

Pracownicy służby zdrowia mówią, dlaczego woleliby stracić pracę, niż szczepić się na COVID-19



Pomimo tego, że szczepionki na COVID-19 są promowane przez media jako bezpieczne i skuteczne, wielu [pracowników służby zdrowia](#) odmawia ich przyjęcia, a ci, którzy otwarcie mówią o swoich obawach, są cenzurowani przez firmy Big Tech lub wyrzucani z ich platform.

Niektóre pielęgniarki i lekarze odmawiają przyjęcia szczepionek, nawet jeśli ta [odmowa](#) ma ich kosztować utratę pracy.

„The Epoch Times” skontaktowało się z takimi pracownikami służby zdrowia, aby poznać powód ich decyzji.

„Niemożliwe jest wyrażenie w pełni [świadomej zgody](#)”

Emily Nixon jest dyplomowaną pielęgniarką, która pracuje w służbie zdrowia od 18 lat. Kiedy jej pracodawca MaineHealth ogłosił, że szczepionka będzie obowiązkowa, szybko zorganizowała grupę o nazwie [The Coalition for Healthcare Workers Against Medical Mandates](#) (pol. Koalicja Pracowników Służby Zdrowia przeciwko Nakazom Medycznym) i złożyła pozew do sądu.

„Tysiące pracowników służby zdrowia straciło i straci pracę. Już i tak słaba infrastruktura opieki zdrowotnej w Maine nie wytrzyma tej katastrofalnej utraty personelu. Będziemy tracić ludzi. Opieka już jest racjonowana. Doświadczamy w tym stanie medialnego wyciszenia” – powiedziała Nixon.

„Mówiąc z mojego punktu widzenia, inteligentnego, zdrowego i pełnoprawnego pracownika służby zdrowia, który doskonale dba o siebie, to zniewaga oczekiwać, że przyjmę zastrzyk z nieznannej substancji, o nieznannej skuteczności i że będę służyć za przykład tym wspaniałym ludziom, którym służę, że oni też powinni przekazać władzę nad sobą firmom farmaceutycznym – skazanym przestępcom – starając się przykleić plaster na rozległą ranę rzeczywistości”.

„Bezczelnością jest nakazywanie przyjęcia zastrzyków bez wyjątku, zwłaszcza gdy zastrzyk jest nowym produktem medycznym, który wciąż przechodzi pierwszy rok badań. Przypadki przełomowe nie są odpowiednio raportowane. Wiemy, że ta szczepionka ‘ma luki’. Bezpieczeństwo i skuteczność tej szczepionki nie zostały udowodnione. Istnieją inne bezpieczne i alternatywne metody leczenia. Niemożliwe jest udzielenie w pełni świadomej zgody bez długoterminowych, bezstronnych danych. Groźenie nam utratą pracy jest jawnym wymuszeniem. Te nakazy odbierają nam nasze nadane przez Boga prawo do integralności cielesnej i osobistej autonomii i nie będziemy tego tolerować” – powiedziała Nixon.

Skutki uboczne są rzeczywiste

Jaclyn Zubiate, która pracowała w Southern Maine Health Care, uwielbiała swoją pracę pielęgniarki.

„Nie przyjąłem szczepionki, mimo że dostanę wypowiedzenie [...] Teraz na podstawie danych, które mamy, wiemy, że wskaźnik przeżywalności jest dość wysoki. W ciągu ostatnich 18 miesięcy wysłałam tylko jednego pacjenta na ostry dyżur z niewydolnością oddechową. COVID nie ma żadnych cech

wyróżniających go spośród innych wirusów, podobnie jak inne choroby, na które mamy szczepionki. Dlaczego miałabym potrzebować szczepionki na coś o 99-procentowej przeżywalności, co nie ma żadnych wyróżniających cech?” – powiedziała Zubiate.

„Pracownicy służby zdrowia nie przyjmują jej, ponieważ wiedzą, że skutki uboczne są rzeczywiste. W izbie przyjęć widziałam ludzi z zapaleniem mięśnia sercowego, zapaleniem tkanki łącznej, nietypowymi objawami neurologicznymi, wśród wielu innych ze skutkami ubocznymi. Widziałam osoby bardzo chore po szczepionce, a następnie z pozytywnym wynikiem testu. Wskaźnik pozytywności na zakażenie COVID-em u osób zaszczepionych jest bardzo wysoki, jak wynika z ostatnich badań i tego, co obserwuję w mojej klinice. Szczepionka powinna działać, a ona nie działa. Powinna być testowana przez lata na czymś innym niż ludzie, zanim nazwiemy ją ‘bezpieczną i skuteczną’. Było ponad 15 000 zgonów spowodowanych szczepionką, których nie opisują media. Nigdy nie podejmę takiego ryzyka na sobie” – powiedziała Zubiate.

Dane mówią same za siebie

Jessica Mosher jest dyplomowaną pielęgniarką od ponad dziesięciu lat. Jest matką czworga dzieci i weteranką Marynarki Wojennej Stanów Zjednoczonych, która straciła pracę z powodu odmowy przyjęcia zastrzyku.

Była przełożoną pielęgniarek, kierowniczką ds. obserwacji pacjentów i dyrektorką ds. programów pielęgniarskich w Szpitalu Ogólnym Redington-Fairview.

„Ochrona mojego zdrowia i wierność moim przekonaniom religijnym zawsze będą moim wyborem ponad pracę. W „Piśmie Świętym” obiecano, że ‘będą zatem istniały, jak długo trwać będzie ziemia: siew i żniwo’; po tej stronie nieba mamy wiele możliwości zatrudnienia, ale tylko jedno życie” – powiedziała Mosher.

„Mam tytuł magistra pielęgniarstwa i jestem zatrudniona jako wykładowca z dziedziny badań pielęgniarских i praktyk opartych na dowodach. Umieję zbierać i analizować dane oraz wyciągać wnioski. Przed pojawieniem się COVID-19 nie polegałam na mediach, rządzie ani Big Tech w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej i nie zamierzam zmieniać tego kierunku. Dane mówią same za siebie w kwestii szkód, jakie wyrządziły te eksperymentalne szczepionki i brak badań, których nie przeprowadzono”.

„To, co widziałam jako pielęgniarka, i to, czym inni dzielili się po szczepieniu, przesądza sprawę. Wirus, podobnie jak przeziębienie i grypa, nie jest uleczalny. Ma jednak prawie 100-procentowy wskaźnik przeżywalności. Ci, którzy forsują szczepienie, podążają za pieniędzmi. Ja podążam za nauką. Pracownicy służby zdrowia nie porzucają swojej pasji czy stabilnej pensji, żeby robić problemy. Ilość ludzi, którzy są skłonni stracić pracę, powinna sama w sobie być powodem do niepokoju” – powiedziała.

Pracownicy służby zdrowia mają naturalną odporność

John Lewis pracował w dużym szpitalu w południowym Maine.

Jest za ochroną życia i wierzy, że każde życie jest cenne.

„Wiedząc, że wszystkie trzy dostępne szczepionki zostały przetestowane, opracowane lub wyprodukowane przy użyciu linii komórek z płodów pochodzących z aborcji planowej, nie mogłem z czystym sumieniem naruszyć moich głęboko zakorzenionych przekonań. Spodziewając się, że będę mógł złożyć wniosek o zwolnienie z przyczyn religijnych, trudno jest mi zaakceptować fakt, że nie przysługuje mi zwolnienie ze względu na obowiązki w pracy, bo pracuję zdalnie i nie mam kontaktu z pacjentami” – powiedział Lewis.

„Poza wyjątkami medycznymi lub religijnymi, wielu pracowników

służby zdrowia rozważa ryzyko i korzyści wynikające z otrzymania szczepionki. Występuje tu takie samo podejście jak do opieki nad pacjentem, gdzie pacjent ma prawo do świadomej zgody. Wielu pracowników służby zdrowia ma naturalną odporność. Inni uważają, że nie ma wystarczającej ilości długoterminowych badań nad skutkami ubocznymi. Ponadto pracownicy służby zdrowia widzą na własne oczy, co dzieje się w szpitalach, co niekoniecznie jest zgodne z narracją” – powiedział Lewis.

„Nikt z nas nie widzi tych ‘fal zachorowań’”

Heather Sadler dyplomowana pielęgniarka, także uwielbia swój zawód pielęgniarki, ale powiedziała, że zdrowie jej i jej rodziny jest o wiele ważniejsze niż jej wypłata.

„To nowa technologia szczepionek (jeśli chce się to tak nazywać), która NIGDY nie została z powodzeniem wdrożona i nie ma żadnych danych dotyczących długoterminowych skutków jej działania, nie mylmy ich z ‘efektami ubocznymi’, na których opinia publiczna wydaje się być skupiona. Zawsze byłam kimś, kto analizował swoje wybory dotyczące opieki zdrowotnej przez pryzmat stosunku ryzyka do korzyści. Wiedząc to, co wiem o COVID (a przeprowadziłam wiele analiz), nie należę do żadnej z grup wysokiego ryzyka ciężkiego zachorowania/śmierci: wiek powyżej 65 lat, otyłość, choroby serca, cukrzyca, przewlekłe choroby płuc i obniżona odporność. Dla mnie i mojej najbliższej rodziny istnieje większe ryzyko wystąpienia skutków ubocznych lub długotrwałych skutków po wstrzyknięciu sobie praktycznie nieznaną substancji” – powiedziała Sadler.

„Jestem pielęgniarką na onkologii/hematologii i widzę, że wzrasta liczba hospitalizacji i skierowań na leczenie zaburzeń krzepnięcia i krwawienia. Na przykład w jednym tygodniu mieliśmy dwóch pacjentów w szpitalu,

u których zdiagnozowano rzadkie zaburzenie krzepnięcia [...] I to zdarzyło się dwa razy w jednym tygodniu w wiejskim obszarze Maine. Jedynym wspólnym czynnikiem, w każdym przypadku, był zastrzyk COVID podany trzy dni wcześniej. Czy zgłoszono to do [CDC](#) (ang. Centers for Disease Control and Prevention, pol. Centra Kontroli i Prewencji Chorób)? Nie wiem”.

„Tylko 4 osoby z ok. 20-25 osób, które znam osobiście i u których ostatnio wyszedł pozytywny wynik testu na COVID, były nieszczepione. Tak, nieszczepione. Większość osób z mojego otoczenia, u których w ciągu ostatnich trzech miesięcy wystąpił wynik pozytywny, była w pełni zaszczepiona. Dlaczego miałabym ryzykować efekty uboczne lub długoterminowe skutki tego zastrzyku, jeśli nadal mogę się zarazić i rozprzestrzeniać tego wirusa? To po prostu nie jest logiczne. Te dwa przykłady wyraźnie obalają ich teorię, że ‘to jest bezpieczne i skuteczne’” – powiedziała Sadler.

„Jestem w stałym kontakcie z innymi pracownikami służby zdrowia w stanie Maine i nikt z nas nie widzi tych ‘fal zachorowań’, o których mówi się opinii publicznej”.

„To jest Ameryka! Mam wszelkie prawo do podejmowania świadomych decyzji dotyczących dbania o swoje zdrowie. Bez względu na to, co wam mówią, to, co ja robię, nie ma bezpośredniego wpływu na was” – powiedziała Sadler.

„Wołność jest najważniejszą rzeczą”

Sherri Thornton była członkinią i przewodniczącą Maine SAFE Advisory Board i jest pielęgniarką od 45 lat.

Planowała przejść na emeryturę, ale chciała pracować do końca tego roku; jednak kiedy zobaczyła, że zbliża się ten nakaz, postanowiła wcześniej przejść na emeryturę.

„Uważam, że wolność jest najważniejszą rzeczą w życiu, poza zbawieniem. Nikt nie ma prawa mówić mi, co mogę, a czego

nie mogę robić z moim ciałem, z wyjątkiem Boga. Szczepionki zostały wyprodukowane z wykorzystaniem tkanek z płodów, a ja jestem zdecydowaną przeciwniczką aborcji” – powiedziała Thornton.

„Składniki szczepionek nie są bezpieczne. Istnieje wiele skutków ubocznych, które powodują więcej szkód niż koronawirus. To nie chroni przed jego wariantami [...] Szczepiąc wszystkich, nie uzyskamy odporności zbiorowiskowej i spowodujemy tylko powstanie większej ilości wariantów, na które zachorują ci, którzy nie mają odporności naturalnej” – powiedziała Thornton.

Trzech innych pracowników służby zdrowia, którzy są przeciwni szczepionkom, skontaktowało się z „The Epoch Times”, ale nie chcieli, aby ich nazwiska lub pracodawcy zostali ujawnieni.

Źródło: [TheEpochTimes.com](https://www.theepochtimes.com)

Apel do Rodziców małych dzieci! – wygłoszony przez dr. Roberta Malone i podpisany przez 15 tysięcy lekarzy, naukowców



Zanim zaszczepisz swoje dziecko, co jest nieodwracalne i często trwale uszkadzające organizm, wysłuchaj Apelu podpisanego przez 15 000 lekarzy i naukowców medycznych z całego świata. Deklaracja tych prawdziwie dbających o zdrowie Twojego dziecka lekarzy i naukowców, oświadcza, że zdrowe dzieci NIE powinny być szczepione „przeciwko COVID-19”. W imieniu sygnatariuszy Apelu, dr Robert Malone, który całą swoją karierę naukową poświęcił na opracowywaniu szczepionek, wystąpił publicznie z krótkim wezwaniem do Rodziców o powstrzymanie się z decyzją o zaszczepieniu swojego dziecka.

Pełny tekst oświadczenia dr. Malone

Nazywam się Robert Malone. Jestem lekarzem i naukowcem, ale ważniejsze: jestem ojcem i dziadkiem. Zwykle nie czytam z kartki przygotowanego wystąpienia, ale to jest tak ważne, że chciałem mieć pewność, że każde słowo i fakt naukowy są poprawne.

Podpieram to oświadczenie całą swoją karierą poświęconą badaniom i rozwojowi szczepionek. Jestem zaszczepiony przeciwko COVID i ogólnie jestem za szczepieniem. Całą swoją karierę poświęciłem opracowywaniu bezpiecznych i skutecznych sposobów zapobiegania i leczenia chorób zakaźnych.

Po wygłoszeniu tego oświadczenia, następnie opublikuję jego tekst, abyś mógł podzielić się nim z przyjaciółmi i rodziną.

Zanim zaszczepisz dziecko – a jest to decyzja nieodwracalna – chciałem przedstawić naukowe fakty dotyczące tej szczepionki genetycznej, która jest oparta na stworzonej przeze mnie technologii szczepionki mRNA.

Rodzice muszą zrozumieć trzy kwestie zanim podejmą tą niemożliwą do odwrócenia decyzję:

● **Po pierwsze**, genom wirusa zostanie wstrzyknięty do komórek Twoich dzieci. Ten gen zmusza organizm Twojego dziecka do wytwarzania toksycznych białek kolczastych. Białka te często powodują trwałe uszkodzenia najważniejszych narządów dziecka, w tym:

- Ich mózgu i układu nerwowego
- Ich serca i naczyń krwionośnych, co powoduje zakrzepy
- Ich układu rozrodczego
- I najważniejsze: ta szczepionka może wywołać fundamentalne zmiany w ich układzie odpornościowym

● Najbardziej niepokojące jest to, że po wystąpieniu tych szkód nie da się ich naprawić, są one już nie do odwrócenia.

- Nie możesz naprawić uszkodzeń w ich mózgu
- Nie można naprawić blizn w tkance serca
- Nie możesz naprawić genetycznie zresetowanego układu odpornościowego, i
- Ta szczepionka może spowodować uszkodzenia układu rozrodczego, które mogą mieć wpływ na przyszłe pokolenia Twojej rodziny.

● **Drugą rzeczą**, o której musisz wiedzieć, jest fakt, że ta nowatorska technologia nie została odpowiednio przetestowana.

- Potrzebujemy co najmniej 5 lat na przeprowadzenie testów i badań, zanim naprawdę zrozumiemy ryzyko związane z tą nową technologią
- Szkody i zagrożenia związane z nowymi lekami często ujawniają się wiele lat później

● Proszę Cię, również jako rodzic, abyś sam zadał sobie pytanie: czy chcesz, aby Twoje dziecko było częścią najbardziej radykalnego eksperymentu medycznego w historii ludzkości?

● **Ostatnia uwaga:** powód, dla którego namawiają Cię do zaszczepienia Twojego dziecka, jest kłamstwem.

○ Twoje dzieci nie stanowią żadnego zagrożenia dla rodziców ani dziadków

○ W rzeczywistości jest odwrotnie: ich odporność, po zachorowaniu na COVID, ma kluczowe znaczenie dla uratowania Twojej rodziny, jeśli nie świata, przed tą chorobą.

Podsumowując: szczepienie dzieci przeciwko niewielkiemu zagrożeniu wirusem nie przyniesie korzyści dla Twoich dzieci lub Twojej rodziny, biorąc pod uwagę znane zagrożenia dla zdrowia związane ze szczepionką, z którymi Ty i Twoje dzieci będziecie musieli żyć jako rodzice, resztę Waszego życia.

Korzyści wynikające z tej szczepionki są minimalne, w porównaniu do ryzyka jakie dla dzieci ze sobą niesie.

Jako rodzic i dziadek, z całą mocą doradzam wam stawianie oporu i walkę w obronie Waszych dzieci.

Robert Malone, MD

Powyższe oświadczenie zostało wygłoszone na żywo (*livestream*) w dniu 12 grudnia 2021 r.

<https://3speak.tv/watch?v=pandemichhealth/lsdpodis&jwsource=cl>

Oprac. www.bibuła.com

2021-12-14

na podstawie: [Global Covid Summit](#)

Molnupiravir: Cudowny Lek na Covid czy oszustwo do zarabiania pieniędzy?



Co się stanie, gdy nie [uda ci](#) się stworzyć szczepionki na „Covid-19”, a potem zdasz sobie sprawę, że właśnie przegapiłeś okazję do [zarobienia](#) miliardów dolarów?

Pośpiesznie opracowujesz nowy lek, przeprowadzasz w pośpiechu badania kliniczne (które sam projektujesz, aby zapewnić dobre wyniki), a następnie ogłaszasz go światu jako lekarstwo na Covid, na które wszyscy czekaliśmy, z wyjątkiem tego, że nikt na niego nie czekał ponieważ Covid [nie jest bardziej śmiertelny niż grypa](#) i można go [leczyć za](#) pomocą łatwych do zdobycia, niedrogich środków (jeśli w ogóle [istnieją](#)).

Ale rządy są zbyt głupie, by o tym wiedzieć, a większość polityków podejmujących decyzje należy do ciebie, więc kogo to obchodzi? Dopóki są gotowi zainwestować w twoją nową miksturę, nie musi to być nawet konieczne, bezpieczne, skuteczne lub etyczne...

Tak, mówię o „Molnupiravir”, najnowszej truciznie firmy Merck, promowanej jako skuteczne leczenie przeciwko Covid-19 (poczekaj, myślałem, że po to były szczepionki?).

Ten niezatwierdzony (tak, niezatwierdzony) lek kosztuje 700

dolarów za cykl, a rząd USA właśnie zgodził się na [zakup 1,7 miliona cykli](#). To inwestycja w wysokości 1,2 MILIARDA dolarów.

Umowa jest częścią zobowiązania administracji Bidena do „odpowiadania na potrzeby zdrowotne społeczeństwa”, ale w rzeczywistości jest to po prostu operacja wysysania pieniędzy, a amerykańska opinia publiczna zajmuje drugie miejsce.

Molnupirawir jest sprzedawany publicznie jako kolejny wielki przełom w leczeniu Covid-19 na podstawie tego, [co wydaje się być JEDNYM badaniem](#), które nigdy nawet nie zostało ukończone. Ponadto badanie zostało przeprowadzone przez firmę Merck (twórców leku), która zdecydowała się nie ujawniać żadnych zdarzeń niepożądanych. Jeśli to nie jest wystarczająco podejrzane, badanie nigdy nie zostało opublikowane w recenzowanym czasopiśmie.

