

Gigantyczny wzrost śmiertelności w USA



Jak [podaje](#) w swoich najnowszych raportach ubezpieczeniowa firma *OneAmerica*, śmiertelność osób w grupie wiekowej 18-64 lat w Stanach Zjednoczonych wzrosła o 40%, w porównaniu do okresu przedpandemicznego.

“Obserwujemy właśnie najwyższą śmiertelność jaką kiedykolwiek zanotowaliśmy w historii prowadzenia naszej działalności biznesowej, a dotyczy to nie tylko firmy OneAmerica”- powiedział prezes firmy, Scott Davidson w wywiadzie w zeszłym tygodniu, i dodał, że „Dane te są spójne i zgodne ze wszystkimi biznesowymi podmiotami w naszej gałęzi biznesowej”.

Mieszcząca się w Indianapolis (stan Indiana) korporacja *OneAmerica* działa nieprzerwanie od 1877 roku, zatrudnia 2400 pracowników i posiada aktywa przekraczające 100 miliardów dolarów.

Davidson powiedział, że wzrost zgonów reprezentuje „potężne, ogromne liczby” i dotyczy osób w sile wieku, pracujących, a nie ludzi starych czy emerytów. *„Aby uzmysłowić wam o czym jest mowa i pokazać jak tragiczna jest sytuacja, powiem, że rozkład normalny [three-sigma] mógłby wskazać zaistnienie jednej na 200 lat katastrofy ze wzrostem 10% w stosunku do okresu przedpandemicznego. Zatem 40% jest rzeczą niesłychaną”.*

Podczas niedawnej konferencji prasowej prowadzonej przez gubernatora stanu Indiana, dr Lindsay Weaver, główny lekarz stanowy powiedziała, że liczba hospitalizacji jest wyższa niż

przed wprowadzeniem [tzw.] szczepionek przeciwko Covid, co więcej – jest wyższa niż w którymkolwiek roku w ciągu ostatnich 6 lat. Większość łóżek szpitalnych w oddziałach intensywnej terapii (91,1%) jest zajętych, lecz jedynie 37% z nich to osoby z pozytywnym wynikiem kowidowym, a 54% to osoby z innymi chorobami.

Na informację tę zareagował dr Robert Malone, pisząc, że JEŚLI zostanie ona potwierdzona, świadczy to, iż:

- „szczepionki genetyczne tak agresywnie promowane zupełnie zawiodły”;
- kampania zabraniająca prewencyjnego podejścia i wczesnego leczenia przyczyniła się do masowych, a możliwych do uniknięcia, zgonów;
- jesteśmy świadkami całkowitego fiaska polityki prowadzonej przez rząd amerykański i agencje odpowiedzialne za system zdrowotny (HHS);
- żyjemy w czasach masowej, globalnie skoordynowanej propagandy i cenzury, największej w całej historii rodzaju ludzkiego. Wszystkie główne media i media społecznościowe skoordynowały działania aby zdusić jakąkolwiek dyskusję o ryzyku genetycznych szczepionek oraz o alternatywnych sposobach leczenia;
- JEŚLI te informacje potwierdzą się, MUSZĄ być wyciągnięte konsekwencje.

Nadprzeciętny wzrost śmiertelności w ciągu ostatniego roku – czyli w czasie wyszczepiania społeczeństw eksperymentalnym preparatem zwanym „szczepionką przeciwko Covid-19” – notowany jest również przez inne statystyczne źródła, np. [US Mortality Monitoring – Death, Excess, Ranking, Map, Historical](#).

Wiele zgonów w zeszłym roku to skutek błędnej (czytaj: celowej) polityki lockdownów, pozbawiania ludzi środków do życia, stresu oraz efekt działania tzw. szczepionek, których długofalowe skutki nigdy nie były testowane przed wprowadzeniem ich na rynek, a które właśnie ujawniają się

masowymi zgonami, kalectwem i chorobami autoimmunologicznymi.

Można jedynie dodać, że wobec nagłego spadku populacji w wieku produkcyjnym, nie powinny dziwić napisy „Help wanted” wystawione dziś na każdej szybie każdego biznesu, proszące się o pracowników i ręce do pracy. Nie powinny dziwić niezwykle odwołania lotów samolotów, zakłócenia na rynku dostaw, brak kierowców, a nawet nie powinno dziwić przyzwolenie na nielegalną imigrację poprzez południową granicę USA (ponad 2 miliony osób wtargnęło w zeszłym roku, zupełnie przez nikogo „nie zauważonych” – osoby te otrzymują później pełne wsparcie i darmowe utrzymanie). Nielegalna imigracja pozwoli rządzącym zamaskować tragiczne żniwo „szczepionek” i ich ludobójczej polityki.

Można również przewidywać, że i w Polsce lawina nielegalnych nachodźców ruszy z impetem, gdy rządzący zorientują się, iż nie można dłużej utrzymać dotychczasowej cenzury i manipulacji danymi, a jedynym dla nich wyjściem będzie wywołanie chaosu społecznego z przyzwoleniem na rój „imigrantów”.

