گوناگون

کاهش قیمت داروهای خاص با اجرای طرح دارویاری

رئیس سازمان غذا و دارو با بیان اینکه با اجرای طرح دارویاری هیچ دارویی نسبت به قبل برای مردم گران نشده است، گفت: با اجرای این طرح ممکن است برای بعضی از بیماری‌ها هزینه کمتری توسط مردم پرداخت شود که در داروی بیماران خاص و صعب‌العلاج تا ۸۰ الی ۹۰ درصد کاهش قیمت داریم.

به گزارش پیام آشنا، بهرام دارایی با اشاره به اجرای طرح دارویاری گفت: این طرح با این هدف انجام می‌شود که یارانه دارو را در جای درست به کار بگیریم، قبلا یارانه به تامین کننده و واردکننده و یا تولیدکننده داده می‌شد تا مواد اولیه را با نرخ ارز دولتی یا همان ترجیحی وارد کند و در سطح بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها توزیع می‌شد که مردم داروی ارزان را تحویل بگیرند. وی سیاست پیشین یعنی اعطای یارانه به تامین کننده و تولیدکننده را غلط دانست و تصریح کرد: در آن سیاست شاهد هدر رفت منابع بودیم که ناشی از سوء استفاده یا قاچاق معکوس بود. در سیاست سابق از هر ۱۰ تومانی که به یک واحد کالا دارو اختصاص می‌دادیم، بخش زیادی از آن مورد سوءاستفاده قرار می‌گرفت و یا دارو از کشور خارج می‌شد.

معاون وزیر بهداشت به دیگر چالش‌های سیاست اعطای ارز ترجیحی در حوزه دارو اشاره و بیان کرد: اعطای ارز ترجیحی پروسه خاصی داشت و باید در مجلس مصوب می‌شد که این مسئله سبب می‌شد گاها ارز مورد نیاز به موقع تامین نشود. این مسئله باعث وقفه در تامین کننده و کمبود دارو می‌شد. وی که در یک برنامه رادیویی صحبت می‌کرد، با اعلام اینکه برای اجرای طرح دارویار، زیرساخت‌های لازم از جمله بیمه‌ها و سامانه‌های الکترونیکی را آماده کردیم، اظهار کرد: با اجرای این طرح، هیچ دارویی نسبت به قبل برای مردم گران نشده است، با اجرای این طرح ممکن است برای بعضی از بیماری‌ها هزینه کمتری توسط مردم پرداخت شود که در داروی بیماران خاص و صعب‌العلاج تا ۸۰ الی ۹۰ درصد کاهش قیمت داریم.

رئیس سازمان غذا و دارو در کشور گفت و ابراز کرد: این سیستم واحد و در وزارت بهداشت و سازمان غذا و دارو انجام می‌شود. با توجه به اینکه تمام داروخانه‌های بیمارستان‌ها متصل به این سامانه‌ها هستند و فاکتور صادر می‌کنند، اساسا قیمت دستی و یا دل بخواهی وجود ندارد؛ در حقیقت چه در تهران و چه در جزیره ابوموسی قیمت دارو فرقی ندارد زیرا کد رهگیری و اصالت سنجی داریم.

مصرف چای عمر را طولانی‌تر می‌کند

نتایج بررسی منتشر شده در سالنامه طب داخلی نشان می‌دهد نوشیدن حداقل دو فنجان چای در روز سلامت قلب را حفظ کرده و کمک میکند تا فرد عمر طولانی‌تری داشته باشد.

به گزارش پیام آشنا به نقل از لسکای نیوز: در این بررسی آمده است: افرادی که روزانه بیش از دو فنجان چای مصرف میکنند در مقایسه با افرادی که مصرف این نوشیدنی در برنامه روزانه آنان نیست عمر طولانی تری دارند.