Komunikaty medialne są najwyraźniej nowym standardem, jeśli chodzi o ocenę leczenia. W końcu, po co miałbyś czekać na niezależne potwierdzenie swoich wyników lub obiektywną recenzję, skoro możesz zdobyć płatnych dziennikarzy, bez odrobiny wiedzy medycznej, aby przekonać opinię publiczną, że potrzebują twojego nowego leku?

Gdyby rządowi naukowcy uczciwie byli odpowiedzialni za ocenę Molnupirawiru, a nie przekupionych podróbek farmaceutycznych, mogliby być zaniepokojeni brakiem testów lub nieujawnieniem zdarzeń niepożądanych, mogliby nawet zauważyć, że witamina D ma DUŻO lepsze wyniki w zwalczaniu „Covid -19”. W rzeczywistości, [jedno badanie](#) opublikowane w bardzo szanowanym i wpływowym *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* wykazało, że witamina D zmniejszyła śmiertelność wśród **pacjentów z ciężkim Covid-19 o 79%**.

Porównaj to z rzekomą 50% redukcją oferowaną przez Molnupirawir dla pacjentów „łagodnych do średnio chorych”. [Nie wspominając o różnicy w kosztach](#). Jak wspomniano wcześniej, Molnupirawir kosztuje 700 USD za cykl, podczas gdy witamina D kosztuje

ułamek tej kwoty.

Co więcej, chociaż firma Merck zdecydowała się nie ujawniać działań niepożądanych, wiarygodne dane z lat pokazują, że suplementacja witaminą D jest niezwykle bezpieczna. Przyjmowanie witaminy D jest nie tylko bezpieczne, ale także przynosi [wiele korzyści w różnych stanach](#), w tym depresji, lęku, bólu, stanach zapalnych, nadciśnieniu, chorobach układu krążenia i innych.

Jak było oczywiste od samego początku „pandemii”, kiedy eksperci medycyny żywieniowej byli oczerniani w prasie za [zalecanie „śmiertelnych” dawek witamin](#), światowe zdrowie zostało przejęte przez żądny zysku, bez empatii, toksyczny kartel „medycyny” Big Pharmacy, a nasze rządy przez cały czas były z nimi w łóżku.

Co więcej, trwa to dłużej niż większość ludzi myśli. W rzeczywistości ponad dekadę wcześniej rządy zawierały miliardowe transakcje kupna zapasów „Tamiflu”, równie bezużytecznego leku na grypę, który [później okazał się nie mieć wpływu](#) na zmniejszenie liczby hospitalizacji, zgonów lub powikłań grypy.

W rzeczywistości później stwierdzono, że Tamiflu powoduje szereg [poważnych działań niepożądanych](#), w tym majaczenie, ataki paniki, a nawet halucynacje. Do „łagodniejszych” skutków ubocznych należą nudności i wymioty.

W 2020 r. niezapiecztowany pozew przeciwko informatorom ujawnił, że firma farmaceutyczna Hoffman-La Roche, producent Tamiflu, błędnie przedstawiła badania kliniczne i złożyła fałszywe twierdzenia dotyczące skuteczności leku w leczeniu grypy. W artykule z 2020 roku [Nasdaq cytuje adwokata Marka Laniera](#), który powiedział, że:

Jak stwierdzono w skardze – Tamiflu nie robi tego, co obiecał Roche... Roche ukrywał ten fakt przez wiele lat, wybiórczo cytując swoje badania i zatajając dane dotyczące

Tamiflu. Firma wykorzystwała lobbystów, kluczowych liderów opinii i ghostwriterów do promowania Tamiflu, składając oszukańczą obietnicę rządowi obawiającemu się pandemii grypy”.

Mimo to lek pozostaje na liście „[podstawowych leków](#)” Światowej Organizacji Zdrowia. Rządy USA i Wielkiej Brytanii wydały odpowiednio 1,3 miliarda i 703 miliony dolarów na zakup „strategicznych rezerw” Tamiflu w ramach przygotowań do globalnej pandemii grypy.

W tym czasie media (które jeszcze nie sprzedały się całkowicie [Mr.Global](#)) potępiły inwestycje jako [stratę pieniędzy](#).

Rządy dokonały tych dziwacznych inwestycji na podstawie „niekompletnych” danych, co dokładnie miało miejsce w przypadku ostatniej umowy na zakup Molnupiraviru firmy Merck. I założę się, że kiedy pojawi się więcej danych, ponownie okaże się, że rządy zmarnowały miliony z pieniędzy podatników.

Przekupieni politycy woleliby pogłębić swoje kieszenie, niż wprowadzać rozsądną politykę zdrowotną lub inwestować pieniądze w nabywanie i promowanie witaminy D, która nie tylko ratowałaby życie, ale także pomogłaby poprawić zdrowie psychiczne w [żałosnie ubogiej](#) populacji wyniszczonej przez lęki i depresję.

Jako ekspert medycyny funkcjonalnej, dr Alex Vasquez stwierdza w swoim [najnowszym blogu](#):

...infekcje wirusowe oraz strach i ignorancja wokół nich stały się dla firm farmaceutycznych świetnym sposobem na sprzedawanie bezwartościowych leków ich przekupionym politykom. Gdybyśmy wydali te pieniądze na promocję zdrowia, a nie na promocję strachu, byłibyśmy bardziej wolni, silniejsi, zdrowsi i wyzwolilibyśmy się z mentalnej niewoli strachu, ignorancji i zależności”.

Co więcej, nie można przecenić [znaczenia światła słonecznego](#), ponieważ oprócz tego, że jest naszym głównym źródłem witaminy D, indukuje również produkcję kilku silnych metabolitów przeciwwirusowych, które pomagają organizmowi w walce z chorobami.

Ten artykuł nie byłby kompletny, gdyby nie wspomnieć przynajmniej o niektórych korupcjach, sprawach sądowych i rażących przestępstwach, w które firma Merck była zaangażowana przez lata. Najbardziej rażącym z tych przestępstw i jednym z największych skandali w historii medycyny była promocja przez firmę jej leku przeciwzapalnego Vioxx.

W okresie rozkwitu Vioxx zarabiał dla firmy Merck [2 miliardy dolarów rocznie](#), a szacunki wykazały, że około 25 milionom pacjentom przepisano ten lek. We wrześniu 2004 r. firma Merck została zmuszona do wycofania leku Vioxx z powodu wykazania, że [powoduje on niepożądane zdarzenia sercowo-naczyniowe](#), takie jak zawał serca i udar.

Merck zatrzasnął masywny pozew klasy działania, który został ostatecznie rozstrzygnięty za \$ 4,85 mld USD w roku 2007. Nie tylko Merck zatuszował dane sugerujące, że ich lek był niebezpieczny, ale nielegalnie promował go jako [„nieoficjalny lek”](#) na reumatoidalne zapalenie stawów, bez wskazania jego skuteczności.

Według zeznań dr Davida Grahama, zastępcy dyrektora ds. nauki i medycyny w Biurze ds. Bezpieczeństwa Leków FDA, [Vioxx spowodował 55 000 przedwczesnych zgonów z powodu](#) zawału serca i udaru mózgu.

Nawet lata po zażyciu leku pacjenci często nadal doświadczają problemów, co wskazuje, że Vioxx mógł zabić znacznie więcej osób niż ostrożne szacunki dr Grahama, który w końcu pracuje dla FDA, organizacji odpowiedzialnej za ocenę bezpieczeństwa leku.

W rzeczywistości, po przeanalizowaniu danych dotyczących

śmiertelności w USA, poczynając od roku wydania Vioxx do roku, w którym został wycofany, Ron Unz, wydawca The American Conservative, [doszedł do zaskakującego wniosku](#), że Vioxx mógł być odpowiedzialny za nawet 500 000 zgonów, głównie w populacji osób starszych (65+).

Po skandalu Merck [zatrudnił](#) firmę PR Burson-Marsteller (której [wcześniejsze kampanie](#) obejmują tuszowanie ludobójstwa w Nigerii, walkę z władzami zdrowotnymi w sprawie dymu papierosowego z drugiej ręki oraz bagatelizowanie nadużyć Apple wobec chińskich pracowników fabryk), aby pomóc oczyścić swój publiczny wizerunek i pokazać ich jako „etycznego gracza na arenie opieki zdrowotnej”.

I wydaje się, że to zadziało, bo oto jesteśmy, 15 lat później, z innym bezwartościowym – i prawdopodobnie dość niebezpiecznym – lekiem Merck promowanym na całym świecie jako lek na „Covid-19”. Jak można się było spodziewać, rząd Wielkiej Brytanii [wyraził zainteresowanie Molnupiravirem](#), a wiele innych krajów ma pójść w jego ślady.

Ale historia kryminalna firmy Merck sięga dalej niż 1999 r., kiedy Vioxx trafił na półki sklepowe, ponieważ już w latach 60. firma Merck stanęła w obliczu kontrowersji dotyczących swojego leku na zapalenie stawów, Indocin. Chociaż lek został zatwierdzony przez FDA, później ujawniono, że lek [nie został odpowiednio przetestowany](#) pod [kątem](#) skuteczności lub skutków ubocznych.

Niecałą dekadę później, lek Merck DES (dietylostilbestrol), rzekomo zapobiegający poronieniom, [okazał się rakotwórczy](#), powodując przypadki raka szyjki macicy i innych zaburzeń ginekologicznych. I wreszcie (ale z pewnością nie mniej ważne) w 2007 roku wykazano, że lek firmy Merck na cholesterol „Zetia” [powoduje chorobę wątroby](#), ryzyko, które było znane firmie Merck, która celowo ukryła potępiające wyniki badań.

Dla tych, którzy uważają, że media są po prostu stronnice w

kierunku leków farmaceutycznych, jest to naiwne założenie. Za nagłówkami gazet, magazynów i programów telewizyjnych kryje się skoordynowany wir władzy społeczno-politycznej, zasiany korupcją Big Pharma/Big Money.

Czerpiąc [z pracy dr Alexa Vasqueza](#), przedstawiam tutaj krótkie podsumowanie działania systemu:

1. Czasopisma medyczne są z natury nastawione na publikowanie artykułów prolekowych. Służą one następnie jako reklamy przemysłu farmaceutycznego, który płaci miliony dolarów za przedruki czasopism.
2. Media głównego nurtu, takie jak gazety, magazyny, programy telewizyjne i publikacje online, ponownie publikują informacje dotyczące proleków, ku uciesze przemysłu farmaceutycznego.
3. Medycyna i media głównego nurtu stają się następnie prolekową komorą echa dla stronnicy propagandy Big Pharmacy.
4. Firmy farmaceutyczne zwiększają sprzedaż, zyskują i budują wpływy do tego stopnia, że mają większą władzę niż rządy.
5. Firmy farmaceutyczne infiltrują edukację medyczną, media i politykę zdrowotną; płacą „badaczom” za publikowanie i nauczanie informacji korzystnych dla paradygmatu farmaceutycznego.
6. **Następnie rządy tworzą polityki i dokonują inwestycji, które faworyzują firmy farmaceutyczne, a nie obywateli danego kraju.**

W chwili pisania tego tekstu Molnupiravir nie został jeszcze zatwierdzony przez FDA. Jednak firma Merck zwróciła się do FDA o udzielenie „awaryjnej” zgody ze względu na rzekomą skuteczność leku. Biorąc pod uwagę decyzje podjęte do tej pory przez FDA, wraz z faktem, że [fundusze od firm farmaceutycznych, takich jak Merck](#), stanowią 75% budżetu FDA na przegląd leków, jakie są według Ciebie szanse na zatwierdzenie Molnupiraviru?

A czy zaufałybyś lekarzowi, który ci to przepisał?

Maseczki „skuteczne i bezpieczne” – kłamstwo powtórzone tysiąc razy staje się prawdą



Powszechne maskowanie społeczeństwa jest nieuzasadnione – 15 argumentów i podsumowanie ponad 100 publikacji podważających skuteczność i bezpieczeństwo masek.

(Artykuł ponownie opublikowany z portalu [ProRemedium.pl](https://proremedium.pl))

ARGUMENT 1

ZGODNIE Z ZASADAMI EVIDENCE-BASED MEDICINE, NAJBARDZIEJ WIARYGODNE DANE NAUKOWE WSKAZUJĄ, ŻE MASKI SĄ NIESKUTECZNE

JEDYNYM NAUKOWO UZASADNIONYM sposobem oceny interwencji medycznej jest przeprowadzenie randomizowanej kontrolowanej

próby klinicznej (randomised clinical trial, RCT), tzw. „złotego standardu” w badaniach medycznych [1,2]

Powyższa reguła odnosi się również do skuteczności noszenia masek, co zostało potwierdzone przez Centers for Disease Control and Prevention (CDC) w stosownej publikacji z maja 2020 r.:

„Naszym celem było zidentyfikowanie randomizowanych badań kontrolowanych (RCT) (...) dla każdego z tych środków [ochrony indywidualnej, w tym masek], ponieważ RCT ZAPEWNIAJĄ NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ DOWODÓW” [3]

Do rzetelnej naukowej oceny skuteczności noszenia masek niezbędne jest przeprowadzenie RCT uwzględniającego „zakażenie potwierdzone laboratoryjnie”, ponieważ (1) skuteczność masek jest relatywnie niewielka w porównaniu z innymi znanymi i nieznanymi czynnikami, (2) są duże różnice w zakaźności i podatności na infekcje w zależności od cech demograficznych, (3) w każdym badaniu nierandomizowanym i niekontrolowanym istnieje duże prawdopodobieństwo błędu systematycznego w pozyskiwaniu / selekcji i interpretacji danych, (4) badania nieuwzględniające „zakażenia potwierdzonego laboratoryjnie” („verified outcome”) są bardziej podatne na stronniczość raportowania [4,5].

Przeprowadzone próby kliniczne RCT wysokiej jakości uwzględniające „zakażenie potwierdzone laboratoryjnie” przeanalizowane w oficjalnie opublikowanych przeglądach systematycznych i analizach eksperckich wskazują, że NIE MOŻNA WYKRYĆ ISTOTNEGO STATYSTYCZNIE ZMNIEJSZENIA RYZYKA ZAKAŻENIA INFEKcją WIRUSOWĄ w związku z noszeniem maski [6-17]. Oznacza to, że korzyść z noszenia masek JEST ZBYT MAŁA, ABY MOGŁA ZOSTAĆ WYKRYTA PRZEZ NAUKĘ. Dlatego domniemanie, że maski działają, jest BŁĘDNE [5].

DANMASK-19 to randomizowane, kontrolowane badanie o dużej mocy statystycznej (6000 uczestników), gdzie 46% osób prawidłowo, a

47% przeważnie prawidłowo przestrzegało noszenia maski w warunkach ich rzadkiego stosowania w społeczeństwie, umiarkowanego rozprzestrzeniania się infekcji i rozsądnego przestrzegania dystansu społecznego i mycia rąk [17]. Wyniki badania DANMASK-19 było zgodne z 12 poprzednimi RCT, które wykazały, z umiarkowaną pewnością, że maski miały znikomy wpływ addytywny w zapobieganiu infekcjom dróg oddechowych. Badanie DANMASK-19 wykazało, że ochronny efekt maski był niejednoznaczny, a różnica między dwiema grupami nie była statystycznie istotna w warunkach społecznych. Pomimo dowodów z poprzednich RCT dotyczących grypy i innych wirusowych infekcji dróg oddechowych, w badaniach obserwacyjnych pojawiło się podejrzenie, że SARS-CoV-2 zachowuje się inaczej, i że przenoszenie kropelek można złagodzić poprzez użycie maski w fazie przedobjawowej. Dlatego niektórzy autorzy uznali, że powszechne maskowanie społeczeństwa było uzasadnione w oczekiwaniu na wyniki DANMASK 19. W świetle niejednoznacznych dowodów z DANMASK 19 i poprzednich RCT, argumentacja za efektem ochronnym przeciwko COVID 19 jest POZBAWIONA DOWODÓW I WYMAGA MODYFIKACJI ZE STRONY URZĘDNIKÓW ZDROWIA PUBLICZNEGO [18].

Gdyby skuteczność masek była istotna, to większość RCT (z infekcją potwierdzoną laboratoryjnie) wskazywałaby wyraźnie na korzyść z noszenia masek i metaanalizy (synteza statystyczna wszystkich dostępnych na dzień przeszukiwania literatury badań RCT w danym temacie) by to potwierdzały. W przypadku skuteczności masek w zakresie zapobiegania transmisji wirusów układu oddechowego metaanalizy obejmujące badania RCT bazujące na zweryfikowanym efekcie wskazują, że skuteczność masek jest nieistotna. Jeśli nie pojawi się kolejne wysokiej jakości RCT na licznej reprezentatywnej grupie osób, które wskaże istotny statystycznie efekt na korzyść noszenia masek w zakresie blokowania transmisji SARS-CoV-2 przez osoby zdrowe, to NIE MOŻNA TWIERDZIĆ, ŻE „MASKI SĄ SKUTECZNE”. Nawet jeśli maski miałyby pewną skuteczność, to należy następnie dodatkowo ocenić CZY KORZYŚĆ TEGO ŚRODKA OCHRONY INDYWIDUALNEJ

PRZEWYŻSZA RYZYKO związane ze skutkami ubocznymi powszechnego maskowania społeczeństwa.

Źródła:

[1] "The Necessity of Randomized Clinical Trials", by Jakobsen and Gluud, in the British Journal of Medicine & Medical Research. 3(4): 1453-1468, 2013. <http://www.sciencedomain.org/abstract/1313>

[2] "A Brief History of the Randomized Controlled Trial: From Oranges and Lemons to the Gold Standard", Meldrum, Marcia L., Hematology/Oncology Clinics of North America), 2000, 14(4): 745-760.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889858805703099>

[3] Xiao, Jingyi, et al. „Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings—personal protective and environmental measures.” Emerging infectious diseases 26.5 (2020): 967. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181938/>

[4] Rancourt, Denis G. „Face masks, lies, damn lies, and public health officials:“A growing body of evidence”.” (2020).

[5] https://www.researchgate.net/publication/343399832_Face_masks_lies_damn_lies_and_public_health_officials_A_growing_body_of_evidence

[6] bin-Reza, Faisal, et al. „The use of masks and respirators to prevent transmission of influenza: a systematic review of the scientific evidence.” Influenza and other respiratory viruses 6.4 (2012): 257-267. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22188875/>

[7] Saunders-Hastings, Patrick, et al. „Effectiveness of personal protective measures in reducing pandemic influenza transmission: A systematic review and meta-analysis.”

Epidemics 20 (2017): 1-20
https://www.researchgate.net/publication/316593294_Effectiveness_of_personal_protective_measures_in_reducing_pandemic_influenza_transmission_A_systematic_review_and_meta-analysis

[8] Cowling, B. J., et al. „Face masks to prevent transmission of influenza virus: a systematic review.” *Epidemiology & Infection* 138.4 (2010): 449-456.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20092668/>

[9] Jacobs, Joshua L., et al. „Use of surgical face masks to reduce the incidence of the common cold among health care workers in Japan: a randomized controlled trial.” *American journal of infection control* 37.5 (2009): 417-419.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19216002/>

[10] Hunter, Paul Raymond, et al. „Impact of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 in Europe: a quasi-experimental study.” *medRxiv* (2020).
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.01.20088260v2>

[11] Brainard, Julii Suzanne, et al. „Facemasks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID-19: A rapid systematic review.” *medRxiv* (2020)
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20049528v1>

[12] Xiao, Jingyi, et al. „Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings—personal protective and environmental measures.” *Emerging infectious diseases* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181938/>

[13] “Masks for prevention of viral respiratory infections among health care workers and the public: PEER umbrella systematic review”, by Dugré et al., *Canadian Family Physician* (July 2020) 66: 509-517. <https://www.cfp.ca/content/66/7/509>

[14] “PEER simplified tool: mask use by the general public and by health care workers”, by Moe et al., *Canadian Family Physician* (July 2020) 66:

505-507. <https://www.cfp.ca/content/66/7/505>

[15] "Rapid Expert Consultation on the Effectiveness of Fabric Masks for the COVID-19 Pandemic" (8 April, 2020). By National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25776> .

