

KOMUNIKACJA W IMPLANTOLOGII



Profilaktyka onkologiczna: od uważności klinicznej do odpowiedzialności społecznej (cz. I)

Oncological Prevention: From Clinical Awareness to Social Responsibility (Part I)

Streszczenie

Profilaktyka onkologiczna w stomatologii bywa sprowadzana do czujności klinicznej i badań przesiewowych jamy ustnej. Choć elementy te są niezbędne, stanowią jedynie część znacznie szerszego procesu. Celem artykułu jest pokazanie, że skuteczna profilaktyka onkologiczna zaczyna się wcześniej - w sposobie myślenia o medycynie, wiedzy i odpowiedzialności społecznej lekarza.

Odwołując się do dziedzictwa Hipokratesa, autor przedstawia medycynę jako dyscyplinę opartą na obserwacji, analizie i krytycznym myśleniu. W kontekście współczesnego nadmiaru informacji omówiona zostaje rola nauki jako narzędzia porządkowania rzeczywistości oraz mechanizmy pseudonauki, w tym emocjonalny charakter przekazu i uproszczone interpretacje danych. Szczególną uwagę poświęcono różnicom w postrzeganiu badań naukowych przez pacjentów, lekarzy i środowiska pseudonaukowe oraz wpływowi lęku i baniek informacyjnych na decyzje zdrowotne.

Artykuł podkreśla, że profilaktyka onkologiczna w stomatologii jest nie tylko procedurą kliniczną, lecz także postawą etyczną opartą na uważności, rzetelnej komunikacji i ochronie zaufania publicznego.

Abstract:

Oncological prevention in dentistry is often reduced to clinical vigilance and oral cancer screening. Although these elements are essential, they represent only a part of a much broader process. The aim of this article is to demonstrate that effective oncological prevention begins earlier — in the way medicine, knowledge, and the physician's social responsibility are understood.

Referring to the Hippocratic tradition, medicine is presented as a discipline based on observation, analysis, and critical thinking. In the context of contemporary information overload, the article discusses science as a tool for organizing reality and contrasts it with pseudoscience, which relies on emotional narratives and simplified interpretations of complex data. Particular attention is given to differences in how scientific evidence is perceived by patients, physicians, and pseudoscientific movements, as well as to the influence of fear and information bubbles on health-related decisions.

The article emphasizes that oncological prevention in dentistry is not merely a clinical procedure but an ethical attitude grounded in attentiveness, responsible communication, and the protection of public trust.

Afiliacja:

lek. dent., spec. chir. stom. Paweł Szczepaniak
właściciel, kierownik
SZCZEPANIAK STOMATOLOGIA Zakład Lecznicy
ul. Batorego 68, 43-100 Tychy
pawelszczepaniak@poczta.onet.pl

Data wpłynięcia: 7.01.2026 Data przejęcia do druku: 14.01.2026

OD HIPOKRATESA DO WSPÓŁCZESNEJ PROFILAKTYKI ONKOLOGICZNEJ

Ojcem medycyny nazywamy **Hipokratesa**, którego imię najczęściej przywoływane jest w kontekście słów *primum non nocere* – „po pierwsze nie szkodzić”. Choć sformułowanie to nie pochodzi dosłownie z jego pism, stało się symbolem etosu lekarskiego i przysięgi składanej po uzyskaniu tytułu lekarza. Zbyt często jednak powtarzamy je jak mantrę, nie zastanawiając się nad szerszym znaczeniem hipokratesowego dziedzictwa.

Tymczasem wkład Hipokratesa w rozwój medycyny był znacznie głębszy i – co istotne – pozostaje aktualny również dziś. Jego najważniejszym osiągnięciem było **oddzielenie medycyny od religii i magii**. W epoce, w której choroby tłumaczono gniewem bogów lub działaniem sił nadprzyrodzonych, Hipokrates zaproponował podejście rewolucyjne: poszukiwanie **naturalnych przyczyn chorób**. Zdrowie i chorobę wiązał z zaburzeniem równowagi organizmu, a nie z karą zesłaną z zewnątrz.

Takie myślenie otworzyło drogę do systematycznego poznawania chorób. Hipokrates prowadził uważne obserwacje pacjentów, sporządzał szczegółowe notatki dotyczące przebiegu schorzeń, ich objawów oraz skutków podejmowanego leczenia. Dzięki temu potrafił opisać naturalny przebieg zapalenia płuc, malarii czy padaczki. Ta ostatnia, uznawana wówczas za karę boską lub opętanie, została przez niego jednoznacznie zaklasyfikowana jako **choroba somatyczna**, podlegająca prawom natury.