یافته‌های بدست آمده در این بررسی حاکی از آن است: اثر مثبت مصرف چای تحت تاثیر اینکه چای، سیاه مصرف شود یا با شیر یا با شکر قرار نمیگیرد. همچنین دمای نوشیدنی یا گونه‌های زنتیکی موثر بر سرعت سوخت و ساز کافئین در افراد در اثر خنثی از چای تاثیری ندارد. کارشناسان موسسه ملی بهداشت از داده‌های بانک اطلاعاتی انگلیس استفاده کردند که نشان داد ۵۸ درصد از ۵۰۰ هزار مرد و زن ۴۰ تا ۶۹ ساله به طور مرتب چای مصرف میکنند. از این میان، ۸۹ درصد چای سیاه مصرف میکردند. کارشناسان در بررسی‌های انجام گرفته مشاهده کردند: مصرف مرتب چای سیاه یا کافئین ۴ تا ۱۳ درصدی خطر مرگ در افراد میانسال در یک بازه زمانی ۱۰ ساله همراه بوده است. هرچند، محققان اظهار کردند: این مطالعه به طور قطع تایید نمیکند که چای عامل کاهش مرگ زود هنگام در مصرف کنندگان این نوشیدنی است. همچنین این پرسش مطرح است آیا افرادی که چای مصرف نمیکنند برای بهبود سلامت خود، باید به مصرف این نوشیدنی رو آورند.

انتهای پیام

صحبانه آسانی که سطح کلسترول بد را کاهش می‌دهد

کلسترول بد می‌تواند شریان‌ها را مسدود کند و منجر به بیماری‌های قلبی عروقی شود؛ نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که خوردن جو دوسر، سطح کلسترول بد را در بدن کاهش می‌دهد.

به گزارش پیام آشنا به نقل از سایکولوژی، جو دوسر منبع غنی از بتا گلوکان، فیبری است که طیف وسیعی از فواید با خود به همراه دارد. با این حال، ممکن است دریافت مقدار توصیه شده فیبر جو دوسر فقط از یافوز جو دوسر دشوار باشد. در عوض، محققان سیوس جو دوسر را توصیه می‌کنند زیرا مقدار بتا گلوکان آن دو برابر است. سیوس جو دوسر به عنوان غلات موجود است همچنین در برخی از محصولات پخته شده نیز وجود دارد. نتایج حاصل از این تحقیق شامل بررسی ۵۸ کارآزمایی بالینی شامل تقریبا ۴۰۰۰ نفر است. این مطالعات تأثیر رژیم غذایی غنی شده با جو دوسر را بر کلسترول LDL (یا کلسترول بد)، کلسترول غیر HDL و آپولیپوپروتئین ب بررسی کردند. آپولیپوپروتئین ب یک لیپوپروتئین است که کلسترول بد را از طریق خون منتقل می‌کند.

دکتر ولادیمیر ووکسان که این مطالعه را رهبری کرد، نتایج تحقیق را چنین توضیح داد: رژیم غذایی غنی شده با حدود ۳.۵ گرم فیبر بتا گلوکان در روز از جو دوسر به طور متوسطی کلسترول LDL همچنین غیر HDL و آپولیپوپروتئین ب را در مقایسه با رژیم‌های کنترل بهبود می‌بخشد. این مطالعه نشان داد که با مصرف جو دوسر کلسترول LDL به میزان ۴.۲ درصد، کلسترول غیر HDL به میزان ۴.۸ درصد و آپولیپوپروتئین ب ۲.۳ درصد کاهش یافته است.

یکی از اولین مطالعات که در سال ۱۹۶۳ انجام شد، نشان داد که تغییر رژیم غذایی از نان سفید به نان جو دوسر باعث کاهش کلسترول LDL می‌شود.

زنان و خانواده

اعطای فرزندخواندگی دختران بالای ۷ سال به دخترانِ مجرد

مدیر کل امور کودکان و نوجوانان سازمان بهزیستی کشور با بیان اینکه بعد از ثبت درخواست، سازمان بهزیستی وضعیت اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و آمادگی متقاضیان را برای سرپرستی از کودکان تحت پوشش را بررسی خواهد کرد، گفت: در این بررسی، شرایط سنی، تحصیلی، درآمد، سلامت جسمی و روانی و تناسب کودک مورد تقاضا با خانواده‌ها از زیبایی خواهد شد و بهزیستی نظر خود را جهت صدور حکم به دادگاه اعلام می‌کند.

وی با بیان اینکه تعداد متقاضیان فرزندپذیری بسیار بالا است، گفت: برای سرعت در تحویل کودک، متقاضیان می‌توانند کودک با سن بالای پنج سال یا کودکان دارای معلولیت یا نیازمند پیگیری درمان باشند.

مدیر کل امور کودکان و نوجوانان سازمان بهزیستی کشور با بیان اینکه بعد از ثبت درخواست، سازمان بهزیستی وضعیت اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و آمادگی متقاضیان را برای سرپرستی از کودکان تحت پوشش را بررسی خواهد کرد، گفت: در این بررسی، شرایط سنی، تحصیلی، درآمد، سلامت جسمی و روانی و تناسب کودک مورد تقاضا با خانواده‌ها از زیبایی خواهد شد و بهزیستی نظر خود را جهت صدور حکم به دادگاه اعلام می‌کند.