[16] "Masking lack of evidence with politics", by Jefferson and Heneghan, Centre for Evidence Based Medicine (CEBM), Oxford University (23 July 2020) <https://www.cebm.net/covid-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/>

[17] Bundgaard, Henning, et al. "Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers: a randomized controlled trial." *Annals of Internal Medicine* (2020) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205991/>

[18] Matthews, Sajith. „Mask mandates in light of DANMASK-19.” *Infection Control & Hospital Epidemiology* (2021): 1-2.

ARGUMENT 2

WNIOSKI/WYNIKI Z KILKUDZIESIĘCIU PUBLIKACJI NAUKOWYCH PODWAŻAJĄ SKUTECZNOŚĆ MASEK

Bin-Reza 2012, przegląd systematyczny 17 badań, w tym 8 badań RANDOMIZOWANYCH:

„Żadne z badań nie wykazało rozstrzygającego związku między stosowaniem maski / respiratora a ochroną przed zakażeniem grypą” [1]

Saunders 2017, przegląd systematyczny 16 badań RANDOMIZOWANYCH z metaanalizą:

„Wpływ masek na redukcję transmisji grypy pandemicznej był nieistotny” [2]

Jacobs 2009, badanie RANDOMIZOWANE

„Nie wykazano, aby stosowanie masek chirurgicznych przez pracowników służby zdrowia przynosiło korzyści w zakresie objawów przeziębienia” [3]

Brainard 2020, przegląd systematyczny 31 badań, w tym 12 badań RANDOMIZOWANYCH:

„Dowody nie są wystarczająco mocne, aby wspierać powszechne stosowanie masek” [4]

Xiao 2020, przegląd systematyczny 10 badań RANDOMIZOWANYCH:

„Nasz przegląd systematyczny nie wykazał istotnego wpływu masek i higieny rąk na transmisję laboratoryjnie potwierdzonej grypy” [5]

Jefferson 2020a, przegląd systematyczny z metaanalizą 15 badań RANDOMIZOWANYCH:

„Nie było wystarczających dowodów, aby przedstawić zalecenia dotyczące stosowania osłon twarzy bez innych środków ochronnych w zapobieganiu rozprzestrzeniania się wirusów układu oddechowego. W porównaniu z brakiem masek nie stwierdzono zmniejszenia liczby przypadków zachorowań na infekcje grypopodobne (ILI) lub grypę zarówno w populacji ogólnej, jak i w przypadku pracowników służby zdrowia [6]

Bundgaard 2020, badanie RANDOMIZOWANE: W grupie z rekomendacją noszenia masek i w grupie bez takiego zalecenia odsetek pacjentów z infekcją SARS-CoV-2 był podobny [7]

Smith 2016, Canadian Medical Association Journal, metaanaliza , w tym BADANIA RANDOMIZOWANE: Respiratory N95 i maski chirurgiczne używane przez pracowników służby zdrowia nie wykazały korzyści w zakresie przenoszenia ostrych infekcji

dróg oddechowych. Stwierdzono również, że transmisja ostrych infekcji dróg oddechowych „mogła nastąpić poprzez zanieczyszczenie dostarczonego sprzętu ochrony dróg oddechowych podczas przechowywania i ponownego użycia masek i respiratorów w ciągu dnia pracy”. Na podstawie oddzielnej analizy 23 badań obserwacyjnych, ta metaanaliza nie wykazała ochronnego działania maski medycznej lub respiratorów N95 przeciwko wirusowi SARS [8]

Cowling 2010, Cambridge University Press:

„Żadne z trzech kontrolowanych badań nad stosowaniem masek w przestrzeni publicznej nie dostarczyło konkluzywnych dowodów na ich skuteczność”[9]

Jefferson 2020b, Oxford Centre for Evidence-Based Medicine:

„(...) pomimo dwóch dekad przygotowań do pandemii, istnieje znaczna niepewność co do wartości noszenia masek” [10]

Hunter 2020:

„powszechne stosowanie masek lub nakryć nie przynosi żadnych korzyści (...) mogą one faktycznie zwiększać ryzyko infekcji” [11]

Kłompas 2020, New England Journal of Medicine:

„Noszenie maski poza placówkami służby zdrowia zapewnia niewielką, jeśli w ogóle jakąkolwiek ochronę, przed infekcją” [12]

Kappstein 2020:

„Nie ma dowodów na skuteczność masek odzieżowych, niewłaściwe codzienne stosowanie masek przez społeczeństwo może w rzeczywistości prowadzić do wzrostu liczby infekcji” [13]

Rancourt 2020:

„Maski nie zapobiegają chorobom grypopodobnym układu oddechowego lub chorobom układu oddechowego przenoszonym przez cząsteczki aerozolu i krople” [14]

Desai 2020, Journal of the American Medical Association:

„Zdrowe osoby nie powinny nosić masek w celu ochrony przed infekcją dróg oddechowych, ponieważ nie ma dowodów na to, że maski noszone przez zdrowe osoby skutecznie zapobiegają zachorowaniu” [15]

Royo-Bordonada, 2020:

„Obowiązkowe stosowanie masek w miejscach publicznych przez ogół zdrowej populacji, niezależnie od potencjalnego ryzyka transmisji lub tego, czy można zachować bezpieczną odległość (...), jest środkiem inwazyjnym ograniczającym indywidualne wolności i nie wydaje się być uzasadnione na podstawie dostępnych dowodów naukowych dotyczących potencjalnych korzyści i zagrożeń związanych z tą praktyką” [16]

American Institute for Economic RESEARCH, 2021:

„W oparciu o dowody cytowane powyżej, nie znajdujemy rozstrzygających dowodów na poparcie stosowania masek w przypadku Covid-19 (z wyjątkiem masek typu N-95 w warunkach szpitalnych oraz gdy są odpowiednio dopasowane i używane). W rzeczywistości noszenie maski wydaje się wiązać ze znacznym ryzykiem dla użytkownika. Nasze wnioski nie opierają się wyłącznie na braku dowodów na nieskuteczność, ale na faktycznych dowodach na nieskuteczność” [17]

Marks 2021, The Lancet Infectious Diseases

„Nie znaleźliśmy żadnych dowodów na zmniejszenie ryzyka

transmisji u osób, które zgłosiły używanie maski” [18]

Norwegian Institute of Public Health, 2020 :

„(...) około 200 000 osób musiałyby nosić maskę, aby zapobiec jednej nowej infekcji tygodniowo”, „noszenie masek w celu zmniejszenia rozprzestrzeniania się Covid-19 nie jest zalecane dla osób w społeczności bez objawów ze strony układu oddechowego, które nie mają bezpośredniego kontaktu z osobami, o których wiadomo, że są zakażone” [19]

Leung 2020, Nature Medicine:

„Wyniki sugerują, że maski chirurgiczne mogą potencjalnie zmniejszać uwalnianie cząstek wirusa grypy do środowiska w kropelkach z dróg oddechowych, ale nie w aerozolu. I należy podkreślić, że badanie to opierało się na osobach z chorobą objawową, czyli w kontekście innym niż tutaj rozważanym” [20]

Letizia 2020, New England Journal of Medicine, 2020:

Pomimo bardzo rygorystycznej i wymuszonej kwarantanny (obejmującej 2 pełne tygodnie nadzorowanego odosobnienia, a następnie wymuszonych protokołów dystansowania i maskowania), szybkość transmisji nie została zmniejszona i faktycznie wydawała się wyższa niż oczekiwano. Noszenie maski było nie tylko nieskuteczne w zapobieganiu rozprzestrzenianiu się chorób, ale wręcz pogarszało sytuację. Pomimo kwarantanny, dystansu społecznego i noszenia maski, w tej kohorcie rekrutów, głównie młodych mężczyzn, około 2% nadal było zakażonych i uzyskało pozytywny wynik testu na SARS-CoV-2” [21]

Chou, 2020:

„siła dowodów dotyczących stosowania masek i ryzyka wystąpienia SARS-CoV-2 w społeczności pozostaje

niewystarczająca”; „Dlatego dowody na stosowanie masek vs niestosowanie i porównanie typów masek w placówkach opieki zdrowotnej są niewystarczające” [22]

Huber 2020a:

„Badania populacyjne pokazują, że stosowanie masek powodowało zwiększoną częstość występowania COVID-19 lub nie miało żadnego wpływu. Żadna z badanych jurysdykcji nie miała spadku zachorowalności na COVID-19 po wprowadzeniu nakazów noszenia maski, z wyjątkiem dwóch, które rozpoczęły już gwałtowny spadek liczby przypadków COVID-19 kilka tygodni wcześniej” [23]

Huber 2020b:

„Z powyższych danych wynika, że maski służą bardziej jako instrumenty utrudniające normalne oddychanie, a nie jako skuteczna bariera dla patogenów. Dlatego maski nie powinny być używane przez ogół społeczeństwa, ani przez dorosłych, ani przez dzieci, a ich ograniczenia jako profilaktyki przeciwko patogenom należy również wziąć pod uwagę w placówkach medycznych” [24]

Radonovich 2019, Journal of American Medical Association:

„zarówno respiratory N95, jak i maski chirurgiczne „nie spowodowały znaczącej różnicy w częstości występowania grypy potwierdzonej laboratoryjnie” [25]

Vainshelboim, 2021:

„Istniejące dowody naukowe podważają bezpieczeństwo i skuteczność noszenia maski jako środka zapobiegawczego w przypadku COVID-19. Dane sugerują, że zarówno medyczne, jak i niemedyczne maski są nieskuteczne w blokowaniu przenoszenia chorób wirusowych i zakaźnych z człowieka na człowieka,

takich jak SARS-CoV-2 i COVID-19, co przemawia przeciwko stosowaniu masek” [26]

Dugré 2020, Canadian Family Physician:

„znaleźliśmy ograniczone dowody dotyczące wpływu masek na wirusowe infekcje dróg oddechowych zarówno w społeczności, jak i w placówkach opieki zdrowotnej, a większość naszych analiz nie wykazała statystycznie istotnych różnic” [27].

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020:

„Istnieje niewiele dowodów dotyczących transmisji małych cząstek w aerozolu o wielkości potencjalnie wydychanej przez bezobjawowe lub osoby presymptomatyczne z COVID-19. Zakres jakiegokolwiek ochrony będzie zależał od tego, w jaki sposób maski są wykonane i używane. Zależy to również od tego, jak użycie maski wpływa na zachowania zapobiegawcze użytkownika, w tym stosowanie lepszych masek, gdy stają się one powszechnie dostępne. Te efekty behawioralne mogą ogólnie osłabić lub wzmocnić wpływ maski domowej roboty na zdrowie publiczne. Obecny poziom korzyści, jeśli w ogóle istnieje, nie jest możliwy do oszacowania.” [28]

Nawet jeśli ktoś nie rozumie reguł jakimi kieruje się Evidence-based Medicine i nie zgadza się/ma wątpliwości co do ARGUMENTU I, to po analizie 28 cytowanych powyżej publikacji (w tym metaanaliz z badań RCT) nie może zaprzeczyć, że dane naukowe w zakresie skuteczności masek NIE SĄ JEDNOZNACZNE, a wręcz WĄTPLIWE.

Na podstawie wątpliwych danych naukowych osoby nienoszące masek nazywa się bandytami i medycznymi troglodytami [29], chce się zamykać w psychiatryku [30] i rzucać na nich infamię [31]

Źródła:

1. -Reza, Faisal, et al. „The use of masks and respirators to prevent transmission of influenza: a systematic review of the scientific evidence.” *Influenza and other respiratory viruses* 6.4 (2012): 257-267. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22188875/>
2. https://www.researchgate.net/publication/316593294_Effectiveness_of_personal_protective_measures_in_reducing_pandemic_influenza_transmission_A_systematic_review_and_meta-analysis
3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19216002/>
4. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20049528v1>
5. Xiao, Jingyi, et al. „Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings—personal protective and environmental measures.” *Emerging infectious diseases* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181938/>
6. Jefferson, Tom, et al. „Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Part 1-Face masks, eye protection and person distancing: systematic review and meta-analysis.” *MedRxiv* (2020) <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047217v2>
7. Bundgaard, Henning, et al. “Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers: a randomized controlled trial.” *Annals of Internal Medicine* (2020) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205991/>
8. J Smith, C MacDougall. *CMAJ*. 2016 May 17. 188(8); 567-574.
9. Cowling, B. J., et al. „Face masks to prevent transmission of influenza virus: a systematic review.” *Epidemiology & infection* 138.4 (2010): 449-456.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20092668/>

10. "Masking lack of evidence with politics", by Jefferson and Heneghan, Centre for Evidence Based Medicine (CEBM), Oxford University (23 July 2020) <https://www.cebm.net/covid-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/>
11. Hunter, Paul Raymond, et al. „Impact of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 in Europe: a quasi-experimental study.” medRxiv (2020). <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.01.20088260v2>
12. Klompas, Michael, et al. „Universal masking in hospitals in the Covid-19 era.” New England Journal of Medicine 382.21 (2020): e63. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2006372>
13. Ines Kappstein (Niemcy): Kappstein Ines. „Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit.” Krankenhaushygiene up2date 15.03(2020):279-297. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1174-6591.pdf>
14. Rancourt, Denis G. „Masks Don't Work A review of science relevant to COVID-19 social policy.” Rcreader, 2020, <https://www.rcreader.com/commentary/masks-dont-work-covid-a-review-of-science-relevant-to-covide-19-social-policy>
15. Desai, Angel N., and Preeti Mehrotra. „Medical masks.” Jama 323.15 (2020): 1517-1518. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762694>
16. Royo-Bordonada, Miguel Angel, et al. „Face masks in the general healthy population. Scientific and ethical issues.” Gaceta Sanitaria (2020).
17. <https://www.aier.org/article/masking-a-careful-review-of-the-evidence/>
18. Marks, Michael, et al. „Transmission of COVID-19 in 282 clusters in Catalonia, Spain: a cohort study.” The

Lancet Infectious Diseases (2021)

19. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/should-individuals-in-the-community-without-respiratory-symptoms-wear-facemasks-to-reduce-the-spread-of-covid-19-report-2020.pdf>
20. Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, Chan KH, McDevitt JJ, Hau BJP, Yen HL, Li Y, Ip DKM, Peiris JSM, Seto WH, Leung GM, Milton DK, Cowling BJ. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. Nat Med. 2020 May;26(5):676-680. doi: 10.1038/s41591-020-0843-2. Epub 2020 Apr 3. Erratum in: Nat Med. 2020 May 27;; PMID: 32371934.
21. Letizia, Andrew G., et al. „SARS-CoV-2 transmission among Marine recruits during quarantine.” New England Journal of Medicine 383.25 (2020): 2407-2416.
22. Chou, Roger, et al. „Update Alert 3: Masks for prevention of respiratory virus infections, including SARS-CoV-2, in health care and community settings.” Annals of internal medicine 173.12 (2020): 169.
23. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part4/
24. https://pdmj.org/papers/masks_are_neither_effective_nor_safe/index.html
25. L Radonovich M Simberkoff, et al. N95 respirators vs medical masks for preventing influenza among health care personnel: a randomized clinic trial. JAMA. 2019 Sep 3. 322(9): 824-833.
26. Vainshelboim, Baruch. „Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis.” Medical hypotheses 146 (2021): 110411.
27. “Masks for prevention of viral respiratory infections among health care workers and the public: PEER umbrella systematic review”, by Dugré et al., Canadian Family Physician (July 2020) 66: 509-517. <https://www.cfp.ca/content/66/7/509>
28. “Rapid Expert Consultation on the Effectiveness of Fabric Masks for the COVID-19 Pandemic” (8 April, 2020).

By National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25776>

29. <https://www.tvp.info/50277139/bandy-ci-medyczni-troglodyc-i-lekarze-komentuja-demonstracje-proepidemikow>

30. <https://silesia24.pl/wideo/szczegoly/ostre-slowa-prof-ze-mbali-antycovidowcow-zamknac-w-psychiatryku-19153>

[Rzecznik resortu zdrowia straszy. Osoby bez maseczek chce objąć infamią](#)

ARGUMENT 3

ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA (WHO) I EUROPEJSKIE CENTRUM DS. ZAPOBIEGANIA I KONTROLI CHORÓB (ECDC) PRZYZNAJĄ, ŻE DOWODY NA SKUTECZNOŚĆ MASEK SĄ NIEWYSTARCZAJĄCE

EUROPEJSKIE CENTRUM DS. ZAPOBIEGANIA I KONTROLI CHORÓB (ECDC), 15.02.2021:

„Dowody dotyczące skuteczności masek medycznych w zapobieganiu COVID-19 w społeczności są zgodne w zakresie NIEWIELKIEGO LUB UMIARKOWANEGO efektu ochronnego, ale NADAL ISTNIEJĄ ZNACZĄCE NIEPEWNOŚCI co do wielkości tego efektu. Dowody na skuteczność niemedycznych masek, osłon twarzy i respiratorów w społeczności są SKĄPE I BARDZO MAŁO WIARYGODNE [1]

ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA (WHO), 01.12.2020:

„Obecnie istnieją tylko OGRANICZONE I NIESPÓJNE DOWODY na poparcie skuteczności powszechnego noszenia masek przez osoby zdrowe w społeczności w celu zapobiegania infekcjom wirusowym dróg oddechowych, w tym SARS-CoV-2” [2]

Pomimo powyższych informacji, obie organizacje ogólnie zalecają noszenie masek, co pokazuje, że wnioski agencji ds.

zdrowia nie są poparte wystarczającą ilością wiarygodnych badań naukowych i po prostu ignorują zagrożenia związane ze stosowaniem masek.

Nie uszło to uwadze niektórym badaczom, którzy skrytykowali decyzję amerykańskiej agencji ds. kontroli chorób (CDC):

„Mimo braku dowodów z badań RCT wskazujących, że maski mają dodatkowy wpływ na łagodzenie transmisji SARS-CoV-2, Centrum Kontroli Chorób zaleciło stosowanie masek w miejscach publicznych dla efektu ochronnego, nie tylko w celu kontroli źródła zakażenia (wśród osób z objawami), ale także dla osób zdrowych” [3]

Takie decyzje światowych i krajowych agencji ds. zdrowia sprawiły, że autorzy wielu publikacji, pomimo braku twardych dowodów naukowych, mogły odważnie w swoich pracach formułować wnioski zgodne z przyjętą przez te agencje narracją.

Źródła:

1. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-face-masks-community-first-update.pdf>
2. [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)
3. Matthews, Sajith. „Mask mandates in light of DANMASK-19.” *Infection Control & Hospital Epidemiology* (2021): 1-2.

ARGUMENT 4

MASKI NIE CHORNIĄ CHIRURGA I PACJENTA PRZED ZANIECZYSZCZENIEM INFEKCYJNYM PODCZAS ZABIEGU

Royal Society of Medicine, 2015:

„Brakuje istotnych dowodów na poparcie twierdzeń, że maski chronią pacjenta lub chirurga przed zanieczyszczeniem

infekcyjnym” [1]

Bahli, 2009:

„Na podstawie ograniczonej liczby badań z randomizacją nadal nie jest jasne, czy noszenie masek chirurgicznych szkodzi, czy przynosi korzyści pacjentom poddawanych planowej operacji.” [2]

Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002:

„Nie jest jasne, czy noszenie chirurgicznych masek powoduje jakiegokolwiek szkody lub korzyści dla pacjenta poddawanego czystej operacji chirurgicznej” [3]

Skinner, 2001:

„Dostępne dowody wskazują, że w przypadku noszącego maski chirurgiczne nie zapewniają pełnej ochrony przed bakteriami i wirusami przenoszonymi drogą powietrzną. Ochrona anestezjologa przed zakażeniem od pacjenta może być lepiej osiągnięta przy użyciu plastikowych osłon na twarz, które zapewniają wyższy poziom ochrony przed zanieczyszczeniem” [4].