W ten sposób powstała medycyna oparta na **obserwacji klinicznej**, a nie na wierzeniach. Co więcej, Hipokrates zapoczątkował coś, co dziś nazwalibyśmy **prognostyką kliniczną** – zdolnością przewidywania dalszego przebiegu choroby na podstawie pierwszych objawów i ich dynamiki. Choć możliwości terapeutyczne jego epoki były bardzo ograniczone, wykorzystywał on wszystko, czym dysponował: wiedzę, doświadczenie, obserwację i logiczne wnioskowanie. Ta postawa pozostaje jednym z najtrwalszych fundamentów współczesnej medycyny.

OD NIEDOBORU INFORMACJI DO INFORMACYJNEGO HAŁASU

Dostęp do informacji jest dziś czymś oczywistym, wręcz banalnym. Warto jednak uświadomić sobie, że przez większą część historii ludzkości informacja była dobrem niezwykle rzadkim – czasem **wartym życia**.

Symbolicznym przykładem pozostaje legenda o Filipidesie, który po bitwie pod Maratonem przybył do Aten z wiadomością o zwycięstwie Greków, obwieścił ją mieszkańcom miasta, po czym – skrajnie wyczerpany – zmarł. Jeden bit informacji, jeden komunikat, jeden fakt miał wówczas znaczenie egzystencjalne.

Współcześnie sytuacja jest dokładnie odwrotna. Informacji nie brakuje – jest jej **zbyt dużo**. Jesteśmy nią nieustannie zalewani: wiadomościami, opiniami, interpretacjami, poradami i uproszczeniami. Żyjemy dosłownie w **chaosie informacyjnym**, który nieustannie domaga się naszej uwagi.

W tym kontekście kluczowe przestaje być samo posiadanie informacji, a zaczyna liczyć się **umiejętność jej selekcji**. Oddzielenie faktów od opinii, wiedzy od przekonań, danych naukowych od treści, które jedynie imitują naukę. Szczególnie w medycynie brak takiej selekcji może prowadzić do bagatelizowania objawów, opóźnień diagnostycznych lub podejmowania decyzji niemających żadnego oparcia w rzeczywistości klinicznej.

I być może właśnie w tym miejscu ponownie spotykamy się z hipokratesowym podejściem do medycyny: **obserwować, porównywać, analizować i wyciągać wnioski**, zamiast ulegać narracjom, które są głośnie, ale niekoniecznie prawdziwe.

NAUKA JAKO NARZĘDZIE PORZĄDKOWANIA RZECZYWISTOŚCI

Najdoskonalszym narzędziem, jakie człowiek wypracował do interpretowania i porządkowania świata, jest **nauka**. To metoda rozwijana przez stulecia, oparta na obserwacji, analizie i wnioskowaniu przyczynowo-skutkowym. Nauka nie jest jednak systemem nieomylnym – tworzą ją ludzie, a każdy proces poznawczy obarczony jest ryzykiem błędu.

Jej siła polega na czymś innym: na zdolności do **samo-korekty**. Zjawiska analizowane są w sposób możliwie obiektywny i nieemocjonalny, a wnioski mogą być weryfikowane i powtarzane przez innych badaczy. Nawet jeśli pojawiają się błędne interpretacje, mechanizm wspólnej kontroli prowadzi z czasem do ich korekty.

Tę fundamentalną cechę nauki opisał **Karl Popper**, wprowadzając pojęcie **falsyfikowalności**. Każda hipoteza naukowa musi dopuszczać możliwość, że jest nieprawdziwa i może zostać obalona w świetle nowych danych. Nauka nie polega więc na poszukiwaniu niepodważalnych prawd, lecz na nieustannym testowaniu tego, co uważamy za prawdziwe.

PSEUDONAUKA I POTRZEBA PROSTYCH ODPOWIEDZI

Na tym tle pojawia się obszar określany mianem **pseudonauki**. W odróżnieniu od nauki nie opiera się ona na weryfikowalnych danych ani na gotowości do zmiany stanowiska w świetle nowych dowodów. Jej siła nie wynika z rzetelności metodologicznej, lecz z wykorzystania mechanizmów psychologicznych, które sprawiają, że ludzie **chcą w nią wierzyć**.

