

ภาคผนวก ง

แบบสัมภาษณ์พนักงานขับรถโดยสาร




ภาควิชาวิศวกรรมโยธา (การขนส่ง)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่

แบบสอบถามคนขับรถโดยสาร

แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่อง “การศึกษาอุบัติเหตุของรถโดยสารในประเทศไทย” เพื่อหาสาเหตุและหามาตรการในการป้องกันแก้ไขอุบัติเหตุของรถโดยสาร จึงขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามและขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งประเภทในการให้บริการ  วิ่งระหว่างกรุงเทพฯ-จังหวัด  ระหว่างจังหวัด-จังหวัด  ไม่ประจำทาง  ชสมก.  บริการภายในจังหวัด

วันที่.....เวลา.....สถานที่.....

คำชี้แจง โปรดให้ข้อมูลตามความเห็นของท่านและขีดเครื่องหมาย  ลงใน  หน้าข้อความที่ท่านเลือก

- |  |  |                                       |                                      |                             |
|--|--|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. เพศ   | <input type="checkbox"/> ชาย                 | <input type="checkbox"/> หญิง         |                                      | <input type="checkbox"/> V1 |
| 2. อายุ  | <input type="checkbox"/> < 20 ปี             | <input type="checkbox"/> 21-25 ปี     | <input type="checkbox"/> 26-30 ปี    | <input type="checkbox"/> V2 |
|  | <input type="checkbox"/> 31-35 ปี            | <input type="checkbox"/> 36-40 ปี     | <input type="checkbox"/> 41-45 ปี    |                             |
|  | <input type="checkbox"/> 46-50 ปี            | <input type="checkbox"/> 51 ปีขึ้นไป  |                                      |                             |
| 3. สถานภาพ   | <input type="checkbox"/> โสด                 | <input type="checkbox"/> สมรส         | <input type="checkbox"/> หย่าร้าง    | <input type="checkbox"/> V3 |
| 4. บุตรธิดา  | <input type="checkbox"/> ไม่มี               | <input type="checkbox"/> 1 คน         | <input type="checkbox"/> 2 คน        | <input type="checkbox"/> V4 |
|  | <input type="checkbox"/> 3 คน                | <input type="checkbox"/> > 4 คน       |                                      |                             |
| 5. รายได้ต่อเดือน                                    | <input type="checkbox"/> 5,000-6,000         | <input type="checkbox"/> 6,001-7,000  | <input type="checkbox"/> 7,001-8,000 | <input type="checkbox"/> V5 |
|  | <input type="checkbox"/> 8,001-9,000         | <input type="checkbox"/> 9,001-10,000 | <input type="checkbox"/> > 10,000    |                             |
| 6. ท่านพึงพอใจกับรายได้หรือไม่                       | <input type="checkbox"/> พึงพอใจ             | <input type="checkbox"/> ไม่พึงพอใจ   |                                      | <input type="checkbox"/> V6 |
| 7. นอกจากอาชีพขับรถแล้วท่านยังประกอบอาชีพอื่นหรือไม่ | <input type="checkbox"/> ใช่ (โปรดระบุ)..... | <input type="checkbox"/> ไม่ใช่       |                                      | <input type="checkbox"/> V7 |