Orr, 1981:

„Ta próba miała na celu sprawdzenie, czy ryzyko infekcji rany wzrośnie, gdy maski nie będą noszone. To nie miało miejsca. Noszenie maski ma bardzo małe znaczenie dla samopoczucia pacjentów poddawanych rutynowym operacjom ogólnym i jest to standardowa praktyka, z której można by zrezygnować.” [5]

Źródła:

1. Da Zhou, Charlie, Pamela Sivathondan, and Ashok Handa. „Unmasking the surgeons: the evidence base behind the use of

facemasks in surgery." *Journal of the Royal Society of Medicine* 108.6 (2015): 223-228.

2. Bahli, Zahid Mehmood. „Does evidence based medicine support the effectiveness of surgical facemasks in preventing postoperative wound infections in elective surgery." *J Ayub Med Coll Abbottabad* 21.2 (2009): 166-70

3. Lipp, Allyson, and Peggy Edwards. „Disposable surgical face masks for preventing surgical wound infection in clean surgery." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1 (2002)

4. Skinner, M. W., and B. A. Sutton. „Do anaesthetists need to wear surgical masks in the operating theatre? A literature review with evidence-based recommendations." *Anaesthesia and intensive care* 29.4 (2001): 331-338.

5. Orr, Neil WM. „Is a mask necessary in the operating theatre?." *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 63.6 (1981): 390.

ARGUMENT 5

NAUKA NADAL MA WĄTPLIWOŚCI CZY OSOBY BEZOBJAWOWE ZARAŻAJĄ

W artykule opublikowanym w **Nature Communications** (listopad 2020), do którego włączono 10 mln osób (!) wykazano, że rozprzestrzenianie wirusa przez osoby bezobjawowe nie tylko było rzadkim zjawiskiem, ale wręcz w ogóle nie miało miejsca [1]!. W badaniu nie znaleziono ANI JEDNEGO przypadku z pozytywnym wynikiem testu w kierunku SARS-CoV-2 nawet wśród bliskich kontaktów osób bezobjawowych dla tej 10-milionowej próby.

Jak zauważył autor publikacji „Masking: A Careful Review of the Evidence”, zaskakujące było to, że wyniki przełomowego badania opublikowanego w NATURE zostały zignorowane przez media, decydentów i ich ekspertów, którzy nakazali wprowadzenie lockdownu, zamknięcie szkół i noszenie masek przez osoby bezobjawowe [2].

W randomizowanym kontrolowanym badaniu wykazano, że wśród pacjentów objawowych nie było różnic między osobami noszącymi i nienoszącymi maski w zakresie transmisji koronawirusa przez krople większe niż 5 μm . Wśród pacjentów bezobjawowych nie wykryto kropli i aerozolu zawierających koronawirusa u żadnej z osób z lub bez maski, co sugeruje, że BEZOBJAWOWI NIE TRANSMITUJĄ I NIE ZARAŻAJĄ INNYCH [3].

W kolejnym badaniu 445 bezobjawowych osób było eksponowanych na kontakt z bezobjawowym SARS-CoV-2-pozytywnym nosicielem poprzez przebywanie w tej samej izolowanej przestrzeni przez średnio 4-5 dni. ŻADNA z tych 445 osób nie została zainfekowana SARS-CoV-2, co potwierdzono testem RT-PCR [4]

7 czerwca 2020 r. dr Maria Van Kerkhove, szef oddziału **WHO** ds. nowych chorób i chorób odzwierzęcych, przyznała na konferencji prasowej, że rozprzestrzenianie wirusa przez osoby bezobjawowe jest „bardzo rzadkie”:

„Z POSIADANYCH PRZEZ NAS DANYCH wynika, że nadal RZADKO zdarza się, aby osoba bezobjawowa faktycznie przekazywała wirusa dalej” i jeszcze raz podkreśliła „TO BARDZO RZADKIE” [6].

WHO dość szybko zaczęło wycofywać się z tych twierdzeń:

„Jest wiele do wyjaśnienia w tej sprawie. JEST WIELE NIEWIADOMYCH. Oczywiście jest, że zarówno osoby z objawami, jak i bezobjawowe są częścią cyklu transmisji. Pytanie brzmi, jaki jest względny udział każdej grupy w ogólnej liczbie przypadków ” [7]

CDC przedstawiło dowody przemawiające za transmisją SARS-CoV-2 przez osoby przedobjawowe lub bezobjawowe [5], należy jednak ocenić czy wiarygodność tych danych jest wystarczająca, aby podważyć wyniki ogromnego badania opublikowanego w Nature Communication [1].

Z uwagi na powyższe, dane na temat transmisji SARS-CoV-2 przez osoby bezobjawowe są co najmniej SPRZECZNE. Jeśli nauka nadal ma wątpliwości czy osoby bezobjawowe zarażają SARS-CoV-2, to zasadność powszechnego noszenia masek przez osoby zdrowe bez objawów jest tym bardziej wątpliwa.

Źródła:

1. Cao, Shiyi, et al. „Post-lockdown SARS-CoV-2 nucleic acid screening in nearly ten million residents of Wuhan, China.” Nature communications 11.1 (2020): 1-7. <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19802-w>
2. American Institute for Economic Research: <https://www.aier.org/article/masking-a-careful-review-of-the-evidence/>
3. N.H.L. Leung, D.K.W. Chu, E.Y.C. Shiu, K.H. Chan, J.J. McDevitt, B.J.P. Hau, et al. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks Nat Med, 26 (2020), pp. 676-680
4. M. Gao, L. Yang, X. Chen, Y. Deng, S. Yang, H. Xu, et al. A study on infectivity of asymptomatic SARS-CoV-2 carriers Respir Med, 169 (2020)
5. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/7/20-1595_article
6. <https://www.cnbc.com/2020/06/08/asymptomatic-coronavirus-patients-arent-spreading-new-infections-who-says.html>
7. <https://www.cnbc.com/2020/06/09/who-scrambles-to-clarify-comments-on-asymptomatic-coronavirus-spread-much-is-still-unknown.html>

ARGUMENT 6

BRĄK RÓŻNIC W SKUTECZNOŚCI MIĘDZY MASKĄ N95 A MASKĄ CHIRURGICZNĄ – DOWÓD NA BRĄK ISTOTNEJ KORZYŚCI Z BLOKOWANIA KROPEL I CZĄSTEK AEROZOLU?

Long 2020, Journal of Evidence-Based Medicine, metaanaliza:

„Stosowanie respiratorów N95 w porównaniu z maskami chirurgicznymi nie wiąże się z mniejszym ryzykiem wystąpienia

grypy potwierdzonej laboratoryjnie. Respiratory N95 nie powinny być zalecane dla ogółu społeczeństwa i personelu medycznego o niższym ryzyku, którzy nie mają bliskiego kontaktu z pacjentami z gripą lub pacjentami podejrzanymi o gripę” [1]

Jefferson, metaanaliza 2020:

„Nie było różnicy między maskami chirurgicznymi a maskami N95 w zakresie infekcji grypopodobnych i grypy” [2]

PloS one, metaanaliza, 2020:

„Nie ma wystarczających danych, aby ostatecznie ustalić, czy respiratory N95 są lepsze od masek medycznych w ochronie przed zakaźnymi ostrymi infekcjami dróg oddechowych” [3]

Według **prof. Denisa Rancourta** (ponad 100 artykułów w recenzowanych periodykach naukowych, wskaźnik Hirscha = 39):

„GDYBY NOSZENIE MASKI PRZYNOSIŁO JAKIEKOLWIEK KORZYŚCI ZE WZGLĘDU NA BLOKOWANIE KROPELEK I CZĄSTEK AEROSZU, TO NOSZENIE RESPIRATORA (N95) POWINNO PRZYNIEŚĆ WIĘKSZE KORZYŚCI W PORÓWNANIU Z MASKĄ CHIRURGICZNĄ, ALE KILKA DUŻYCH METAANALIZ I WSZYSTKIE RCT, UDOWODNIŁY, ŻE NIE MA TAKIEJ WZGLĘDNEJ KORZYŚCI” [4]

Źródła:

1. Long, Youlin, et al. „Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks against influenza: a systematic review and meta-analysis.” *Journal of Evidence-Based Medicine* 13.2 (2020): 93-101.
2. Jefferson, Tom, et al. „Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Part 1-Face masks, eye protection and person distancing: systematic review and meta-analysis.” *MedRxiv* (2020).

3. Barycka, Katarzyna, et al. „Comparative effectiveness of N95 respirators and surgical/face masks in preventing airborne infections in the era of SARS-CoV2 pandemic: A meta-analysis of randomized trials.” PloS one 15.12 (2020): e0242901.
4. <https://www.rcreader.com/commentary/still-no-conclusive-evidence-justifying-mandatory-masks>

ARGUMENT 7

ZAGROŻENIA ZWIĄZANE ZE STOSOWANIEM MASEK

Poniżej lista skutków ubocznych noszenia masek raportowana w badaniach.

Ogół populacji: dyskomfort i irytacja, duszność, skutki psychologiczne, wpływ na komunikację, zagrożenie ze strony wdychania i rozprzestrzeniania zanieczyszczeń z maski (w tym włókien i materiału biologicznego), zwiększone ryzyko infekcji, wzrost wirerii i nasilenia infekcji, niedotlenienie, hiperkapnia, zwiększona kwasowość i toksyczność, aktywacja lęku i reakcji na stres, wzrost poziomu hormonów stresu, immunosupresja, zmęczenie, pogorszenie zdolności poznawczych, zwiększone ryzyko infekcji, depresja, wpływ na tętno, stres termiczny, negatywny wpływ na parametry wysiłkowe, negatywny wpływ na podstawowe potrzeby psychologiczne jednostki, negatywny wpływ na funkcje fizjologiczne górnych dróg oddechowych, stany zapalne, fałszywe poczucie bezpieczeństwa, negatywne konsekwencje dla osób z ubytkiem słuchu, większe rozprzestrzenianie zanieczyszczonego powietrza (w masce oddychamy częściej i głębiej), ryzyko wprowadzenia wirusa do organizmu poprzez wielokrotne użycie i niewłaściwe zdejmowanie masek, wydychane powietrze dostaje się do oczu, co generuje impuls do ich dotykania, materiały tekstylne w odzieży/maskach stosowanych do zakrywania ust i nosa mogą zawierać szkodliwe chemikalia i barwniki, np. formaldehyd, ekspozycja płuc na nanocząsteczki (nanomateriały w maskach obejmują dwutlenek miedzi, węgiel, grafen, nanodiamenty, nanosrebro i dwutlenek tytanu; poważne skutki uboczne u ludzi wynikające z wdychania

nanocząsteczek srebra obejmują niewydolność płuc, przyspieszenie akcji serca i obniżone tętnicze ciśnienie tlenu we krwi), zwiększone ryzyko upadku (zaburzenia pola widzenia peryferyjnego, parujące okulary), wdychanie mikroplastiku pochodzącego z maski [1-35].

Dzieci: rozdrażnienie, ból głowy (w tym migreny), problem z koncentracją, pogorszenie nastroju, niechęć do wyjścia do szkoły/przedszkola, złe samopoczucie, pogorszenie zdolności uczenia się, senność i zmęczenie, ograniczenie mimiki emocjonalnej, negatywny wpływ na socjalizację i nabywanie umiejętności społecznych, problem z komunikacją werbalną i emocjonalną niemowlę/dziecko – rodzic, utrudnione przyswajanie mowy i języka (małe dzieci, dzieci, które częściej czytają z ruchu warg, mają lepsze umiejętności językowe, gdy są starsze), nieprawidłowy wzrost i kątownie ucha zewnętrznego (odstawanie uszu) [34, 36-40].

Personel medyczny: bóle głowy, mniejsza wydolność pracy, problemy z oddychaniem i upośledzenie funkcji poznawczych, podniesienie temperatury ciała, nasilone pocenie się, wzmożony niepokój i zmęczenie, urazy uciskowe, choroby skóry, zwiększona podatność na infekcje [34,41-55].

SARS-COV-2 może przetrwać na powierzchni maski nawet tydzień [56], a więc istnieje ryzyko wprowadzenia wirusa do organizmu poprzez wielokrotne użycie i niewłaściwe zdejmowanie masek [8].

Borovoy, 2020a:

„Na podstawie przytoczonych tutaj danych klinicznych i historycznych wnioskujemy, że stosowanie masek przyczyni się do znacznie większej zachorowalności i śmiertelności niż z powodu COVID-19” [57]

Borovoy, 2020b:

„Ze względu na duże ryzyko dla osób noszących maski (...) pilnie zalecamy, ABY ŻADNA OSOBA DOROSŁA ANI DZIECKO NIE BYŁY ZMUSZANE DO NOSZENIA MASKI W ŻADNYCH OKOLICZNOŚCIACH. Ponadto zalecamy, aby zagrożenia związane z noszeniem maski były publikowane i ogólnie dostępne i aby maski były noszone wyłącznie przez dorosłych, którzy zdecydują się to zrobić, i tylko za dobrowolną świadomą zgodą, z PEŁNĄ ŚWIADOMOŚCIĄ ZWIĄZANYCH Z NIMI ZAGROŻEŃ, oraz aby ich stosowanie było ZABRONIONE dla dzieci, dorosłych uczniów i pracowników” [58]

Źródła:

1. Downsides of face masks and possible mitigation strategies: a systematic review and meta-analysis”. Mina Bakhit, Natalia Krzyzaniak, Anna Mae Scott, Justin Clark, Paul Glasziou, Chris Del Mar. medRxiv 2020.06.16.20133207; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.16.20133207>. Now accepted for publication in BMJ Open. --
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.16.20133207v1>
2. Lazzarino, Antonio Ivan, et al. „Covid-19: Important potential side effects of wearing face masks that we should bear in mind.” The BMJ 369 (2020).
3. Fisher, Kiva A., et al. „Community and Close Contact Exposures Associated with COVID-19 Among Symptomatic Adults ≥ 18 Years in 11 Outpatient Health Care Facilities—United States, July 2020.” Morbidity and Mortality Weekly Report 69.36 (2020): 1258
4. Przedstawicielka WHO w Polsce, dr Paloma Cuchí (marzec 2020),
<https://www.tysol.pl/a44621-Moga-stac-sie-zrodlem-infekcji-WHO-przestrzega-przed-noszeniem-maseczek-przez-zdrowe-osoby>
5. Vainshelboim B. “Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis”. Medical Hypotheses. 2021;146:110411.

doi:10.1016/j.mehy.2020.110411

-- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680614/>

6. Hunter, Paul Raymond, et al. „Impact of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 in Europe: a quasi-experimental study.” medRxiv (2020). <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.01.20088260v2>
7. Ines Kappstein (Niemcy): Kappstein Ines. „Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit.” Krankenhaushygiene up2date 15.03(2020):279-297. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1174-6591.pdf>
8. MacIntyre, C. Raina, et al. “A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers.” BMJ open 5.4 (2015): e006577.
9. Li Y, Tokura H, Guo YP, et al. “Effects of wearing N95 and surgical facemasks on heart rate, thermal stress and subjective sensations”. Int Arch Occup Environ Health. 2005;78(6):501-509. doi:10.1007/s00420-004-0584-4 -- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7087880/>
10. Fikenzer S, Uhe T, Lavall D, Rudolph U, Falz R, Busse M, Hepp P, Laufs U. “Effects of surgical and FFP2/N95 face masks on cardiopulmonary exercise capacity”. Clin Res Cardiol. 2020 Dec;109(12):1522-1530. doi: 10.1007/s00392-020-01704-y. Epub 2020 Jul 6. PMID: 32632523; PMCID: PMC7338098. – <https://link.springer.com/article/10.1007/s00392-020-01704-y>
11. Review of scientific reports of harms caused by face masks, up to February 2021 https://www.researchgate.net/publication/349518677_Review_of_scientific_reports_of_harms_caused_by_face_masks_up_to_February_2021
12. Zhu, J. H., et al. „Effects of long-duration wearing of N95 respirator and surgical facemask: a pilot study.” J Lung Pulm Resp Res 4 (2014): 97-100
13. Bader A et al. Preliminary report on surgical mask

induced deoxygenation during major surgery. *Neurochirurgia* 2008;19:12-126.

14. Kao, Tze-Wah, et al. „The physiological impact of wearing an N95 mask during hemodialysis as a precaution against SARS in patients with end-stage renal disease.” *Journal of the Formosan Medical Association= Taiwan yi zhi* 103.8 (2004): 624-628.
15. Shehade H et al. Cutting edge: Hypoxia-Inducible Factor-1negatively regulates Th1 function. *J Immunol* 2015;195:1372-1376.
16. Westendorf AM et al. Hypoxia enhances immunosuppression by inhibiting CD4+ effector T cell function and promoting Treg activity. *Cell Physiol Biochem* 2017;41:1271-84.
17. Sceneay J et al. Hypoxia-driven immunosuppression contributes to the pre-metastatic niche. *Oncoimmunology* 2013;2:1 e22355.
18. Savransky V et al. Chronic intermittent hypoxia induces atherosclerosis. *Am J Resp Crit Care Med* 2007;175:1290-1297.
19. Kyung, Sun Young, et al. „Risks of N95 face mask use in subjects with COPD.” *Respiratory Care* 65.5 (2020): 658-664.
20. Lazzarino, Antonio Ivan, et al. „Covid-19: Important potential side effects of wearing face masks that we should bear in mind.” *The BMJ* 369 (2020).
21. <https://www.gao.gov/new.items/d10875.pdf>
22. Greenhalgh T ,Schmid MB ,Czypionka T ,Bassler D ,Gruer L. Maski na twarz dla publiczności podczas kryzysu COVID-19
23. Chodosh, Joshua, Barbara E. Weinstein, and Jan Blustein. „Face masks can be devastating for people with hearing loss.” (2020).
24. Ten Hulzen, Richard D., and David A. Fabry. „Impact of Hearing Loss and Universal Face Masking in the COVID-19 Era.” *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier, 2020
25. MacIntyre, C. Raina, et al. “A cluster randomised trial

- of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers." *BMJ open* 5.4 (2015): e006577
26. Palmieri, Valentina, et al. „Face masks and nanotechnology: Keep the blue side up." *Nano Today* 37 (2021): 101077.
 27. https://www.researchgate.net/publication/344360277_Masks_false_safety_and_real_dangers_Part_1_Friable_mask_particulate_and_lung_vulnerability
 28. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part3/
 29. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306987720317126?via%3Dihub>
 30. Marler, Hollyanna, and Annabel Ditton. „I'm smiling back at you": Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare." *International journal of language & communication disorders* (2020).
 31. Vainshelboim, Baruch. „Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis." *Medical hypotheses* 146 (2021): 110411
 32. https://www.researchgate.net/publication/348179764_The_problem_with_communication_stress_from_face_masks
 33. Kal, Elmar C., William R. Young, and Toby J. Ellmers. „Face masks, vision, and risk of falls." (2020).
 34. patrz pozycja 11
 35. Li, Lu, et al. „COVID-19: Performance study of microplastic inhalation risk posed by wearing masks." *Journal of hazardous materials* 411 (2021): 124955.
 36. Schwarz, Silke, et al. "Corona children studies" Co-Ki": First results of a Germany-wide registry on mouth and nose covering (mask) in children." (2020) <https://assets.researchsquare.com/files/rs-124394/v2/de6894fb-f636-4183-9497-3e80bbde5824.pdf>
 37. Green, Janet et al. "The implications of face masks for babies and families during the COVID-19 pandemic: A discussion paper". *Journal of neonatal nursing : JNN* vol. 27,1 (2021): 21-25. doi:10.1016/j.jnn.2020.10.005 – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7598570/>

