M. J., Schick, V., Herbenick, D., Ramos, W. D., . . . Reece, M. (2015). Loneliness, HIV-related stigma, and condom use among a predominantly rural sample of HIV-positive men who have sex with men (MSM). *AIDS Education and Prevention, 27*(1), 72-83.

Jess, M. & Timm, H. U. (2019). *Hiv og liv gennem 25 år: Evaluering af et rehabiliteringsophold med fokus på fortællinger mellem mennesker der har levet et langt liv med hiv*. Nyborg: REHPA, Videncenter for Rehabilitering og Palliation.

John, M. D., Greene, M., Hessol, N. A., Zepf, R., Parrott, A. H., Foreman, C., . . . Hare, C. B. (2016). Geriatric assessments and association with VACS index among HIV-infected older adults in San Francisco. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 72*(5), 534-541.

Justice, A., McGinnis, K., Skanderson, M., Chang, C., Gibert, C., Goetz, M., . . . Brown, S. (2010). Towards a combined prognostic index for survival in HIV infection: the role of 'non-HIV' biomarkers. *HIV Medicine, 11*(2), 143-151.

Kalichman, S. C., Heckman, T. G., Kochman, A., Sikkema, K. & Bergholte, J. (2000). Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS. *Psychiatric Services, 51*(7), 903-907.

Kane, M., Mazonson, P., Zolopa, A., Spinelli, F., Ferrer, P. E. & Shalit, P. (2018). Loneliness among older adults living with HIV: A study and online community. *Open Forum Infectious Diseases, 5*(Suppl. 1), 221.

Karnick, P. M. (2005). Feeling lonely: Theoretical perspectives. *Nursing Science Quarterly, 18*(1), 7-12.

Karpiak, S. E., Shippy, R. A. & Cantor, M. H. (2006). *Research on Older Adults with HIV*. New York: AIDS Community Research Initiative of America.

Kaye, L. W. & Singer, C. (2018). *Social Isolation of Older Adults: Strategies to Bolster Health and Well-Being*. New York: Springer Publishing Company.

Kingdon, M. J. (2017). *Stigma, Mental Health Burden, and Sexual Risk Taking Among HIV-Positive Men Who Have Sex with Men Aged 50 and Older.* (Disputats), New York University, ProQuest Dissertations Publishing.

Luo, Y., Hawkley, L. C., Waite, L. J. & Cacioppo, J. T. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine, 74*(6), 907-914.

Mannes, Z. L., Burrell, L. E., Bryant, V. E., Dunne, E. M., Hearn, L. E. & Whitehead, N. E. (2016). Loneliness and substance use: The influence of gender among HIV+ Black/African American adults 50+. *AIDS Care, 28*(5), 598-602.

Mannes, Z. L., Burrell, L. E., II, Dunne, E. M., Hearn, L. E. & Whitehead, N. E. (2017). Contextualizing psychosocial determinants of alcohol use by age cohorts of adults living with HIV, ages 50 and older. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 28*(2), 279-288.

Mazonson, P., Berko, J., Loo, T., Kane, M., Zolopa, A., Spinelli, F., . . . Shalit, P. (2020). Loneliness among older adults living with HIV: the "older old" may be less lonely than the "younger old". *AIDS Care, Publiseret online før print*, 1-8.

Meir-Shafrir, K. & Pollack, S. (2012). Accelerated aging in HIV patients. *Rambam Maimonides Medical Journal, 3*(4), 1-8.

Moore, D. & Schultz, N. R. (1983). Loneliness at adolescence: Correlates, attributions, and coping. *Journal of Youth and Adolescence, 12*(2), 95-100.

Nachega, J. B., Morroni, C., Zuniga, J. M., Sherer, R., Beyrer, C., Solomon, S., . . . Rockstroh, J. (2012). HIV-related stigma, isolation, discrimination, and serostatus disclosure: a global survey of 2035 HIV-infected adults. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care, 11*(3), 172-178.

