خبر

انتصاب مشاور امور نخبگان در شورای‌عالی انقلاب فرهنگی

■ **فارس:** رییس کمیسیون «فرهنگی و اجتماعی و پیوست‌نگاری فرهنگی» و مشاور دبیر شورای‌عالی انقلاب فرهنگی در امور نخبگان با احکام «محمدرضا مخبردزفولی» منصوب شدند. مخبردزفولی طی حکمی مجتبی خیام‌نکویی را به عنوان مشاور دبیر شورای‌عالی انقلاب فرهنگی در امور نخبگان منصوب کرد. گفتنی است، طراحی سازوکارهای مناسب مبنی بر استفاده نخبگان علمی و استعدادهای درخشان به‌منظور پیشرفت جهشی نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران به عنوان وظایف مشاور دبیر شورای‌عالی انقلاب فرهنگی در امور نخبگان است.

ورود ۴۶۷هزار توریست عراقی به ایران

■ **فارس:** معاون گردشگری کشور از حضور هیات عراقی در ایران برای انجام عقد قراردادها در راستای ورود ۷/۵میلیون توریست خارجی خبر داد و گفت: عراق یکی از کشورهای هدف توسعه گردشگری است که سال گذشته ۴۶۷هزار نفر عراقی به ایران سفر کردند. منوچهر جهانیان اظهار داشت: معاونت گردشگری به منظور تحقق برنامه ورود ۷/۵میلیون توریست خارجی به ایران در سال ۱۳۹۱ با هیات‌های مختلفی از کشورهای گوناگون ارتباط می‌گیرد که این هیات‌ها عمدتا از تورگردانان مطرح کشورها هستند. وی افزود: پس از هیات کره‌ای که طی روزهای اخیر از ایران بازدید و با تورگردانان ایرانی عقد قرارداد داشتند نوبت به هیات عراقی رسیده است که سفر یک‌هفته‌ای خود در ایران را آغاز کرده‌اند.

راه‌اندازی مسیر ویژه نابینایان در خطوط جدید مترو

■ **فارس:** مدیر ارتباطات و امور بین‌الملل شرکت بهره‌برداری مترو تهران و حومه گفت: در ایستگاه‌های میدان حر، آزادی، حسن‌آباد، امام خمینی(ره)، بهارستان، فدک، گلبرگ، شهید باقری و تهرانپارس مسیر ویژه نابینایان راه‌اندازی شده است. مدیر ارتباطات و امور بین‌الملل شرکت بهره‌برداری مترو تهران گفت: این شرکت تسهیلاتی را در قالب ایجاد هندریل، گیت ویلچری، علایم راهنمای نابینایان، رمپ، آسانسور، پله‌های برقی و مسیر برجسته ویژه نابینایان برای تردد معلولان در ایستگاه‌ها فراهم کرده است.

پروژه تولید واکسن اعتیاد در کشور به نتیجه نرسید

■ **فارس:** رییس دانشکده داروسازی تهران گفت: پروژه تولید واکسن اعتیاد که در ایران نیز در دولت گذشته دنبال می‌شد به نتیجه نرسید و تاکنون در هیچ کشوری واکسنی برای پیشگیری از اعتیاد تولید نشده است. «رسول دیناروند» افزود: در زمان مسوولیت بنده به عنوان معاون غذا و داروی وزیر بهداشت، پروژه‌ای را در انستیتو پاستور ایران شروع کردیم که در واقع پروژه تولید واکسن اعتیاد بود اما تا زمانی که بنده مسوولیت داشتم این پروژه به سرانجام نرسید و تاکنون در هیچ جای دنیا نیز چنین واکسنی تولید نشده است. معاون سابق غذا و داروی وزارت بهداشت گفت: از نظر تئوری برنامه این بود که با توجه به عملکرد فیزیولوژیک مواد افیونی و مخدر در بدن کاری کنیم که با ورود مواد شبه‌مورفین در بدن، آنتی‌مورفین در بدن ترشح شود و با ترشح این آنتی‌بادی در بدن اثرات موادمخدر از بین برود.

