



ارتباط ماندگاری بیماران مبتلا به HIV در برنامه‌های مراقبتی با میزان بروز بیماری‌های همراه و کاهش بار ویروسی

مجید علی‌زاده^۱، محمد رشیدی اوندی^۲، مریم جعفرثامری^{۳*}، الهام سنپسل بچاری^۲، محمد کوگانی^۳

^۱ گروه مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشکده مدیریت و اطلاعات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

^۲ گروه علوم پایه پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

^۳ گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات آلاینده‌های محیطی، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

چکیده

زمینه: ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) یکی از چالش‌های مهم بهداشت عمومی در سطح جهانی است که با افزایش بار بیماری‌های همراه و کاهش کیفیت زندگی مبتلایان مرتبط است. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط بین ماندگاری بیماران HIV مثبت در برنامه‌های مراقبتی و بروز بیماری‌های همراه و همچنین تأثیر آن بر کاهش بار ویروسی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی بر روی ۱۹۰ بیمار HIV مثبت (از مجموع ۲۰۲ پرونده فعال) بالای ۱۸ سال انجام شد که بین سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۱ در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری خرمشهر تحت پیگیری قرار داشتند. اطلاعات دموگرافیک، ویژگی‌های درمانی و داده‌های بالینی از طریق بررسی پرونده‌های پزشکی جمع‌آوری شد. تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۸ و استفاده از آزمون‌های آماری مانند ANOVA و ضریب همبستگی پیرسون انجام گرفت.

یافته‌ها: ۶۸/۴ درصد بیماران دارای ماندگاری بالا (بیش از ۷۰ درصد ویزیت‌های برنامه‌ریزی شده)، ۲۶/۳ درصد نیمه‌ماندگار (۴۰ و ۷۰ درصد) و ۵/۳ درصد دارای ماندگاری پایینی (کمتر از ۴۰ درصد) بودند. بیماران با ماندگاری بالاتر، سطح CD4 بیشتر و بار ویروسی کمتری داشتند. وضعیت اقتصادی و تحصیلات بالاتر با سطح CD4 بالاتر و بار ویروسی کمتر مرتبط بود. بیش از نیمی از بیماران (۵۵/۳ درصد) حداقل به یک بیماری همراه مبتلا بودند که شایع‌ترین آن‌ها هیپاتیت B، هیپاتیت C و سل بودند.

نتیجه‌گیری: ماندگاری در برنامه‌های مراقبتی HIV با بهبود وضعیت ایمنی (افزایش سطح CD4) و کاهش بار ویروسی همراه است. این مطالعه بر اهمیت طراحی و اجرای برنامه‌های حمایتی جامع برای بیماران HIV مثبت به منظور افزایش ماندگاری در درمان، مدیریت بیماری‌های همراه و بهبود کیفیت زندگی آنان تأکید دارد.

پیام کلیدی: ماندگاری بیماران HIV در برنامه‌های مراقبتی، موجب افزایش سطح CD4 و کاهش بار ویروسی می‌شود. حمایت جامع از بیماران برای بهبود پیامدهای درمان و کیفیت زندگی ضروری است.

واژگان کلیدی:

HIV

ویروس نقص ایمنی انسانی

بیماری‌های همراه

بار ویروسی

تعداد سلول‌های CD4

*نویسنده مسئول:

مریم جعفرثامری

M.Jafarsameri@Abadanums.ac.ir

کد اخلاق:

IR.ABADANUMS.REC.1402. 037



دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۲۲

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۱



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی و درمانی بوشهر





CrossMarck



10.61186/ismj.27.4.384

Original Article

Retention in HIV Care Programs and Its Association with Comorbidity Incidence and Viral Load Reduction

Majid Alizadeh¹ , Mohammad Rashidi Evandi², Maryam Jafar Sameri^{2*} , Elham Senisel Bachari², Mohammad Kogani³

¹ Medical Management and Information Department, School of Health Management and Information Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

² Department of Medical Basic Sciences, School of Medicine, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

³ Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Research Center for Environmental Contaminants, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

Abstract

Background: The human immunodeficiency virus (HIV) remains a critical global public health challenge, contributing to a growing burden of comorbidities and diminished quality of life among affected individuals. This study aimed to examine the association between retention in HIV care programs and the occurrence of comorbidities, as well as its impact on viral load suppression.

Materials and Methods: This descriptive-analytical study included 190 HIV-positive patients (out of 202 active records) aged over 18 years who were monitored at the Khorramshahr Behavioral Diseases Counseling Center between 2017 and 2022. Demographic data, treatment characteristics, and clinical information were extracted from medical records. Data were analyzed using SPSS software, with statistical tests including ANOVA and Pearson's correlation coefficient.

Results: The study found that 68.4% of the patients had high retention (attending >70% of scheduled visits), 26.3% had moderate retention (40–70%), and 5.3% had low retention (<40%). Higher retention was associated with increased CD4 counts and lower viral loads. Additionally, better socioeconomic status and higher education levels correlated with improved CD4 levels and reduced viral loads. Over half of the patients (55.3%) had at least one comorbidity, with hepatitis B, hepatitis C, and tuberculosis being the most prevalent.

Conclusion: Retention in HIV care programs is linked to enhanced immune function (higher CD4 counts) and improved viral suppression. These findings underscore the need for comprehensive support programs to promote treatment adherence, manage comorbidities, and enhance the quality of life for individuals with HIV.

