**水平2—睡眠障碍—6-17岁儿童的父母/监护人\***

\*PROMIS—睡眠障碍—简版

**儿童的姓名： 年龄： 性别：□男 □女 日期：**

**与该儿童的关系：**

**对父母/监护人的指导语：**在刚完成的DSM-5的水平1问卷中，您的孩子在***过去的2周里***，受到以下问题轻度或更严重的困扰： “睡眠问题，如不能入睡，不能保持睡眠，或醒得太早”。下列问题将会询问有关这些感受的更多细节，尤其是您的孩子在**过去7天内**对列表中的症状感到困扰的频率是多少。**在回答每道题时，请在该行的一个选择框中打√。**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **临床工作者使用** |
| **每个问题请选择一个选项来回答** | **条目分数** |
| **在过去7天里，我的孩子说……** | **完全没有** | **一点点** | **有些** | **比较多** | **非常多** |  |
| 他/她睡不安稳。 | □ 1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 |  |
|  |
| 他/她对他/她的睡眠状态感到满意。 | □ 5 | □ 4 | □ 3 | □ 2 | □ 1 |  |
|  |
| 睡眠能让他/她恢复精力。 | □ 5 | □ 4 | □ 3 | □ 2 | □ 1 |  |
|  |
| 他/她入睡困难。 | □ 1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 |  |
|  |
| **在过去7天里……** | **从不** | **很少** | **有时** | **经常** | **总是** |  |
| 他/她睡觉很容易醒来。 | □ 1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 |  |
|  |
| 他/她有睡眠问题。 | □ 1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 |  |
|  |
| 他/她有充足的睡眠。 | □ 5 | □ 4 | □ 3 | □ 2 | □ 1 |  |
|  |
| **在过去7天里……** | **非常糟糕** | **糟糕** | **一般** | **好** | **非常好** |  |
| 他/她的睡眠质量… | □ 1 | □ 2 | □ 3 | □ 4 | □ 5 |  |
| **总分/部分原始得分：** |  |
| **按比例计算得分：** |  |
| **T-分数：** | **N/A** |