میزان موفقیت کمپ‌های درمان معتادان به ۷ تا ۸ درصد کاهش یافته است

هشدار کارشناسان درباره افزایش ناکارآمدی کمپ‌های درمان اعتیاد

عکس: مهدی حسنی، شرق

مینا عینی‌فر: با رسیدن هفته مبارزه با موادمخدر، مسوولان دستگاه‌های مختلف شروع به ارایه طرح‌های تازه درباره درمان اعتیاد کرده و از برنامه‌های جدید سخن می‌گویند؛ از ادغام کمپ‌های درمان اعتیاد با طرح پزشک خانواده و برنامه‌های کاهش آسیب در وزارت بهداشت تا ایجاد اردوگاه‌های محکومان موادمخدر در ستاد مبارزه با موادمخدر. همزمان اما خبرهای نگران‌کننده‌ای از کمپ‌های درمان اعتیاد به گوش می‌رسد. کمپ‌هایی که به عنوان ستون اصلی روش‌های درمان اعتیاد در کشور در دهه ۸۰ رشد کمی قابل توجهی داشتند، حالا در شرایطی قرار گرفته‌اند که متخصصان این حوزه نسبت به ادامه روند فعلی آنها هشدار می‌دهند. به گفته برخی از مجریان کمپ‌ها، مشکلاتی مانند دور ماندن از درمان‌های روز دنیا، نبود تنوع در شیوه‌های درمانی و مدت درمان‌ها، گرایش به سود اقتصادی در کمپ‌ها و ورود افراد غیرمتخصص به کادر اجرایی این مراکز باعث افت کیفیت آنها شده است. این در حالی است که ستاد مبارزه با موادمخدر و سازمان بهزیستی روند تاسیس کمپ‌های جدید را ادامه می‌دهند. اما مدیرعامل سازمان مردم‌نهاد زندگی پاک از کاهش شدید میزان باقی ماندن معتادان بر پاکی پس از ترک در کمپ‌ها خبر می‌دهد. به گفته «نصیر طالبی» کمپ‌های درمان اعتیاد از یک سو به سمت سود اقتصادی و ایجاد کسب و کار تمایل پیدا کرده و از سوی دیگر با استفاده از کادر غیرمتخصص، میزان موفقیت مراکز درمانی را از حدود ۵۰-۴۰درصد به هفت، هشت‌درصد کاهش داده‌اند. «عباس دیلمی‌زاده» مدیرعامل جمعیت تولد دوباره نیز طرح کمپ‌های ترک اعتیاد را در صورت ادامه روند فعلی منجر به شکست و آسیب‌شناسی در این زمینه را ضروری می‌داند. «سعید صفاتیان» عضو کمیته مبارزه با موادمخدر در مجمع تشخیص مصلحت بر صراحت قانون مبارزه با موادمخدر درباره درمان اعتیاد تاکید کرده و از وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و دانشگاه‌های علوم پزشکی به عنوان متولیان کار اجرایی در زمینه اعتیاد نام می‌برد که لازم است در اجرای قانون جدید موادمخدر جدیت بیشتری به خرج دهند.