Oprac. www.bibula.com

2022-01-02

Uzupełnienie 2021-01-03: Do powyższej informacji dopisujemy kilka nowości. Przede wszystkim, wstawiamy poniżej wideo, na którym CEO firmy ubezpieczeniowej *OneAmerica* mówi otwarcie o tym niesłychanym wzroście śmiertelności.

Wideo dostępne jest na Youtubie (niebawem! – jeszcze dostępne), pod adresem:
<https://www.youtube.com/watch?v=5A0HrZHG5L0>

„Chamber of Commerce, Indiana Hospital Association discuss COVID impact”

Ten pro-szczepionkowy pajac, szef firmy ubezpieczeniowej, mówi gdzieś od 21 minuty, zatem należy przewinąć. (Zaczyna od typowej gadki aparaczyków, którzy za swe wielomilionowe uposażenie wygłoszą każdą aktualnie obowiązującą mantrę, a obecnie dominuje konieczność wyszczepiania jakże „skuteczną i bezpieczną szczepionką”.)

Najpierw gada o konieczności wyszczepiania i podkreśla, że w jego firmie zaszczepienie się jest wymagane. Potem jednak mówi coś, co kłóci się z rozsądkiem: mówi, że wzrosła śmiertelność, właśnie w okresie kiedy rozpoczęto masowe wyszczepianie (wzrost zanotowano gdzieś od kwietnia 2021 r, kiedy to osiągnięto w USA magiczną granicę 50% zaszczepionych). Dodaje też, że mamy do czynienia z czymś nie tylko niebywałym, nienotowanym w historii, ale że – stosując język aktuariuszy – mamy rozkład normalny „six sigma”, czyli coś co mogło byłoby się wydarzyć raz na 300 tysięcy lat (!!) („three sigma” to jakieś 1 na 200 lat, rozkład „six sigma” to dużo, dużo więcej). Czyli nie ma mowy o jakimś statystycznym błędzie, złych podliczeniach, mamy do czynienia z druzgocącym faktem.

Jedyne co pozostaje to ustalenie *przyczyny* tak wielkiej zmiany. Jeśli przyjmiemy np. wersję pro-szczepionkowych propagandzistów, iż wzrost dotyczy osób „zmarłych na Covid” oraz jego „mutacje”, to nie trzyma się to od początku logiki, gdyż rok wcześniej tenże „Covid” był ponoć jeszcze bardziej groźny i śmiertelny, a jednak firmy ubezpieczeniowe nie notowały takich wzrostów. Jedyne różnica pomiędzy tragicznym rokiem 2021 a latami poprzednimi, to fakt że rozpoczęto masowe wyszczepianie preparatami genetycznymi. I wszystkie fakty – od lekarzy obserwujących skutki tego eksperymentu, przez opustoszałe biznesy, aż po dane firm ubezpieczeniowych – wskazują na to jedyne możliwe źródło.

Czekamy teraz na dane z innych firm ubezpieczeniowych, chociaż

może wystąpić coś innego: naciski rządowe oraz marchewka w postaci miliardowych dotacji do firm ubezpieczeniowych spowodują, że dane zostaną celowe rozmyte, ukryte. Być może – tak jak wielkie banki – firmy ubezpieczeniowe rozrosły się do tak monstrualnych rozmiarów, że ich upadek wiązałby się z totalnym upadkiem systemu finansowo-gospodarczego („*too big to fail*”) i z tego względu dotacje powstrzymają upadek kreując jednocześnie jeszcze większą hydrę.

Jedno jest pewne: nastąpi przepotężny wzrost składek ubezpieczeniowych, a w ślad za tym wzrost cen wszystkiego. To, plus mega-inflacja spowodowana swobodnym drukiem mega-pieniędzy spowoduje masowe i totalne zubożenie klasy średniej. To wszystko, plus kontynuowanie wyszczepiania (kolejnymi dawkami, najlepiej co 3 miesiące, i to wyszczepiania czymkolwiek, bez możliwości zweryfikowania składu), plus uniwersalne globalne „paszporty szczepionkowo-medyczne” spowoduje przeobrażenie ludzkości w plastelinowy twór w rękach satanistycznych architektów.

To wszystko NADEJDZIE, JEŚLI ludzie nie otworzą oczu, nie usuną rządzących wykonujących rozkazy płynące z góry, nie ukarają manipulatorów, twórców i wykonawców PLANU.