به گزارش پیام آشنا به نقل از ایسنا سعید پایابی درخصوص زنان مجرد متقاضی فرزندخوانده بیان کرد: زنان مجرد اولویت دوم فرزندخواندگی هستند که می‌توانند نگهداری فرزندان دختر فاقد سرپرست موثر تحت پوشش سازمان بهزیستی را بر عهده بگیرند. البته با توجه به این که اولویت نخست بهزیستی با خانواده‌های بدون فرزند است، معمولا کودکان دختر با سن بالای ۷ سال، تحت سرپرستی بانوان مجرد قرار می‌گیرند. مسیر پذیرش کودکان نیازمند پیگیری درمان در کلیه سنین نیز برای این بانوان گشوده است و در طول سال‌های اخیر چندین مورد از پذیرش این کودکان در استان‌های مختلف ثبت شده است.

نازه های سلامت

کاهش خطر مرگ زودرس با مصرف پروتئین‌های گیاهی

عضو هیئت علمی دانشکده تغذیه دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، توصیه کرد افراد برای کاهش خطر مرگ زودرس، پروتئین‌های گیاهی را جایگزین پروتئین های حیوانی کنند.

به گزارش پیام آشنا به نقل از مهر، مرجان باژن گفت: امروزه افراد زیادی در جهان علاقمند به پیروی از رژیم‌های گیاهخواری یا وگان (vegan) و کاهش مصرف محصولات حیوانی شده‌اند. وی افزود: حفظ و ارتقای سلامتی، حمایت از حقوق حیوانات و اعتقادات مذهبی از جمله دلایلی است که این افراد را به سمت این نوع رژیم غذایی سوق داده است.

این استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بر اساس گزارش آکادمی تغذیه و رژیم غذایی آمریکا در سال ۲۰۱۶، گفت: یک رژیم گیاهخواری یا وگان می‌تواند تمام نیازهای تغذیه‌ای بزرگسالان، کودکان و زنان باردار و شیرده را تأمین کند. وی، دریافت مقادیر کافی پروتئین، ویتامین‌ها و مواد معدنی ضروری برای آنهایی که گوشت یا محصولات حیوانی مصرف نمی‌کنند را دشوارتر ذکر کرد و افزود: این افراد باید از قبل برنامه‌ریزی کنند تا اطمینان یابند که پروتئین، کلسیم، آهن و ویتامین B۱۲ کافی دریافت می‌کنند.

ارتباط بین مصرف پروتئین‌های گیاهی و حیوانی با طول عمر افراد

باژن با اشاره به نتایج تحقیقات مؤسسه ملی سلامت آمریکا در خصوص رژیم غذایی و سلامت، ادامه داد: بررسی ارتباط بین مقدار دریافت پروتئین و میزان مرگ شرکت‌کنندگان در این مطالعه نشان دهنده کاهش خطر کلی مرگ در افرادی که پروتئین گیاهی بیشتری مصرف کردند نسبت به سایر افراد بود. به گفته وی، بر اساس نتایج مطالعه مذکور جایگزین کردن سه درصد از پروتئین حیوانی مصرفی در رژیم غذایی با منابع پروتئین گیاهی نظیر نان، ماکارونی و سایر غلات باعث کاهش خطر مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی تا ۱۲ درصد در افراد شد.

باژن افزود: این ارتباط به ویژه زمانی قوی‌تر بود که منابع پروتئین حیوانی مثل تخم مرغ و گوشت قرمز با پروتئین‌های گیاهی جایگزین شده بود. وی خاطرنشان کرد: محققان دانشگاه هاروارد و دانشگاه علوم پزشکی تهران نیز برای تعیین رابطه بین میزان مصرف پروتئین‌های حیوانی و گیاهی با مرگ و میر ناشی از سرطان، بیماری‌های قلبی عروقی و سایر علت‌ها ۳۲ مطالعه را مورد بررسی قرار دادند.

باژن افزود: نتایج بررسی‌های مذکور نشان داد به ازای دریافت هر سه درصد کالری بیشتر از منابع پروتئین گیاهی مانند حبوبات، غلات و محصولات سویا، خطر مرگ حدود پنج درصد در افراد کاهش می‌یابد. در حالی که مصرف پروتئین‌های حیوانی خطر مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی یا سرطان را کاهش نمی‌دهد.