Nguyen, A. L. & Holodniy, M. (2008). HIV infection in the elderly. *Clinical Interventions In Aging, 3*(3), 453-472.

Nguyen, A. L., McNeil, C. J., Han, S. D. & Rhodes, S. D. (2018). Risk and protective factors for health-related quality of life among persons aging with HIV. *AIDS care, 30*(4), 518-522.

Nokes, K. M. & Kendrew, J. (1990). Loneliness in veterans with AIDS and its relationship to the development of infections. *Archives of Psychiatric Nursing, 4*(4), 271-277.

Olsen, R. B., Olsen, J., Gunner-Svensson, F. & Waldstrøm, B. (1991). Social networks and longevity. A 14 year follow-up study among elderly in Denmark. *Social Science & Medicine, 33*(10), 1189-1195.

Palgi, Y., Shrira, A., Ben-Ezra, M., Shiovitz-Ezra, S. & Ayalon, L. (2012). Self-and other-oriented potential lifetime traumatic events as predictors of loneliness in the second half of life. *Aging & Mental Health, 16*(4), 423-430.

Penning, M. J., Liu, G. & Chou, P. H. B. (2014). Measuring loneliness among middle-aged and older adults: the UCLA and de Jong Gierveld Loneliness Scales. *Social Indicators Research, 118*(3), 1147-1166.

Penninx, B. W., Van Tilburg, T., Kriegsman, D. M., Deeg, D. J., Boeke, A. J. P. & Van Eijk, J. T. M. (1997). Effects of social support and personal coping resources on mortality

in older age: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *American Journal of Epidemiology, 146*(6), 510-519.

Peplau, L. A. & Goldston, S. E. (1984). *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness*. Maryland: National Institute of Mental Health.

Perissinotto, C. M., Cenzer, I. S. & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine, 172*(14), 1078-1084.

Perlman, D. (1988). Loneliness: A life-span, family perspective. I R. M. Milardo (red.), *New perspectives on family. Families and social networks* (s. 190-220). New York: Sage

Perlman, D. & Joshi, P. (1987). The revelation of loneliness. *Journal of Social Behavior & Personality, 2*(2), 63-76.

Pinquart, M. & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology, 23*(4), 245-266.

Pinto, S., Fumincelli, L., Mazzo, A., Caldeira, S. & Martins, J. C. (2017). Comfort, well-being and quality of life: Discussion of the differences and similarities among the concepts. *Porto Biomedical Journal, 2*(1), 6-12.

Reger, M., Welsh, R., Razani, J., Martin, D. J. & Boone, K. B. (2002). A meta-analysis of the neuropsychological sequelae of HIV infection. *Journal of the International Neuropsychological Society, 8*(3), 410-424.

Rendina, H. J., Weaver, L., Millar, B. M., Lopez-Matos, J. & Parsons, J. T. (2019). Psychosocial Well-Being and HIV-Related Immune Health Outcomes among HIV-Positive Older Adults: Support for a Biopsychosocial Model of HIV Stigma and Health. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care, 18*, 1-11.

Richmond, B. J. & Ross, M. W. (1994). Responses to AIDS-related bereavement. *Journal of Psychosocial Oncology, 12*(1-2), 143-163.

Robinson, W. A., Petty, M. S., Patton, C. & Kang, H. (2008). Aging with HIV: Historical and intra-community differences in experience of aging with HIV. *Journal of Gay & Lesbian Social Services, 20*(1-2), 111-128.

Rodkjaer, L., Laursen, T., Balle, N. & Sodemann, M. (2010). Depression in patients with HIV is under-diagnosed: a cross-sectional study in Denmark. *HIV Medicine, 11*(1), 46-53.

Rokach, A. (2000). Correlates of loneliness as perceived by the terminally ill. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues, 19*(3), 237-248.

Rokach, A. (2002). Loneliness and drug use in young adults. *International Journal of Adolescence and Youth, 10*(3), 237-254.