Zatem, podsumujmy:

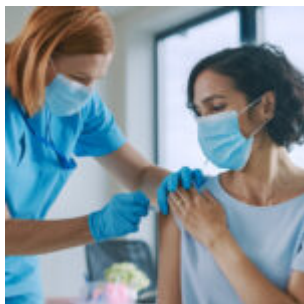
- Zjawisko nienotowanego wzrostu zgonów zaczęło się w czasie wyszczepiania genetycznymi preparatami.
- Według danych firmy *OneAmerica*, podany przedział wiekowy 18-64 lat dotyczy osób pracujących i mających ubezpieczenie w tej firmie. Być może podobnie tragicznie wygląda to dla ludzi starszych, lecz z tej racji, iż nie są oni klientami firm ubezpieczeniowych, nie ma o nich danych.
- Zgony nie dotyczą i nie korelują ze śmiertelnością osób „na Covid”, ponieważ ten wskaźnik spadł w porównaniu do szczytowego poziomu gdzieś na przełomie roku 2020/2021
- Osoby umierają na różnego rodzaju choroby, czyli na

„jednostki chorobowe” wyszczególnione jako „skutki uboczne” tzw. szczepionek.

- Osoby umierają również w różnego rodzaju pośrednich okolicznościach, na przykład jeśli ktoś ginie w wypadku samochodowym (nastąpił tutaj również wielki wzrost *pomimo* zmniejszonej liczby przejeżdżanych mil), to może świadczyć to również o „skutku ubocznym” tzw. szczepionki, w postaci np. krótkotrwałego zaniku pamięci (*brain fog*), co może wiązać się z mikrozatorami. Na tę korelację zwrócił uwagę również dr Robert Malone w niedawnym wywiadzie.
- Wskaźnik hospitalizacji jest dużo większy dzisiaj niż w okresie pandemicznym przed masowym wyszczepianiem (czyli chodzi o rok 2020 i w praktyce początek 2021).
- Wzrost śmiertelności nie dotyczy tylko Stanów Zjednoczonych. Wiadomo, że zjawisko to występuje wyraźnie [w Polsce](#), lecz także np. hinduskie firmy ubezpieczeniowe notują podobną sytuację [zob. [„Life insurance death claims shoot 41%, up 3.5x in 2021” – FortuneIndia \(Dec 30, 2021\)](#)] Wszędzie gdzie nastąpiło masowe wyszczepianie, notuje się teraz masowe zgony. Korelacja jest jednoznaczna, gdyż nie ma innego czynnika wyjaśniającego nagły wzrost zgonów.

Źródło: [Bibuła.com](#)

Japonia wycofuje się z obowiązku szczepień



Japonia wycofuje się z obowiązku szczepień, umieszczając na etykietach ostrzeżenie o zapaleniu mięśnia sercowego

Najpierw japońskie ministerstwo zdrowia przyznało, że wśród zaszczepionej populacji rośnie liczba przypadków zapalenia mięśnia sercowego. Następnie japoński sektor publiczny i prywatny zostały ostrzeżone o tym fakcie i zabroniono im dyskryminacji tych, którzy odmawiają przyjęcia szczepionki przeciwko COVID. Co więcej, Japonia jasno określiła, że do otrzymania szczepionki wymagana jest „świadoma zgoda”. Obecnie Japonia nalega, aby na etykietach szczepionek umieszczać ostrzeżenia o potencjalnych skutkach ubocznych, takich jak zapalenie mięśnia sercowego.

[NHK \(Japońska Agencja Informacyjna\)](#): Japońskie ministerstwo zdrowia wymieniło zapalenie mięśnia sercowego i zewnętrzną wyściółkę serca u młodych mężczyzn, jako możliwe poważne skutki uboczne szczepionek Moderna i Pfizer COVID.

Według stanu na 14 listopada, na milion mężczyzn, którzy otrzymali szczepionkę Moderna, takie niepożądane działanie odnotowano u 81,79 mężczyzn w wieku od 10 do 19 lat i 48,76 mężczyzn w wieku 20-30 lat.

W przypadku osób, które otrzymały szczepionkę firmy Pfizer, liczby te wynosiły odpowiednio 15,66 i 13,32.

Ministerstwo przeprowadziło w sobotę [4 grudnia 2021] panel ekspercki i zaproponowało ostrzeżenie o ryzyku poprzez wydrukowanie ostrzeżenia o „**poważnych skutkach ubocznych**” na dokumentach dołączonych do szczepionek.

Zgodnie z ustawą, **szpitale będą również zobowiązane do szczegółowego raportowania incydentów** dotyczących osób, u których objawy wystąpiły w ciągu 28 dni po szczepieniu.

Plan został zatwierdzony przez komisję, a ministerstwo powiadomi o tym gminy.

RairFoundation.com | Japonia ogłasza, że sektor publiczny i prywatny nie może dyskryminować tych, którzy odmawiają zastrzyków eksperymentalnej terapii genowej mRNA.

Japonia obecnie umieszcza na „szczepionkach” Covid, ostrzeżenia przed niebezpiecznymi i potencjalnie śmiertelnymi skutkami ubocznymi, takimi jak zapalenie mięśnia sercowego. Ponadto, kraj ten potwierdza swoje zaangażowanie w wymagania dotyczące zgłaszania zdarzeń niepożądanych, aby zapewnić, że wszystkie możliwe skutki uboczne są udokumentowane.