برای افزایش طول عمر باید پروتئین‌های گیاهی را جایگزین پروتئین‌های حیوانی کرد

به گفته وی، این مطالعه نیز همانند سایر مطالعات تاکید می‌کند که برای افزایش طول عمر باید پروتئین گیاهی را جایگزین پروتئین حیوانی در رژیم غذایی کرد. این استادیار دانشکده تغذیه خاطرنشان کرد: غذاهای گیاهی مناسب، منابع خوب پروتئین و سایر مواد مغذی هستند و اغلب کالری کمتری نسبت به محصولات حیوانی دارند. وی افزود: برخی از این محصولات مانند لوبیای سویا، پروتئین کامل محسوب می‌شوند و حاوی همه اسید آمینه‌های ضروری مورد نیاز بدن هستند و برخی دیگر فاقد تعدادی از این اسیدهای آمینه هستند، بنابراین داشتن یک رژیم غذایی متنوع مهم است.

۲ عامل مهم در بروز کمبودهای دارویی و راهکار موجود

عضو هیئت مدیره انجمن داروسازان تهران در باره نگرانی دیگر صنعت دارو تصریح کرد: در سالهای گذشته عدم افزایش قیمت داروها متناسب با میزان رشد تورم باعث ایجاد فشار به صنعت داروسازی کشور شده بود اما در زمان حاضر با ایجاد گذاری جدید داروها این هزینه‌ها تا حدی جبران شده است؛ در عین حال این نگرانی وجود دارد که با افزایش قیمت نهاده‌های تولید، شیشه‌ها و لوازم مورد نیاز برای بسته‌بندی داروها شاهد افزایش هزینه تولید باشیم؛ از آنجا که کنترل قیمت این اجزا نیز در حیطه اختیارات وزارت بهداشت نیست و وزارت صمت در آن دخیل است؛ در صورتی که افزایش قیمت این مواد رخ بدهد، صنعت دارو با چالش مواجه خواهد شد؛ زیرا در صورت افزایش قیمت مواد جانبی و بسته‌بندی، برخی شرکت‌ها مجبور خواهند شد که با این اجزا احذف کنند و بلوبُرینی در فرمولاسیون و بسته‌بندی دارو داشته باشند که این تغییرات و بل‌بینی‌ها نیازمند انجام مجدد مطالعات پایداری است و در صورت رخ دادن چنین اتفاقی ممکن است انجام مطالعات پایداری ۶ ماه تا یک سال طول بکشد که منجر به بروز کمبود برخی داروها در کشور خواهد شد. محبوبی ادامه داد: در سالهای گذشته نیز علت قیمت شیشه‌آلات و مواد لازم برای بسته‌بندی داروها، بالا رفته است و از سوی دیگر سازمان غذا و دارو قیمت داروها را تعیین کرده است و بدلیل آن که فروش دارو با قیمت‌های بالاتر از قیمت مصوب سازمان امکان‌پذیر نیست، تولید این داروها نیز برای تولیدکنندگان به صرفه نبوده و درنتیجه تولید دارو به مشکل خورده است.

به گزارش پیام آشنا به نقل از تسنیم، آرش محبوبی با اشاره به پیشرفت‌های چشمگیر صنعت داروسازی در سال‌های گذشته افهار کرد: در حالی که در سال ۱۳۵۷ تنها ۲۵ درصد نیاز کشور به دارو در داخل کشور تأمین می‌شد، آن این میزان به بیش از ۹۰ درصد رسیده است و بنابراین صنعت داروسازی ایران یکی از افتخارات کشورمان به‌شمار می‌رود.

لزوم پرداخت به‌موقع مطالبات داروخانه‌ها

وی با بیان اینکه با وجود این پیشرفت‌ها صنعت دارو با مشکلاتی نیز مواجه است؛ افزود: با اجرای طرح دارویار سعی شد جلوی قسمتی از مشکلات صنعت دارو گرفته شود اما برخی مسائل نگرانی داروخانه‌ها را نسبت به این طرح برانگیخته است؛ از جمله این که در طرح دارویار، قرار است پرداختی قیمت دارو از مسیر بیمه‌ها انجام شود که یکی از نگرانی‌های داروسازان و صنعت دارو این است که بیمه به‌عنوان کانال پرداختی این طرح، به‌موقع به تعهدات خود عمل نکند. محبوبی ادامه داد: تأخیر بیمه‌ها در پرداخت مطالبات داروخانه‌ها باعث گرفتاری مردم و داروخانه‌ها خواهد شد، زیرا اگر بیمه‌ها عملکرد مناسبی نداشته باشند یا بودجه به‌موقع به دست آنها نرسد، پولی که قرار است به دست زنجیره تأمین دارو برسد با تأخیر پرداخت و چرخه تأمین دارو دچار مشکل می‌شود؛ البته در یک ماه اخیر مشکل جدی در اجرای طرح وجود نداشته و اجرای طرح دارویار توانسته است پرداختی از جیب مردم را در حد قبل و اجرای طرح ثابت نگه دارد.