38. Lewkowicz : „Masks Can Be Detrimental to Babies’ Speech and Language Development”. David J. Lewkowic. Scientific American. Cognition, Opinion, <https://www.scientificamerican.com/article/masks-can-be-detrimental-to-babies-speech-and-language-development/>
39. Karvounides, D., Marzouk, M., Ross, A.C., VanderPluym, J.H., Pettet, C., Ladak, A., Ziplow, J., Patterson Gentile, C., Turner, S., Anto, M., Barmherzig, R., Chadehumbe, M., Kalkbrenner, J., Malavolta, C.P., Clementi, M.A., Gerson, T. and Szperka, C.L. (2021), “The intersection of COVID-19, school, and headaches: Problems and solutions”. Headache: The Journal of Head and Face Pain, 61: 190-201, <https://doi.org/10.1111/head.14038>
40. Zanotti, B., Parodi, P.C., Riccio, M. et al. “Can the Elastic of Surgical Face Masks Stimulate Ear Protrusion in Children?”. Aesth Plast Surg 44, 1947–1950 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00266-020-01833-9> – <https://link.springer.com/article/10.1007/s00266-020-01833-9>
41. Ong JJY et al. Headaches associated with personal protective equipment-A cross sectional study among frontline healthcare workers during COVID-19. Headache 2020;60(5):864-8776 <https://headachejournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/head.13811>
42. Ramirez-Moreno, Jose M., et al. „Mask-associated de novo headache in healthcare workers during the Covid-19 pandemic.” medRxiv (2020) <https://oem.bmj.com/content/early/2020/12/29/oemed-2020-106956.abstract>
43. Elisheva Rosner E (2020) “Adverse Effects of Prolonged Mask Use among Healthcare Professionals during COVID-19”. Journal of Infectious Disease and Epidemiology 6:130. doi.org/10.23937/2474-3658/1510130
--
<https://clinmedjournals.org/articles/jide/journal-of-in>

[fectious-diseases-and-epidemiology-jide-6-130.php](https://doi.org/10.1007/s12070-020-02124-0)

44. Purushothaman, P.K., Priyanga, E. & Vaidhyswaran, R. "Effects of Prolonged Use of Facemask on Healthcare Workers in Tertiary Care Hospital During COVID-19 Pandemic". *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 73, 59–65 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12070-020-02124-0>
45. Magnavita (critique of Ong, 2020): Magnavita, N. and Chirico, F. (2020), "Headaches, Personal Protective Equipment, and Psychosocial Factors Associated With COVID-19 Pandemic". *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 60: 1444-1445. <https://doi.org/10.1111/head.13882>
46. Goh (response to critique of Ong, 2020): Goh Y, Ong JJY, Bharatendu C, Tan BYQ, Sharma VK. "Headaches Due to Personal Protective Equipment During COVID-19 Pandemic: A Comment". *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2020;60(7):1446-1447. doi:10.1111/head.13879 -- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7323331>
47. Rapisarda, L., Trimboli, M., Fortunato, F. et al. "Facemask headache: a new nosographic entity among healthcare providers in COVID-19 era". *Neurological Sciences* (2021). <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05075-8>
48. Hajjij A, Aasfara J, Khalis M, et al. "Personal Protective Equipment and Headaches: Cross-Sectional Study Among Moroccan Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic". *Cureus*. 2020 Dec;12(12):e12047. DOI: 10.7759/cureus.12047. <https://europepmc.org/article/med/33447477>
49. Çağlar, A., Kaçer, İ, Hacımustafaoğlu, M., Öztürk, B., & Öztürk, K. (2020). "Symptoms associated with personal protective equipment among frontline healthcare professionals during the COVID-19 pandemic". *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1-15. doi:10.1017/dmp.2020.455

--

<https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine>

[ne-and-public-health-preparedness/article/symptoms-associated-with-personal-protective-equipment-among-frontline-healthcare-professionals-during-the-covid19-pandemic/FD3DF0B1437D8E4C9C577D09A2295C68](https://doi.org/10.1055/s-0040-1721904)

50. Rumeesha Zaheer, Maheen Khan, Ahmed Tanveer, Amal Farooq, Zohaib Khurshid. "Association of Personal Protective Equipment with De Novo Headaches In Frontline Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study". *European Journal of Dentistry*. 2020 Dec;14(S 01):S79-S85. doi: 10.1055/s-0040-1721904. Epub 2020 Dec 26. PMID: 33368069; PMCID: PMC7775222. -- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775222/>
51. Zaheer : Rumeesha Zaheer, Maheen Khan, Ahmed Tanveer, Amal Farooq, Zohaib Khurshid. "Association of Personal Protective Equipment with De Novo Headaches In Frontline Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study". *European Journal of Dentistry*. 2020 Dec;14(S 01):S79-S85. doi: 10.1055/s-0040-1721904. Epub 2020 Dec 26. PMID: 33368069; PMCID: PMC7775222. -- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775222/>
52. M. Frountzas, C. Nikolaou, D. Schizas et al., "Personal protective equipment against COVID-19: Vital for surgeons, harmful for patients?", *The American Journal of Surgery*. 13 August 2020. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.09.014>
53. Singh M. et al. Personal protective equipment induced facial dermatoses in healthcare workers managing COVID-19 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; 34: e378-e380, <https://doi.org/10.1111/jdv.16628>
54. Rosner, E. „Adverse effects of prolonged mask use among health care professionals during COVID-19." *J Infect Dis Epidemiol* 6 (2020): 130
55. Purushothaman, P. K., E. Priyanga, and Roopak Vaidhyswaran. „Effects of prolonged use of facemask on healthcare workers in tertiary care hospital during COVID-19 pandemic." *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery* 73.1 (2021): 59-65.

56. Dehbandi, Reza, and Mohammad Ali Zazouli. „Stability of SARS-CoV-2 in different environmental conditions.” *The Lancet Microbe* 1.4 (2020): e145
57. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part2/
58. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part3/

ARGUMENT 8

NEGATYWNE OPINIE EKSPERCKIE NA TEMAT MASEK NA POCZĄTKU PANDEMII C-19

Prof. Łukasz Szumowski:

„Maseczki nie pomagają. Nie wiem czemu ludzie je noszą” [1]

Marszałek Senatu prof. Tomasz Grodzki (lekarz pulmonolog):

„w obronie przed koronawirusem ważne jest, żeby często dezynfekować ręce i nosić maseczki, gdy jesteśmy zakatarzeni lub czujemy się ”grypowo’’ [1]

Dr hab. n. med. Jarosław Pinkas:

„Maseczki nie chronią przed zarażeniem koronawirusem! Noszenie ich przez osoby zdrowe jest kompletnie bezsensowne. Są one dla osób chorych właśnie po to, aby nie zarażały innych. Natomiast nie ma żadnego powodu, aby w naszym klimacie, w naszym kraju nosiły je osoby zdrowe” [2]

Dr Zbigniew Martyka, ordynator oddziału zakaźnego w Dąbrowie Tarnowskiej:

„Jeśli nosimy maseczki to nie mamy większego wpływu na ochronę innych przed zakażeniem, a w dodatku szkodzimy własnemu zdrowiu. Nasuwa się wniosek, że jesteśmy okłamywani i zmuszani do działań mogących pogarszać nasz stan zdrowia” [3]

Doktor Maciej Niwiński, przewodniczący Zarządu Regionu Śląskiego OZZL:

„Źle użyta maseczka staje się bombą biologiczną. Szkodzi zamiast pomagać” [4]

Dr Tomasz Ozorowski, mikrobiolog, były prezes Stowarzyszenia Epidemiologii Szpitalnej i przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych:

„To daje złudne poczucie bezpieczeństwa. Może też prowadzić do sytuacji, w której maseczki zwiększą ryzyko zakażenia, ponieważ nie potrafimy z nich poprawnie korzystać. Dlatego nie powinniśmy robić tego w taki sposób, że nosimy je wszyscy” [5]

CDC nie zalecała osobom, które dobrze się czują, noszenia maski w celu ochrony przed chorobami układu oddechowego, w tym COVID-19. Maski powinny być używane przez osoby wykazujące objawy COVID-19, aby zapobiec rozprzestrzenianiu się choroby. Stosowanie masek jest również kluczowe dla pracowników służby zdrowia i osób opiekujących się kimś w bliskim otoczeniu (w domu lub w placówce medycznej) [6]

WHO i Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control) podkreślały, że noszenie maseczek przez osoby zdrowe w celu zapobiegania infekcji wcale nie jest efektywne [7].

Prof. Włodzimierz Gut:

„Maseczki zbierają na swojej powierzchni wszystko, zwłaszcza kiedy ulegną zawilgoceniu, tracą swoje właściwości. Nie wolno ich dotykać, a przeciętna jednorazówka działa przez 20 minut, więc trzeba by było mieć przy sobie odpowiedni zapas. I potem nie bardzo wiadomo, co z nimi robić” [8]

Minister Zdrowia Holandii, Tamary van Ark:

„Ponieważ z medycznego punktu widzenia NIE MA UDOWODNIONEJ SKUTECZNOŚCI maseczek, rada ministrów zdecydowała, że nie będzie ogólnokrajowego obowiązku noszenia maseczek niemedyycznych” [9]

Należy zadać pytanie, na ile racjonalnie uzasadniona była zmiana zdania w kwestii noszenia masek przez wielu ekspertów i organizacji ds. zdrowia, skoro po kilku dekadach badań nad skutecznością masek (metaanalizy, randomizowane kontrolowane badania kliniczne) twierdzono, że noszenie masek jest nieefektywne w zapobieganiu transmisji wirusa, a po kilku miesiącach pandemii C-19 zdanie zmieniono o 180 stopni. W ramach poprzednich argumentów wskazałem, że w dalszym ciągu nie pojawiły się wysokiej jakości badania naukowe, które jednoznacznie wskazałyby na wystarczającą skuteczność i bezpieczeństwo masek w tym kontekście.

1. <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce, lekarz-zle-uzyta-maseczka-staje-sie-bomba-biologiczna-,artykul,92624472.html>
2. <https://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Szumowski-o-koronawirusie-maseczki-nie-pomagaja-Nie-wiem-czemu-ludzie-je-nosza,203278,8.html>
3. <https://mgr.farm/aktualnosci/gis-noszenie-maseczek-przez-osoby-zdrowe-jest-bezsensowne/>
4. <http://www.tarnow.net.pl/articles/s/i/294542>
5. <https://plus.gloswielkopolski.pl/koronawirus-maseczki-da-ja-zludne-poczucie-bezpieczenstwa-bo-nie-potrafimy-z-nich-poprawnie-korzystac-mowi-mikrobiolog/ar/c1-14886265>
6. <https://dailycaller.com/2020/03/03/facemasks-coronavirus-says-cdc-who/>
7. <https://www.mp.pl/covid19/covid19-aktualnosci/228836,who-maseczki-sa-dla-personelu-medycznego>
8. <https://kobieta.wp.pl/maseczki-ochronne-czy-ich-noszenie-ma-sens-wirusolog-wlodzimierz-gut->

[wyjasnia-6500789009070209a?c=96&nil=&src01=6a4c8](https://www.rp.pl/Koronawirus-SARS-CoV-2/200809981-Holandia-Maski-nie-beda-obowiazkowe-Nie-ma-dowodow-ze-dzialaja.html)

9. <https://www.rp.pl/Koronawirus-SARS-CoV-2/200809981-Holandia-Maski-nie-beda-obowiazkowe-Nie-ma-dowodow-ze-dzialaja.html>

ARGUMENT 9

ISTNIEJE HIPOTEZA, ŻE MASKA ZWIĘKSZA RYZYKO COVID-19

Są dane wskazujące, że W REGIONACH O WIĘKSZYM UŻYCIU MASEK WSKAŹNIK POZYTYWNYCH TESTÓW W KIERUNKU COVID-19 BYŁ WIĘKSZY LUB BEZ ZMIAN [1-12]. Przedstawiono mechanizmy fizyczne i chemiczne, które mogą odpowiadać za zwiększoną transmisję COVID-19 [12]

Fisher, 2020:

„Noszenie masek nie wpłynęło na odsetek diagnozowanych infekcji sars-cov-2, a 85% OSÓB wymagających opieki ambulatoryjnej z powodu objawów infekcji ZAWSZE LUB CZĘSTO NOSIŁO MASKĘ PRZED WYSTĄPIENIEM PIERWSZYCH SYMPTOMÓW, a tylko 8% rzadko lub nigdy” [13]

Przedstawicielka WHO w Polsce, dr Paloma Cuchí (marzec 2020):

„Zamiast chronić, maseczka może wręcz stać się źródłem infekcji, bo poprzez oddech szybko ulega zawilgoceniu, a takie środowisko jest idealną pożywką dla rozwoju drobnoustrojów. Dlatego też trzeba zmienić ją na nową, kiedy tylko stanie się wilgotna.” [14]

Hunter, 2020:

„Powszechne stosowanie w społeczności masek lub nakryć NIE PRZYNOŚI ŻADNYCH KORZYŚCI. Rzeczywiście istnieje nawet sugestia, że MOGĄ ONE FAKTYCZNIE ZWIĘKSZAĆ RYZYKO INFЕКCJI” [15]

Profesor mikrobiologii, wirusologii i epidemiologii – Ines

Kappstein (Niemcy):

„NIE MA DOWODÓW NA SKUTECZNOŚĆ MASEK ODZIEŻOWYCH, niewłaściwe codzienne stosowanie masek przez społeczeństwo MOŻE W RZECZYWISTOŚCI PROWADZIĆ DO WZROSTU LICZBY INFEKCJI” [16]

MacIntyre, 2015: Autorzy badania przestrzegają przed stosowaniem maseczek odzieżowych, ponieważ zatrzymywanie wilgoci, ponowne użycie i słaba filtracja MOGĄ POWODOWAĆ ZWIĘKSZONE RYZYKO INFEKCJI, a wirus może przetrwać na powierzchni maseczki – istnieje ryzyko wprowadzenia wirusa do organizmu poprzez wielokrotne użycie i niewłaściwe zdejmowanie [17]

Źródła:

1. C Felter, N Bussemaker. Which countries are requiring face masks? Council on Foreign Relations. Aug 4, 2020. <https://www.cfr.org/in-brief/which-countries-are-requiring-face-masks>
2. B Borovoy, C Huber, M Crisler. Masks, false safety and real dangers, Part 2: Microbial challenges from masks. Primary Doctor Med J. Nov 2020. https://pdmj.org/Mask_Risks_Part2.pdf
3. I Miller. Mask charts. Rational Ground. <https://rationalground.com/mask-charts/>
4. I Miller. More mask charts. Rational Ground. <https://rationalground.com/more-mask-charts/>
5. The COVID Tracking Project. Data download. The Atlantic. <https://covidtracking.com/data/download>
6. <https://github.com/owid/covid-19-data/tree/master/public/data>
7. H Bundgaard, J Bundgaard, et al. Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers: A randomized controlled trial. Ann Int Med. Nov 18 2020. <https://doi.org/10.7326/M20-6817>.

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817>

8. J Xiao, E Shiu, et al. Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in non-healthcare settings – personal protective and environmental measures. Centers for Disease Control. 26(5); 2020 May. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/5/19-0994_article
9. T Jefferson, M Jones, et al. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. MedRxiv. 2020 Apr 7.
10. C Huber. Masks are neither effective nor safe: A summary of the science. PDMJ.org. Dec 2020. https://pdmj.org/Mask_Risks_Part4.pdf
11. Brainard, N Jones, et al. Facemasks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID19: A rapid systematic review. MedRxiv. 2020 Apr 1. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20049528v1.full.pdf>
12. C Huber. Proposed mechanisms by which masks increase risk of COVID-19. PDMJ.org. January 2021 https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part4/
13. Fisher, Kiva A., et al. „Community and Close Contact Exposures Associated with COVID-19 Among Symptomatic Adults \geq 18 Years in 11 Outpatient Health Care Facilities–United States, July 2020.” Morbidity and Mortality Weekly Report 69.36 (2020): 1258
14. <https://www.tysol.pl/a44621-Moga-stac-sie-zrodlem-infekcji-WHO-przestrzega-przed-noszeniem-maseczek-przez-zdrowe-osoby>
15. Hunter, Paul Raymond, et al. „Impact of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 in Europe: a quasi-experimental study.” medRxiv (2020)
16. Kappstein, Ines. „Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit.” Krankenhaushygiene up2date 15.03 (2020): 279-297.
17. MacIntyre, C. Raina, et al. „A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare

workers.” BMJ open 5.4 (2015): e006577

ARGUMENT 10

NIEPRAWIDŁOWE NOSZENIE MASEK DODATKOWO ZMNIEJSZA SKUTECZNOŚĆ I ZWIĘKSZA RYZYKO

Do wątpliwej skuteczności i uzasadnionego ryzyka należy dodać, że społeczeństwo nie używa masek prawidłowo, nie zmienia ich odpowiednio często, dotyka je gołą dłońią, wielokrotnie używa tej samej maski nie przechowując jej w sterylnym miejscu, stosuje przy wysokiej wilgotności powietrza i w niesprzyjających warunkach atmosferycznych, a także przy problemach z oddychaniem.

ARGUMENT 11

RYZYKO ZGONU Z POWODU COVID-19 NIE UZASADNIA NOSZENIA MASEK

Ze względu na zagrożenia wynikające ze stosowania masek i wątpliwą skuteczność ich noszenie mogłoby być argumentowane znacznym ryzykiem zgonu lub poważnych powikłań na skutek infekcji SARS-CoV-2.

Według oszacowań CDC zakażenie wirusem SARS-CoV-2 przeżywa, w zależności od wieku, od 96,76% do 99,99% osób [1]

Według danych WHO na COVID-19 przez rok trwania pandemii zmarło ok 2,43 miliona ludzi (stan na luty 2021) [2]. Na całym globie żyje ok 7,8 miliarda ludzi. Biorąc pod uwagę powyższe dane, maksymalne GLOBALNE ROCZNE RYZYKO ŚMIERCI Z POWODU COVID-19 wynosi $2,43 \text{ mln} / 7,8 \text{ mld} = 0,03\%$.

Dla porównania, w 2017 r. na choroby sercowo naczyniowe zmarło 17,8 milionów, na nowotwory 9,6 milionów, na choroby układu oddechowego 3,9 milionów. Już w 2017 r. na infekcje dolnych dróg oddechowych umarło w sumie 2,56 milionów ludzi.

2,5 miliona zgonów rocznie z powodu COVID-19 jest ZNACZNIE PRZESZACOWANE [3], ponieważ raportowane przez poszczególne kraje zgony są „z” covid-19, a nie „z powodu” COVID-19 [4],

wiarygodność rekomendowanych testów RT-PCR jest wątpliwa [5-6], przypisywanie COVID-19 może odbywać się wyłącznie na podstawie objawów, bez laboratoryjnej identyfikacji wirusa, co w kontekście globalnym stwarza wysokie prawdopodobieństwo stronniczego raportowania [4,7]

Według WHO, około 1,35 miliona ludzi umiera każdego roku w wyniku wypadków drogowych [8]. Oszacujmy zatem roczne globalne ryzyko zgonu z powodu wypadków drogowych: $1,35 \text{ mln} / 7,8 \text{ mld} = 0,017\%$

Przeszacowane roczne globalne ryzyko zgonu z powodu COVID-19: $0,030\%$

Roczne globalne ryzyko zgonu z powodu wypadków drogowych: $0,017\%$

Roczne globalne przeszacowane ryzyko zgonu z powodu COVID-19 jest tylko dwukrotnie wyższe niż roczne globalne ryzyko zgonu w wypadku drogowym, a w wypadkach drogowych w przeciwieństwie do COVID-19, umierają głównie ludzie młodzi.