Te wysiłki japońskiej służby zdrowia stoją w jaskrawym kontraście do oszukańczych środków podjętych przez inne kraje w celu zmuszenia obywateli do przyjmowania zastrzyków, bagatelizowania skutków ubocznych i zniechęcania do właściwego zgłaszania zdarzeń niepożądanych.

Dodatkowo, **Japonia kładzie nacisk na świadomą zgodę i autonomię ludzkiego ciała**. Do czasu pandemii koronawirusa, pojęcie „świadomej zgody” było uważane za święte dla pracowników służby zdrowia na Zachodzie.

Japonia jest szczególnie zaniepokojona ryzykiem wystąpienia zapalenia mięśnia sercowego u młodych mężczyzn, którym wstrzyknięto terapię genową firmy Pfizer lub Moderna. Kraj ten

egzekwuje ścisły wymóg prawny dotyczący zgłaszania skutków ubocznych, które muszą nastąpić w ciągu 28 dni od wstrzyknięcia.

[INSTYTUT BROWNSTONE](#) | Japońskie ministerstwo zdrowia przyjmuje rozsądne i etyczne podejście do szczepionek przeciwko Covid. Ostatnio oznakowało szczepionki ostrzeżeniem o możliwości zapalenia mięśnia sercowego i innych zagrożeniach. Potwierdziło również swoje zaangażowanie w zgłaszanie zdarzeń niepożądanych w celu udokumentowania potencjalnych skutków ubocznych.

Japońskie ministerstwo zdrowia stwierdza: „Chociaż zachęcamy wszystkich obywateli do poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19, nie jest ono obowiązkowe. Szczepienie zostanie wykonane tylko za zgodą osoby, która ma być zaszczepiona po uzyskaniu stosownej informacji o skutkach ubocznych.”

Ponadto stwierdzają: „Prosimy o zaszczepienie się z własnej woli, rozumiejąc zarówno skuteczność w zapobieganiu chorobom zakaźnym, **jak i ryzyko wystąpienia skutków ubocznych**. Żadne szczepienie nie zostanie wykonane bez zgody zainteresowanej osoby.”

Wreszcie, **wyraźnie stwierdzają: „Proszę nie zmuszać nikogo w jego miejscu pracy ani osób z ich otoczenia do szczepień i nie dyskryminować tych, którzy nie zostali zaszczepieni”.**

Znajduje się tam również link do strony „Porady dotyczące praw człowieka”, która zawiera instrukcje dotyczące rozpatrywania skarg w przypadku, gdy dana osoba spotka się z dyskryminacją w miejscu pracy ze względu na szczepienie.

Inne państwa dobrze by zrobiły, gdyby poszły w ślady Japonii, stosując takie wyważone i etyczne podejście.

Polityka ta w odpowiedni sposób nakłada odpowiedzialność za

decyzję dotyczącą opieki zdrowotnej nad pojedynczymi osobami lub rodzinami.

Możemy to zestawić z podejściem opartym na przymusie, przyjętym w wielu innych krajach zachodnich. Stany Zjednoczone stanowią studium przypadku przymusu medycznego stosowanego przez anonimową sieć biurokratyczną.

Biurokracja to instytucja, która bez jakiegokolwiek umiejscowionej odpowiedzialności sprawuje nad nami ogromną władzę. Prowadzi to do znanej nam frustracji, często spotykanej na małą skalę w lokalnym wydziale komunikacji, gdzie można krążyć w nieskończoność, próbując rozwiązać problemy lub prostować błędy. Pojawia się wrażenie, że żadna konkretna osoba nie jest w stanie pomóc aby dotrzeć do sedna sprawy – nawet jeśli znajdzie się jakaś osoba o dobrych intencjach szczerze chcąca pomóc.

Podobna dynamika ma miejsce w przypadku przymusu szczepień w USA. Ale kluczowe etycznie rozróżnienie między zaleceniem a obowiązkiem natychmiast się załamuje, gdy instytucje (np. agencja rządowa, firma, pracodawca, uniwersytet lub szkoła) wymagają, aby się zaszczepić zgodnie z zaleceniem CDC.

Spróbujcie zakwestionować racjonalność tego zalecenia, np. w sądzie federalnym, a instytucja wydająca zalecenie po prostu wskaże na rekomendację CDC jako racjonalną podstawę. Sąd zazwyczaj się zgadza, uznając autorytet CDC w dziedzinie zdrowia publicznego. Szkoła, firma itp. zrzuca się w ten sposób odpowiedzialności za decyzję o nakazie szczepień: „Przecież my tylko stosujemy się do zaleceń CDC. Co możemy zrobić?”

Z kolei, CDC również zrzuca się odpowiedzialności: „My nie tworzymy polityki; my przecież tylko wydajemy polecenia”.