Rokach, A. (2019). *The Psychological Journey to and from Loneliness: Development, Causes, and Effects of Social and Emotional Isolation.* Toronto: Academic Press.

Rubtsova, A. A., Kempf, M. C., Taylor, T. N., Konkle-Parker, D., Wingood, G. M. & Holstad, M. M. (2017). Healthy Aging in Older Women Living with HIV Infection: a Systematic Review of Psychosocial Factors. *Current HIV/AIDS Reports, 14*(1), 17-30.

Russell, D. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment, 66*(1), 20-40.

Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J. & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: an examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*(6), 1313-1321.

Russell, D., Peplau, L. A. & Cutrona, C. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality Social Psychology, 39*(3), 472-480.

Russell, D., Peplau, L. A. & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment, 42*(3), 290-294.

Sandkovsky, U., Robertson, K. R., Meza, J. L., High, R. R., Bonasera, S. J., Fisher, C. M., . . . Swindells, S. (2013). Pilot study of younger and older HIV-infected adults using traditional and novel functional assessments. *HIV Clinical Trials, 14*(4), 165-174.

Schadé, A., van Grootheest, G. & Smit, J. H. (2013). HIV-infected mental health patients: characteristics and comparison with HIV-infected patients from the general population and non-infected mental health patients. *BMC Psychiatry, 13*(1), 1-10.

Schmid, G. P., Williams, B. G., Garcia-Calleja, J. M., Miller, C., Segar, E., Southworth, M., . . . Scott, J. (2009). The unexplored story of HIV and ageing. *Bull World Health Organ., 87*(3), 162-162A.

Schouten, J., Cinque, P., Gisslen, M., Reiss, P. & Portegies, P. (2011). HIV-1 infection and cognitive impairment in the cART era: a review. *AIDS, 25*(5), 561-575.

Segrin, C. & Passalacqua, S. A. (2010). Functions of loneliness, social support, health behaviors, and stress in association with poor health. *Health Communication, 25*(4), 312-322.

Shiovitz-Ezra, S. & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics, 22*(3), 455-462.

Shiovitz-Ezra, S., Shemesh, J. & McDonnell, M. (2018). Pathways from ageism to loneliness. I L. Ayalon & C. Tesch-Römer (red.), *Contemporary perspectives on ageism* (s. 131-147). Cham: Springer.

Siconolfi, D. E., Halkitis, P. N., Barton, S. C., Kingdon, M. J., Perez-Figueroa, R. E., Arias-Martinez, V., . . . Brennan-Ing, M. (2013). Psychosocial and demographic correlates of drug use in a sample of HIV-positive adults ages 50 and older. *Prevention Science, 14*(6), 618-627.

Solomon, Z. & Dekel, R. (2008). The contribution of loneliness and posttraumatic stress disorder to marital adjustment following war captivity: A longitudinal study. *Family Process, 47*(2), 261-275.

Statens Serum Institut. (2020, 27-03-2020). Hiv - Human immundefekt virus. Lokaliseret 07-05, 2020 på https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsleksikon/h/aids---hiv

Steptoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R. & Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology, 29*(5), 593-611.

Storholm, E. D., Halkitis, P. N., Kupprat, S. A., Hampton, M. C., Palamar, J. J., Brennan-Ing, M. & Karpiak, S. (2013). HIV-related stigma as a mediator of the relation between multiple-minority status and mental health burden in an aging HIV-positive population. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 12*(1), 9-25.

Straits-Tröster, K. A., Patterson, T. L., Semple, S. J., Temoshok, L., Roth, P. G., McCutchan, J. A., . . . Grant, I. (1994). The relationship between loneliness, interpersonal competence, and immunologic status in HIV-infected men. *Psychology and Health, 9*(3), 205-219.

