

驾驶模拟实验-驾驶员不良反应评估

1. 您的试验者编号？ [填空题] *

2. 是否为首次填写该问卷 [单选题] *

是

否

3. 您此次实验的场景类型？ [单选题] *

自由换道

强制换道

[依赖于第 2 题第 2 个选项](#)

4. 您此次实验的场景编号？ [填空题] *

[依赖于第 2 题第 2 个选项](#)

5. 在此次实验中您是否进行了换道操作？ [单选题] *

是

否

[依赖于第 2 题第 2 个选项](#)

6. 您认为刚才的换道过程是否安全？（1=一点也不安全，5=非常安全） [单选题] *

1

2

3

4

5

[依赖于第 5 题第 1 个选项](#)

7. 您在刚才的换道过程中是否觉得舒适？（1=一点也不舒适，5=非常舒适） [单选题] *

1

2

3

4

5

[依赖于第 5 题第 1 个选项](#)

8. 您在刚才的换道过程中驾驶是否简单？（1=一点也不简单，5=非常简单）
[单选题] *

1

2

3

4

5

[依赖于第 5 题第 1 个选项](#)

9. 在此次实验中是否产生了换道意愿？ [单选题] *

是（想换道但始终未实施）

否（从未产生换道意愿）

依赖于第 5 题第 2 个选项

10. 您放弃换道的原因？[多选题] *

感觉到不安全

感觉操纵起来较困难

其他

依赖于第 9 题第 1 个选项

11. 您是否感觉到不适？[单选题] *

没有

轻微

中度

强烈

12. 您是否感觉到疲劳？[单选题] *

没有

轻微

中度

强烈

13. 您是否感觉到头痛？[单选题] *

没有

轻微

中度

强烈

14. 您是否感觉到眼睛疲劳？[单选题] *

没有

轻微

中度

强烈

15. 您现在是否感觉到难以专注？[单选题] *

没有

轻微

中度

强烈

16. 您是否感觉到口水增多？[单选题] *

没有

轻微

中度

强烈

17. 您是否感觉到出汗？[单选题] *

没有

轻微

中度

强烈

18. 您是否感觉到恶心？ [单选题] *

没有

轻微

中度

强烈

19. 您是否感觉到头胀？ [单选题] *

没有

轻微

中度

强烈

20. 您是否感觉到视力模糊？ [单选题] *

没有

轻微

中度

强烈

21. 您是否感觉到眩晕？（指感觉周围事物在旋转和晃动，不同于头晕） [单选题] *

没有

轻微

中度

强烈

22. 您是否感觉到头晕（睁眼时）？（有昏沉感，但没有感觉周围事物运动） [单选题] *

- 没有
- 轻微
- 中度
- 强烈

23. 您是否感觉到头晕（闭眼时）？（有昏沉感，但没有感觉周围事物运动） [单选题] *

- 没有
- 轻微
- 中度
- 强烈

24. 您是否感觉到胃部不适？ [单选题] *

- 没有
- 轻微
- 中度
- 强烈

25. 您是否打嗝？ [单选题] *

- 没有
- 轻微
- 中度
- 强烈