Jednym z kluczowych elementów pseudonaukowych narracji jest **poczucie tajemnicy**. Teorie spiskowe zakładają istnienie ukrytych prawd oraz zakulisowych motywacji, niedostępnych dla „zwykłych ludzi”. Pojawia się wizja grup sprawczych – rządów, korporacji, organizacji międzynarodowych czy firm farmaceutycznych - które działają w tajemnicy i rzekomo wbrew interesowi społecznemu. Taki sposób opisu rzeczywistości buduje silne poczucie zagrożenia, ale jednocześnie daje złudzenie posiadania „wiedzy niedostępnej innym”.

Drugim istotnym mechanizmem pseudonauki jest **radykałne upraszczanie złożonych zjawisk**. Problemy wielowymiarowe, wymagające interdyscyplinarnej analizy, zostają sprowadzone do jednej przyczyny, jednego winnego lub jednego rozwiązania. Paradoksalnie właśnie ta prostota czyni pseudonaukę atrakcyjną - odpowiada bowiem na naturalną ludzką potrzebę szybkiego porządkowania rzeczywistości.

Trzecim filarem pseudonaukowych przekazów jest **silny ładunek emocjonalny**. Narracje te niemal zawsze odwołują się do strachu, lęku lub poczucia zagrożenia, jednocześnie oferując łatwe i szybkie odpowiedzi. Emocje zastępują argumenty, a subiektywne poczucie zrozumienia - realną, krytycznie weryfikowaną wiedzę.

Warto jednak dodać jeszcze jedną cechę, szczególnie ważną w medycynie: **pseudonauka bardzo często „podszycia się” pod naukę**. Nie musi tworzyć wszystkiego od zera - potrafi wybiórczo korzystać z prawdziwych danych i publikacji, cytować terminologię medyczną, wykresy czy wyniki badań. Problemem nie jest więc sam „kontakt z nauką”, lecz **błędna interpretacja**: wyrywanie wniosków z kontekstu, pomijanie ograniczeń metodologicznych, mieszanie hipotez z dowodami, a przede wszystkim ignorowanie tego, co w nauce ma fundamentalne znaczenie - **wagi dowodów**.

W praktyce oznacza to, że nie wszystkie badania „ważą tyle samo”. Znaczenie ma m.in. liczebność próby, jakość projektu (np. kohortowe vs. opis przypadków), sposób doboru grup, kontrola błędów, możliwość powtórze-

nia wyników i zgodność z całością dostępnych danych. Pseudonauka często zestawia ze sobą prace nierównorzędne: pojedyncze doniesienie o małej grupie kontra duże, dobrze zaprojektowane badania populacyjne - a następnie przedstawia je tak, jakby miały identyczną wartość.

Klasycznym przykładem jest mit o związku szczepień MMR (szczepienia przeciwko trzem chorobom zakaźnym: odra, świnka, różyczka) z autyzmem. Źródłem społecznej paniki była publikacja Wakefielda z 1998 roku w „The Lancet”, oparta na bardzo małej serii przypadków; praca ta została później wycofana. Jednocześnie liczne badania populacyjne obejmujące setki tysięcy dzieci oraz metaanalizy obejmujące ponad milion uczestników nie wykazały związku między szczepieniem a ryzykiem autyzmu

Dla osoby bez przygotowania metodologicznego taki spór może wyglądać jak „słowo przeciw słowu”: jedno badanie mówi jedno, inne badanie mówi drugie. W rzeczywistości różnica tkwi w jakości i ciężarze dowodu. Nauka nie polega na liczeniu publikacji, lecz na ich krytycznej ocenie – i na tym, czy wynik wytrzymuje próbę czasu, replikacji i weryfikacji przez niezależne zespoły.

W efekcie pseudonauka nie konkuruje z nauką na poziomie faktów, lecz na poziomie **narracji, emocji i pozornej wiarygodności**. A to właśnie czyni ją szczególnie groźną w medycynie – bo pacjent, szukając prostych odpowiedzi w sytuacji lęku, może trafić na przekaz, który brzmi „naukowo”, ale prowadzi do decyzji sprzecznych z wiedzą i interesem zdrowotnym.