انحراف کمپ‌ها از اهداف اولیه و لزوم آسیب‌شناسی

کمپ‌ها یا مراکز درمان سوءمصرف موادمخدر از سال ۱۳۸۰ آغاز به کار کردند و در حال حاضر ۵۷۰ کمپ مجاز در کشور وجود دارد. اما کارشناسان می‌گویند رشد کیفی این کمپ‌ها همپای رشد کمی آنها حرکت نکرده است. نصیر طالبی مدیرعامل مرکز مردم‌نهاد زندگی پاک در گفت‌وگو با «شرق» می‌گوید: «به نظر می‌رسد برخی می‌خواهند با تغییر اسم از این فعالیت بهره‌برداری کنند. مثلا سیستم‌های درمان TC و اجتماع درمان‌مدار از سوی برخی افراد به عنوان طرح‌های نو مطرح شده در حالی که ۱۰ سال است اجرا می‌شود و چیز تازه‌ای نیست. نگرش انتفاعی و اقتصادی در مراکز مردم‌نهاد رایج شده است. در حالی که سازمان مردم‌نهاد تعریف مشخصی دارد. در شأن «سمن»ها نیست که برای اشتغال‌زایی مراکز درمان اعتیاد را ایجاد کنند. طرح کمپ‌ها در پنج سال اول یعنی ۸۵-۸۰ خروجی موفقی داشت و باید وضعیت فعلی را آسیب‌شناسی کنیم و به اصول اولیه برگردیم.» طالبی ورود افراد غیرمتخصص را یکی دیگر از آسیب‌های کمپ‌های فعلی می‌داند: «افرادی که در کمپ‌ها خدمات می‌دهند از لحاظ تجربه و حسن شهرت باید شناخته‌شده باشند که این مورد هم به انحراف رفته است. در ابتدا قرار بود فقط افراد دارای شخصیت حقوقی بتوانند وارد شوند تا کار به سمن‌ها سپرده شود اما شاهدیم که اشخاص حقیقی نیز مرکز ایجاد می‌کنند بدون اینکه به لحاظ اجرایی تایید صلاحیت شوند. ممکن است مشکل ما فقط اجرایی نباشد و بخشی از مساله مشکل آیین‌نامه‌ای باشد که باید آسیب‌شناسی شود. مراکزی که در سال‌های گذشته تا۵۰-۴۰درصد بهبودی داشتند با این سیر حرکت، به خروجی هفت، هشت‌درصد درمان رسیده‌اند.»

آموزش کادر مجری در کمپ‌ها

یکی دیگر از کارشناسان درمان اعتیاد معتقد است طرح کمپ در سال‌های گذشته موفق بوده و نسبت به متوسط درمان قطعی در دنیا میزان بالاتری را کسب کرده است. با این حال کمپ‌ها نیاز به تطابق با نیازهای روز دنیا دارند. عباس دیلمی‌زاده مدیرعامل جمعیت تولد دوباره در گفت‌وگو با «شرق» می‌افزاید: «در دنیا میانگین باقی ماندن در پرهیز برای مدت هفت سال هفت‌درصد است. یعنی معتادانی که پاک می‌شوند هفت‌درصدشان به هفت‌سالگی می‌رسند و حدود ۱۳-۱۲درصد تا یک سال پاکی را تجربه می‌کنند. این رقم در کشور ما ۲/۵ تا سه‌برابر میانگین جهانی است. اما این روند تغییر کرده است و طرح کمپ‌های ترک اعتیاد با وضعیت فعلی منجر به شکست خواهد شد. در مقطعی که اولین کمپ‌های ترک اعتیاد در ایران راه‌اندازی شد به این دلیل که تعداد کمی از مراکز درمان سرپایی در کشور وجود داشت و برنامه اقامتی و بستری در کشور نبود این نیاز جامعه بود و این طرح توانست در شهرهای مختلف به سادگی در پنج سال اول گسترش پیدا کند. برنامه‌های جامع و درمانی زیادی در کمپ‌ها اجرا نمی‌شد. تنها چیزی که وجود داشت استفاده از مبانی و توانایی‌های گروه همتا بود.» این کارشناس معتقد است تغییر نوع مراجعه‌کنندگان و گروه اجتماعی نیازمند درمان از اقشار بی‌بضاعت به اقشار متوسط و بالا در سال‌های گذشته باعث ایجاد نیازهای تازه‌ای در درمان شده است: «کمپ‌ها نتوانستند آموزش‌های لازم روز و درمان روز را یاد بگیرند و پیاده کنند، به همین جهت به جای اینکه بتوانند سرویس خدمات خود را بهتر کنند بخش زیادی از کمپ‌ها به سمت استفاده از زور برای نگهداری معتادان در مراکزشان رفتند. این مسیر دوم گرچه ممکن است مشتری داشته باشد اما در اصل فرآیند درمانی در آن صورت نمی‌گیرد و منجر به شکست می‌شود.» دیلمی‌زاده کمپ‌ها را نیازمند دریافت آموزش‌های روز و ارتقای کیفیت می‌داند: «اعتیاد نیازمند دانش خاص خود است و یک روان‌شناس حداقل یک سال آموزش ممتد لازم دارد تا بتواند مداخلات اعتیاد را داشته باشد. بهزیستی در ارتقای کیفیت کمپ‌ها تنهاست و لازم است ستاد مبارزه با موادمخدر و دستگاه‌های دیگر با حمایت خود فرآیند را برای بهزیستی تسهیل کنند.» به گفته او دفتر تشکل‌ها در ستاد مبارزه با موادمخدر و همچنین سازمان بهزیستی نظرات کارشناسان را در این‌باره پذیرفته‌اند و برنامه‌های آموزشی در مراکز اقامتی به مجریان و تقویت کادر اداره‌کننده کمپ‌ها باید به سرعت پیگیری شود. همچنین سطح‌بندی مراکز درمانی نیز در دستور کار قرار گرفته است تا مراکزی که در سطح پایین‌تری قرار می‌گیرند برای ارتقای خود به سطح اول و دوم تلاش کنند و از کمک‌های بلاعوض بهره‌مند شوند.