افزایش قیمت نهاده‌های تولید از عوامل بروز کمبودهای دارویی

عضو هیئت مدیره انجمن داروسازان تهران در باره نگرانی دیگر صنعت دارو تصریح کرد: در سالهای گذشته عدم افزایش قیمت داروها متناسب با میزان رشد تورم باعث ایجاد فشار به صنعت داروسازی کشور شده بود اما در زمان حاضر با ایجاد گذاری جدید داروها این هزینه‌ها تا حدی جبران شده است؛ در عین حال این نگرانی وجود دارد که با افزایش قیمت نهاده‌های تولید، شیشه‌ها و لوازم مورد نیاز برای بسته‌بندی داروها شاهد افزایش هزینه تولید باشیم؛ از آنجا که کنترل قیمت این اجزا نیز در حیطه اختیارات وزارت بهداشت نیست و وزارت صمت در آن دخیل است؛ در صورتی که افزایش قیمت این مواد رخ بدهد، صنعت دارو با چالش مواجه خواهد شد؛ زیرا در صورت افزایش قیمت مواد جانبی و بسته‌بندی، برخی شرکت‌ها مجبور خواهند شد که با این اجزا احذف کنند و بلوبُرینی در فرمولاسیون و بسته‌بندی دارو داشته باشند که این تغییرات و بل‌بینی‌ها نیازمند انجام مجدد مطالعات پایداری است و در صورت رخ دادن چنین اتفاقی ممکن است انجام مطالعات پایداری ۶ ماه تا یک سال طول بکشد که منجر به بروز کمبود برخی داروها در کشور خواهد شد. محبوبی ادامه داد: در سالهای گذشته نیز علت قیمت شیشه‌آلات و مواد لازم برای بسته‌بندی داروها، بالا رفته است و از سوی دیگر سازمان غذا و دارو قیمت داروها را تعیین کرده است و بدلیل آن که فروش دارو با قیمت‌های بالاتر از قیمت مصوب سازمان امکان‌پذیر نیست، تولید این داروها نیز برای تولیدکنندگان به صرفه نبوده و درنتیجه تولید دارو به مشکل خورده است.

افزایش پوشش بیمه‌ای داروها راه‌حل مشکل افزایش قیمت مواد جانبی

عضو هیئت مدیره انجمن داروسازان تهران راهکار این مسئله را افزایش پوشش بیمه‌ای داروها عنوان و بیان کرد: البته باید توجه داشت که در سالهای اخیر صنعت بیمه‌ای مارشد آن چنانی نداشته است. وی چالش دیگر صنعت داروسازی را نحوه قیمت‌گذاری داروها عنوان کرد: در کشورهای دیگر قیمت‌گذاری دارو از ارائه است و بیمه‌ها سقف مشخصی از قیمت را برای پوشش بیمه‌ای یک دارو تعیین می‌کنند؛ در این صورت برخی شرکت‌ها برای آنکه داروهایشان تحت پوشش بیمه قرار بگیرد قیمت خود را بالاتر از سقف تعیین‌شده توسط بیمه کاهش می‌دهند که این امر باعث می‌شود مردم به برخی داروها با پوشش بیمه‌ای دسترسی پیدا کنند و برخی دیگر از بیماران که تمکن مالی بالاتری دارند به انتخاب خودشان داروهایی را که گران‌تر هستند و کیفیت بالاتری دارند به‌صورت آزاد تهیه کنند. محبوبی با ارائه مثالی تصریح کرد: در زمان حاضر داروهایی که در شرکت‌های مختلف تولید می‌شوند صرفنظر از کیفیتشان قیمت مشابهی دارند، مثلا کسپول آموکسی‌سیلین تولیدشده در شرکت‌های مختلف، یک قیمت ثابت دارد و بیمه‌ها نیز همان قیمت را پوشش می‌دهند در حالی که ممکن است بسته‌بندی و کیفیت مواد اولیه داروی آموکسی‌سیلین ساخته‌شده در یک شرکت بهتر از شرکت دیگر باشد؛ این مسئله باعث می‌شود برخی شرکت‌ها بسوی مصرف مواد با حداقل کیفیت سوق داده شوند زیرا صرفنظر از کیفیت مواد اولیه استفاده‌شده برای تولید دارو، قیمت یکسان خواهد بود. به گفته وی در صورتی که قیمت‌گذاری دارو آزاد شود؛ شرکت‌های تولیدکننده‌ای که بدنبال کسب سود از ره حجم فروش دارو هستند؛ بسوی محصولات تحت پوشش بیمه می‌روند و آن شرکت‌هایی که بدنبال کسب سود از ره ارتقای کیفیت هستند؛ سیاست‌های کیفی خود را در پیش می‌گیرند؛ البته بحث تحریم‌ها و محدودیت‌های ارزی باعث شده است سیاست‌گذاران حوزه غذا و دارو تمایل چندانی به این رویکرد نداشته باشند.