Raportowano mniejszą liczbę zgonów w Polsce w miesiącach od lutego do lipca 2020 roku w porównaniu do analogicznych okresów w roku 2018 i 2019 (Biuro Ministra BM-WOP.0122.288.2020), pomimo trwającej pandemii COVID-19 oraz licznych wieców wyborczych, zatłoczonych plaż i kurortów, gdzie większość obywateli nie nosiła maseczek.

Można wnioskować, że niskie i w dodatku przeszacowane ryzyko zgonu z powodu COVID-19 nie uzasadnia stosowania środka ochrony indywidualnej o wątpliwej skuteczności i udokumentowanych naukowo zagrożeniach.

1. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/planning-scenarios.html>
2. <https://covid19.who.int/>
3. Niforatos JD, Melnick ER, Faust JS. Covid-19 fatality is likely overestimated. BMJ2020;368:m1113.

doi:10.1136/bmj.m1113 pmid:32198267

4. Pulla, Priyanka. „What counts as a covid-19 death?.” *bmj* 370 (2020).
5. Cohen, Andrew N., Bruce Kessel, and Michael G. Milgroom. „Diagnosing COVID-19 infection: the danger of over-reliance on positive test results.” *medRxiv* (2020).
6. Borger, Pieter, et al. „External peer review of the RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results.” (2020).
7. https://www.researchgate.net/publication/349518677_Review_of_scientific_reports_of_harms_caused_by_face_masks_up_to_February_2021
8. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

ARGUMENT 12

NISKIE RYZYKO ZARAŻENIA SIĘ W PRZELOTNYM KONTAKCIE W PRZESTRZENI PUBLICZNEJ

New England Journal of Medicine, 2020:

„Organy odpowiedzialne za zdrowie publiczne definiują znaczną ekspozycję na Covid-19 jako kontakt twarzą w twarz w odległości 6 stóp z pacjentem z objawowym Covid-19, który utrzymuje się przez co najmniej kilka minut (a niektórzy mówią, że dłużej niż 10 minut lub nawet 30 minut). SZANSA NA ZŁAPANIE COVID-19 Z PRZELOTNEJ INTERAKCJI W PRZESTRZENI PUBLICZNEJ JEST ZATEM MINIMALNA” [1]

Norwegian Institute of Public Health w ocenianych warunkach oszacował, że około 200 000 OSÓB MUSIAŁOBY NOSIĆ MASKĘ, ABY ZAPOBIEC JEDNEJ NOWEJ INFEKCJI TYGODNIOWO [2]

Przy nadal niepewnym założeniu, że asymptomatyczna transmisja wirusa jest istotna (patrz ARGUMENT 5), to i tak ryzyko bezobjawowej transmisji wirusa może być o 42% mniejsze niż objawowej [3].

Badania sugerują, że osoby zakażone bezobjawowo lub przedobjawowo nie przenoszą wirusa w takim stopniu jak osoby, u których rozwijają się objawy [4,5].

1. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2006372>
2. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/should-individuals-in-the-community-without-respiratory-symptoms-wear-facemasks-to-reduce-the-spread-of-covid-19-report-2020.pdf>
3. Byambasuren O, Cardona, M., Bell, K., Clark, J., McLaws, M.-L., Glasziou, P. Estimating the extent of true asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and metaanalysis. JAMMI 2020 doi: 10.3138/jammi-2020-0030
4. Buitrago-Garcia D, Egli-Gany D, Counotte MJ, Hossmann S, Imeri H, Ipekci AM, et al. Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: A living systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2020;17(9):e1003346
5. Qiu X, Nergiz I, Maraolo A, Bogoch, Low N, Cevik M. Defining the role of asymptomatic SARS-CoV-2 transmission: a living systematic review. MedRxiv. 2020 doi: 10.1101/2020.09.01.20135194.

ARGUMENT 13

CZĄSTECZKI WIRUSA Z NOŚNIKIEM SWOBODNIE PRZECHODZĄ PRZEZ PORY W MASCE

Fizyczne właściwości masek medycznych i niemedycznych sugerują, że maski są nieskuteczne w blokowaniu cząstek wirusów ze względu na różnice w ich skalach [1-3]. Ze względu na różnicę w rozmiarach między średnicą SARS-CoV-2 a średnicą porów maski (wirus jest 1000 razy mniejszy), SARS-CoV-2 MOŻE ŁATWO PRZECHODZIĆ PRZEZ DOWOLNĄ MASKĘ [3]. Ponadto SKUTECZNOŚĆ FILTRACJI MASEK JEST NISKA i waha się od 0,7% do 26% w przypadku niechirurgicznej maski bawełnianej [4]. W przypadku masek chirurgicznych i medycznych N95 współczynnik filtracji spada odpowiednio do 15% i 58%, gdy istnieje nawet niewielka

szczelina między maską a twarzą [3].

Nawet przy założeniu, że maski skutecznie utrudniają przemieszczanie się cząstek aerozolu z wirusami do przodu, to okazuje się, że osoby przebywające obok lub za osobą noszącą maskę są bardziej narażone na aerosol wydychany przez osobę zamaskowaną w porównaniu z osobą bez maski [5].

Uważa się również, że wszystkie maski zmniejszają przepływ powietrza do przodu o 90% lub więcej w porównaniu z brakiem maski. Jednak obrazowanie Schlierena wykazało, że zarówno maski chirurgiczne, jak i maski odzieżowe miały większy strumień powietrza w górę za brwiami niż w przypadku braku maski (w przypadku braku maski ten efekt był niedostrzegalny). Stwierdzono, że przepływ powietrza do tyłu był silny w przypadku wszystkich masek w porównaniu z brakiem maski [6]

Dodatkowo, zarówno w przypadku masek N95, jak i masek chirurgicznych, wydychane cząstki o wielkości od 0,03 do 1 mikrona były odbijane wokół krawędzi każdej maski i wtedy nastąpiła mierzalna penetracja cząstek przez filtr każdej maski [7].

Wirusy w aerozolach ($<100\ \mu\text{m}$) mogą pozostawać zawieszony w powietrzu przez wiele sekund lub godzin, jak dym, i być wdychane. Osoby z COVID-19, z których wielu nie ma żadnych objawów, uwalniają tysiące cząstek aerozoli z ładunkiem wirusowym, a znacznie mniej kropelek podczas oddychania i mówienia. W związku z tym prawdopodobieństwo wydychania aerozoli jest znacznie większe niż rozpylania kropli, a zatem równowagę uwagi należy przesunąć na ochronę przed przenoszeniem drogą powietrzną [8]

Większość osób jest zakażona bezobjawowo, a to oznacza, że wydycha wirusa na nośnikach mniejszych niż $100\ \mu\text{m}$, a rozmiar między porami maski wynosi $55\text{-}440\ \mu\text{m}$ [3]. W takiej sytuacji SARS-CoV-2 nawet na nośniku będzie w istotnym zakresie penetrował maskę

Metaanalizy obejmujące badania RCT z potwierdzoną laboratoryjnie infekcją wskazują, że maski nie działają, bo prawdopodobnie wirusy układu oddechowego przenoszą się drogą powietrzną przez drobiny aerozolu z łatwością penetrujące maskę, a w przypadku drogi kropelkowej silne strumienie powietrza w bok, do tyłu i w górę od osoby noszącej maskę skutecznie roznoszą wirusa w społeczeństwie.

Źródła:

1. Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, Peacock SJ, Prescott HC. Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. JAMA 2020.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. N Engl J Med 2020;382:727–33.
3. Konda A, Prakash A, Moss GA, Schmoltdt M, Grant GD, Guha S. Aerosol Filtration Efficiency of Common Fabrics Used in Respiratory Cloth Masks. ACS Nano 2020; 14:6339–47.
4. Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis, Baruch Vainshelboim
5. M Viola, B Peterson, et al. Face coverings, aerosol dispersion and mitigation of virus transmission risk. <https://arxiv.org/abs/2005.10720>
6. https://pdmj.org/papers/masks_are_neither_effective_nor_safe/index.html
7. S Grinshpun, H Haruta, et al. Performance of an N95 filtering facepiece particular respirator and a surgical mask during human breathing: two pathways for particle penetration. J Occup Env Hygiene. 2009; 6(10):593-603;
8. <https://science.sciencemag.org/content/370/6514/303.2.full>

ARGUMENT 14

OGRANICZONA WIARYGODNOŚĆ PUBLIKACJI SUGERUJĄCYCH SKUTECZNOŚĆ NOSZENIA MASEK

Jest wiele publikacji, w których autorzy uznają, że maski są skuteczne [1-12,17]. Do tej pory jednak nie udało się przeprowadzić wystarczająco wiarygodnych badań RCT porównujących noszenie masek do nienoszenia w zakresie redukcji transmisji SARS-CoV-2 z potwierdzoną laboratoryjnie infekcją. Jedyne RANDOMIZOWANE badanie o dużej mocy statystycznej przeprowadzone na dużej próbie osób (ok 6000 uczestników) dotyczące skuteczności masek w przestrzeni publicznej w dobie pandemii C-19 nie stwierdziło statystycznie ani klinicznie istotnego wpływu stosowania maski na odsetek zakażeń SARS CoV-2 [13].

Poniżej kilka przykładów, dlaczego publikacje wskazujące na skuteczność masek mogą nie być wiarygodne.

Po pierwsze, decyzje światowych i krajowych agencji ds. zdrowia o rekomendacji powszechnego maskowania społeczeństwa pomimo odnotowania braku wystarczających dowodów naukowych [27] (patrz ARGUMENT 3) mogły dać impuls innym autorom do odważniejszego formułowania wniosków zgodnie z przyjętą przez te agencje narracją, pomimo braku twardych dowodów naukowych.

Konieczność stosowania nefarmakologicznych interwencji w celu ograniczania transmisji SARS-CoV-2 świat naukowy bardzo często argumentuje wynikami sponsorowanej przez WHO pracy opublikowanej w *The Lancet* [1], w której zidentyfikowano poważne błędy metodologiczne i były naciski ze strony innych naukowców na jej wycofanie [14-16]

Pomimo rekomendacji noszenia masek, autorzy nowych publikacji często wskazują na KONIECZNOŚĆ DALSZYCH BADAŃ nad skutecznością masek w przypadku SARS-CoV-2 [3,4,10] albo przyznają, że nierandomizowany charakter analizowanych badań jest istotnym ograniczeniem analizy [5,17]

W publikacji „*Human coronavirus data from four clinical trials of masks and respirators*” wskazano, że w czterech przeprowadzonych badaniach, gdzie oceniano maski w kontekście

redukcji transmisji ludzkich koronawirusów, zgłaszano tylko złożone punkty końcowe (composite viral endpoints) [18]. Zastosowanie złożonego punktu końcowego może prowadzić do pewnych trudności w interpretacji wyników, jeśli niektóre składniki nie wykazują pozytywnej tendencji na korzyść badanej interwencji lub jeśli obserwowany efekt leczenia jest spowodowany składnikami postrzeganymi jako słabe i o mniejszym znaczeniu klinicznym [19].

Nowe publikacje na temat skuteczności masek to przeważnie modele/symulacje [7,12,20], badania nierandomizowane/obserwacyjne [23-26], ankietowe [8], pogładowe [5,9], opinie eksperckie [11] o niższym niż RCT poziomie wiarygodności lub są w formie nierecenzowanych preprintów [10, 20,21,22]. Należy zwrócić uwagę, że nie pojawiły się nowe przełomowe badania RCT oceniające skuteczność noszenia masek, więc nowe metaanalizy [1,2,17] uwzględniają właściwie te same wcześniej analizowane RCT i jedynie dodają nowe dowody niskiej jakości.

Należy zwrócić uwagę, że niektóre badania są sponsorowane przez CDC/WHO lub inne instytucje, które rekomendują noszenie masek [1,8].

Autorzy artykułu opublikowanego w PNAS rekomendują aby, funkcjonariusze publiczni i rządy zdecydowanie zachęcały do powszechnego stosowania masek w miejscach publicznych, w tym do stosowania odpowiednich przepisów, ale stwierdzają również, że „bezpośrednie dowody na skuteczność stosowania maski są pomocne, ale NIE SĄ ROZSTRZYGAJĄCE. Ze względu na brak RCT, tylko jedno badanie obserwacyjne i niejasne dowody dotyczące innych chorób układu oddechowego, będziemy musieli przyjrzeć się szerszej liczbie dowodów” [5].

Na przykład autorzy tej metaanalizy opublikowanej na razie w formie preprint konkludują, że ich dowody przemawiają za stosowaniem masek w celu ochrony przed wirusami układu oddechowego, ale jak spojrzemy na wyniki to pojawia się

informacja: „*Metaanaliza wszystkich 17 badań nie wykazała związku między maską a infekcjami dróg oddechowych*”, a wyniki istotne klinicznie na korzyść masek osiągnięto dopiero dla skorygowanych współczynników szans. Sami autorzy przyznali, że skorygowane współczynniki szans mają ograniczenia metodologiczne, wspomniano również o wielu innych ograniczeniach tej metaanalizy [21].

W publikacji preprint [10], w którym zidentyfikowano 35 badań, w tym 3 badania z randomizacją (RCT) (4017 pacjentów), 10 badań porównawczych (18984 pacjentów), 13 modeli predykcyjnych, 9 laboratoryjnych badań eksperymentalnych autorzy stwierdzili „Wyniki tego systematycznego przeglądu i metaanalizy potwierdzają stosowanie masek w społeczeństwie”, dodali jednak „**POTRZEBNE SĄ SOLIDNE, RANDOMIZOWANE BADANIA SKUTECZNOŚCI MASEK, ABY OPRACOWAĆ STRATEGIE OPARTE NA DOWODACH**”. Co więcej, w sekcji wyników pojawiają się takie informacje „*Jeśli chodzi o zmniejszenie wskaźników infekcji, szacunki dotyczące RCT z randomizowaną kwalifikacją do grup (cluster-RCT) były na korzyść noszenia masek w porównaniu z ich brakiem, ale NIEISTOTNE STATYSTYCZNIE*”. Podobne wyniki odnotowano w badaniach obserwacyjnych.

Z kolei w publikacji [2] posłużono się argumentem, że maski są „**LEPSZE NIŻ NIC**” i zwrócono uwagę na konieczność dodatkowego stosowania innych środków zapobiegawczych.

W opinii eksperckiej popierającej powszechne noszenie masek „*What the data say about wearing face masks*” opublikowanej na łamach Nature przytoczono taki oto argument: „*Nie można przeprowadzać randomizowanych badań dla wszystkiego – i nie powinno się. Jak czasami lubią mawiać badacze kliniczni, spadochrony również nigdy nie były testowane w randomizowanych kontrolowanych badaniach*” [11]. Porównanie masek do spadochronów w tym kontekście jest czymś niezrozumiałym, w szczególności że przed pandemią mieliśmy co najmniej kilkanaście badań randomizowanych nad skutecznością masek. Takie stwierdzenie w prestiżowym periodyku naukowym pośrednio

sugeruje, że nienoszenie maski w każdym przypadku skończy się śmiercią, jak skok bez spadochronu, jest oczywistym absurdem. Dlaczego przeprowadzenie badań randomizowanych dla masek jest bardzo ważne uzasadniono w ramach ARGUMENTU I.

W badaniu [3] wskazano, że aktualny przegląd systematyczny i metaanaliza wykazały ogólną skuteczność masek w zapobieganiu transmisji wirusów układu oddechowego, ale „NADAL POTRZEBA WIĘCEJ DOWODÓW, ABY LEPIEJ WYJAŚNIĆ SKUTECZNOŚĆ MASKOWANIA W RÓŻNYCH OKOLICZNOŚCIACH.” Autorzy wymieniają wiele ograniczeń, w tym „DOBRE ZAPROJEKTOWANE, WYSOKIEJ JAKOŚCI BADANIA PROSPEKTYWNE ORAZ BADANIA DOTYCZĄCE OGÓŁU SPOŁECZEŃSTWA SĄ NADAL NIEWYSTARCZAJĄCE”

Autorzy tej publikacji [6] stwierdzili, że maski skutecznie ograniczają przenoszenie wirusów, mimo że w sekcji dotyczącej wyników cytują wyniki badań, które dają SPRZECZNE WYNIKI. Zwracają jednak uwagę na konieczność stosowania również innych środków bezpieczeństwa.

Warto odnotować, że badania głównie skupiają się na skuteczności pomijając kwestie bezpieczeństwa, a kluczowa jest ocena KORZYŚĆ VS RYZYKO tego środka ochrony indywidualnej, zarówno dla osób zdrowych, jak i z chorobami przewlekłymi. Jeśli skuteczność jest niepewna, to tym bardziej należy zwracać uwagę na bezpieczeństwo danej interwencji.

Źródła:

1. Chu, Derek K., et al. „Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis.” *The Lancet* 395.10242 (2020): 1973-1987.
2. Sharma, Suresh K., Mayank Mishra, and Shiv K. Mudgal. „Efficacy of cloth face mask in prevention of novel coronavirus infection transmission: A systematic review and meta-analysis.” *Journal of Education and Health*

Promotion 9 (2020).

3. Liang, Mingming, et al. „Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: a systematic review and meta-analysis.” *Travel Medicine and Infectious Disease* (2020): 101751.
4. MacIntyre, C. Raina, and Abrar Ahmad Chughtai. „A rapid systematic review of the efficacy of face masks and respirators against coronaviruses and other respiratory transmissible viruses for the community, healthcare workers and sick patients.” *International Journal of Nursing Studies* (2020): 103629.
5. Howard, Jeremy, et al. „Face masks against COVID-19: an evidence review.” (2020).
6. <https://royalsociety.org/-/media/policy/projects/set-c/set-c-facemasks.pdf?la=en-GB&hash=A22A87CB28F7D6AD9BD93BBCBFC2BB24>
7. Li, Tom, et al. „Mask or no mask for COVID-19: A public health and market study.” *PloS one* 15.8 (2020): e0237691.
8. Rader B, White LF, Burns MR, et al. Mask-wearing and control of SARS-CoV-2 transmission in the USA: a cross-sectional study. *Lancet Digit Health* 2021; published online Jan 19.
9. Clapham, Hannah E., and Alex R. Cook. „Face masks help control transmission of COVID-19.” *The Lancet Digital Health* 3.3 (2021): e136-e137.
10. Coclite, Daniela, et al. „Face mask use in the Community for Reducing the Spread of COVID-19: a systematic review.” *medRxiv* (2020)
11. Peeples, Lynne. „What the data say about wearing face masks.” *Nature* 586 (2020): 186-189.
12. Catching, Adam, et al. „Examining face-mask usage as an effective strategy to control COVID-19 spread.” *medRxiv* (2021): 2020-08.
13. Bundgaard, Henning, et al. “Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers: a

randomized controlled trial." *Annals of Internal Medicine*

(2020) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205991/>

14. <http://www.economicsfaq.com/retract-the-lancets-and-who-funded-published-study-on-mask-wearing-criticism-of-physical-distancing-face-masks-and-eye-protection-to-prevent-person-to-person-transmissi/>
15. <https://www.theguardian.com/science/2020/jun/14/scientists-report-flaws-in-who-study-on-two-metre-distancing>
16. aier.org/article/masking-a-careful-review-of-the-evidence/
17. Tabatabaeizadeh, Seyed-Amir. „Airborne transmission of COVID-19 and the role of face mask to prevent it: a systematic review and meta-analysis." *European Journal of Medical Research* 26.1 (2021): 1-6.
18. MacIntyre, C. Raina, et al. „Human coronavirus data from four clinical trials of masks and respirators." *International Journal of Infectious Diseases* 96 (2020): 631-633.
19. Sankoh, Abdul J., Haihong Li, and Ralph B. D'Agostino Sr. „Use of composite endpoints in clinical trials." *Statistics in medicine* 33.27 (2014): 4709-4714.
20. Damette, Olivier. „Zorro versus Covid-19: fighting the pandemic with face masks." *medRxiv* (2021). – preprint
21. Ollila, Hanna M., et al. „Face masks prevent transmission of respiratory diseases: a meta-analysis of randomized controlled trials." *medRxiv* (2020).
22. Gupta, Madhu, Khushi Gupta, and Sarika Gupta. „The use of facemasks by the general population to prevent transmission of Covid 19 infection: A systematic review." *medRxiv* (2020).
23. Wu, Jiang, et al. "Risk Factors for SARS among Persons without Known Contact with SARS Patients, Beijing, China." *Emerging Infectious Diseases*, Centers for Disease Control and Prevention. 2004. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3322931/.
24. Lau, Joseph T F, et al. "SARS Transmission, Risk

Factors, and Prevention in Hong Kong.” Emerging Infectious Diseases, Centers for Disease Control and Prevention.