جای خالی مدل‌های درمانی متفاوت

هیچ درمانی برای تمام معتادان نتیجه‌بخش نیست اما با این وجود مدل‌های درمانی متفاوت یکی از ضرورت‌های افزایش نتیجه‌بخشی درمان معتادان است. مدیرعامل جمعیت تولد دوباره درباره توسعه مدل‌های درمان اقامتی می‌گوید: «ما بسترهای درمان لازم را در کشورمان داریم. اما در این بسترها مدل‌های متنوع و مداخلات متنوعی می‌تواند اجرا شود. به طور مثال می‌توانید درمان نگهدارنده از مدل اقامتی داشته باشید در حالی که ما در کشورمان تا به حال درمان‌های MTC اقامتی نداشته‌ایم. همه درمان‌های متادون در مراکز سرپایی انجام می‌شد. یا سم‌زدایی دارویی و سم‌زدایی غیردارویی و برنامه‌های متنوع از نظر طول مدت اقامت نداشته‌ایم. اقامت می‌تواند بین یک ماه تا دو سال متفاوت باشد. اما ما در کشور عموما کمپ‌های ۲۱روزه داریم و نوع دیگری که تجربه کرده‌ایم TCهای سه ماهه تا شش ماهه است.»

درمان اجباری در کشور کیفیت لازم را ندارد

درمان اجباری معمولا درمانی موثر و پایدار به حساب نمی‌آید اما درمان اجباری به عنوان آخرین راه، یکی از ضرورت‌های مقابله با اعتیاد به عنوان بیماری‌ای است که تبعات اجتماعی دارد و تنها فرد بیمار را درگیر نمی‌کند. دادگاه‌های درمان‌مدار با فرستادن معتاد به مراکز درمانی با حکم قاضی و پیگیری مداوم وضعیت او با آزمایش‌های متعدد، به عنوان روشی موثر در درمان اعتیاد و کاهش جرم در دنیا شناخته شده است. اما کارشناسان اعتیاد معتقدند جای چنین مراکزی در کشور خالی است. دیلمی‌زاده مدیرعامل جمعیت تولد دوباره می‌گوید: «در این شیوه، فرد معتاد وقتی دستگیر می‌شود قاضی به او فرصت می‌دهد که برای درمان اقدام کند. اما این پایان کار نیست بلکه قاضی پیوسته از آن مرکز درمانی گزارش دریافت می‌کند که وضعیت فرد چگونه است. اگر فرد به درمانش ادامه دهد، می‌تواند از بخشودگی جرم استفاده کند و زندان نرود اما در صورتی که درمان را کنار بگذارد، قاضی حکم زندان صادر می‌کند. این ساده‌ترین شکل دادگاه‌های درمان‌مدار است.» به عقیده این کارشناس، از نظر منابع علمی تاثیر مداخلات و فشارهای اجتماعی در روی آوردن بیمار به ترک ثابت شده است. دیلمی‌زاده معتقد است ضعف قانونی در این موضوع وجود ندارد اما در شکل اجرا چندان