

Важливим показником якості шпону є його товщина – чим вона менша тим менше витрати дефіцитного матеріалу, проте при невеликій товщині ускладнюється технологія його отримання, транспортування і облицювання. З врахуванням цього рекомендовано наступний ряд товщини шпону: 0,4; 0,6; 0,8; 1,0 мм.

Література

1. Основи конструювання меблів : навч. посібник / І. І. Ковтун. – Хмельницький : ХНУ, 2016. – 234 с.
2. Барташевич А. А. Конструирование мебели / А. А. Барташевич, С. П. Трофимов. – Минск : Современная школа, 2006.
3. ДСТУ 2080–92. Продукція меблевого виробництва. Терміни та визначення.
4. ГОСТ 8486–86. Пиломатериалы хвойных пород. Технические условия // Сборник ГОСТ. – М. : Стандартинформ, 1986.

ЭВРИСТИКА ДОСТУПНОСТИ И АФФЕКТА, ОЦЕНКА РИСКОВ В МЕДИЦИНЕ

*Сокол А. Ф. Израильская Независимая Академия развития науки
8489726, Беэр-Шева, ул. Вольфсон, 26/7, тел. +97286655909, e-mail sokoladolf@yahoo.com*

Особенности работы врача нередко связаны с ограниченностью во времени и принятием решений в условиях неопределенности. Психология человека такова, что он отдает предпочтение тем ответам, которые быстро извлекаются из памяти [1]. Эвристика доступности определяется как процесс оценки встречаемости событий по «легкости, с которой в голову приходят примеры» [1, с. 173].

Д. Канеман (лауреат Нобелевской премии) [1] убедился в том, что в эвристике доступности задействованы две системы мыслительной деятельности: Система 1 и Система 2.

Известно, например, что ведущим признаком явного сахарного диабета является гипергликемия. Однако гипергликемия помимо сахарного диабета может встречаться почти при десятке других заболеваний и состояний. Эвристика доступности нередко гасит необходимость в дифференциальной диагностике.

В соответствии с мнением Д. Канемана [1], возможность искажений в эвристике доступности (в нашем случае в клинической практике) чаще всего определяется следующими причинами: 1) событие, с которым вы столкнулись, известно вам по прежнему опыту и/или оно часто обсуждается в СМИ и в специальной литературе. Такое событие

легко извлекается из памяти; 2) драматические или трагические события, широко освещаемые в СМИ, легко запоминаются и быстро извлекаются из памяти. Например, непредвиденный анафилактический шок со смертельным исходом или внезапная смерть молодого спортсмена; 3) особенно доступны примеры из личного врачебного опыта.

Для врача представляют интерес условия, которые усиливают риск искажений и легкость поиска решений [1]:

1) когда человек занят одновременно другим делом, которое требует усилий;

2) когда человек в хорошем расположении духа в связи с радостными воспоминаниями;

3) если по своему характеру человек не склонен к депрессии;

4) если специалист грамотный новичок, но не может быть экспертом;

5) если у человека высокая уверенность в собственной интуиции;

6) если человек обладает властью или ему внушают это чувство.

Эвристика доступности не всегда обеспечивает принятие решения на основе опыта интуиции. В этом случае происходит подмена трудного вопроса более легким [1,2]. Например, вместо вопроса «что я об этом думаю?» возникает вопрос «как я к этому отношусь?».

Д. Канеман приводит яркие и важные для врача примеры из работ других авторов об искажениях, вызванных доступностью [1]:

«1. От инсульта умирают вдвое чаще, чем от несчастного случая, но 80 % респондентов сочли смерть от несчастного случая более вероятной.

2. Смерть от удара молнии сочли менее вероятной, чем смерть от ботулизма, хотя смерть от поражения молнией случается в 52 раза чаще».

Примеры с оценкой причин смерти наглядно иллюстрируют феномен подстановки, когда целевой вопрос подменяется более легким, а ответ на более легкий выдается как ответ на целевой.

Установлена тесная связь между нашим эмоциональным восприятием отдельных рисков и легкостью, с которой они приходят в голову. Опасные события и страх их ожидания легко возникают в памяти, из-за чего страх только усиливается. Этим, в частности, объясняется волнение и страх некоторых больных перед предстоящей им операцией, особенно если больной знает о случаях смерти при проведении подобных операций.

Свойство нашего мышления увязывать между собой определенные явления носит название *ассоциативной когерентности*. Оценка событий на основе стойкого аффекта является главной составляющей ассоциативной когерентности.

Эвристика аффекта, когда суждения и решения принимаются без раздумий и доказательств, является особенностью человеческого

мышления. По справедливому мнению Д. Канемана, наше сознание отражает не столько реальность, сколько отношение к этой реальности.

По сводным данным литературы среднестатистический индивид в своей оценке рисков характеризуется следующими особенностями:

- 1) он руководствуется не разумом, а эмоциями;
- 2) несущественные подробности сбивают его с толку;
- 3) он неадекватно чувствителен к разнице между низкой и чрезвычайно низкой вероятностью, которой можно пренебречь.

Следует подчеркнуть, что даже у опытных врачей встречаются те же искажения, хотя и в меньшей степени.

Принято считать, что неспециалисты искаженно оценивают реальную ситуацию. Врачебный опыт, однако, подсказывает, что больные и их близкие нередко более глубоко рассматривают проблему и принимают во внимание многие факторы и детали, которые ускользают от официальной статистики.

Искажения в оценке опасностей и риска в значительной степени определяется формой их представления в СМИ. К. Санстейн и Т. Куран (цит. по [1]) предложили термин **каскад доступной информации**. Каскад доступной информации совершенно меняет приоритеты и выбор методов и средств для борьбы с предстоящей опасностью и риском. Вспомним раздутую кампанию об угрозе свиного гриппа, о невероятной эффективности так называемых биологически активных добавок (БАД) и др.

Кричащие сообщения в СМИ, постоянная реклама выдающихся успехов представителей так называемой альтернативной и народной медицины, злобная и неоправданная критика научной медицины вызывает у многих не только тревогу, но и чувство парализующего страха. Страх ослабляет волевые качества людей и является причиной массовой невротизации населения. Невротизация накладывает свой отпечаток на течение заболеваний, искажает самооценку больных, затрудняет поиски реальных причин болезни.

По справедливому мнению Д. Канемана, правительство должно ограждать общество не только от реальной опасности, но и от страха.

Понимание эвристики доступности и аффекта, психологических аспектов оценки рисков может способствовать оптимизации врачебного труда и предупреждению когнитивных ошибок.

Литература

1. Канеман Д. Думай медленно...Решай быстро / Д. Канеман пер. с англ. – М., 2015. – 653 с.
2. Сокол А. Ф. Когнитивные ошибки в клинической практике / А. Ф. Сокол. – Беэр-Шева, 2017. – 247 с.