Keywords:

HIV
Human Immunodeficiency Virus
comorbidities
viral load
CD4 Lymphocyte

*Corresponding author:

Maryam Jafar Sameri
dr.zaakbari@gmail.com

Ethical code

IR.ABADANUMS.REC.1402. 037

Received: 2025/01/11
Accepted: 2025/05/11



مقدمه

امروزه ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV- Human Immunodeficiency Virus) یکی از چالش‌های بزرگ بهداشت عمومی در سطح جهانی است که به طور مستقیم و غیرمستقیم نقش کلیدی در افزایش بار بیماری‌های همراه ایفا می‌کند (۱ و ۲). HIV به سیستم ایمنی بدن، به‌ویژه به لنفوسیت‌های CD4 (Cluster of Differentiation 4)، حمله کرده و باعث کاهش تدریجی تعداد این سلول‌ها می‌شود. این کاهش سلول‌های CD4 منجر به تضعیف سیستم ایمنی فرد در برابر عفونت‌های فرصت‌طلب مانند سل، عفونت‌های قارچی، عفونت‌های شدید باکتریایی و برخی از انواع سرطان‌ها می‌گردد (۳-۵). بر اساس آخرین آمار منتشر شده توسط سازمان جهانی بهداشت، تا سال ۲۰۲۳، ۳۹/۹ میلیون نفر در سراسر جهان با ویروس HIV زندگی می‌کنند که ۷۷ درصد از آن‌ها به درمان‌های ضد رتروویروسی (ART-Antiretroviral Therapy) دسترسی دارند. از این تعداد، ۳۶/۱ میلیون نفر بزرگسال و ۱/۴ میلیون نفر کودک زیر ۱۵ سال هستند (۶). شمارش سلول‌های CD4 یکی از ابزارهای اصلی برای ارزیابی پیشرفت بیماری HIV است. محدوده طبیعی این شمارش از ۵۰۰ تا ۱۵۰۰ سلول در میلی‌متر مکعب خون متغیر است و در افراد درمان نشده یا افرادی که به درمان‌های ART پاسخ نمی‌دهند، به مرور زمان کاهش می‌یابد. زمانی که تعداد سلول‌های CD4 به کمتر از ۲۰۰ سلول در میلی‌متر مکعب خون کاهش یابد، سیستم ایمنی فرد به شدت به خطر می‌افتد و فرد در معرض ابتلا به عفونت‌ها و مرگ قرار می‌گیرد. همچنین، بار ویروسی HIV که میزان ویروس در خون را نشان می‌دهد، برای ارزیابی میزان تکثیر ویروس و اثربخشی ART مورد استفاده قرار می‌گیرد. هدف اصلی درمان ART کاهش بار ویروسی به سطوح غیرقابل تشخیص (کمتر از ۵۰ کپی در میلی‌لیتر) و جلوگیری از مقاومت دارویی ویروس است (۷-۱۰).

یکی از دستاوردهای مهم درمان ضد رتروویروسی، افزایش چشمگیر امید به زندگی بیماران مبتلا به HIV است (۱۱). با این حال، علی‌رغم دسترسی به ART، بیماری‌های هم‌زمان به‌ویژه در افرادی که دیرتر به تشخیص بیماری دست یافته‌اند، در حال افزایش است. بیماران HIV مثبت در مقایسه با جمعیت عمومی در

معرض خطر بیشتری برای ابتلا به بیماری‌های غیرعفونی مزمن (NICMS) مانند دیابت، سکته مغزی، بیماری قلبی، التهاب مزمن، هیپاتیت‌های B و C، و اختلالات روانی قرار دارند. بیش از نیمی از بیماران HIV مثبت حداقل به یک بیماری هم‌زمان مبتلا هستند که این امر نه تنها کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می‌دهد بلکه بر توانایی آن‌ها برای پایبندی به رژیم‌های ART نیز تأثیر می‌گذارد (۱۲-۱۵).

عدم پایبندی به درمان و ویژگی‌های منظم با مرگ و میر بیماران مرتبط است، زیرا این بیماران به طور منظم درمان‌های ART را دریافت نمی‌کنند و نتایج آزمایشگاهی و بیماری‌های هم‌زمان در آن‌ها پایش نمی‌شود (۱۶-۱۸). علی‌رغم افزایش چشمگیر امید به زندگی، میزان مرگ و میر در میان افراد مبتلا به HIV که بار ویروسی آن‌ها بالاتر از حد قابل قبول است، ۳ تا ۱۵ برابر بیشتر از جمعیت عمومی است (۱۹).

استراتژی‌های جهانی مانند UTT (Universal Test and Treat) که توسط شبکه بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۶ معرفی شده‌اند، موفقیت این استراتژی‌ها را به نگهداری بیماران در برنامه‌های مراقبت مستمر Retention in Care RIC وابسته دانسته‌اند (۲۰-۲۲). مؤسسه پزشکی IOM (Institute of Medicine) نیز نگهداری بیماران در درمان را یکی از ۹ استراتژی اصلی معرفی کرده است که می‌تواند احتمال درمان بیماری‌های هم‌زمان، غربالگری و پیشگیری، نظارت بر ART، و جلوگیری از افت تعداد سلول‌های CD4 را افزایش دهد (۲۳).

همچنین، پایبندی به درمان برای حداقل ۶ ویژگی متوالی باعث کاهش معنی‌داری در بار ویروسی می‌گردد. با توجه به پیش‌بینی افزایش بروز بیماری‌های قلبی-عروقی، دیابت، سرطان و اختلالات روانی در بیماران HIV در سال‌های آینده، بررسی رابطه بین بیماری‌های هم‌زمان چندانکه و ابقای در درمان پزشکی HIV از اهمیت بالایی برخوردار است (۲۴-۲۷). بیماران HIV با بیماری‌های هم‌زمان چندانکه نیاز به مراقبت دقیق دارند تا بتوانند ابقای خود را در درمان پزشکی حفظ کنند. نگهداری بیماران در درمان باعث بهبود پایش بیماری‌های هم‌زمان، غربالگری و پیشگیری، نظارت بر ART و کنترل بار ویروسی می‌شود که این خود منجر به محدود شدن

معیار خروج: فوت یا مهاجرت- عدم دسترسی به پرونده کامل- قطع تعامل با مرکز به مدت ۶ ماه یا بیشتر.