شاهد چنین نظامی نبوده‌ایم. سعید صفاتیان عضو کمیته مبارزه با موادمخدر در مجمع تشخیص مصلحت نظام معتقد است قانون در ماده۱۶ درخصوص دادگاه‌های درمان‌مدار صراحت دارد اما دستگاه‌های اجرایی به وظایف خود عمل نمی‌کنند. صفاتیان در گفت‌وگو با «شرق»، افزود: «اگر ماده ۱۶ قانون درست اجرا شود با سیستم کارآمد دادگاه‌های درمان‌مدار فرقی نمی‌کند اما در حال حاضر با کیفیت مطلوب اجرا نمی‌شود. برخی معتادان در حال حاضر تمایل به درمان ندارند یا تظاهر به درمان می‌کنند، یعنی گواهی درمان را دریافت می‌کنند اما به دنبال درمان نمی‌روند. در حالی که دادگاه درمان‌مدار معتادان را وادار به این کار می‌کند. ما بودجه داریم، اردوگاه‌ها آماده شده و پروتکل نوشته شده، آقای نجار دبیرکل ستاد مبارزه با موادمخدر حتی استاندارها را هم پای کار گذاشته که درگیر موضوع شوند. اما اینجا دانشگاه‌ها باید پای کار بیایند، سازمان بهزیستی و سازمان‌های مردم‌نهاد باید وارد شوند و برنامه‌هایشان را تعیین کنند. دستگاه‌های اجرایی کشور باید پایه علمی را بگذارند و کار را اجرا کنند، دارو و لوازم بهداشتی فراهم و کلاس‌های آموزشی برگزار کنند.» نتایج بسیاری از تحقیقات، دادگاه‌های درمان‌مدار را از موثرترین روش‌ها برای درمان اعتیاد و کاهش جرم نشان می‌دهد. آمریکا به عنوان شروع‌کننده این طرح در حال حاضر طبق نوشته NADCP که انجمنی متشکل از متخصصان و شهروندان آمریکایی معتقد به سیستم قضایی درمان است، ۱/۲میلیون معتاد را تحت پوشش دادگاه‌های درمان‌مدار دارد. فلوریدا در ۱۹۸۹ میزبان اولین دادگاه درمان‌مدار بود. ترکیب درمان دارویی با اختیارات قاضی آنها را به ابتکار تازه‌ای رساند. تا دسامبر ۲۰۱۰، ۲۶۳۳ دادگاه درمان‌مدار از انواع مختلف در آمریکا وجود داشت. «فیروزه جعفری» رییس اداره اعتیاد وزارت بهداشت در گفت‌وگو با «شرق» از وجود ۱۰ مرکز دادگاه درمان‌مدار در کشور خبر داده است. اما بی‌اطلاعی کارشناسان از وجود چنین مراکزی می‌تواند حاکی از عدم فعالیت موثر و پررنگ آن باشد. همچنین به گفته جعفری، وزارت بهداشت از نتیجه‌بخشی این مراکز اطمینان نداشته و حتی متمایل به کاهش این تعداد است. در حالی که بسیاری از کارشناسان بر لزوم گسترش این مدل درمانی تاکید دارند.