Tabela 1, Tabela 2

Pseudonauka najczęściej opiera swoje tezy na **poziomach 1–3**, ignorując lub dyskredytując poziomy 6–9, a następnie przedstawia je jako równoważne. Dla osoby bez przygotowania metodologicznego wszystkie „badania” wyglądają podobnie – różnica ujawnia się dopiero przy ocenie **wagi dowodu**, a nie samego faktu istnienia publikacji. **Tabela 3**

Pseudonauka najczęściej nie wygrywa dlatego, że ma lepsze dowody, lecz dlatego, że **mówi prostym językiem do przestraszonych ludzi**, oferując pewność tam, gdzie biologia jej nie daje.

LEKARZ, PACJENT I BIOLOGIA STRACHU

My, jako lekarze, funkcjonujemy na co dzień w srodowisku chorób i ryzyk onkologicznych. Jesteśmy do tego przygotowani w toku kształcenia i praktyki zawodowej. A jednak nawet dla nas słowa nowotwór, rak, onkologia wciąż niosą silny ładunek emocjonalny.

Aspekt	Nauka	Pseudonauka
Cel	Poszukiwanie prawdy poprzez dowody i weryfikację	Potwierdzenie z góry założonych przekonań
Metoda	Metoda naukowa: obserwacja → hipoteza → eksperyment → analiza → wnioski	Brak spójnej metody, często odwołania do autorytetów lub intuicji
Sprawdzalność (falsyfikowalność)	Hipotezy można obalić poprzez doświadczenie (Karl Popper)	Twierdzenia są нефalsyfikowalne, nie da się ich obalić
Ewaluacja	Ciągła krytyka i korekta poglądów na podstawie nowych danych	Odporność na krytykę, brak zmiany mimo dowodów przeciwnych
Publikacje	Recenzowane czasopisma, transparentność danych	Brak recenzji, „tajemne” źródła, blogi, książki populistyczne
Język	Jasny, precyzyjny, techniczny, z odniesieniem do dowodów	Niejasny, emocjonalny, z hasłami typu „oni nie chcą, żebyś poznał prawdę”
Dowody	Dane empiryczne, powtarzalne eksperymenty, statystyka	Anegdoty, pojedyncze przypadki, intuicje, „cudowne świadectwa”
Postawa wobec błędów	Uznaje błędy i koryguje je	Ignoruje błędy lub tłumaczy je spiskiem
Rozwój	Ciągły postęp, nowe odkrycia modyfikują stare teorie	Brak rozwoju – powtarzanie tych samych tez od lat
Przykłady	Medycyna oparta na dowodach (EBM), fizyka, biologia ewolucyjna	Homeopatia, astrologia, kreacjonizm młodej Ziemi, biorezonans

Tabela. 1 Nauka i pseudonauka: różnice metodologiczne i poznawcze










Poziom	Rodzaj źródła / badania	Charakterystyka	Wartość naukowa	Typowe błędy interpretacyjne
1	Opinia eksperta / anegdota kliniczna	Subiektywne doświadczenie pojedynczej osoby	 bardzo niska	„Lekarz X powiedział...”, „U mnie zadziałało”
2	Studium przypadku (case report)	Opis jednego lub kilku pacjentów	 bardzo niska	Mylenie wyjątku z regułą
3	Seria przypadków (case series)	Kilka-kilkanaście podobnych przypadków	 niska	Brak grupy kontrolnej
4	Badania przekrojowe	Analiza danych w jednym momencie	 niska-umiarkowana	Mylenie korelacji z przyczynowością
5	Badania obserwacyjne (kohortowe, kliniczno-kontrolne)	Porównanie dużych grup w czasie	 umiarkowana	Brak pełnej kontroli czynników zakłócających
6	Randomizowane badania kliniczne (RCT)	Losowy podział na grupy badane	 wysoka	Niewystarczająca liczebność próby
7	Duże, wieloośrodkowe RCT	Tysiące pacjentów, wiele ośrodków	 bardzo wysoka	Rzadkie, kosztowne, czasochłonne
8	Systematyczne przeglądy badań	Krytyczna analiza wielu prac	 bardzo wysoka	Zależność od jakości włączonych badań
9	Metaanalizy	Statystyczne połączenie wyników wielu badań	 najwyższa	Najbardziej odporne na manipulacje

Tabela. 2 Hierarchia wagi badań naukowych (od najsłabszych do najmocniejszych)