روزنه

دولت سیزدهم یا دولت شانزدهم؟

اصطلاح دولت سیزدهم را فرض انتساب هر دولت به رییس‌جمهوری ایفاء شده که نادرست است.

به گزارش پیام آشنا به نقل از عصر ایران، آن قدر هر روز تعبیر دولت سیزدهم را برای کلیه نامه‌ها، برنامه‌ها، رییسی می‌شنویم که مثل‌ذیه تشکیک در آن غیر ضروری به نظر برسد. ولی واقعیت این است که دولت کنونی شانزدهمین دولت جمهوری اسلامی ایران است نه سیزدهم.

اصطلاح دولت سیزدهم ناشی از این تصور است که از ابتدا هر رئیس‌جمهوری رییس دولت هم بوده؛ حال آن که از ۱۳۶۸ به این سو و پس از بازنگری در قانون اساسی و حذف نخست‌وزیر، ریاست دولت بر عهده رییس‌جمهوری شد و قبل از آن رییس‌جمهوری رییس دولت نبود. ضمن اینکه در سه دولت اساسا رییس‌جمهوری نداشتیم: دولت‌های اول و دوم و چهارم. اما در عمل با حذف سه دولت، بازرگان و شورای انقلاب و مهدوی کنی هر دولت با یک دوره ریاست‌جمهوری انطباق داده شده و بر این اساس چون ۱۳ دوره انتخابات ریاست‌جمهوری برگزار شده به دولت فعلی سیزدهم گفته می‌شود. اگر هم از روی تسامح و رواج بتوان پذیرفت اما نمی‌توان به دولت را که مجموعا ۲۳ ماهبر سر کار بوده‌اند، از تاریخ کنار گذاشت وقتی در دوره ۸ مشروطه دولت‌های چند روزه را هم به حساب می‌آوریم.

واقعیت تاریخی از ۱۶ دولت حکایت می‌کند از این قرار:

۱. دولت موقت انقلاب اسلامی (بعد از ۱۲ فروردین ۱۳۵۸): دولت موقت جمهوری اسلامی ایران) به ریاست مهندس مهدی بازرگان (نخست‌وزیر) از بهمن ۱۳۵۷ تا آبان ۱۳۵۸

۲. دولت شورای انقلاب (بدون رییس‌جمهوری یا نخست‌وزیر) از آبان ۱۳۵۸ تا شهریور ۱۳۵۹

۳. دولت شهید محمدعلی رجایی (نخست‌وزیر) در زمان ریاست‌جمهوری ابوالحسن بنی‌صدر (از شهریور ۱۳۵۹ تا مرداد ۱۳۶۰)

۴. دولت شهید محمدجواد باهنر (نخست‌وزیر) در زمان ریاست‌جمهوری شهید رجایی (مرداد و شهریور ۱۳۶۰)

۵. دولت آیت‌الله مهدوی کنی (نخست‌وزیر) در زمان فقدان رییس‌جمهوری و زیر نظر شورای موقت ریاست‌جمهوری (از شهریور تا آبان ۱۳۶۰)

۶ و ۷. دو دولت مهندس میرحسین موسوی (از آبان ۱۳۶۰ تا مرداد ۱۳۶۸) و در زمان ریاست‌جمهوری آیت‌الله خامنه‌ای