W tym samym czasie producent szczepionek jest wolny i zabezpieczony od wszelkiej odpowiedzialności za szkody, zgodnie z prawem federalnym. Nie ma sensu się do nich zwracać,

jeśli produkt, którego nie przyjęliście dobrowolnie, wam zaszkodzi.

Można dostać zawrotu głowy, próbując zidentyfikować rzeczywistego decydenta: przecież nie sposób wskazać właściwego organu. Wiesz, że nad twoim ciałem i zdrowiem sprawowana jest ogromna władza, ale nie znasz miejsca, w którym podejmowane są decyzje bez jakiegokolwiek odpowiedzialności za ich skutki.

W ten sposób ponosicie konsekwencje decyzji, za którą nikt nie ponosi odpowiedzialności ani nie przyznaje się do jej podjęcia. Jedyna pewność jaką macie to ta, że to nie wy podjęliście tę decyzję i że nie dano wam wyboru.

Polityka zastosowana przez Japonię, unika większości z tych problemów, po prostu nakładając odpowiedzialność za decyzję na osobę „szczepioną” lub na rodzica w przypadku dziecka.

Nawiasem mówiąc, ten nacisk na wybór i wolność był w pewnym sensie widoczny w polityce Japonii w czasie pandemii, która była mniej rygorystyczna niż w większości krajów, w tym w USA.

Źródło: [Biblula.com](https://biblula.com)

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 wyciszania” – 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 nieznanej substancji, o nieznanej 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. Grożenie 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 przyjęłam 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 pielęgniarskich 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. Wiele 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 nieznanej 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.

„Wolność 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)

COVID-19 to pandemia strachu „wytworzona” przez władze – epidemiolog z Yale



Pandemia COVID-19 to pandemia strachu, wytworzona przez osoby, które zajmowały formalne stanowiska władzy, gdy w ubiegłym roku wirus zaczął rozprzestrzeniać się po całym świecie, twierdzi epidemiolog z Yale dr Harvey Risch.

Risch, który wykłada epidemiologię na wydziale Epidemiologii i Zdrowia Publicznego w Yale School of Public Health oraz Yale

School of Medicine, dowodził w programie Epoch TV „American Thought Leaders”, że ogólnie rzecz biorąc, tym, co odznacza całą pandemię wirusa KPCh (Komunistycznej Partii Chin) był i nadal jest „stopień strachu oraz reakcja ludzi na strach”.

„Ogólnie rzecz biorąc, powiedziałbym, że mieliśmy pandemię strachu. A strach dotknął prawie wszystkich, podczas gdy infekcja dotknęła stosunkowo niewielu” – powiedział Risch.

„Generalnie była to pandemia bardzo wyselekcjonowana i przewidywalna. Była bardzo zróżnicowana między młodymi i starymi, zdrowymi i przewlekłe chorymi ludźmi. Więc szybko nauczyliśmy się, kto był zagrożony pandemią, a kto nie”.

„Jednak strach został wytworzony dla wszystkich. I to jest to, co charakteryzuje całą pandemię, ten stopień strachu i reakcja ludzi na strach”.

Risch jest autorem ponad 300 oryginalnych, recenzowanych publikacji i był wcześniej członkiem rady redakcyjnej „American Journal of Epidemiology”.

"I'm looking at clinicians who have now treated more than 150,000 patients, with fewer than 2 dozen deaths, with [#hydroxychloroquine](#)."

Yale epidemiologist Dr. Harvey Risch on the efficacy of hydroxychloroquine, [#Ivermectin](#) & other therapeutics.

☐WATCH☐<https://t.co/AdFnjPmJvw> pic.twitter.com/ozS0QbWFp7

– Jan Jekielek (@JanJekielek) [December 1, 2021](#)

Profesor epidemiologii zasugerował, że osoby, które zajmowały formalne stanowiska władzy podczas wybuchu pandemii w marcu 2020 roku, początkowo szerzyły znacznie gorszy obraz „tragicznej natury” wirusa, niż było to uzasadnione.

Obejmowało to przekaz, że każdy jest zagrożony, każdy może

umrzeć z powodu zarażenia wirusem i każdy musi pozostać w swoim domu, aby chronić siebie i w ten sposób chronić społeczeństwo.

„Ludzie bali się tej wiadomości, jak każdy [...] kiedy rząd, władze, naukowcy, ludzie nauki, ludzie medycyny z autorytetem w instytucjach zdrowia publicznego, wszyscy przekazują tę samą wiadomość, począwszy od lutego, marca ubiegłego roku. I tak, my wszyscy w pewnym sensie w to wierzymy” – powiedział.

W pierwszych dwóch miesiącach pandemii wprowadzono rygorystyczne blokady i nakaz noszenia masek, aby ograniczyć przenoszenie wirusa COVID-19 w Stanach Zjednoczonych i na całym świecie. Risch powiedział, że tego typu komunikaty wydawane przez władze doprowadziły do powszechnego podwyższonego poziomu niepokoju.

