



پرسشنامه

در پی از دست دادن تعدادی از عزیزان در بند، پس از آزادی که عمدتاً علت درگذشتشان خودکشی اعلام شد، بر آن شدیم که با انجام تحقیقات علمی و مستمر، حقیقت را کشف و علت یا علل احتمالی را دریابیم. در این راه و برای یاری به دیگر قربانیان راه آزادی به کمک شما نیازمندیم. بی شک نتایج این مطالعات به مراجع حقوق بشر ارسال خواهد شد (در هیچ قسمت از این پرسشنامه، نیازی به نوشتن نام یا نام خانوادگی نیست).

تمام اطلاعات محرمانه شما نزد ما مخفی و محفوظ خواهد ماند.

مشاوره پزشکی رایگان

چنانچه علایم جسمی و روحی دارید که در زندگی روزمره شما ایجاد اختلال کرده و یا باعث نگرانی شما شده است لطفاً با شماره زیر از طریق واتس آپ و یا تلگرام تماس بگیرید. متخصصین ما آماده پاسخگویی و یاری به شما در اسرع وقت می باشند.

WhatsApp: +1 213 392 9430

Telegram: @mahsamedical



جهت حفظ امنیت و آرامش خاطر در این فرم احتیاجی به قید اسم و فامیل شما نیست و شما ناشناس خواهید بود.

بنابراین از شما خواهشمندیم که اگر زمانی را در زندان به عنوان زندانی سیاسی سپری کرده اید و با از نزدیکان و خویشاوندان کسی چنین تجربه ای داشته اند این فرم را تکمیل کنید. لطفاً توجه داشته باشید که برای هر یک نفر یک فرم باید تکمیل شود.

بخش اول – اطلاعات پایه ای

۱- گروه سنی (سال):

☐ صفر تا ۱۰ سال ☐ ۱۰ تا ۲۰ ☐ ۲۰ تا ۳۰ ☐ ۳۰ تا ۴۰ ☐ ۴۰ تا ۵۰ ☐ ۵۰ تا ۶۰ ☐ بالای ۶۰

۲- جنسیت:

☐ زن ☐ مرد ☐ ترجیح می دهم نگویم

۳- بیماری زمینه ای:

☐ مرض قند ☐ تشنج / صرع ☐ افسردگی ☐ اضطراب ☐ آسیب زدن به خود
☐ سابقه اقدام به خودکشی ☐ سرطان (که درگیر آن باشند یا به تازگی درمان شده است)
☐ بیماری دیگری. لطفا ذکر کنید:

۴- لیست داروهایی که از قبل از زندان مصرف می کردید:

☐ داروهای اعصاب و روان ☐ داروهای خواب آور ☐ داروهای آسم و تنگی نفس
☐ داروهای مرض قند ☐ کورتون ها
☐ داروهای دیگری. لطفا ذکر کنید:

۵- مصرف الکل:

☐ بله ☐ خیر

۶- مصرف تفریحی علف یا سیگاری:

☐ بله ☐ خیر

۷- مصرف تفریحی شیشه یا کریستال:

☐ بله ☐ خیر

۸- مصرف تفریحی هرویین:

☐ بله ☐ خیر

۹- مصرف تفریحی مواد دیگری:

☐ بله ☐ خیر
اگر بله، لطفا نام آنها را اینجا اضافه کنید:

بخش دوم – در دوران دستگیری

۱- چند روز در زندان بودید:

☐ صفر تا ۷ روز ☐ ۸ تا ۱۴ روز ☐ حدود یک ماه ☐ ۲ تا ۴ ماه

لطفا این فرم را تکمیل و به آدرس ایمیل زیر، ارسال بفرمایید

۲- آیا دارویی را که نمی شناختید / نمی خواستید، به اجبار به شما داده شد؟
 بله ☐ خیر ☐

۳- اگر به سوال قبلی پاسخ «بله» دادید، چه نوع دارویی:
 قرص ☐ کپسول ☐ شربت ☐
 تزریقی ☐ از طریق بینی / تنفسی ☐

۴- آیا در زندان تحت شکنجه های روحی، آزار جنسی یا جسمی قرار گرفتید؟
 بله ☐ خیر ☐

بخش سوم – بعد از آزادی

۱- آیا هیچ کدام از این علامت ها را داشتید؟

☐ دمای بدن:	☐ بالا (تب)	☐ پایین	☐ بدون تغییر / نرمال
☐ ضربان قلب:	☐ بالا	☐ پایین	☐ بدون تغییر / نرمال
☐ فشار خون:	☐ بالا	☐ پایین (افتادن فشار، غش کردن)	☐ بدون تغییر / نرمال
☐ سرعت تنفس:	☐ بالا	☐ پایین	☐ بدون تغییر / نرمال