ابزارها و روش‌های جمع‌آوری داده

داده‌های این مطالعه از پرونده‌های پزشکی بیماران HIV مثبت در مرکز مشاوره خرمشهر استخراج شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، چک لیستی توسط پژوهشگران طراحی شد که شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، و وضعیت اقتصادی)، ویژگی‌های درمانی (تعداد ویزیت‌های پزشکی، پایبندی به درمان ضد رتروویروسی ART، و سابقه مصرف داروهای ضد ویروس)، داده‌های بالینی (سطح CD4، بار ویروسی و بیماری‌های همراه مانند هیپاتیت B و C، سل، دیابت و اختلالات قلبی-عروقی)، و حمایت‌های اجتماعی- مالی (از جمله بیمه و کمک‌های دولتی) بود. اعتبارسنجی داده‌ها از طریق بررسی پرونده‌های پزشکی و تأیید آزمایشگاهی سطح CD4 و بار ویروسی انجام شد. تمامی اطلاعات بر اساس چک لیست مذکور در فایل Excel سازماندهی و برای تحلیل آماری آماده شدند.

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۸ تحلیل شدند. روش‌های آماری شامل:

۱. آزمون آماری واریانس (ANOVA) برای مقایسه میانگین سطح CD4 و بار ویروسی در گروه‌های مختلف.
۲. رگرسیون لجستیک چندگانه برای بررسی ارتباط بین ماندگاری درمان و عوامل پیش‌بینی کننده (سن، جنسیت، پایبندی به HAART، بیماری‌های همراه).
۳. آمار توصیفی (درصد، میانگین \pm انحراف معیار) برای توصیف ویژگی‌های نمونه. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

شاخص‌های آماری توصیفی

جدول ۱ خلاصه‌ای از شاخص‌های پراکندگی (میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین مقادیر) برای متغیرهای کلیدی مطالعه را نشان می‌دهد. بر اساس این جدول، میانگین نسبت ویزیت‌های انجام‌شده به کل ویزیت‌های

گسترش بیماری و افزایش امید به زندگی بیماران HIV مثبت می‌شود (۳۰-۲۸).

هدف اصلی این مطالعه بررسی ارتباط میزان بروز بیماری‌های هم‌زمان با ماندگاری بیماران مبتلا به HIV در برنامه‌های از پیش تعیین شده مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و ارائه پیشنهادهای برای ارتقای ماندگاری در درمان می‌باشد. با توجه به اهمیت نگهداشت بیماران در درمان HIV و تأثیر آن بر کاهش بروز بیماری‌های هم‌زمان، این تحقیق می‌تواند به ارائه راهکارهای عملی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران HIV و کاهش میزان مرگ و میر مرتبط با بیماری‌های همراه و کاهش بار ویروسی کمک کند.

مواد و روش‌ها

طراحی مطالعه و چارچوب نظری

این مطالعه توصیفی- تحلیلی با استفاده از داده‌های ثانویه موجود در پرونده‌های بیماران HIV مثبت در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری خرمشهر (بین سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۴۰۱) انجام شد. هدف اصلی، بررسی ارتباط بین ماندگاری در برنامه‌های مراقبتی و پیامدهای سلامتی شامل تغییرات سطح CD4، بار ویروسی، بروز بیماری‌های همراه، و پیشرفت به AIDS بود. چارچوب نظری مطالعه بر پایه مدل‌های مراقبت ادغامی HIV استوار است که بر اهمیت دسترسی مداوم به خدمات درمانی، پایبندی به درمان ضد رتروویروسی (HAART)، و مدیریت بیماری‌های همراه تأکید دارد. این مطالعه پس از اخذ تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی آبادان (کد: ۰۳۷. ۱۴۰۲. IR. ABADANUMS. REC.) انجام شد.

جامعه و نمونه‌گیری

جامعه آماری شامل ۲۰۲ بیمار HIV مثبت بالای ۱۸ سال با پرونده فعال در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری خرمشهر بود. پس از اعمال معیارهای ورود و خروج، داده‌های ۱۹۰ بیمار واجد شرایط (۹۴ درصد از کل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

معیار ورود: سن بالاتر از ۱۸ سال- تشخیص HIV مثبت تأیید شده با آزمایش- پرونده فعال در مرکز مشاوره.

برنامه‌ریزی شده ۵۳٪ (انحراف معیار: ۳۸٪) است. میانگین سطح CD4 در بیماران ۴۹۹/۹۸ سلول/میلی‌لیتر (انحراف معیار: ۲۹۳/۱۸) و میانگین بار ویروسی ۳۲۲۳/۷۲ (انحراف معیار: ۱۹۸۸/۹۱) گزارش شد. سن بیماران نیز بین ۱۹ تا ۶۵ سال متغیر بوده و میانگین سنی ۴۱/۹۹ سال (انحراف معیار: ۱۳/۷۹) است (جدول ۱).

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مطالعه به تفکیک جنسیت

متغیر	جنسیت	بیشترین مقدار	کمترین مقدار	انحراف معیار	میانگین	تعداد
نسبت ویزیت‌ها	زن	۱/۰	۰/۰۰	۰/۳۶	۰/۵۱	۵۹
	مرد	۱/۰	۰/۰۰	۰/۳۹	۰/۵۴	۱۳۱
سطح CD4	زن	۱۳۱۷	۹	۳۳۹/۶۷	۵۳۷/۲۰	۵۹
	مرد	۱۱۰۰	۹	۲۶۹/۴۰	۴۸۳/۲۲	۱۳۱
بار ویروسی	زن	۴۱۲۰۰	۱	۱۰۰۹۸/۵۳	۴۵۰۳/۰۳	۵۹
	مرد	۵۲۰۰۰	۱	۷۹۶۴/۶۰	۲۶۴۷/۵۳	۱۳۱

بر اساس داده‌ها، ۵۵/۲۶ درصد بیماران فاقد بیماری‌های غیرعفونی همراه بوده و دیابت (۲۷/۳۶ درصد) و بیماری قلبی- عروقی (۱۶/۸ درصد) شایع‌ترین بیماری‌های غیرعفونی همراه هستند. در میان عفونت‌های فرصت‌طلب، هیپاتیت B (۴۱/۹۸ درصد) و هیپاتیت C (۲۶/۷۱ درصد) بیشترین فراوانی را دارند، در حالی که سل (۱۷/۵ درصد) و سارکوم کاپوسی (۹/۱۶ درصد) نیز در رده‌های بعدی قرار گرفته‌اند. این یافته‌ها تأکیدی بر نیاز به برنامه‌های جامع درمانی و پیگیری منظم بیماران HIV مثبت در خرمشهر است (جدول ۲).