„Wszyscy podjęliśmy decyzje o ograniczeniu, w różnym stopniu, naszych kontaktów z innymi ludźmi, niektórzy bardziej niż inni, ale myślę, że wszyscy mieli poziom niepokoju, który naprawdę wpłynął na to, jak w tym czasie wyglądało ich życie” – powiedział.

Tymczasem prezydent Joe Biden powiedział, że 96 do 98 proc. Amerykanów musi być zaszczepionych przeciwko COVID-19, zanim naród będzie mógł „wrócić do normalności”, forsując retorykę, że za spowolnienie ożywienia gospodarczego kraju [należy winić niezaszczepionych Amerykanów](#).

Zgodnie z [danymi](#) z amerykańskich Centers for Disease Control and Prevention (pol. Centrów Kontroli i Prewencji Chorób) na dzień 4 grudnia nieco ponad 70 proc. dorosłych Amerykanów było w pełni zaszczepionych przeciwko wirusowi, a 23,9 proc. otrzymało dawkę przypominającą.

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, abys 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=pandemichealth/lsdpodis&jwsourc=cl>

Oprac. www.bibula.com

2021-12-14

na podstawie: [Global Covid Summit](#)

Ruszył proces NORYMBERGA 2



Rozpoczął się proces sądowy o globalne zbrodnie przeciwko ludzkości złożony i zaakceptowany przez Najwyższy Trybunał Sprawiedliwości Kanady.

Oficjalny dokument (PDF) Najwyższego Trybunału Sprawiedliwości Kanady (po angielsku)

><https://stateofthenation.co/wp-content/uploads/2021/03/Covid-Lawsuit-Filed-in-Canada.pdf>

Zespół składający się z ponad 1000 prawników i ponad 10 000 ekspertów medycznych, kierowany przez niemieckiego Reiner Füllmicha, jednego z najpotężniejszych prawników w Europie, wszczął największy w historii pozew sądowy pod nazwą „Norymberga 2” przeciwko WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) i Davos Group (Światowe Forum Ekonomiczne kierowane przez ponad

80-letniego Klausa Schwaba) za zbrodnie przeciwko ludzkości.

Dr. Reiner Fuellmich jest niemiecko-amerykańskim prawnikiem, to on wygrał wielomilionowe sprawy przeciwko oszustwom Deutsche Bank i przeciwko Volkswagenowi za oszustwo Dieselgate. Jest jednym z założycieli **„Niemieckiej Koronnej Komisji Śledczej”**.

Fuellmich i jego zespół zebrali tysiące dowodów naukowych wykazujących całkowitą niewiarygodność testów PCR i stojące za nimi oszustwo.

Fuellmich mówi o szczepionkach: *„nie mają one nic wspólnego ze szczepieniami, ale są częścią eksperymentów genetycznych”*.

Stwierdza: *„Oprócz błędnych testów i fałszywych aktów zgonu przygotowanych przez skorumpowany personel medyczny, sama „eksperymentalna” szczepionka narusza Artykuł 32 Konwencji Genewskiej. Zgodnie z art. 32 IV Konwencji z 1949 r. „okaleczenia i eksperymenty medyczne lub naukowe, które nie są konieczne do leczenia osoby” są zabronione.*

Zgodnie z art. 147 przeprowadzanie eksperymentów biologicznych na ludziach jest poważnym naruszeniem Konwencji.

„Eksperymentalna szczepionka narusza wszystkie 10 kodeksów norymberskich, które przewidują karę śmierci dla tych, którzy naruszają te międzynarodowe traktaty”.

Fuellmich stwierdza też, że wszystko to było od jakiegoś czasu zaplanowane do realizacji w 2050 r.: *„Ale potem ludzie pociągający za sznurki stali się zachłanni i postanowili przyspieszać realizację planów, najpierw w 2030, a ostatecznie w 2020 r.– dodaje – Myślę, że to w tym pośpiechu popełniają tyle błędów. Na przykład producenci szczepionek nie przewidzieli, że będzie tak wiele skutków ubocznych i zgonów”*.

„Europa – kontynuuje Fuellmich – jest głównym polem bitwy tej wojny. To dlatego, że jest całkowicie zbankrutowana. Fundusze

emerytalne zostały całkowicie splądrowane. Dlatego chcą przejąć kontrolę nad Europą, zanim ludzie się zorientują, że tak jest."

Kim są ludzie pociągający za sznurki? Według Fuellmicha jest to grupa około 3000 superbogaczy. Do tej grupy należy klika Davos skupiona wokół Klausa Schwaba.

Czego oni chcą? Pełnej kontroli nad ludźmi. „Przekupują lekarzy, personel szpitalny i polityków. Zagrożeni są ludzie, którzy nie współpracują. Używają wszelkiego rodzaju technik psychologicznych, aby manipulować ludźmi”.