Obszar	Jak widzi to pacjent	Jak widzi to lekarz	Co mówi pseudonauka
Samo słowo „badanie”	Każde badanie brzmi równie wiarygodnie	Badania mają różną wagę metodologiczną	„Badania są, ale ukrywane”
Liczba publikacji	„Skoro jest artykuł, to musi być prawda”	Liczy się jakość, nie liczba	„Wystarczy jeden dowód, reszta to manipulacja”
Małe badania	„Skoro komuś pomogło, to pomoże i mnie”	Wysokie ryzyko błędu, brak uogólnienia	„Małe badania są prawdziwe, bo nie są sponsorowane”
Duże badania	„Za duże, żeby dotyczyło mnie”	Najlepsze przybliżenie rzeczywistości klinicznej	„Za duże – więc sterowane przez system”
Sprzeczne wyniki	„Naukowcy sami nie wiedzą”	Naturalny etap weryfikacji hipotez	„To dowód, że nauka kłamie”
Zmiana zaleceń	„Wcześniej mówili co innego”	Aktualizacja wiedzy na podstawie nowych danych	„Zmieniają zdanie, bo ktoś im każe”
Autorytet	Lekarz, influencer, celebryta	Metodologia, replikacja, metaanaliza	„Lekarze są częścią systemu”
Korelacja	„Było po – więc przez”	Korelacja ≠ przyczynowość	„To oczywiste, nie trzeba badań”
Język nauki	Trudny, niezrozumiały	Precyzyjny i ostrożny	„Specjalnie mówią trudnym językiem”
„To zależy”	Brak wiedzy lub unikanie odpowiedzi	Uczciwość wobec biologicznej zmienności	„Oni nigdy nie mówią prawdy”
Ryzyko	Oczekiwanie 0% albo 100%	Operowanie prawdopodobieństwem	„Albo działa, albo nie – proste”
Pseudonauka	„Alternatywa, bo nauka zawiodła”	Brak dowodów, ryzyko szkody	„Jedyna prawda poza systemem”
Czas	„Chcę odpowiedzi teraz”	Proces, obserwacja, kontrola	„Nauka jest zbyt wolna”
Profilaktyka	„Nic nie boli, więc nic się nie dzieje”	Najlepszy moment na wykrycie choroby	„Organizm sam się oczyści”

Tabela. 3 Postrzeganie badań naukowych w medycynie – ujęcie porównawcze: pacjent, lekarz i pseudonauka

Jeżeli więc osoby zawodowo oswojone z tą tematyką odczuwają napięcie, nie możemy oczekiwać, że pacjenci będą reagować w sposób w pełni racjonalny. Dla wielu z nich biologia i mechanizmy chorób nowotworowych są obszarem całkowicie nieznanym. Wchodzą w proces diagnostyczny przestraszeni, zagubieni i pozbawieni narzędzi do krytycznej oceny informacji.

W takiej sytuacji pacjenci naturalnie zaczynają szukać prostych wyjaśnień i łatwych rozwiązań. I właśnie tu pojawia się podatność na teorie spiskowe oraz pseudonaukowe narracje, które obiecują szybkie, jednoznaczne odpowiedzi na złożone problemy onkologiczne.

Z punktu widzenia neurobiologii nie jest to zaskakujące. W sytuacjach lękowych aktywuje się najstarszy ewolucyjnie system reagowania - mechanizm „walcz albo uciekaj”. To on odpowiada za szybkie, automatyczne reakcje obronne. Myślenie racjonalne, abstrakcyjne i długofalowe planowanie są natomiast funkcjami kory nowej, a dojrzewanie struktur odpowiedzialnych za

kontrolę poznawczą trwa długo i może sięgać wczesnej dorosłości.

Możemy więc założyć, że u części osób zdolność oddzielania emocji od myślenia racjonalnego w sytuacji silnego lęku jest ograniczona. W obliczu zagrożenia nowotworem ich reakcje poznawcze „uciekają” w tryb walki lub ucieczki, a poszukiwanie rozwiązań przybiera formę prostych, często całkowicie irracjonalnych strategii obronnych.

I właśnie dlatego rozmowa o profilaktyce onkologicznej nie może ograniczać się wyłącznie do faktów medycznych. Musi uwzględniać emocje, mechanizmy poznawcze i biologiczne ograniczenia ludzkiego myślenia - zarówno pacjentów, jak i nas samych.

„TO ZALEŻY” – CZYLI MEDYCINA W ŚWIECIE NIEPEWNOŚCI

W codziennej praktyce klinicznej często musimy odpowiadać pacjentom: „to zależy”. Przebieg choroby nowotworowej i rokowanie są zmienne i indywidualne. Dla lekarza jest to oczywistość biologiczna, dla pacjenta - często źródło niepokoju.