8. การศึกษาสูงสุด  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา  อนุปริญญา  V8  
ปริญญาตรี  อื่นๆ .....
9. มีวันหยุดหรือไม่  มี  ไม่มี  V9
10. ท่านพึงพอใจกับอาชีพนี้หรือไม่  พึงพอใจ  ไม่พึงพอใจ  V10
11. ท่านคำนึงถึงปัญหาของอุบัติเหตุของรถโดยสารหรือไม่  V11  
 มาก  น้อย  ไม่เคย
12. ท่านคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้โดยสารหรือไม่  V12  
 มาก  น้อย  ไม่เคย
13. ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ ลำดับตามความสำคัญ 1-3  V13  
 ขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด  ตัดหน้ากระชั้นชิด  
 ผิดถนนเลี้ยว  เมาสูรา/สารเสพติด  
 อุปกรณ์ชำรุด  แข่งในที่คับขัน  
 หลับใน  ถนนบกพร่อง  
 อื่นๆ .....
14. ท่านคิดว่าวิธีการใดบ้างที่ทำให้การเกิดอุบัติเหตุของรถโดยสารลดลงได้  V14  
ลำดับตามความสำคัญ 1-3  
 คนขับต้องเพิ่มความระมัดระวัง  ติดตั้งเครื่องวัดความเร็วในรถ (Tachograph)  
 เข้มงวดในการออกใบอนุญาตขับขี่  ตรวจสอบสุขภาพของคนขับอย่างสม่ำเสมอ  
 ตรวจสอบรถโดยสารก่อนเดินทางทุกครั้ง  ปรับปรุงถนนส่วนที่เป็นอันตราย  
 อื่นๆ .....
15. ท่านเคยเข้าฝึกอบรมการขับรถโดยสารหรือไม่  V15  
 เคย  ไม่เคย
16. ถ้าเคยอบรม ท่านอบรมจากที่ไหน  V16  
 อบรมจากขนส่งทางบก  จากหน่วยงานอื่น.....
17. ท่านได้รับการฝึกอบรมครั้งสุดท้ายเมื่อใด  V17  
 < 1ปี  1 ปี  2-5 ปี  5 > ปี
18. ท่านเคยประสบอุบัติเหตุจากรถโดยสารหรือไม่  V18  
 ไม่เคย  เคย .....ครั้ง

19. ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ท่านเกิดอุบัติเหตุหรือไม่กี่ครั้ง (ถ้าเคยตอบข้อ 20)  V19  
 1 ครั้ง       2 ครั้ง       3 ครั้ง       > 3 ครั้ง
20. เกิดจากสาเหตุอะไร  V20  
 ขับรถเร็วเกินกฎหมายกำหนด       ตัดหน้ากระชั้นชิด  
 ผิดถนนลื่น       เมฆสุรา/สารเสพติด  
 อุปกรณ์ชำรุด       แสงในที่คับขัน  
 หลับใน       อื่นๆ (ระบุ).....  
 ข้อจำกัดด้านกายภาพของถนน (ไม่มีแสงสว่างโค้ง/ถนนลาดชันมาก)
21. ท่านเคยตรวจสุขภาพหรือไม่  V21  
 เคย       ไม่เคย
22. ถ้าเคย ท่านตรวจสุขภาพครั้งสุดท้ายเมื่อใด  V22  
 3 เดือน       6 เดือน       1 ปี       > 1 ปี
23. ท่านเคยทดสอบสายตาในการขับรถโดยสารหรือไม่  V23  
 เคย       ไม่เคย
24. ปกติท่านขับขี่ติดต่อกันนานกี่ชั่วโมง  V24  
 .....
25. ท่านได้รับเงินค่าจ้างอย่างไร  V25  
 รายวัน       รายเดือน  
 ต่อเที่ยว       จากเปอร์เซ็นต์ของกำไร  
 อื่นๆ .....
26. ทางหน่วยงานให้เงินตอบแทนพิเศษในกรณีไม่เกิดอุบัติเหตุในรอบปีหรือไม่  V26  
 มี       ไม่มี
27. ท่านเคยดื่มของมึนเมาหรือสารเสพติดขณะขับรถหรือไม่  V27  
 ไม่เคย       บางครั้ง
28. ท่านตรวจสภาพความพร้อมของรถก่อนการเดินทางหรือไม่  V28  
 ทุกครั้ง       บางครั้ง  
 ไม่เคย
29. ทางหน่วยงานราชการเคยตรวจสอบการใช้สารเสพติดหรือไม่ (ถ้าเคย ตอบข้อ 30)  V29  
 เคย       ไม่เคย

30. ท่านเคยได้รับการตรวจสอบการใช้สารเสพติดเมื่อใด  V30

1 เดือน

3 เดือน

6 เดือน

> 1 ปี

31. ประสบการณ์ในการขับรถโดยสารของท่านนานเท่าใด  V31

> 6 เดือน

1-2 ปี

3-5 ปี

> 5 ปี

32. ท่านคิดว่าควรปรับปรุงอย่างไรในเรื่องความปลอดภัยของรถโดยสาร  V32

.....

.....

.....

.....