۸ و ۹. دو دولت هاشمی رفسنجانی (رییس‌جمهوری) از شهریور ۱۳۶۸ تا شهریور ۱۳۷۶

۱۰ و ۱۱. دو دولت سیدمحمد خاتمی (رییس‌جمهوری) از شهریور ۱۳۷۶ تا شهریور ۱۳۸۴

۱۲ و ۱۳. دو دولت محمود احمدی‌نژاد (رییس‌جمهوری) از شهریور ۱۳۸۴ تا شهریور ۱۳۹۲

۱۴ و ۱۵. دو دولت حسن روحانی (رییس‌جمهوری) از شهریور ۱۳۹۲ تا شهریور ۱۴۰۰

۱۶. دولت سیدابراهیم رییسی (رییس‌جمهوری) از شهریور ۱۴۰۰

یکی از دلایل بروز اشتباه هم این است که مرجعی نخست‌وزیر با رجایی رییس‌جمهوری یکی گرفته می‌شود؛ حال آنکه مراد از دولت رجایی دولت او از شهریور ۵۹ تا مرداد ۶۰ است که نخست‌وزیر بود و بنی‌صدر رییس‌جمهوری بوده نه دوران کوتاه ریاست‌جمهوری او که دکتر باهنر نخست‌وزیر شد.

دلیل دیگر موقت دانستن دولت مهدوی کنی است حل آنکه موقت نبود و رأی اعتماد گرفت و اگر استعفا نمی‌کرد چه بسا رییس‌جمهوری جدید مجلس لطف قانونی نمی‌توانست او را برکنار کند و نیاز به رأی عدم اعتماد بود. یا اینکه دولت موقت بازرگان را به حساب نمی‌آورند؛ حال آنکه در این حلت کلمهٔ «دولت» چه می‌شود و اگر دولت نبود پس چه‌بود؟

این یادداشت برای نکته‌سنجی زیاده از حد نیست و نوشنده می‌داند اصطلاح دولت سیزدهم کاملا جا افتاده و اگر سیزدهم را برداریم قبلی‌ها هم به هم می‌زند اما هفتهٔ دولت تنها برای تبلیغ دولت مستقر نیست. فرصتی برای اثبات به دولت‌های پیشین هم هست؛ خاصه اینکه تحلیل‌های نواصول گرایی ایرانی، به تبدیل رییس‌جمهوری به نخست‌وزیر قانع نیست و مایل است تنخاب رییس‌جمهوری هم به بیلت سپرده شود تا شورای نگهبان از فشار رد صلاحیت گسترده چهره‌های سیاسی در هر چهار سال خلاص شود

یک بار دیگر مرور می‌کنیم:

۱. در ایران بعد از انقلاب تاکنون ۱۶ دولت تشکیل شده است نه ۱۳ دولت.

۲. از سال ۱۳۵۸ به این طرف ۱۳ بار انتخابات ریاست‌جمهوری برگزار شده و اگر چه از ۱۳۶۸ به بعد، رییس‌جمهوری، رییس دولت هم بوده است اما قبل از آن ریاست دولت با نخست‌وزیر بوده و در یک مورد (دولت شورای انقلاب) نخست‌وزیر هم نداشتیم.

۳. اصطلاح دولت سیزدهم را با فرض انتساب هر دولت به رییس‌جمهوری ایفاء شده که نادرست است.

۴. حسب اسامی نام اشخاص رییسان دولت‌ها باید از انقلاب و فارغ از اینکه دوران آنان کوتاه بوده یا نه دورهٔ کامل و ایفاء نخست‌وزیر و بعد رییس‌جمهوری از این قرار است:

۱. مهندس بازرگان ۲. محمدعلی رجایی ۳. محمدجواد باهنر ۴. محمدرضا مهدوی کنی ۵. میرحسین موسوی ۶. اکبر هاشمی رفسنجانی ۷. سیدمحمد خاتمی ۸. محمود احمدی‌نژاد ۹. حسن روحانی ۱۰. سیدابراهیم رییسی

۵. بدون ترتیب سیدابراهیم رییسی هشتمین رییس‌جمهوری و دهمین رییس دولت در جمهوری اسلامی ایران است. نه سیزدهمین رییس‌جمهوری است نه سیزدهمین رییس دولت منتها با تسلح و بر اساس ادوار انتخابات عنوان دولت سیزدهم رایج شده شاید با توجه به موقت‌بودن دولت موقت، نخست‌وزیر نداشتن و انتقالی‌بودن دولت شورای انقلاب و رییس‌جمهوری نداشتن دولت مهدوی کنی منتها اگر این سه که جمعا ۲۳ ماه عهده‌دار ادارهٔ کشور در فتنهای سال ۵۷ و سال‌های ۵۸ و ۵۹ و ۶۰ بوده‌اند، دولت نبوده‌اند، پس چه‌بوده‌اند؟!