Sformułowanie to bywa odbierane jako brak wiedzy lub próba unikania odpowiedzi. Tymczasem wynika ono nie z niewiedzy, lecz z **natury procesów biologicznych**. Pacjenci oczekują prostych odpowiedzi, szczególnie w świecie zaawansowanej technologii, w którym - jak się wydaje - wszystko powinno dać się szybko i jednoznacznie rozwiązać.

To uproszczenie przypomina wyobrażenie osoby niezaznajomionej z inżynierią kosmiczną, dla której lot na Księżyc sprowadza się do „wsiadamy do rakiety i lecimy”. Osoby zaangażowane w przygotowanie misji w NASA wiedzą jednak, że stoją za tym lata planowania, praca tysięcy ludzi i złożone procesy, których nie da się „kontynuować” po przerwaniu - trzeba je zacząć od nowa.

Podobnie jest z diagnostyką i leczeniem nowotworów. Im bliżej jądra problemu, tym więcej pojawia się zmiennych, wątpliwości i warunków brzegowych. Nie są one wyrazem niekompetencji, lecz odpowiedzialności za decyzje podejmowane w warunkach biologicznej niepewności.

BAŃKI SPOŁECZNE I KOMORY POGŁOSOWE – KONTEKST WSPÓŁCZESNEJ DEZINFORMACJI

Mówiąc o nauce i sposobach rozumienia świata, nie sposób pominąć zjawiska, w którym dziś niemal wszyscy funkcjonujemy - **bańki społecznych**. W praktyce oznacza to, że otaczamy się ludźmi o podobnych poglądach, wartościach i sposobach interpretowania rzeczywistości. Tworzymy środowiska jednorodne światopoglądowo, w których czujemy się bezpiecznie i przewidywalnie.

Ta jednorodność może dotyczyć wielu obszarów: przekonań ideowych, sytuacji ekonomicznej, wyznania, poglądów politycznych, ale również - co szczególnie istotne w kontekście medycyny - **poglądów zdrowotnych**. Osoby myślące w sposób racjonalny, oparty na nauce i dowodach, funkcjonują w zupełnie innych „bańkach” niż osoby poruszające się w obszarze pseudonauki, alternatywnych terapii czy teorii spiskowych.

Te światy rzadko się przenikają, a gdy już do tego dochodzi, często towarzyszy temu napięcie i wzajemne niezrozumienie.

Zjawisko to wzmacnia mechanizm określany mianem **komory pogłosowej** (*echo chamber*). Polega on na tym, że informacje, które do nas docierają, w dużej mierze potwierdzają nasze wcześniejsze przekonania. Dotyczy to zarówno relacji międzyludzkich, jak i środowiska cyfrowego. Algorytmy mediów społecznościowych i wyszukiwarek podsyłają nam treści spójne z tym, czego już wcześniej szukaliśmy, czytaliśmy lub z czym się zgodziliśmy.

W efekcie nie tylko rzadziej konfrontujemy się z odmiennymi punktami widzenia, ale również **utwierdzamy się w przekonaniu o własnej racji**. Funkcjonowanie w takich bańkach sprzyja poczuciu bezpieczeństwa - jesteśmy „wśród swoich”, poruszamy się po znanym terenie, w obrębie akceptowanych narracji. Jednocześnie rodzi to naturalną polaryzację: my kontra oni. Ci „inni” zaczynają być postrzegani nie jako osoby o odmiennym spojrzeniu, lecz jako zagrożenie dla naszego porządku poznawczego.

Z punktu widzenia medycyny - a szczególnie profilaktyki onkologicznej - ma to konsekwencje fundamentalne. Pacjent funkcjonujący w bańce pseudonauki będzie interpretował objawy, zalecenia i komunikaty lekarza przez pryzmat narracji, które wcześniej uznał za wiarygodne. Dane naukowe mogą być dla niego obce, nieintuicyjne, a czasem wręcz budzące nieufność.

Dlatego kluczową rolą lekarza nie jest jedynie przekazanie informacji, lecz **uświadomienie istnienia tych mechanizmów** oraz powolne, systematyczne i empatyczne „przebijanie się” przez bariery informacyjne. Nie poprzez konfrontację czy ośmieszanie przekonań, lecz poprzez tłumaczenie, jak działa nauka, w jaki sposób dochodzi się do wiedzy i dlaczego właśnie ona - mimo swoich ograniczeń - pozostaje najlepszym narzędziem opisu rzeczywistości, jakim dysponujemy.