بر اساس داده‌ها، ۵۵/۲۶ درصد بیماران فاقد بیماری‌های غیرعفونی همراه بوده و دیابت (۲۷/۳۶ درصد) و بیماری قلبی- عروقی (۱۶/۸ درصد) شایع‌ترین بیماری‌های غیرعفونی همراه هستند. در میان عفونت‌های فرصت‌طلب، هیپاتیت B (۴۱/۹۸ درصد) و هیپاتیت C (۲۶/۷۱ درصد) بیشترین فراوانی را دارند، در حالی که سل (۱۷/۵ درصد) و سارکوم کاپوسی (۹/۱۶ درصد) نیز در رده‌های بعدی قرار گرفته‌اند. این یافته‌ها تأکیدی بر نیاز به برنامه‌های جامع درمانی و پیگیری منظم بیماران HIV مثبت در خرمشهر است (جدول ۲).

جدول ۲. فراوانی و درصد بیماری‌های همراه و عفونت‌های فرصت‌طلب در بیماران HIV

دسته‌بندی	متغیر	فراوانی	درصد
حمایت‌های اجتماعی-مالی	برخوردار از حمایت	۷۴	۳۸/۷
	مشاهده شده	۳۶	۱۸/۸
	دارد	۴۶	۲۴/۶
عفونت‌های فرصت‌طلب	هیپاتیت B	۵۵	۴۱/۹۸
	هیپاتیت C	۳۵	۲۶/۷۱
	سل	۲۳	۱۷/۵
	توکسوپلاسموز (T)	۶	۴/۵۸
بیماری‌های غیرعفونی	سارکوم کاپوسی (SK)	۱۲	۹/۱۶
	بدون بیماری	۱۰۵	۵۵/۲۶
	دیابت	۵۲	۲۷/۳۶
	بیماری قلبی- عروقی	۳۲	۱۶/۸
سکته مغزی	۱	۰/۵۲	

ارتباط نسبت ویزیت‌ها با پیامدهای سلامتی نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان می‌دهد که نسبت ویزیت‌های انجام‌شده به کل ویزیت‌های برنامه‌ریزی‌شده با بار ویروسی همبستگی معکوس و غیرمعناداری دارد (۱۲۵/۰، $r=0/086$)، در مقابل، این نسبت با سطح CD4 همبستگی مستقیم و معناداری نشان می‌دهد (۱۳۵/۰، $r=0/05$)، همچنین، همبستگی مثبت و معناداری بین نسبت ویزیت‌ها و تعداد بیماری‌های همراه (۱۵۷/۰، $r=0/031$) و

همبستگی منفی و معناداری با تعداد عفونت‌های فرصت‌طلب (۵۱/۰، $r=0/047$) مشاهده شد. این یافته‌ها بیانگر این است که پایبندی به ویزیت‌های منظم ممکن است نقش مهمی در بهبود سطح CD4 و کاهش بروز عفونت‌های فرصت‌طلب داشته باشد، اما تأثیر مستقیم آن بر کنترل بار ویروسی نیازمند بررسی‌های تکمیلی است (جدول ۳).

جدول ۳. همبستگی نسبت ویزیت‌ها با متغیرهای سلامتی

متغیر	ضریب همبستگی (r)	p-value
بار ویروسی	-۰/۱۲۵	۰/۰۸۶
سطح CD4	۰/۱۳۵	۰/۰۵
بیماری‌های همراه	۰/۱۵۷	۰/۰۳۱
عفونت‌های فرصت‌طلب	-۰/۵۱	۰/۰۴۷

تأثیر بازبازرسی منظم بر پیامدهای سلامتی در جدول ۴، تفاوت بار ویروسی و سطح CD4 بین بیماران با و بدون بازبازرسی منظم (حداقل ۴ ماه یکبار) مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که میانگین رتبه بار ویروسی در گروه بدون بازبازرسی منظم (۹۷/۵۶) کمی بالاتر از گروه با بازبازرسی منظم (۸۰/۹۰) است، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست ($p=0/437$). در مقابل، میانگین رتبه سطح CD4 در گروه با بازبازرسی منظم (۵۳۷/۲۰) نسبت به گروه بدون بازبازرسی منظم (۴۸۳/۲۲) بالاتر بوده، اما این تفاوت نیز معنادار نیست ($p=0/794$) (جدول ۴).

تأثیر بازبازرسی منظم بر پیامدهای سلامتی

در جدول ۴، تفاوت بار ویروسی و سطح CD4 بین بیماران با و بدون بازبازرسی منظم (حداقل ۴ ماه یکبار) مقایسه شده است. نتایج نشان می‌دهد که میانگین رتبه بار ویروسی در گروه بدون بازبازرسی منظم (۹۷/۵۶) کمی بالاتر از گروه با بازبازرسی منظم (۸۰/۹۰) است، اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست ($p=0/437$). در مقابل، میانگین رتبه سطح CD4 در گروه با بازبازرسی منظم (۵۳۷/۲۰) نسبت به گروه بدون بازبازرسی منظم (۴۸۳/۲۲) بالاتر بوده، اما این تفاوت نیز معنادار نیست ($p=0/794$) (جدول ۴).