آنچه باید درباره آنفلوانزای گوجه فرنگی بدانیم

رئیس مرکز تحقیقات ویروس شناسی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی با اشاره به اینکه ویروس جدیدی با نام آنفلوانزای گوجه فرنگی در هندوستان شایع شده است، توضیحاتی درباره این بیماری ارائه داد.

به گزارش پیام آشنا به نقل از مهر، علیرضا ناجی با اشاره به اینکه آنفلوانزای گوجه‌فرنگی یا تب گوجه‌فرنگی، عفونتی ویروسی است، اظهار کرد: این بیماری تهدید کننده زندگی نیست و بیماری شایعی در کودکان است.

وی با بیان اینکه به تازگی این بیماری عفونی و تبزا در برخی از مناطق هندوستان گزارش شده است، افزود: اول شهریور وزارت بهداشت هندوستان دستورالعملی را درباره آنفلوانزای گوجه‌فرنگی منتشر کرده است.

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با اشاره به نشانه‌های ابتلاء به آنفلوانزای گوجه‌فرنگی خاطرنشان کرد: در این بیماری بثورات دایره‌ای شکلی روی بدن ایجاد می‌شود، تب، درد مفاصل و و گاها اسهال نیز از نشانه‌های ابتلاء به این بیماری است.

کم آبی بدن، تهوع، استفراغ و خستگی از دیگر علامت‌های ابتلاء به این بیماری است که دکتر ناجی به آن اشاره کرد و ادامه داد: آنفلوانزای گوجه‌فرنگی معمولا با نام HFMD که به معنای بیماری دهان، دست و پا نامیده می‌شود نیز معروف است، عامل این بیماری نوعی انترو ویروس که اساسا از طریق گوارشی و همچنین تنفس منتقل می‌شود. تصور می‌شود آنفلوانزای گوجه‌فرنگی توسط ویروس کوکساکی A۱۶-A۶ ایجادشده باشد.

وی با تاکید بر اینکه تعداد عفونت‌های ویروسی که کودکان به آن مبتلا می‌شوند بسیار زیاد است و نمی‌توان همه این ویروس‌ها را در آزمایشگاه مورد بررسی قرار داد عنوان کرد: در سال‌های اخیر با توجه به تأثیر بیماری‌های همه‌گیر تعداد آزمایشات انجام شده در آزمایشگاه‌های ویروس شناسی به میزان قابل توجهی افزایش یافته است.

رئیس مرکز تحقیقات ویروس شناسی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با اشاره به اینکه بیماری آنفلوانزای گوجه‌فرنگی به راحتی قابل شناسایی است گفت: عفونت‌های ایجاد شده ناشی از این ویروس می‌تواند باعث بروز برخی علامت‌های عصبی شود، بنابراین عفونت مغزی نیز ممکن است در مبتلایان بوجود بیاید.

وی گفت: این بیماری در ۹۹ درصد مبتلایان، بیماری خودبه‌خود برطرف می‌شود.

رئیس مرکز تحقیقات ویروس شناسی دانشگاه با بیان اینکه بثورات گوجه فرنگی معمولا روی زبان، لثه‌ها، داخل گونه، کف دست و پا ایجاد می‌شود خاطرنشان کرد که در برخی افراد این نشانه‌ها بر ناخن بروز می‌کند. ناجی به روش‌های درمانی بیماری آنفلوانزای گوجه فرنگی اشاره کرد و افزود: داروها بر اساس علامت‌های بیماری تجویز می‌شوند و بر اساس دستورالعمل‌هایی که برای این بیماری منتشر شده مبتلایان باید بین پنج تا هفت روز ایزوله باشند. باید به سایرین نیز آموزش داد که کودک مبتلا به این بیماری را در آغوش نگیرند و همچنین مراقبت کنند که کودک انگشت خود را میک نزند.

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در پاسخ به این سوال که آیا ممکن است آنفلوانزای گوجه‌فرنگی را با آنفلوانزای میمونی اشتباه تشخیص داده شود، گفت: بثورات آبله میمونی عمیق‌تر است و گسترش بثورات روی بدن نیز متفاوت است اما مانند آبله میمونی درمان خاصی هم برای آنفلوانزای گوجه فرنگی وجود ندارد.