۹۵درصد درمان، حمایت‌های اجتماعی است

دیلمی‌زاده حمایت‌های اجتماعی را یکی از ضعف‌های اجرایی قانون مبارزه با موادمخدر می‌داند: «ما سال‌ها در کشورمان یاد گرفتیم که معتاد را سم‌زدایی کنیم و بگوییم درمان شده و هیچ‌گونه برنامه بعدی برای او طراحی نکرده‌ایم. سیستم بهداشتی ما هم این‌گونه فکر می‌کند. در حالی که منابع علمی می‌گویند سم‌زدایی پنج‌درصد از فرآیند درمان اعتیاد و درمان اولیه پزشکی است. ۹۵درصد از کل برنامه درمان اعتیاد به حمایت‌های اجتماعی و روانی و عاطفی می‌پردازد. اشتغال تنها بخشی از این مساله است. مشاوره‌های ممتد، آموزش کل خانواده برای برخورد با فرد، وجود مکان‌هایی که فرد وقتی در طول مسیر وسوسه می‌شود به آنجا برود و امکاناتی داشته باشند.» به گفته این کارشناس، حمایت‌های اجتماعی بعد از درمان بسیار پرهزینه است و بودجه لازم برای این کار وجود ندارد: «بودجه درمان اعتیاد ستاد مبارزه با موادمخدر در شش‌سال گذشته حتی با میزان تورم رشد نکرده، چه برسد به اینکه چندبرابر شود. با چندمیلیارد تومان پول نمی‌شود برای درمان اعتیاد کشور برنامه‌ریزی کرد.»

پنجره

وزیر بهداشت:

افزایش تعرفه پزشکی کمتر از ۲۵درصد را نمی‌پذیریم

■ **ایلنا:** وزیر بهداشت گفت: اگر نرخ تعرفه‌ها از ۲۵درصد کمتر باشد هزینه‌ها از جیب مردم برداشته می‌شود. مرضیه وحیددستجردی در مورد تعیین نرخ تعرفه‌های خدمات پزشکی گفت: نظر وزارت بهداشت همان افزایش ۲۵درصدی تعرفه‌های خدمات پزشکی است اما متاسفانه هنوز نرخ تعرفه‌ها تعیین نشده است. وی خاطرنشان کرد: اگر تعرفه‌های پزشکی را افزایش ندهیم مردم به مشکل برمی‌خورند. وی در واکنش به اظهارات اخیر معاون رفاه اجتماعی وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی مبنی براینکه بیمه‌ها توان افزایش ۲۵درصدی تعرفه‌ها را ندارند، تصریح کرد: همان‌طور که مابه دنبال افزایش بودجه‌ها هستیم آنها هم بروند بودجه‌هایشان را افزایش دهند. وزیر بهداشت در پاسخ به این سوال که آیا وزارت بهداشت تعرفه پایین‌تر از ۲۵درصد را قبول خواهد کرد، افزود: شما میزان تورم را در نظر بگیرید که چقدر است درحالی که تورم بهداشت و درمان از آن هم بیشتر است.

کاهش ۴۰درصدی جرایم امنیتی

■ **ایلنا:** فرمانده نیروی انتظامی گفت: در ارتباط با جرایم امنیتی شامل اقدامات ضد انقلابی، سرقت مسلحانه، اقدامات تروریستی و مجموعه اقداماتی که امنیت جامعه را به مخاطره می‌اندازد تا ۴۰درصد کاهش داشته‌ایم. «سردار اسماعیل احمدی‌مقدم» تاکید کرد: در ارتباط با جرایم امنیتی کاهش ۴۰درصدی را شاهد بودیم و جرایم امنیتی شامل اقدامات ضد انقلابی، سرقت مسلحانه، اقدامات تروریستی و مجموعه اقداماتی که امنیت جامعه را به مخاطره می‌اندازد تا ۴۰درصد کاهش یافته است و ما باید این حد موفقیت را به جلو ببریم. وی تاکید کرد: قاطعیت دستگاه قضایی و اقدامات ما باعث شد که امسال در میزان کشفیات موادمخدر، هرویین کمترین حجم مکشوفات را به خود اختصاص دهد.