جدول ۴. مقایسه بار ویروسی و سطح CD4 بر اساس بازبازرسی منظم

گروه	متغیر	میانگین رتبه	تعداد	p-value
بازبازرسی منظم	بار ویروسی	۹۰/۸۰	۵۰	۰/۴۳۷
بدون بازبازرسی منظم	بار ویروسی	۹۷/۵۶	۱۳۲	
بازبازرسی منظم	سطح CD4	۵۳۷/۲۰	۵۰	۰/۷۹۴
بدون بازبازرسی منظم	سطح CD4	۴۸۳/۲۲	۱۳۲	

دریازاده و همکاران، در بررسی ده ساله در اصفهان، ۷/۳۰ درصد از بیماران به مرحله ایدز رسیده بودند (۳۱). یعقوبی و همکاران در پژوهش انجام شده در تهران گزارش کرد که ۲/۷۸ درصد از بیماران مورد مطالعه به مرحله پیشرفته ایدز رسیده‌اند (۳۰). همچنین، مطالعه دیگری در اصفهان نشان داد که ۲۵ درصد از بیماران در مرحله ایدز قرار داشتند (۳۲). تفاوت‌های آماری بین این مطالعه و پژوهش‌های قبلی (مانند میزان پیشرفت به ایدز در خرمشهر در مقایسه با تهران یا اصفهان) ممکن است ناشی از عوامل جغرافیایی-فرهنگی منطقه خوزستان باشد. موقعیت مرزی خرمشهر، شیوع بالای HIV در این منطقه، و محدودیت دسترسی به خدمات درمانی به‌ویژه در جمعیت مرد می‌تواند تأخیر در مراجعه و کاهش پایبندی به درمان را توجیه کند. همچنین، انگ اجتماعی و نبود آگاهی از مراکز مشاوره نقش مهمی در عدم پیگیری به‌موقع بیماران داشته است. این عوامل، همراه با کمبود پرسنل آموزش‌دیده (مقاله کاشی و همکاران)، می‌تواند به تفاوت در کنترل بار ویروسی و پیشرفت به ایدز منجر شود (۳۳). علاوه بر این، ناآشنایی با مراکز مشاوره و درمانی و کمبود پرسنل دوره دیده نیز از دیگر عوامل مهم تأخیر در مراجعه بیماران است. بسیاری از بیماران ممکن است از وجود

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر نسبت مراجعات بیماران مبتلا به HIV به مراکز مشاوره درمانی بر میزان بروز بیماری‌های همراه و کاهش بار ویروسی انجام شد. نتایج نشان داد که مردان بیشتر درگیر این بیماری هستند و ۱۸/۸ درصد از بیماران به دلیل دیرکرد در مراجعه یا عدم پیگیری به مرحله ایدز رسیده‌اند. همچنین، میانگین نسبت بازبازرسی به بازبازرسی برنامه‌ریزی شده ۰/۵۱ بود که نشان‌دهنده پوشش درمانی متوسط مطلوبی است. در این مطالعه، میان تعداد ویزیت‌های انجام شده به ویزیت‌های برنامه‌ریزی شده با میزان سطح CD4 همبستگی مستقیم و معنادار و با میزان عفونت‌های فرصت‌طلب همبستگی معکوس و متوسطی مشاهده شد.

نتایج این مطالعه با یافته‌های کساوندی و همکاران، مانه (Mane) و همکاران هم‌خوانی داشت که نشان دادند غالباً مردان بیشتر درگیر HIV هستند (۲۸ و ۲۹). در مطالعه حاضر مشخص شد که ۱۸/۸ درصد از بیماران به دلیل دیرکرد در مراجعه یا عدم پیگیری دچار ایدز شده‌اند. این میزان با نتایج مطالعات دیگر مقایسه شد. در مطالعه یعقوبی و همکاران، مشخص شد که ۶/۲۴ درصد افراد شرکت‌کننده در مرحله ایدز بودند (۳۰).

خدمات مشاوره‌ای و درمانی بی‌اطلاع باشند یا دسترسی به این خدمات برایشان دشوار باشد. همچنین، کمبود پرسنل دوره دیده و تجربه‌دار می‌تواند به کاهش کیفیت خدمات ارائه شده و در نتیجه تأخیر در مراجعه بیماران منجر شود (۳۴ و ۳۵).

نتایج این پژوهش با مدل مراقبت ادغامی HIV هم‌خوانی دارد. این مدل بر اهمیت پایبندی به ویزیت‌های منظم با نسبت ۵۱/۰ در این مطالعه به‌عنوان شاخصی کلیدی برای بهبود سطح CD4 همبستگی مستقیم و معنادار ($r=0/135$ ، $p=0/05$) و کاهش عفونت‌های فرصت‌طلب همبستگی معکوس ($r=0/51$ ، $p=0/047$) تأکید می‌کند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که ماندگاری در برنامه‌های مراقبتی همانند توصیه مطالعات الحاج و ماسوکه (AlHaj & Masoke)، (۲۰-۲۲) می‌تواند از پیشرفت بیماری به ایدز جلوگیری کند. با این حال، همبستگی غیرمعنادار بار ویروسی ($r=0/125$ ، $p=0/086$) ممکن است به دلیل ناهمگونی در روش‌های پایش ویروس‌شناسی یا تأثیر عوامل مخدوش‌کننده (نظیر سوء مصرف مواد) باشد که در مدل‌های ادغامی کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند.