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323085/.

25. Van Der Sande, Marriane, et al. “Professional and Home-Made Face Masks Reduce Exposure to Respiratory Infections among the General Populatoin.” PloS One. 2008. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440799.
26. Johnson, D F, et al. “A Quantitative Assessment of the Efficacy of Surgical and N95 Masks to Filter Influenza Virus in Patients with Acute Influenza Infection.” Clinical Infectious Diseases : an Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, U.S. National Library of Medicine. 2009.
27. Matthews, Sajith. „Mask mandates in light of DANMASK-19.” Infection Control & Hospital Epidemiology (2021): 1-2.

ARGUMENT 15

MASKI STANOWIĄ POWAŻNE ZAGROŻENIE EKOLOGICZNE

Na całym świecie KAŻDEGO MIESIĄCA zużywa się 129 miliardów wątpliwej skuteczności masek i 65 miliardów plastikowych rękawiczek, wiele z nich trafia do mórz, oceanów, lasów i gleby [1].

1,5 miliarda masek trafiło w ubiegłym roku do mórz i oceanów. Jak mówią ekolodzy, już wkrótce w Morzu Śródziemnym może być więcej masek niż meduz [2]

Źródła:

1. <https://politicalwire.com/2020/09/08/face-mask-pollution-becoming-huge-problem/>
2. https://klimat.rp.pl/planeta/4467-bez-biodegradowalnych-masek-oceany-czeka-katastrofa/?doing_wp_cron=1617320496.2220060825347900390625

Raport ze Szwecji i UK pokazuje, że większość zgonów to w pełni zaszczepieni



Według szwedzkiej gazety *Svenska Dagbladet*, Szwedzka Agencja Zdrowia Publicznego poinformowała na początku tego miesiąca, że **70 procent zgonów z powodu COVID-19 w okresie od 1 do 24 września miało miejsce w przypadku „w pełni zaszczepionych”**. Szwecja odnotowała w tym czasie około 130 śmiertelnych przypadków COVID.

Po wyjściu na jaw tych danych w czwartek Agencja Zdrowia Publicznego ogłosiła, że „w pełni zaszczepione” osoby z objawami koronawirusa będą zwolnione z wymogów testowych, kilka dni po ujawnieniu przez agencję gwałtownego wzrostu zgonów poszczepiennych wobec COVID.

Ostatnie dane opublikowane przez brytyjskie władze zdrowotne wskazują na podobny przełomowy wzrost w Wielkiej Brytanii

Raport brytyjskiej Agencji Bezpieczeństwa Zdrowia (UKHSA) opublikowany **07 października** pokazał, że większość brytyjskich zgonów od COVID-19 we wrześniu miał miejsce u „w pełni zaszczepionych”. **Wielka Brytania ma prawie identyczny wskaźnik**

szczepień jak Szwecja.

Według danych UKHSA między 6 września a 3 października 70 procent śmiertelnych przypadków COVID wystąpiło u osób w pełni zaszczepionych, z 2281 zgonami u „w pełni zaszczepionych” osób i tylko 611 u osób nieszczepionych w ciągu 28 dni od pozytywnego testu. Osoby częściowo zaszczepione miały udział tylko w 98 zgonach.

Surging [#Covid_19](#) in UK with 49,156 new cases and 45 new [#deaths](#) reported on 18 October 2021. 78.9% of all aged 12 and up are DOUBLE VACCINATED. [#Breakthrough](#)

– Geoffrey Norman Pain (@FluoridePoison) [October 18, 2021](#)

Dochodzi jeszcze pytanie, ile osób wiernie nosiło maski spośród tych 611 nieszczepionych a ilu przypisano c19, a ile umarło na gripę, która co roku zbiera żniwa?

Zgony na COVID-19 wśród „w pełni zaszczepionych” Brytyjczyków stanowiły dramatyczny wzrost od sierpnia

Najnowsze dane UKSHA wykazały również, że zaszczepieni pacjenci zdominowali hospitalizacje z powodu COVID-19. **3910 „w pełni zaszczepionych” osób zostało przyjętych do szpitala z powodu COVID między 6 września a 3 października, w porównaniu z około 2400 nieszczepionymi pacjentami. Całkowicie lub częściowo zaszczepieni razem stanowili około 64 procent wszystkich hospitalizacji związanych z COVID.**

Wzrost liczby zgonów związanych z COVID-19 w Wielkiej Brytanii odzwierciedla trendy w innych krajach o wysokim poziomie szczepień, w tym w Stanach Zjednoczonych.

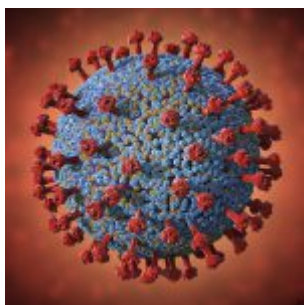
Najbardziej zaszczepiony stan Ameryki, również poinformował w zeszłym miesiącu, że 76 procent zgonów koronawirusa w tym stanie we wrześniu było w pełni zaszczepionych.

W stanie Maryland, gdzie ponad 85 procent dorosłych otrzymało co najmniej jedną dawkę szczepionki przeciw COVID, około jedna trzecia ostatnich zgonów spowodowanych wirusami dotyczyła osób „w pełni zaszczepionych”.

W ciągu ostatnich sześciu-ośmiu tygodni, **więcej niż 40% ludzi, którzy zginęli w Maryland zostali w pełni zaszczepione**”, były dyrektor CDC dr Robert Redfield, starszy doradca gubernator Maryland Larry Hogan, powiedział w tym tygodniu w wywiadzie Fox News. Departament Zdrowia Maryland poinformował, że przełomowe zgony były bliższe 30.

Źródło: [LifeSiteNews.com](https://www.livesitenews.com)

Kłamstwa, które powiedzieli nam o COVID



Rząd i media kłamały i nadal kłamią na temat COVID-19 od pierwszego dnia. Kłamstwa zaczęły się od samego początku.

[Magazyn Time 8 maja 2020 r. donosił](#): „Koronawirus powstał u nietoperzy i może infekować koty, mówi naukowiec WHO”.

„Naukowiec Światowej Organizacji Zdrowia powiedział, że COVID-19 pochodzi od nietoperzy i może zarażać koty i fretki, ale potrzebne są dalsze badania nad podejrzewanym związkiem zwierząt z chorobą.

„Nowy koronawirus pochodzi z grupy wirusów, które pochodzą lub rozprzestrzeniają się u nietoperzy i nadal nie jest jasne, jakie zwierzę mogło przenieść chorobę na ludzi, Peter Ben Embarek, ekspert WHO ds. chorób zwierzęcych, które przenoszą się na ludzi, powiedział w piątek.

„Wirus prawdopodobnie dotarł do ludzi przez kontakt ze zwierzętami hodowanymi w celach spożywczych, chociaż naukowcy nie ustalili jeszcze, który gatunek, powiedział. Badania wykazały, że koty i fretki są podatne na COVID-19, a psy w mniejszym stopniu.

Tak, a bociany przynoszą dzieci.

Potem był ten o Czerwonych Chinach kontrolujących wirusa.

[Magazyn Nature z 18 marca 2020 r. donosił](#): „Koronawirus pojawił się w Wuhan, 11-milionowym mieście w chińskiej prowincji Hubei, pod koniec 2019 r. Liczba przypadków wywoływanej przez niego choroby, COVID-19, wzrosła o kilka tysięcy dziennie w Chinach na przełomie stycznia i lutego.

„Liczba infekcji pojawiających się każdego dnia gwałtownie spadła w Chinach, w dużej mierze dzięki wysiłkom mającym na celu powstrzymanie rozprzestrzeniania się wirusa, ale epidemia jest teraz globalną pandemią. Duże epidemie w Korei Południowej, Iranie, Włoszech i innych krajach spowodowały wzrost liczby przypadków międzynarodowych w ponad 150 krajach”.

[Dziewięć dni później Radio Free Asia podało](#): „Szacunki pokazują, że liczba ofiar śmiertelnych w Wuhan jest znacznie wyższa niż oficjalne dane”.

„Kiedy władze zniosły dwumiesięczną blokadę z powodu koronawirusa w chińskim mieście Wuhan, mieszkańcy stwierdzili, że stają się coraz bardziej sceptyczni, że liczba około 2500 zgonów w mieście do tej pory była dokładna”.

„Domy pogrzebowe poinformowały rodziny, że spróbują dokończyć kremację przed tradycyjnym świętem grobów w Qing Ming 5 kwietnia, co wskazywałoby na 12-dniowy proces rozpoczynający się 23 marca.

„Takie oszacowanie oznaczałoby, że w tym czasie rozdano 42 000 urn”.

Ale dlaczego Czerwone Chiny miałyby kłamać na temat czegoś takiego?

I chociaż zaczęło się w mieście, w którym mieści się laboratorium broni biologicznej, to COVID-19 przecież wcale nie został stworzony przez człowieka.

[Magazyn Forbes doniósł 17 marca 2020 r.](#): „Nie, koronawirus COVID-19 nie został poddany bioinżynierii. Oto badania, które podważają ten pomysł”.

Kolumna zaczynała się: „Czy nie lubisz po prostu teorii spiskowych?”

Nie, nie bardzo. Nie podoba mi się teoria spiskowa, według której Putin ukradł Trumpowi wybory w 2016 roku.

I oczywiście wojskowy mężczyzna Mark Milley zapewnił nas, że Czerwone Chiny nie wypuściły COVIDa na świat.

[The Guardian poinformował 14 kwietnia 2020 r.](#): „Główny generał Pentagonu powiedział, że amerykański wywiad zbadał możliwość, że epidemia koronawirusa mogła rozpocząć się w chińskim laboratorium, ale dotychczasowa waga dowodów wskazuje na naturalne pochodzenie.

„Przewodniczący połączonych szefów sztabów, generał Mark Milley, przemawiał w dniu publikacji raportu Washington Post o depezech departamentu stanu w 2018 r., w którym amerykańscy dyplomaci zgłaszali obawy dotyczące bezpieczeństwa w Wuhan Institute of Virology, który prowadził badania nad koronawirusem pochodzącym od nietoperzy”.

A jeśli nie możesz zaufać słowu czterogwiazdkowego generała, który zapewnił Czerwone Chiny, że ich uprzedzi w przypadku wojny, komu możesz zaufać?

Mam na myśli poza wszystkimi innymi w Ameryce, łącznie z Hunterem Bidenem.

Potem nastąpiło spłaszczenie krzywej. Pomysł polegał na zamknięciu gospodarki na dwa tygodnie i spowolnieniu rozprzestrzeniania się wirusa na tyle, by go pokonać.

[CBS poinformowało 6 kwietnia 2020 r.](#): „Wiele krajów na całym świecie od tygodni jest blokowanych w celu spłaszczenia krzywej i ograniczeniu rozprzestrzeniania się koronawirusa. Spłaszczenie krzywej niekoniecznie oznacza natychmiastowe zmniejszenie wszystkich przypadków; najpierw spowodowałyby spadek liczby nowych przypadków, co powinno skutkować mniejszą liczbą hospitalizacji i zgonów w kolejnych tygodniach”.

W niektórych miejscach w Ameryce jest już 78 tydzień dwutygodniowej blokady.

Poddawanie zdrowych kwarantannie to unikatowe rządowe podejście do kryzysu medycznego. To jak amputacja ręki, bo masz w nodze gangrenę.

Kłamstwo na temat COVID to dobry sposób na utratę wiarygodności, kiedy najbardziej tego potrzebujesz.

Ale kilka osób, które upierały się nad szczepieniem wszystkich, powiedziało, że szczepionka nie była dobra!

[Joy Behar powiedziała 9 września 2020 r.](#): „Jeśli chodzi o szczepionkę, chciałbym poinformować Amerykę – na wypadek, gdybyśmy tego nie wiedzieli, bo szukałem tego dla was – szczepionka przeciwko śwince zajęła cztery lata, szczepionka przeciwko polio zajęła 20 lat, a szczepionka przeciwko ospie zajęła kilka stuleci.

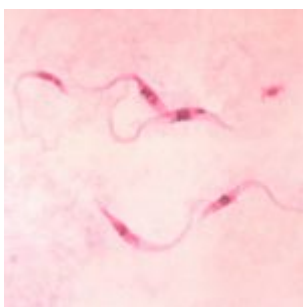
„Opracowano go początkowo w 1796 roku, kiedy zaczęli się nad nim zastanawiać, a stał się użyteczny w latach 50. XX wieku. OK? To nie jest prosta rzecz”.

Odnosząc się do prezydenta Trumpa, powiedziała: „On będzie naciskał na wszystko, aby zostać ponownie wybrany. Nie daj się nabrać, a przy okazji wezmę szczepionkę po tym, jak Ivanka ją weźmie.

Następnego dnia [Ivanka powiedziała, że przyjmie szczepionkę i zrobiła to.](#)

Problem z kłamstwami polega na tym, że w końcu nikt ci nie wierzy, nawet jeśli mówisz prawdę. Mija prawie dwa lata od „wybuchu pandemii” a wirus do tej pory nie został wyizolowany metodą Kocha.

W szczepionkach na COVID-19 znaleziono pasożyty



Z fragmentów informacji wyłania się obraz działania tak zwanych „szczepionek”. W najnowszym wywiadzie znanego dziennikarza Stewa Petersa mowa jest o pierwszych w USA niezależnych badaniach tzw. szczepionek przeciwko Covid-19 pod kątem ich zawartości.

Gość programu dr Carrie Madej przedstawia przebieg i wyniki

badań, w których osobiście uczestniczyła. Laboratorium badało kilka nietkniętych i otworzonych dopiero do badania fiolek preparatów firm J&J i Moderna pod mikroskopem (powiększenie 400x). Wykryto trudne do opisanie i nieznane elementy materiału przewodzącego (graphene-like structures), reagującego na światło (białe światło mikroskopu). Ponadto, w kilku próbkach znaleziono dziwne niezidentyfikowane obiekty przypominające „organizmy”, mające jakieś odnogi, macki.

Tymi organizmami mającymi „jakieś odnogi i macki” okazał się pasożyt *Trypanosoma cruzi*, wywołujący chorobę Chagasa ([o odkryciu tego pasożyta w szczepionce Pfizera poinformowali naukowcy hiszpańscy](#)).

Choroba Chagasa występuje w krajach Ameryki Łacińskiej, na terenach rozciągających się od północnego Meksyku do południowej Argentyny i Chile. Liczbę chorych na całym świecie szacuje się na około 16–18 mln – większość przypadków odnotowuje się w krajach Ameryki Łacińskiej. Rocznie stwierdza się tam około 120 tys. nowych zachorowań.

Śmiertelność z powodu choroby Chagasa ocenia się na około 45-50 tys. osób rocznie. Za główną przyczynę zgonu (60 proc.) uważa się powikłania kardiologiczne, w tym nagłe zgony sercowe, migotanie komór, powikłania zakrzepowe i zatorowe, zastoinowa niewydolność serca, zator płucny lub mózgowy, ostre zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

Chorobę wywołuje pasożyt *Trypanosoma cruzi*, który po wniknięciu do organizmu człowieka uszkadza tkankę mezenchymalną w płodach, a u dorosłych zwoje nerwowe w sercu, przełyku, pęcherzyku żółciowym i jelitach. Źródłem zakażenia są pluskwiaki, a do zakażenia dochodzi przez uszkodzoną skórę, spojówkę lub błonę śluzową jamy ustnej. Inne drogi przeniesienia zakażenia to przetoczenie krwi, łożysko lub transplantacja narządów pobranych od osoby chorej ([TUTAJ więcej na temat choroby Chagasa](#)).

Czy już wiesz czytelniku jak działa szczepionka depopulacyjna? Albo pozbawi życia osoby zaszczepione tlenek grafenu zawarty w szczepionce, albo zostaną one śmiertelnie zainfekowane pasożytem Trypanosoma Cruzi. Jeśli zaszczepiłeś się a nie masz szczęścia, to zginiesz w kilka miesięcy po zaszczepieniu, jeśli masz szczęście, to na śmierć poczekaś dłużej.

Są trzy stadia choroby Chagasa:

– I faza choroby (ostra) – trwa od 1 do 3 miesięcy i w tym czasie można wykryć pasożyty we krwi. Niestety, w większości przypadków zakażenie nie jest wykrywane. U 5 proc. chorych występuje ostre zapalenie mięśnia sercowego.

– II faza (nieokreślona lub utajona) – może trwać nawet 10-30 lat. Niekiedy objawy choroby nie ujawniają się nawet przez całe życie. Faza nieokreślona rozpoczyna się po 8-10 tygodniach od zakażenia. U pacjentów nie występują żadne objawy. U około 20-30 procent osób zakażonych po około 10-30 latach choroba przechodzi w przewlekłą.

– III faza (przewlekła) – obecność pasożytów prowadzi do upośledzenia układu autonomicznego unerwiającego mięsień sercowy, apoptozy oraz włóknienia miokardium. Często obserwowane są przypadki obukomorowej niewydolności serca, które manifestują się przez obrzęki obwodowe, hepatomegalię oraz incydenty zakrzepowo-zatorowe. Przewlekła kardiomiopatia objawia się przez włóknienie i martwicę miokardium, waskulopatię, zaburzenia immunologiczne, dysfunkcję układu autonomicznego oraz zapalenie mięśnia sercowego.

Projektanci szczepionek dobrze swój „produkt” tak przemyśleli, aby żadna z osób zaszczepionych nie „wymigała się” od zgonu poszczepiennego. Zginie albo zatruta tlenkiem grafenu, albo załatwi ją pasożyt Trypanosoma cruzi.

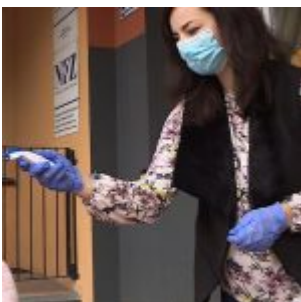
Jakie wnioski wypływają z powyższych faktów dla osób nie zaszczepionych?

- unikać osób zaszczepionych, gdyż mogą nas one „poczęstować” pasożytem Trypanosoma.
- Unikać lekarzy i szpitali, gdyż i oni mogą nas zarazić.
- Unikać transfuzji krwi.
- Od czasu do czasu zrobić sobie test na krzepliwość krwi. Jeśli jest ona podwyższona, a mamy stały kontakt z osobami zaszczepionymi, należy zdiagnozować ewentualne zakażenie pasożytem Trypanosoma cruzi.
- Apelować do władz państwowych o nie pobieranie krwi od osób zaszczepionych.