Sundhedsstyrelsen. (2013). *Vejledning om HIV (human immundefekt virus), hepatitis B og C virus* fra https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2013/Publ2013/Vejledning-om-HIV-hepatitis-B-og-C-virus.ashx

Tan, S. S., Fierloos, I. N., Zhang, X., Koppelaar, E., Alhambra-Borras, T., Rentoumis, T., . . . Garces-Ferrer, J. (2020). The association between loneliness and health related quality of life (HR-QoL) among community-dwelling older citizens. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(2), 1-12.

Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, P. & Jakobsson, U. (2015). Loneliness and health care consumption among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29*(3), 435-443.

Terrence Higgins Trust. (2017). *Uncharted Territory: A report into the first generation growing older with HIV* fra http://www.gpone.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/1000/HIV%20%20Aging%20-%20Unchartered%20Territory.pdf

The New York Times. (1982). New Homosexual Disorder Worries Health Officials. Lokaliseret 12/3, 2020 på https://www.nytimes.com/1982/05/11/science/new-homosexual-disorder-worries-health-officials.html

Theeke, L., Horstman, P., Mallow, J., Lucke-Wold, N., Culp, S., Domico, J. & Barr, T. (2014). Quality of life and loneliness in stroke survivors living in Appalachia. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses, 46*(6), 1-23.

Theeke, L. A., Goins, R. T., Moore, J. & Campbell, H. (2012). Loneliness, depression, social support, and quality of life in older chronically ill Appalachians. *The Journal of Psychology, 146*(1-2), 155-171.

Tomaka, J., Thompson, S. & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health, 18*(3), 359-384.

Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Oliver, A., Donio-Bellegarde, M. & Tomás-Aguirre, F. (2019). Loneliness and social support: Differential predictive power on depression and satisfaction in senior citizens. *Journal of Community Psychology, 47*(5), 1225-1234.

UNAIDS. (2014). People living with HIV *The gap report* (s. 120-132). Geneva, Switzerland: The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

Utz, R. L., Swenson, K. L., Caserta, M., Lund, D. & deVries, B. (2014). Feeling lonely versus being alone: loneliness and social support among recently bereaved persons. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69*(1), 85-94.

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S. & Hanratty, B. (2016). Loneliness, social isolation and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and comparing tools. *BMJ Open, 6*(4), 1-7.

Van Baarsen, B., Snijders, T. A. B., Smit, J. H. & Van Duijn, M. A. J. (2001). Lonely but not alone: Emotional isolation and social isolation as two distinct dimensions of loneliness in older people. *Educational Psychological Measurement, 61*(1), 119-135.

Vance, D. E. (2006). Self-rated emotional health in adults with and without HIV. *Psychological Reports, 98*(1), 106-108.

Vincent, W., Fang, X., Calabrese, S. K., Heckman, T. G., Sikkema, K. J. & Hansen, N. B. (2017). HIV-related shame and health-related quality of life among older, HIV-positive adults. *Journal of Behavioral Medicine, 40*(3), 434-444.

Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R. & Johnson, S. J. B. p. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BCM Psychiatry, 18*(1), 1-16.

Weiss, R. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambrigde: The MIT Press.

Wells, C. (2015). *Loneliness and trauma: A causal model exploring attachment, loneliness, and cognition among a clinical and comparison group.* (Disputats), Texas Woman´s University.

Wilson, C. M., B. (2010). *Loneliness among older adults: A national survey of adults 45+*. Washington, DC: AARP.

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., . . . Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry, 64*(2), 234-240.

Yoo-Jeong, M., Hepburn, K., Holstad, M., Haardorfer, R. & Waldrop-Valverde, D. (2019). Correlates of loneliness in older persons living with HIV. *AIDS Care (Publiceret online før print)*, 1-8.

Young, J. E. (1982). Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. I L. A. Peplau & D. Perlman (red.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (s. 379-406). New York: John Wiley & Sons Incorporated.

Ældre Sagen. (2020). Ensomhed - Ingen ældre skal føle sig ensomme. Lokaliseret 12/3, 2020 på https://www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/ensomhed

Åkerlind, I. & Hörnquist, J. O. (1992). Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay. *Social Science & Medicine, 34*(4), 405-414.