توصیه‌های یک متخصص تغذیه به کنکوری‌ها

صبحانه نخورده سر جلسه امتحان نروید

■ **ایسنا:** یک متخصص تغذیه با بیان اینکه استفاده از خوراکی‌های بسیار شیرین چون کشمش، خرما، توت و انجیر در زمانی که وعده غذایی مصرف نشده، به‌ویژه هنگام صبح که فرد ناشتاست به هیچ‌وجه توصیه نمی‌شود، گفت: استفاده از شیرینی‌ها را باید به بعد از صرف غذا موکول کرد. «دکتر محمدرضا وفا» با اشاره به قرار گرفتن در آستانه برگزاری کنکور سراسری به ارایه نکات تغذیه‌ای ضروری برای گذراندن هرچه بهتر این روزها پرداخت و گفت: آب، بهترین نوشیدنی است. چای، قهوه و نسکافه را نباید بیش از حد معمول مورد استفاده قرار دارد، زیرا مضر هستند و باعث دفع آب از بدن می‌شوند، به‌ویژه مصرف بیش از حد آنها می‌تواند اختلالات آب و الکترولیت را به دنبال داشته باشد و همان منجر به هیدروپتاسیم و کم‌آبی بدن شود و در نهایت روی عملکرد جسمی و ذهنی فرد اثر منفی بگذارد. استاد دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، ضمن تاکید بر مصرف صبحانه قبل از حضور در جلسه امتحان گفت: وعده غذایی صبحانه بسیار مورد اهمیت است. داوطلبان کنکور سعی کنند شب را زودتر بخوابند و صبح وقت کافی برای مصرف یک صبحانه کامل را داشته باشند. نان و پنیر و گردو همراه با خیار و گوجه‌فرنگی یا تخم‌مرغ آب‌پز (یا نیمرویی که کم‌روغن باشد) همراه با کمی خیار و گوجه‌فرنگی، همچنین مصرف یک لیوان شیر گرم می‌تواند کمک کند تا فرد آرامش نسبی خوبی داشته باشد.

دلتابان
۲۲ ۲۲۲۴۲۶
تلفن ویزه روسیه ۰۲ ۲۲ ۲۲۹۰
هزه مسافران خلیج‌فارس ۹۲۳ ۹۲۰ ۲۲
تماس ۲۰-۹ ایام تعطیل ۱۵-۱۰
www.DELTABAN.ir

AEROFLOT
چهارشنبه و جمعه هر هفته
LUXURY TOUR
روسیه
کامل‌ترین خدمات در لوکس‌ترین هتلهای ۵ ستاره
مسکو ـ سنت پترزبورگ
✓ پرواز ایرباس A 321 مدرن و ایر فلوت
✓ ۹ روز و ۸ شب اقامت در بهترین هتلهای ۵ ستاره
✓ ۸ صبحانه + ۸ وعده ناهار یا شام بوفه
✓ ۶ گشت تمام روز ۳۰ گشت نیم روز (کاملترین برنامه)
✓ ۳ بار قایقرانی، سیرک بزرگ مسکو، تئاتر سنتی مسکو
✓ پرداخت کلیه ورودیه ها، راهنمای فارسی زبان، سیم کارت، بیمه
تلفن ویزه روسیه ۲۲۹۰ ۲۲ ۰۲

تنها پرواز Airbus (A300-600)
با صندلی های بیزینس کلاس
و هتلهای مجلل و لوکس به مقصد
بلغارستان
www.Bulgaria.ir
سواحل جنوب شرق آسیا
چارتر روزانه

فستیوال خرید
سواحل خلیج فارس
پارک آبی رایگان
Jumeirah
جمیرا بیچ ۹۹۹/۰۰۰
جمیرا زعبیل سرای ۹۹۹/۰۰۰
جمیرا تاور ۷۹۹/۰۰۰
فرمونت، گرایون پلازا (امیج زاند)، موونپیک، متروپلیتن پالاس، فلورا گرند
نووتل، تریدرز، منهتن، اندمارک، کورال، لوریتال، نیمال

www.DELTABAN.ir