To proces długotrwały, wymagający cierpliwości i zrozumienia. Ale właśnie on stanowi fundament skutecznej profilaktyki onkologicznej - szczególnie w stomatologii, gdzie wczesne rozpoznanie często zależy nie tylko od umiejętności klinicznych, lecz także od **zaufania pacjenta i gotowości do wyjścia poza własną bańkę informacyjną**.

PODSUMOWANIE

Profilaktyka onkologiczna nie ogranicza się wyłącznie do czujności onkologicznej w gabinecie stomatologicznym, wykonywania badań przesiewowych czy rozmów prowadzonych w ramach wizyt profilaktycznych. Jest czymś znacznie szerszym i głębszym. To przede wszystkim **świadomość roli, jaką my – ludzie medycyny i nauki – pełniemy w społeczeństwie.**

Profilaktyka onkologiczna zaczyna się tam, gdzie rozumiemy, że medycyna nie jest zbiorem opinii ani doświadczeń jednostkowych, lecz procesem opartym na systematycznym poszukiwaniu prawdy przy użyciu najlepszego dostępnego narzędzia, jakim jest **nauka**. Oznacza to gotowość do krytycznej analizy danych, do zmiany stanowiska w świetle nowych dowodów oraz do odrzucania uproszczonych narracji, nawet jeśli są one społecznie atrakcyjne lub emocjonalnie nośne.

Jako środowisko medyczne powinniśmy stać na straży **wagi wiedzy naukowej** – jej jakości, hierarchii i właściwej interpretacji. To na nas spoczywa odpowiedzialność za tłumaczenie złożonych procesów biologicznych w sposób uczciwy, zrozumiały i pozbawiony fałszywej pewności. Odpowiedzialność ta nie dotyczy wyłącznie pojedynczego pacjenta, ale całej populacji i przestrzeni publicznej, w której dezinformacja zdrowotna staje się realnym zagrożeniem.

Lekarz dentysta, podobnie jak każdy przedstawiciel zawodu medycznego, wykonuje **zawód zaufania publicznego**. To zaufanie nie jest dane raz na zawsze – buduje się je poprzez rzetelność, konsekwencję, pokorę wobec danych i odwagę mówienia prawdy, nawet wtedy, gdy nie da się jej sprowadzić do prostego hasła. Profilaktyka onkologiczna w stomatologii to więc nie tylko procedura kliniczna, ale również **postawa etyczna i społeczna**, której celem jest ochrona zdrowia, życia i racjonalnego myślenia w przestrzeni publicznej.

Gdy **Hipokrates** oddzielał medycynę od magii i religii, nie dawał lekarzom gotowych odpowiedzi. Dawał im metodę: obserwować, analizować, wątpić i wyciągać wnioski. Dziś, ponad dwa tysiące lat później, stoimy przed innym wyzwaniem - nie brakiem wiedzy, lecz jej paradoksalnym nadmiarem, nie milczeniem, lecz hałasem informacyjnym. W tym gęstym szumie łatwo pomylić głośną narrację z prawdą, a prostą obietnicę z realnym rozwiązaniem. Profilaktyka onkologiczna w stomatologii staje się więc czymś więcej niż procedurą. Jest aktem uważności - wobec pacjenta, wobec danych i wobec własnej odpowiedzialności.

Sens zawodu zaufania publicznego nie polega na tym, by zawsze mieć gotową odpowiedź. Polega na tym, by w świecie pełnym skrótów i uproszczeń pozostać wiernym metodzie, która od ponad dwóch tysięcy lat chroni to, co w medycynie najcenniejsze: życie, rozum i zaufanie.