„Media głównego nurtu – podsumowuje Fuellmich – kreują fałszywą rzeczywistość i mówią, że większość ludzi jest za środkami i szczepionkami. To z pewnością nieprawda. Na przykład prawie każdy, z kim rozmawiam w Niemczech, wie, że maska □□nie chroni przed niczym, bo teraz prawie każdy jest informowany przez alternatywne media. Stare media wymierają”.

Rady Fuellmicha?

„Rozpowszechniaj prawdę i fakty tak bardzo, jak to możliwe i nie marnuj energii na ludzi, którzy są desperacko zaszczepieni. Nie możemy uratować wszystkich. Wielu ludzi umrze”.

Niektóre linki (źródła):

Kim jest Reiner Fuellmich (film na YouTube w języku angielskim):

>https://www.youtube.com/watch?v=yMBNCpAW7cw&ab_channel=TruthMatters

Oficjalna strona internetowa Komisji Corona:

><https://corona-ausschuss.de/>

Oficjalny dokument (PDF) Najwyższego Trybunału Sprawiedliwości

Kanady (po angielsku)

><https://stateofthenation.co/wp-content/uploads/2021/03/Covid-Lawsuit-Filed-in-Canada.pdf>

We wrześniu w Polsce został zainicjowany podobny projekt:

„Grzegorz Braun to polski poseł który walczy z nadużyciami dokonanymi pod pretekstem pandemii od samego początku. Za swoje działania otrzymał kary finansowe, a w odpowiedzi na to, Polacy doceniający jego wiarygodność, odwagę i pracowitość zebrali się, by go wesprzeć jego działalność. Zbiórka, do której link widzicie obok przeszła wszelkie oczekiwania i tak właśnie narodził się projekt Norymberga 2.0!” – tak opisują genezę powstania projektu jego koordynatorzy na stronie <https://norymberga2.pl/#about>

oraz zachęcają do osobistego zaangażowania się w realizację założeń projektu:

„Kim jesteśmy?

Projekt Norymberga 2.0 zrzesza ekspertów z wielu dziedzin m. in. historyków, prawników, karnistów, archiwistów, publicystów, aby profesjonalnie i rzetelnie zebrać, uporządkować i usystematyzować zgromadzony materiał, a następnie wykorzystać go w dalszych czynnościach procesowych oraz publicystycznych, między innymi poprzez wydawanie Dzienników Norymberskich.

Reagujemy na bezprawne działania.

Pod przykrywką walki z pandemią, działania rządu, wszystkich służb oraz decyzje pojedynczych osób doprowadziły do wielu krzywd i dramatów ludzkich. Bezprawne zamykanie działalności gospodarczych, nakładanie kwarantanny, blokowanie prawidłowego funkcjonowania instytucji, także państwowych, w tym systemu opieki zdrowotnej, doprowadziło do ponad 150 tysięcy

nadmiernych zgonów i niezliczonych w żadnych statystykach tragedii.

Skąd nazwa naszego przedsięwzięcia?

Projekt Norymberga 2.0 nawiązuje swoją nazwą do Procesów Norymberskich – sądowych postępowań karnych przeciwko zbrodniarzom III Rzeszy. W stan oskarżenia zostało postawionych 185 osób – lekarzy, prawników, członków SS i policji, przemysłowców, przywódców wojskowych, ministrów i innych przedstawicieli rządowych. Winowajcy zostali doprowadzeni przed sąd, skazani, a głównych odpowiedzialnych powieszono.

Wspólnie gromadzimy użyteczne procesowo dowody przestępstw i zbrodni popełnionych pod pretekstem pandemii. Jest nas coraz więcej – setki odwiedzających naszą stronę zgłaszają pogwałcenie prawa przez rząd lub wykonawców jego woli, a nasz zespół każdego dnia powiększa się o nowych specjalistów, ekspertów i działaczy Byłeś świadkiem wykroczenia, przestępstwa, przekroczenia uprawnień, a może nawet zbrodni? A może masz w tej sprawie ważne informacje? Koniecznie o tym napisz! Jeśli nie masz pełnych informacji, lub po prostu chcesz się skontaktować, napisz do nas na adres kontakt@norymberga2.pl."

Źródło: psnlin.pl

Mołnpiravir: 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 Molnupiraviru, 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 Molnupiravir dla pacjentów „łagodnych do średnio chorych”. [Nie wspominając o różnicy w kosztach](#). Jak wspomniano wcześniej, Molnupiravir 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 gripę, 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 obawiającym 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 [żałośnie 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, byliśmyby 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, poczynwszy 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 stronnictwej 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 zaufałbyś 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 INFЕКCJĄ 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/S08898558805703099>

[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 SKUTEKZNOŚĆ 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 konkluzyjnych 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 musiałoby 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 aerozolach. 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/bandyci-medyczni-troglodyci-lekarze-komentuja-demonstracje-proepidemiow>
30. <https://silesia24.pl/wideo/szczegoly/ostre-slowa-prof-ze>