در مجموع، این مطالعه نشان می‌دهد که بهبود دسترسی به خدمات مشاوره‌ای و درمانی و کاهش انگ اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در کاهش تأخیر در مراجعه بیماران و در نتیجه کاهش بروز ایدز داشته باشد. توجه به این مسائل و انجام اقدامات لازم برای رفع آن‌ها می‌تواند به بهبود وضعیت سلامت بیماران HIV و کاهش بروز ایدز کمک کند. همچنین مراکز ارائه دهنده خدمات به عفونت‌های آمیزشی شامل ایدز، در شناسایی، درمان و جلوگیری از عفونت نقش بسزایی دارند. بر اساس مطالعه‌ای که در چهار شهر ایران شامل تهران، بابل، کرمان و شیراز انجام شده است، نیمی از پزشکان و ماماها و مؤسسات ارائه خدمات، عدم دریافت بازخورد از سیستم بهداشتی را مهم‌ترین دلیل عدم همکاری در گزارش‌دهی عفونت‌های آمیزشی بیان کردند که این مسئله نیز باید مورد توجه سیستم‌های بالادستی بهداشت قرار بگیرد (۳۶).

دلایل احتمالی برای بالا بودن تعداد مردان مبتلا به HIV/Aids ممکن است ناشی از دیرکرد در معرفی به مراکز مشاوره، تفاوت‌های جنسیتی در عوامل شیوه

زندگی مانند مصرف سیگار، الکل و مواد مخدر باشد (۳۷). همچنین، عواملی مانند سطح تحصیلات، درآمد، دسترسی به سیستم مراقبت بهداشتی، انگ اجتماعی و منزوی شدن افراد نیز تأثیرگذار هستند (۳۸). همچنین، مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در ایران تجربه و سابقه کافی در ارائه خدمات مشاوره‌ای به‌ویژه در افراد با رفتارهای پرخطر ندارند (۳۳).

یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده اهمیت پایبندی به برنامه‌های مراقبتی و درمانی برای بیماران مبتلا به HIV است و تأثیر آن بر کاهش بار ویروسی، بهبود سطح CD4 و کاهش بروز بیماری‌های همراه را تأیید می‌کند. این اطلاعات می‌تواند به سیاست‌گذاران بهداشتی و سازمان‌های مربوطه در بهبود خدمات مشاوره‌ای و درمانی کمک کند.

برای بهبود ماندگاری بیماران، پیشنهاد می‌شود:

۱. برنامه‌های آموزشی- فرهنگی برای کاهش انگ اجتماعی اجرا شود.

۲. سیستم پیگیری هوشمند (مثلاً ارسال پیامک یا تماس تلفنی) برای افزایش پایبندی به ویزیت‌ها طراحی گردد.

۳. توسعه مراکز مشاوره در مناطق محروم و مرزی (مانند خرمشهر) با تأکید بر دسترسی آسان و حفظ محرمانگی.

۴. آموزش پرسنل درمانی برای مدیریت همزمان بیماری‌های همراه.

این اقدامات می‌تواند به کاهش شیوع ایدز و بهبود کیفیت مراقبت‌ها کمک کند.

یکی از محدودیت‌های این مطالعه، ناقص بودن اطلاعات دموگرافیک یا آزمایشگاهی ثبت شده در فرم‌های مراقبتی بیماران بود. برای رفع این مشکل، تلاش شد تا از طریق برقراری ارتباط تلفنی با بیماران، اطلاعات ناقص تکمیل گردد. همچنین، جمعیت نمونه محدود به یک مرکز مشاوره در خرمشهر بود که ممکن است بر تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر بگذارد.

برای درک بهتر موضوع، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده بر روی جمعیت بزرگ‌تری و در مراکز مختلف درمانی انجام شود. همچنین، بررسی تأثیر عوامل مختلف اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی بر میزان مراجعه بیماران به مراکز مشاوره و تأثیر آن بر بروز بیماری‌های همراه و کاهش بار ویروسی مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که مردان بیشتر از زنان مبتلا به HIV هستند و ۱۸/۸ درصد از بیماران به دلیل تأخیر در مراجعه به مرحله ایدز رسیده‌اند. همچنین، هر چه تعداد ویزیت‌های انجام شده توسط بیماران بیشتر بود، سطح CD4 آن‌ها بالاتر بود که نشان‌دهنده وضعیت بهتر سیستم ایمنی است. افزایش تعداد ویزیت‌ها همچنین با کاهش احتمال بروز عفونت‌های فرصت طلب همراه بود، که این نتیجه نشان‌دهنده اهمیت پیگیری منظم و مراجعه به مراکز درمانی برای بهبود وضعیت سیستم ایمنی و کاهش خطر عفونت‌های فرصت طلب است.

در این مطالعه، مشخص شد که هر چه افراد بیشتر به مراکز مشاوره مراجعه کرده‌اند، کمتر دچار عفونت‌های فرصت طلب شده‌اند. با این حال، همخوانی ضعیف این نتایج به دلیل تعداد کمی از افرادی بود که به شکل مداوم به مراکز مشاوره مراجعه می‌کردند. این مسئله ممکن است به دلیل متوسط بودن سطح خدمات و پشتیبانی مراکز مشاوره باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده، توصیه می‌شود که نیازسنجی در مراکز مشاوره صورت گیرد و تعداد پرسنل افزایش یابد. همچنین، تجهیز مراکز مشاوره و درمانی خرمشهر با منابع مالی و تجهیزات بهتر می‌تواند به پیگیری

بتر خدمات به بیماران مبتلا به HIV کمک کند. این اقدامات می‌توانند با هزینه کمتر، از خطرات بیشتری که بیماران مبتلا به HIV و جامعه را تهدید می‌کند، جلوگیری کنند.

نتایج این مطالعه بر اهمیت پیگیری منظم و مستمر بیماران مبتلا به HIV و مراجعه به مراکز درمانی تأکید دارد. همچنین، این نتایج می‌تواند به سیاست‌گذاران بهداشتی و سازمان‌های مربوطه در بهبود خدمات مشاوره‌ای و درمانی کمک کند و نقش مهمی در کنترل این بیماری ایفا کند. از این رو، باتوجه به اهمیت یافته‌های این تحقیق، بهبود خدمات مشاوره‌ای و درمانی و ارتقای کیفیت مراقبت‌های بهداشتی برای بیماران مبتلا به HIV ضروری است.