Co mogą i powinni zrobić osoby zaszczepione? Zrobić sobie badania krwi, które albo potwierdzą albo wykluczą zakażenie pasożytem Trypanosoma cruzi. Powinien to być moralny obowiązek tych osób wobec innych ludzi, których mogą nieświadomie zarażać!

Źródło: LegaArtis.pl

Czy pomiar temperatury w związku z COVIDem jest zgodny z prawem?



Od kilku dni z uwagi, że świrus zakończył urlop, powrócił ponownie problem pomiarów temperatury ciała w zakładach pracy, miejscach użyteczności publicznej, szkołach, przedszkolach itp. miejscach.

Postanowiliśmy zatem ten temat wyjaśnić powracający problem w niniejszym artykule.

Zacznijmy od definicji zabiegu medycznego, z jakiego wynika, że:

Zabiegiem jest rodzaj czynności medycznej służącej diagnozowaniu, profilaktyce, a przede wszystkim leczeniu pacjenta. Czynność taka może być wykonywana zarówno ręcznie, jak i przy pomocy skomplikowanej aparatury medycznej i narzędzi.

Na tej podstawie stwierdzić należy, że pomiar temperatury jest zabiegiem medycznym.

Pojawia się w tym miejscu pytanie kto wg prawa posiada prawo do wykonania zabiegu medycznego?

Odpowiedź na to pytanie znajdziemy w kilku aktach prawnych (Ustawa o zawodzie lekarza i lekarza stomatologa, Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej oraz Rozporządzenie MZ w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego), z których wprost wynika że do wykonywania zabiegów medycznych jest uprawniony wyłącznie personel medyczny.

Powyższe wyjaśnienie terminów wskazuje jednoznacznie, iż cieć na terenie budynku użyteczności publicznej czy też w zakładzie, woźna w szkole, lub jakakolwiek inna osoba oddelegowana do wykonania tej czynności nie posiadając uprawnień medycznych takiej czynności nie może wykonać.

Warto w tym miejscu dodać, że wynik pomiaru temperatury ciała to dane o zdrowiu a takie dane stanowią dane wrażliwe, jakie w świetle obowiązująco prawa podlegają ochronie.

W Polsce kwestia tajemnicy lekarskiej regulowana jest przez wiele aktów prawnych, między innymi Konstytucję, ustawę o zawodzie lekarza, ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, ustawę o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz przez Kartę Praw Pacjenta. Przepisy te zobowiązują personel medyczny do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji o stanie zdrowia pacjenta. Jednocześnie dają one pacjentowi prawo do decydowania o tym, komu lekarz może takich informacji udzielić.

Jak wynika z Konstytucji obywatel, ma prawo do ochrony życia prywatnego (art. 47 Konstytucji RP), prawo do komunikowania się (art. 49 Konstytucji RP) oraz prawo człowieka do ochrony przed ujawnieniem informacji dotyczących jego osoby (art. 51 ust. 1 Konstytucji RP). Możliwość ograniczenia tych praw określa art. 31 ust. 3 Konstytucji RP.

Warto w tym miejscu wspomnieć, że o danych osobowych dotyczących zdrowia możemy mówić, kiedy dane te ujawniają informacje o stanie zdrowia osoby fizycznej. Zalicza się do nich także informacje o przeszłym, obecnym i przyszłym stanie fizycznego lub psychicznego zdrowia osoby, której dane dotyczą. Przykładami tych danych mogą być:

- Dane zbierane podczas rejestracji do usług opieki zdrowotnej,
- Dane pozyskane podczas świadczenia usługi opieki zdrowotnej,
- Numer, symbol lub oznaczenie przypisane danej osobie fizycznej
- w celu jednoznacznego zidentyfikowania tej osoby do celów zdrowotnych,
- Informacje pochodzące z badań laboratoryjnych lub

lekarskich, w tym próbek biologicznych, informacje o chorobie, niepełnosprawności, ryzyku choroby, historii medycznej, leczeniu klinicznym lub stanie fizjologicznym, lub biomedycznym (w tym np. o stanie i stopniu nietrzeźwości) osoby, której dane dotyczą.

Informacje o zdrowiu osoby fizycznej klasyfikujemy, jako dane genetyczne niezależnie od ich źródła, którym może być na przykład lekarz lub inny pracownik służby zdrowia, szpital, urządzenie medyczne lub inne (np. alkomat).

Do tej kategorii zaliczamy także dane o przebywaniu na zwolnieniu lekarskim (doznane urazy, stwierdzone choroby) i dane o nałogach (w zakresie informacji o przebytych leczeniu oraz wpływu na stan zdrowia lub proces leczenia). Co więcej, informacja, że ktoś jest zdrowym i trzeźwym człowiekiem również stanowi informację o stanie zdrowia.

Zgodnie z art. 40 §1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz ma obowiązek zachowania w tajemnicy „informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu”. Obowiązek dochowania tajemnicy powstaje, więc zawsze, gdy równocześnie zostają spełnione trzy przesłanki: osoba uzyskująca informację jest lekarzem, informacja wiąże się z pacjentem, a do jej uzyskania dochodzi w związku z wykonywaniem zawodu regulowanego tą ustawą. Ponadto ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w art. 13 daje prawo do zachowania w tajemnicy jego stanu zdrowia przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, oraz informacji z nim związanych uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Tajemnica o stanie zdrowia jest również gwarantowana w art. 9 ust 1 RODO, i nie ma tu zastosowania ust. 2 art. 9 RODO.

Danych takich nie można też pozyskiwać nawet z własnej inicjatywy osoby, do jakiej się odnoszą (za jej zgodą), o ile

brak jest cechy „dobrowolności”, w relacji pomiędzy podmiotem danych a tym kto je pozyskuje (motyw 43 preambuły RODO).

Z powyższego wynika, że:

1. Pomiar temperatury to zabieg medyczny a taki zabieg medyczny może być wyłącznie wykonany przez podmiot uprawniony, jakim w świetle prawa jest personel medyczny.
2. Wynik pomiaru temperatury ciała (niezależnie od użytej techniki: termometr, urządzenie do pomiaru) to dane o zdrowiu a dane o zdrowiu podlegają ochronie prawnej i nie mogą być przetwarzane przez podmiot nieuprawniony, ponieważ za ich przetwarzanie bez uprawnienia grodzi odpowiedzialność karna w myśl art. 107 ust 2 ustawy o ochronie danych osobowych.

Wniosek z tego jest jeden, że osoby oddelegowane w budynkach użyteczności publicznej, zakładach pracy, żłobkach, przedszkolach czy szkołach do pomiaru temperatury nie posiadają żadnego prawa do pozyskiwania takich danych, a także jeśli nie są personelem medycznym, nie mają prawa wykonać zabiegu medycznego.

W przypadku pracowników zakładów pracy, których ten problem dotyczy zasadnym stanie się również powołanie się na treść art. 22[1] ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, z którego wynika, że pracodawca nie może żądać od pracownika podania informacji o stanie jego zdrowia a takimi niewątpliwie, jest wynik temperatury ciała, chyba że informacje te są niezbędne w celu skorzystania przez pracownika ze szczególnych uprawnień prawa pracy (por. wyrok SN z dnia 5 sierpnia 2008 r., I PK 37/08). Szczególny wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy o stanie zdrowia pracownika wskazuje przepis art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, gdzie sankcjonuje się umieszczenie na zaświadczeniu lekarskim informacji o rodzaju określonych

chorób lub przyczyn niezdolności do pracy. Ustawodawca reguluje w ten sposób zasady umieszczania na zaświadczeniu tzw. kodów literowych, od A do E.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA

Każda osoba, która bez uprawnienia wykonuje zabieg medyczny w postaci pomiaru temperatury, podlega odpowiedzialności karnej z art. 84 k.k.

Mamy nadzieję, że nasz artykuł rozwiązał wszystkie Państwa wątpliwości w tym temacie.

Źródło: LegaArtis.pl

Jak (i jakiego) Izrael zmienił znaczenie terminu „w pełni zaszczepiony”?



Definicja nowomowy otwiera drzwi do bardziej autorytarnej kontroli, ogromnych zysków Big Pharma... i potencjalnie najgorszego oszustwa całej „pandemii”

Izrael jest na czele forsowania szczepień od [listopada 2020 r.](#), kiedy to [podpisał umowy z firmą Pfizer](#), aby przeprowadzić [eksperymenty medyczne](#) na ich ludności cywilnej.

Byli pierwszym krajem, który wdrożył szczepionkę Pfizera. Były pierwszym krajem, który wypróbował ([od czasu opuszczenia](#)) systemu segregacji medycznej i „zielonych przepustek”. A teraz są pierwszym krajem, który zmienił warunki umowy „zaszczep się i odzyskaj wolność”.

Zgadza się. Tak jak „trzy tygodnie na spłaszczenie krzywej” zamieniły się w około 18 miesięcy (i wciąż trwają), „podwójne dźgnięcie” ewoluuje teraz w „potrójne dźgnięcie”.

Cytując dr Salmana Zarka, izraelskiego „cara koronawirusa”:

Aktualizujemy, co to znaczy być zaszczepionym.”

Więc masz to. Oficjalnie w Izraelu osoby, którym wstrzyknięto dwie dawki tak zwanej szczepionki firmy Pfizer, *nie są już liczone jako zaszczepione.*

Co to znaczy?

Cóż, po pierwsze, oznacza to, że wszyscy „zaszczepieni” ludzie mogą pożegnać się ze swoją niedawno nabytą wolnością, chyba że zechcą dostać przynajmniej jeszcze jeden dopalacz.

Według [Wall Street Journal](#) [artykuł płatny]:

Posiadacze izraelskich paszportów szczepionkowych muszą otrzymać trzecią dawkę szczepionki Pfizer-BioNTech w ciągu sześciu miesięcy od drugiej dawki lub stracą tak zwaną zieloną przepustkę, która daje im większą swobodę”.

Należy również zauważyć, że trzecia dawka przypominająca **nie jest uważana za ostatnią**. Izraelskie Ministerstwo Zdrowia „nie wykluczyło kolejnych dawek przypominających w przyszłości”, a trzeci strzał [przedłuży tylko status „szczepionego” o sześć miesięcy](#), a nie na stałe.

Tak więc, zasadniczo, ustanowiono precedens, że nasze wolności są odbierane przez państwo w razie kaprysu. A jeśli

zastosujesz się do tego, po prostu wykorzystają twoją uległość jako pretekst do skorzystania z jeszcze większej swobody (kalambur bardzo zamierzony).

Izrael od początku był szalką Petriego. Jeśli to zadziała, oczekuj, że „wymaganie dopalacza” zostanie dość szybko wprowadzone w innych krajach na całym świecie.

Wszyscy ludzie, którzy wzięli „szczepionkę” i teraz zdają sobie sprawę, że mogli zrobić coś głupiego. Przepraszamy, ale staraliśmy się was ostrzec, że tak się stanie.

Z finansowego punktu widzenia jest to kolejne dobrodziejstwo w złotym roku dla firmy Pfizer, która może teraz wysyłać jeszcze więcej dawek eksperymentalnej i niepotrzebnej terapii genowej osobom, które są dosłownie prawnie zobowiązane do jej stosowania. Jeśli nie chcesz brać wstrzyknięcia, po prostu weź kilka [nowych magicznych pigułek przeciw Covidowi](#) firmy Pfizer.

Nie martw się więc śmiercią wolności i demokracji w imię prawie całkowicie nieszkodliwej choroby. Przynajmniej udziałowców Pfizera stać na drugą prywatną wyspę i złote kostiumy do swoich ludzkich szachów.

Jednak przewidywalne przejęcie wolności i oczywiste motywy finansowe, które za tym stoją, nie są nawet najgorszą częścią.

Potencjalnie znacznie bardziej cyniczna część pojawi się później. Za mniej więcej trzy miesiące, kiedy nadejdzie sezon grypowy, a starsi i niedołążni zaczną umierać, jak każdej zimy.

Oczywiście nie będzie to nazywane „sezonem grypowym”. To wszystko zostanie sklasyfikowane jako „COVID”. W połączeniu z tą nową definicją „szczepionego”, „czwarta fala” lub „wariant sigma” (lub jakkolwiek to nazwą) można teraz wykorzystać do stworzenia zupełnie nowej zmanipulowanej statystyki.

Pomyśl o tym: każdy obywatel Izraela, który zachoruje i/lub

umrze, *po* podwójnym, ale *nie* po potrójnym strzale, zostanie oficjalnie oznaczony jako „*nie w pełni zaszczepiony*”.

Mogą zatem twierdzić, że Covid dotyka przede wszystkim „osoby nieszczepione”, **nawet jeśli większość osób, które zachorowało miała dwie dawki koktajlu mRNA firmy Pfizer.**

Tak jak używali sztuczek językowych, aby zamienić „zgony z jakiegokolwiek przyczyny” w „zgony z powodu Covid” i „bezobjawowe pozytywne testy” w „przypadki Covid”, teraz stworzyli lukę prawną, aby zmienić „zaszczepionych ludzi”, którzy zachorowali na „nieszczepionych ludzi”.

Co gorsza, możliwe jest, że nadchodzącej zimy osoby „zaszczepione” mogą umierać w jeszcze większym tempie niż normalnie.

Jeśli teoria, że □□szczepionki mRNA mogą powodować [wzmocnienie zależne od przeciwciał \(ADE\)](#), okaże się słuszna, tej zimy wiele osób może zostać zabitych przez wirusy w **bezpośrednim wyniku „szczepienia”**... a następnie zostać wykorzystana jako dowód na poparcie idei „skuteczności szczepionek”.

W ciągu dwudziestu miesięcy oczywistych nadużyć naukowych, manipulacji danymi, statystycznej nieuczciwości i pełnego odwrócenia językowego... możemy zobaczyć najgorsze kłamstwo ze wszystkich.

To wszystko jest oczywiście w tym momencie przypuszczeniem. Ale dla każdego, kto myśli „nigdy by tego nie zrobili”, przypominam, że człowiek został uznany za zmarłego na COVID po [strzeleniu sobie w głowę](#). Dosłownie nie ma tak niskiej poprzeczki, aby moce, które są pod nią, nie mogły się pod nią zawiesić.

Nawet jeśli czas udowodni, że moja teoria jest błędna, rzeczywistość systemu dopalacza (zastrzyku przypominającego) jest wystarczająco zła. Wolność na zawsze pod wiszącym mieczem Damoklesa i kolejny atak na język w ramach wieloletniej

kampanii mającej na celu obrabowanie naszych słów z pierwotnego znaczenia.

I chociaż to wszystko może wydawać się niewiarygodnie cyniczne, jeśli nie stałeś się niesamowicie cyniczny w ciągu ostatnich dwóch lat, to nie zwracałeś na to uwagi.

Jak to się dzieje, że szczepionki nagle PRZESTAJĄ DZIAŁAĆ, gdy nieszczepieni zbliżają się do zaszczepionych?



Producenci szczepionek twierdzą, że wszystkie ich szczepionki przestają działać, gdy niektórzy ludzie ich nie otrzymują, więc wyobraź sobie, że leki na nadciśnienie przestały działać, ponieważ inni ich nie zażywali. Oznaczałoby to, że każdy, kto przyjmuje leki nasercowe, byłby narażony na wysokie ryzyko, wychodząc i znajdując się w pobliżu każdego, kto nie przyjmował tych samych leków nasercowych, ponieważ nagle ten lek nie działa, gdy zostanie wystawiony na kontakt z kimś innym, kto może mieć problemy z sercem lub nie i kto odmówił przyjęcia leku.

Każda osoba, w tym dzieci, niemowlęta i kobiety w ciąży , potrzebowałyby „paszportu” leku na receptę, aby udowodnić, że zażywa każdy lek, który przyjmuje każda inna osoba, lub być wymienionym na „liście obserwowanych terrorystów”, czyli „lista nie latać”.

Więc teraz KAŻDY musi coś wziąć, żeby to działało na KAŻDEGO?

Jeśli masz już poczucie, że tzw. szczepionki na COVID tak naprawdę nie dotyczą odporności i bezpieczeństwa zdrowotnego, to dlatego, że porady pochodzące z FDA, CDC i WHO są całkowicie zawiłe i zmieniają się co tydzień, jeśli chodzi o liczbę dodatkowych dawek przypominających i wariantów strzałów, dzięki którym ludność będzie mogła pozostać „bezpieczna” przed wszystkim, co COVIDowe.

Dla każdej osoby na planecie Ziemia jest bardziej niż oczywiste, że dzieci NIE potrzebują szczepionek na COVID, podobnie jak nastolatki i zdrowi młodzi dorośli. Mimo to, w jakiś sposób, każdy zaszczepiony wierzy, że „nieszczepieni” są super-rozsiewaczami, jak trędowaci, i muszą otrzymać wstrzykiwaną broń biologiczną z nanocząsteczkami białkowymi, aby ocalić świat, a przynajmniej paranoidalnych „zaszczepionków” z obniżoną odpornością. Innymi słowy, wszyscy musimy przyjąć śmiertelne, eksperymentalne strzały, aby zadziałały.

Czy wszyscy musimy brać chemioterapię, aby zapobiegać infekcjom nowotworowym? Gdzie są wasze papiery z chemioterapii, proszę pana i proszę pani? Nie możesz podróżować przez granice bez dowodu, że jesteś „chroniony” i chronisz innych przed rakiem poprzez przyjmowanie chemii. Czy to jest następne? Czy rząd powinien wymagać dla wszystkich leków rozrzedzających krew takiego świadectwa, ponieważ istnieje tak zwany wirus (którego żaden naukowiec na Ziemi nie jest w stanie wyizolować), który zagęszcza krew? Wszystko, co

ludzie jedzą, olej rzepakowy i szczepionki przeciw COVID, które są teraz wstrzykiwane, powodują całe to krzepnięcie krwi na całym świecie.

Covid-19 nie jest bardziej śmiertelny ani zaraźliwy niż grypa sezonowa, więc czy szczepionki przeciw grypie zawierające rtęć będą wymagane od wszystkich?

Według CDC wszystkie szczepionki są bezwartościowe, jeśli nawet jedna osoba w jej nie dostanie. Ta jedna osoba, która może mieć przeziębienie lub sezonową grypę, może kichać lub kaszleć w samolocie, pociągu lub autobusie i w ciągu kilku miesięcy eksterminować każdego człowieka na Ziemi.

Chociaż CDC twierdzi, że każda szczepionka jest „bezpieczna i skuteczna”, tysiące ludzi umiera z powodu szczepień na COVID, a nowe dopalacze są w drodze. To po prostu nie ma sensu i nie ma ŻADNEJ nauki na poparcie twierdzeń o bezpieczeństwie i skuteczności, chyba że uwzględniś fałszywe wyniki opublikowane przez samych producentów szczepionek.

Połowa populacji już chodzi jak zombie, naładowana garścią leków na receptę i [zasypana bilionami białek wirusowych](#), które zatykają naczynia krwionośne i powodują długoterminowe szkody dla zdrowia.

Te chodzące zombie tak bardzo wierzą w szczepionki, że wierzą również, że ich szczepionki są bezwartościowe, gdy zbliża się do nich ktoś, kto nie został zaszczepiony. Te zombie również noszą wszędzie swoje maski do rozmnażania bakterii, w tym w pomieszczeniach, samotnie w samochodach, podczas samotnego spaceru na zewnątrz i to tylko dla lewicowej symboliki

„solidarności”.

Media mogą przekonać tych odurzonych hipochondryków do wszystkiego, używając opartej na strachu propagandy i fałszywej nauki. Gdzie kończy się szaleństwo?

Globaliści popełniają zbrodnię przeciwko ludzkości za pomocą broni biologicznej z białkiem kolczastym, zamaskowanej jako „szczepionka”. Zaszczepione owce są grupą eksperymentalną w największym eksperymencie depopulacyjnym jaki kiedykolwiek przeprowadzono.