Piśmiennictwo

- [1] Wakefield AJ, Murch SH, Anthony A, et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet*. 1998;351(9103):637–641. [artykuł wycofany].
 - [2] The Editors of The Lancet. Retraction—Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet*. 2010;375(9713):445.
 - [3] Godlee F, Smith J, Marcovitch H. Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. *BMJ*. 2011;342:c7452.
 - [4] Deer B. How the vaccine crisis was meant to make money. *BMJ*. 2011;342:c5258.
 - [5] Madsen KM, Hviid A, Vestergaard M, et al. A population-based study of measles, mumps, and rubella vaccination and autism. *N Engl J Med*. 2002;347(19):1477–1482.
 - [6] Hviid A, Hansen JV, Frisch M, Melbye M. Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism: A Nationwide Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2019;170(8):513–520.
 - [7] Jain A, Marshall J, Buikema A, Bancroft T, Kelly JP, Newschaffer CJ. Autism occurrence by MMR vaccine status among US children with older siblings with and without autism. *JAMA*. 2015;313(15):1534–1540.
 - [8] Taylor LE, Swerdfeger AL, Eslick GD. Vaccines are not associated with autism: An evidence-based meta-analysis of case-control and cohort studies. *Vaccine*. 2014;32(29):3623–3629.
 - [9] Institute of Medicine (US) Immunization Safety Review Committee. Immunization Safety Review: Vaccines and Autism. Washington (DC): National Academies Press; 2004.
- Teza o związku szczepień (w tym MMR) z autyzmem wywodzi się z wycofanej, wadliwej metodologicznie publikacji; liczne badania populacyjne, metaanalizy oraz raporty instytucji naukowych konsekwentnie nie wykazały związku przyczynowego.

Metodologia nauki, pseudonauka, fałszyfikalność

- [10] Popper K. *The Logic of Scientific Discovery*. London: Routledge; 1959.
 - [11] Hansson SO. Cutting the Gordian knot of demarcation. *Int Stud Philos Sci*. 2009;23(3):237–243.
 - [12] Hansson SO. Demarcating, defining, and diagnosing pseudoscience. *Synthese*. 2025;203:1–20.
- ### Informacyjny hałas, bańki informacyjne, echo chamber
- [13] Bawden D, Robinson L. The dark side of information: overload, anxiety and other paradoxes and pathologies. *J Inf Sci*. 2009;35(2):180–191.
 - [14] Pariser E. *The Filter Bubble: What the Internet Is Hiding from You*. New York: Penguin Press; 2011.
 - [15] Jamieson KH, Cappella JN. *Echo Chamber: Rush Limbaugh and the Conservative Media Establishment*. Oxford: Oxford University Press; 2008.
- ### Neurobiologia strachu, emocje a racjonalność decyzji
- [16] LeDoux JE. Emotion circuits in the brain. *Annu Rev Neurosci*. 2000;23:155–184.
 - [17] Casey BJ, Jones RM, Hare TA. The adolescent brain. *Ann N Y Acad Sci*. 2008;1124:111–126.
 - [18] Arain M, Haque M, Johal L, et al. Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2013;9:449–461.
- ### Profilaktyka onkologiczna jamy ustnej i stomatologia
- [19] Rethman MP, Carpenter W, Cohen EEW, et al. Evidence-based clinical recommendations regarding screening for oral squamous cell carcinoma. *J Am Dent Assoc*. 2010;141(5):509–520.
 - [20] Walsh T, Macey R, Kerr AR, Lingen MW, Ogden GR, Warnakulasuriya S. Clinical assessment for the detection of oral cavity cancer and potentially malignant disorders in apparently healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;12:CD010173.
 - [21] Warnakulasuriya S. Oral potentially malignant disorders: A comprehensive review on clinical aspects and management. *Oral Oncol*. 2018;86:163–170.



Medical Smart
Solutions

Imperial Solutions

– tam, gdzie technologia
spotyka się z rzeczywistością
pacjenta

Zaprojektuj uśmiech,
który zaczyna działać
natychmiast.

Poznaj kompletny cyfrowy system leczenia, który łączy doświadczenie chirurgiczne, diagnostykę 3D i zaawansowane protetyczne rozwiązania w jednym, spójnym workflow. Dzięki temu implantacja z natychmiastowym obciążeniem staje się nie tylko możliwa – ale przewidywalna, bezpieczna i komfortowa zarówno dla lekarza, jak i pacjenta.

Dla lekarzy, którzy chcą podnieść jakość usług implantologicznych, koncepcja Imperial Solutions to odpowiedź na wyzwania współczesnej implantologii:

- pełne wsparcie cyfrowego planowania,
- mniejsza inwazyjność,
- precyzyjne pozycjonowanie implantów z dopasowanymi szablonami chirurgicznymi,
- przewidywalne efekty estetyczne – wykonujemy prace tymczasowe i ostateczne.



openlab.3z.pl

Wyłączny dystrybutor systemu implantologicznego ICX w Polsce:

3Z Sp. z o.o.

ul. Stara 7, 41-940 Piekary Śląskie,
+48 32 767 55 66, +48 32 767 70 70

sklep.3z.pl