☐ گزگز در پوست:	☐ بله	☐ خیر
☐ رنگ پریدگی:	☐ بله	☐ خیر
☐ حساسیت چشم به نور:	☐ بله	☐ خیر
☐ آبریزش از چشم:	☐ بله	☐ خیر
☐ آبریزش از بینی:	☐ بله	☐ خیر
☐ لرز:	☐ بله	☐ خیر
☐ عرق شبانه:	☐ بله	☐ خیر
☐ سردرد:	☐ بله	☐ خیر
☐ سرگیجه:	☐ بله	☐ خیر
☐ درد در قفسه سینه:	☐ بله	☐ خیر
☐ تپش قلب:	☐ بله	☐ خیر
☐ سخت نفس کشیدن:	☐ بله	☐ خیر
☐ خیلی پر انرژی و هاپیر:	☐ بله	☐ خیر
☐ کم انرژی و خواب آلودگی:	☐ بله	☐ خیر
☐ گیجی و سر در گمی:	☐ بله	☐ خیر
☐ اختلال در حافظه:	☐ بله	☐ خیر
☐ به سختی یا نامفهوم سخن گفتن:	☐ بله	☐ خیر
☐ لرزش دست یا قسمتهای دیگر بدن:	☐ بله	☐ خیر
☐ حالت تهوع یا استفراغ:	☐ بله	☐ خیر
☐ اسهال:	☐ بله	☐ خیر
☐ یبوست (سفتی مدفوع):	☐ بله	☐ خیر

۲- آیا هیچ یک از حالات ذکر شده را داشتید:

☐ خوشحال / امیدوار:	☐ بله	☐ خیر
☐ افسرده / نا امید:	☐ بله	☐ خیر

لطفا این فرم را تکمیل و به آدرس ایمیل زیر، ارسال بفرمایید

- مضطرب / آشفته: ☐ بله ☐ خیر
- خشمگین / عصبانی: ☐ بله ☐ خیر
- اجتماعی و از بودن با خانواده و دوستان لذت بردن: ☐ بله ☐ خیر
- احساس غرور از مبارزه برای آزادی و پایداری در زندان: ☐ بله ☐ خیر
- احساس پشیمانی یا خجالت: ☐ بله ☐ خیر
- احساس گناه یا عذاب وجدان: ☐ بله ☐ خیر
- توهم ☐ بله ☐ خیر
- هذیان ☐ بله ☐ خیر
- هرگونه حالت دیگری که در رفتار عادی شما / ایشان متفاوت بود، لطفا با جزییات بنویسید: ☐ بله ☐ خیر

بخش چهارم – چند سوال دیگر

- ۱- اگر اقدام به خودکشی کرده اند، از چه طریقی بوده است:
 - ☐ مسمومیت دارویی
 - ☐ مسمومیت با گاز / خفگی
 - ☐ مسمومیت با مواد آفت زدا یا سمهایی که برای گیاهان استفاده می شوند
 - ☐ مسمومیت با ماده شیمیایی دیگر (لطفا اگر می دانید، ذکر کنید)
 - ☐ به دار آویختن
 - ☐ گلوله
 - ☐ بریدن / ضربه با چاقو
 - ☐ خفگی در آب یا غرق شدن
 - ☐ روش دیگری (لطفا اگر می دانید، ذکر کنید)
- ۲- آیا هیچ یک از مواد زیر در نتیجه آزمایش سوء استفاده مواد ده گانه ادرار مثبت شده است؟
 - ☐ MOP – مورفین (تریاک، هرویین)
 - ☐ MET – متامفتامین (شیشه)
 - ☐ AMP – آمفتامین
 - ☐ MTD – متادون
 - ☐ TRL – ترامادول
 - ☐ BZO – بنزودیازپین ها
 - ☐ BUP – بوپرنورفین
 - ☐ TCA – ضد افسردگی های سه حلقه ای (تری سایکلئیک)
 - ☐ COC – کوکائین
 - ☐ PCP – فن سیکلیدین (ماده مخدر توهم زا)

۳- هر نکته دیگری که در این مورد تمایل دارید با ما در میان بگذارید را لطفا در این قسمت توضیح دهید:

لطفا این فرم را تکمیل و به آدرس ایمیل زیر، ارسال بفرمایید