حمایت مالی

این مقاله با حمایت مالی مدیریت امور پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی آبادان انجام شده است و مستخرج از پایان‌نامه دانشجوی پزشکی عمومی محمد رشیدی‌اوندی با کد طرح: ۱۶۰۵ می‌باشد.

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References:

1. Brundrett ME. Human Immunodeficiency Virus Preexposure Prophylaxis in Adolescents and Young Adults. *Pediatr Rev* 2022; 43(1): 28-36. [10.1542/pir.2020-002048](https://doi.org/10.1542/pir.2020-002048)
2. Deminice R, Oliveira VHF, Webel AR, et al. Sarcopenia Related to Human Immunodeficiency Virus: Protective Effects of Exercise. *Exerc Sport Sci Rev* 2022; 50(2): 73-80. [10.1249/JES.000000000000282](https://doi.org/10.1249/JES.000000000000282)
3. Karnan A, Jadhav U, Ghewade B, et al. HIV Versus the Human Body: A Case Report of an Immunity-Compromised Patient. *Cureus* 2024; 16(6): e62942. [10.7759/cureus.62942](https://doi.org/10.7759/cureus.62942)
4. Kirkoyun Uysal H, Koksall MO, Sarsar K, et al. Distribution of Opportunistic Pathogens in People Living with HIV at a University Hospital in Istanbul over a One-Year Treatment Period and Its Association with CD4 T Cell Counts. *Pathogens* 2023; 12(10): 1226. [10.3390/pathogens12101226](https://doi.org/10.3390/pathogens12101226)
5. Saeed A, Mohammed Z. Cultural and religious barriers in the Middle East leading to delayed management of acute HIV case resulting in irreversible blindness: a case report. *Ann Med Surg (Lond)* 2023; 85(6): 3070-4. [10.1097/MS9.0000000000000812](https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000000812)
6. WHO. POLICY BRIEF ON INTEGRATING AND STRENGTHENING MONITORING OF DIFFERENTIATED ART SERVICE DELIVERY. (Accessed December 18, 2023, at: https://www.google.com/books/edition/Consolidated_guidelines_on_person-centre/AH40EQAAQBAJ?hl=en&gbpv=0)
7. Chirouze C, Journot V, Le Moing V, et al. Viremia copy-years as a predictive marker of all-cause mortality in HIV-1-infected patients initiating a protease inhibitor-containing antiretroviral treatment. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015; 68(2): 204-8. [10.1097/QAI.0000000000000416](https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000416)
8. Kim HN, Nance R, Van Rompaey S, et al. Poorly Controlled HIV Infection: An Independent Risk Factor for Liver Fibrosis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 72(4): 437-43. [10.1097/QAI.0000000000000992](https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000992)
9. Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV

- Infection. *N Engl J Med* 2015; 373(9): 795-807. [10.1056/NEJMoa1506816](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1506816)
10. Myers JE, Xia Q, Torian LV, et al. Implementation and Operational Research: CD4 Count Monitoring Frequency and Risk of CD4 Count Dropping Below 200 Cells Per Cubic Millimeter Among Stable HIV-Infected Patients in New York City, 2007-2013. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 71(3): e73-8. [10.1097/QAI.0000000000000885](https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000885)
11. Slim J, Saling CF. A Review of Management of Inflammation in the HIV Population. *Biomed Res Int* 2016; 3420638. [10.1155/2016/3420638](https://doi.org/10.1155/2016/3420638)
12. Farahat FM, Alghamdi YS, Farahat AF, et al. The prevalence of comorbidities among adult people diagnosed with HIV infection in a tertiary care hospital in western Saudi Arabia. *J Infect Public Health*. 2020; 13(11): 1699-704. [10.1016/j.jiph.2020.08.009](https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.08.009)
13. Hernández I, Barzallo J, Beltrán S, et al. Increased incidences of noninfectious comorbidities among aging populations living with human immunodeficiency virus in Ecuador: a multicenter retrospective analysis. *HIV AIDS (Auckl)* 2019; 11: 55-9. [10.2147/HIV.S193412](https://doi.org/10.2147/HIV.S193412)
14. Heron JE, Bagnis CI, Gracey DM. Contemporary issues and new challenges in chronic kidney disease amongst people living with HIV. *AIDS Res Ther* 2020; 17(1): 11. [10.1186/s12981-020-00266-3](https://doi.org/10.1186/s12981-020-00266-3)
15. Patel V, Chatterji S. Integrating Mental Health In Care For Noncommunicable Diseases: An Imperative For Person-Centered Care. *Health Aff (Millwood)* 2015; 34(9): 1498-505. [10.1377/hlthaff.2015.0791](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0791)
16. Haberer JE, Bwana BM, Orrell C, et al. ART adherence and viral suppression are high among most non-pregnant individuals with early-stage, asymptomatic HIV infection: an observational study from Uganda and South Africa. *J Int AIDS Soc* 2019; 22(2): e25232. [10.1002/jia2.25232](https://doi.org/10.1002/jia2.25232)
17. Laher AE, Richards GA, Paruk F, et al. Antiretroviral therapy non-adherence among HIV-positive patients presenting to an emergency department in Johannesburg, South Africa: Associations and reasons. *S Afr Med J* 2021; 111(8): 753-8. [10.7196/SAMJ.2021.v111i8.15604](https://doi.org/10.7196/SAMJ.2021.v111i8.15604)
18. Moitra E, Chan PA, Molina PE, et al. HIV Engage-A randomized controlled efficacy trial of an acceptance-based behavioral therapy intervention to improve retention in care for HIV treatment naïve patients: Study protocol. *Contemp Clin Trials* 2021; 108: 106514. [10.1016/j.cct.2021.106514](https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106514)
19. Guaraldi G, Orlando G, Zona S, et al. Premature age-related comorbidities among HIV-infected persons compared with the general population. *Clin Infect Dis* 2011; 53(11): 1120-6. [10.1093/cid/cir627](https://doi.org/10.1093/cid/cir627)
20. Alhaj M, Amberbir A, Singogo E, et al. Retention on antiretroviral therapy during Universal Test and Treat implementation in Zomba district, Malawi: a retrospective cohort study. *J Int AIDS Soc* 2019; 22(2): e25239. [10.1002/jia2.25239](https://doi.org/10.1002/jia2.25239)
21. Masuke R, Kihaga Y, Mashala M, et al. Twelve months antiretroviral therapy retention among clients newly enrolled to care and treatment services in Geita Region, Tanzania: does universal test and treat matter?. *Pan Afr Med J* 2023; 46(1): 20. <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/270092>
22. Mugenyi L, Nanfuka M, Byawaka J, et al. Effect of universal test and treat on retention and mortality among people living with HIV-infection in Uganda: An interrupted time series analysis. *PLoS One* 2022; 17(5): e0268226. [10.1371/journal.pone.0268226](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0268226)
23. Batey DS, Kay ES, Westfall AO, et al. Are missed- and kept-visit measures capturing different aspects of retention in HIV primary care?. *AIDS Care* 2019; 32(1): 98-103. [10.1080/09540121.2019.1659918](https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1659918)
24. Brites C, Nogueira RS, Gosuen GC, et al. Short Communication: Getting Older with HIV: Increasing Frequency of Comorbidities and Polypharmacy in Brazilian HIV Patients. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2019; 35(11-12): 1103-5. [10.1089/aid.2019.0069](https://doi.org/10.1089/aid.2019.0069)
25. Fischetti B, Sorbera M, Michael R, et al. Evaluation of rates of virologic suppression in HIV-positive patients with varying numbers of comorbidities. *Am J Health Syst Pharm* 2022; 79(2): 72-7. [10.1093/ajhp/zxab346](https://doi.org/10.1093/ajhp/zxab346)
26. Garagiola E, Foglia E, Ferrario L, et al. Comorbidities and HCV coinfection in the management of HIV+ patients: evidence from the Italian clinical practice. *Health Econ Rev*. 2020; 10(1): 27. [10.1186/s13561-020-00284-x](https://doi.org/10.1186/s13561-020-00284-x)
27. Glynn TR, Safren SA, Carrico AW, et al. High Levels of Syndemics and Their Association with Adherence, Viral Non-suppression, and Biobehavioral Transmission Risk in Miami, a U.S. City with an HIV/AIDS Epidemic. *AIDS Behav* 2019; 23(11): 2956-65. [10.1007/s10461-019-02619-0](https://doi.org/10.1007/s10461-019-02619-0)
28. Mane P, Aggleton P. Gender and HIV/AIDS: what do men have to do with it?. *Current Sociology* 2001; 49(6): 23-37. [10.1177/0011392101496005](https://doi.org/10.1177/0011392101496005)
29. Kasavandi A, Foroohi F, Rahimi T, et al. Investigating the Prevalence of Mycobacterium Tuberculosis in Patients infected with HIV Microscopically and Molecularly. *Armaghane Danesh* 2023; 28(2): 260-74. [10.52547/armaghanj.28.2.6](https://doi.org/10.52547/armaghanj.28.2.6)

30. Yaghoobi H, Ahmadiniya H, Shabani Z, et al. The Epidemiological Investigation of Patients with HIV/AIDS in Bandar Abbas Behavioral Disorders Counseling Center During 2005-2015. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2018; 16(10): 969-82. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-3815-en.html>
31. Daryazadeh S, Maryami F. Epidemiological investigation of HIV-positive patients in Isfahan Behavioral Consultation Center, Iran. *J Isfahan Med School* 2013; 31(258): 1744-55. (persian) https://jims.mui.ac.ir/article_14181_dacf3eb3af6c3d55b147dbf16df0986c.pdf
32. Daryazadeh S, Kuhpayehzadeh J. Prevalence of simultaneous infections and causes of death of positive-HIV patients in incubation and AIDS phases. *Razi J Med Sci* 2016; 22(139): 46-55. (persian) http://rjms.iuums.ac.ir/browse.php?a_id=3381&slc_lang=en&sid=1&ftxt=1
33. Kashi A, Yadyad M, Hajiabdolbaghi M, et al. Utilization of the Health Ministry recommended services by Iranian HIV/AIDS patients. *Tehran Univ Med J* 2008; 66(9): 670-676. (persian) <https://journals.tums.ac.ir/tumj/article-1-548-en.pdf>
34. Audet CM, Clemens EM, Ngobeni S, et al. Throwing the bones to diagnose HIV: Views of rural South African traditional healers on undertaking HIV counselling and testing. *AIDS Care* 2021; 33(10): 1316-20. [10.1080/09540121.2020.1808568](https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1808568)
35. Chellaiyan VG, Raut DK, Khokhar A. Integrated counselling and HIV testing centers of Delhi: An evaluation. *J Family Med Prim Care* 2018; 7(4): 791-5. [10.4103/jfmpc.jfmpc_128_17](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_128_17)
36. Aleebrahim F, Kamali K, Nasirian M. Status of Service Provision Centers for Patients with Sexually Transmitted infections in Tehran, Kerman, Babol and Shiraz as Representatives of Iran's Capital Cities in 2013. *Iran South Med J* 2020; 23(3): 266-79. <http://ismj.bpums.ac.ir/article-1-1309-fa.html>
37. May M, Gompels M, Delpech V, et al. Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. *Bmj* 2011; 343. [10.1136/bmj.d6016](https://doi.org/10.1136/bmj.d6016)
38. Samji H, Cescon A, Hogg RS, et al. Closing the gap: increases in life expectancy among treated HIV-positive individuals in the United States and Canada. *PLoS one* 2013; 8(12): e81355. [10.1371/journal.pone.0081355](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0081355)