[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 pochopnie 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 odważniej 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 jakiegolwiek szkody lub korzyści dla pacjenta poddanego 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 μ m. 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 BŁOKOWANIA 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->

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.>

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_parti
culate_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-infectious-diseases-and-epidemiology-jide-6-130.php>
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-and-public-health-preparedness/article/symptoms-associated-with-personal-protective-equipment-among-frontline-healthcare-professionals-during-the-covid19-pandemic/FD3DF0B1437D8E4C9C577D09A2295C68>
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_dang

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. Włodzimiesz 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 niemedycznych” [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.gloswielpolski.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>
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 PRZYNOSI 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 INFЕКCJI” [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≥ 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

RYZYSKO 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 RYZYSKO 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 stroniczego 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 INFЕКCJI 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 przedobjawowe 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/rapporte>

[r/2020/should-individuals-in-the-community-without-respiratory-symptoms-wear-facemasks-to-reduce-the-spread-of-covid-19-report-2020.pdf](https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.01.20135194v1.full.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 PRZES 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 PRZES DOWOLNĄ MASKE [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 ($<100\text{ }\mu\text{m}$) mogą pozostawać zawieszone 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 $100\text{ }\mu\text{m}$, a rozmiar między porami maski wynosi $55\text{-}440\text{ }\mu\text{m}$ [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, Schmoldt 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 zgodne 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 pozytywnych 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], poglądowe [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 „DOBRZE 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 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/](https://www.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 toFilter 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

Dr n. med. Piotr Witczak

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.lifesitenews.com)

Tydzień w Nowej Normalności #7



1. NAJGORSZY ARTYKUŁ, JAKI KIEDYKOLWIEK CZYTAŁEM.

Kampania demonizacyjna przeciwko tym, którzy odmawiają udziału w nieprzetestowanej terapii genowej, jest wszechobecna i pozornie nieograniczona. Artykuły, które się pojawiają stwierdzają, że "osobom nieszczepionym należy [zabronić latania](#), [opieki zdrowotnej](#), [zasiłków państwowych](#), a nawet [zwolnić z pracy](#).

Ale [ten artykuł w The Mirror](#) jest najgorszy z najgorszych. Szczerze mówiąc, najgorszy, najbardziej pełen nienawiści i podstępny artykuł, jaki kiedykolwiek czytałem, a moim zadaniem jest wyszukiwanie i czytanie pełnych nienawiści i podstępnych artykułów.

Jest zatytułowany:

Antyszczepionkowcy chcą zabić twoje dzieci, dokonać zamachu stanu i spowodować kolejną blokadę!"

...i tak naprawdę nie potrzebujesz więcej informacji. Czytaj na własne ryzyko.

2. POWRÓT MIĘSA HODOWANEGO W LABORATORIUM

...cóż, nie dokładnie „powrót”, bo nigdy nie odeszło. Myślę, że „odrodzenie” to lepsze słowo. Z pewnością jest nagły wstrząs w relacji.

The Guardian [„pyta eksperta”](#), czy mięso hodowane w laboratorium zastąpi prawdziwe. Wspomniany „ekspert” wytwarza i sprzedaje mięso z laboratorium i, co nie powinno dziwić, mówi „tak!”.

A potem „Times” z tonem niechętniej kapitulacji [mówi nam](#), że „musimy przyjąć mięso wyhodowane w laboratorium”, czy „to nam się podoba, czy nie”.

W tym samym czasie Sky organizuje [„debate klimatyczną”](#) na temat mięsa hodowanego w laboratoriach. Jedna z tych fałszywych „debat”, które służą z góry ustalonemu programowi, opierając zainscenizowany spór na fundamentalnych założeniach, których żadna ze stron nie kwestionuje.

W tym przypadku zakłada się, że LGM jest dobre dla planety, a rzeczywiste mięso jest dla niej złe. Żadna z tych rzeczy nie została udowodniona.

Ale dobre wieści dla wszystkich! Twoja genetycznie zsyntetyzowana pasta proteinowa przypominająca mięso jest o krok bliżej... czy tego chcesz czy nie.

3. „TRAKTUJ PRZEMOC WOBEC KOBIET RÓWNIE POWAŻNIE JAK TERRORYZM”

Wynik procesu Sarah Everard w Wielkiej Brytanii wywołał falę

opartej na strachu propagandy dotyczącej tego, jak często dochodzi do przemocy wobec kobiet i co musimy z tym zrobić. W kółko lista [bardzo przewidywalnych nazwisk](#) w [bardzo przewidywalnych publikacjach](#) mówi o tym, że kobiety „nadal nie są bezpieczne” lub że nigdy nie mogą „[czuć się bezpieczne](#)” (co nie jest tym samym).

Oczywiście każde morderstwo jest tragedią dla ofiary i jej rodziny, ale przedstawianie kraju lub społeczeństwa jako z natury brutalnych lub niebezpiecznych jest całkowicie nieszczerze.

Sprawdźmy tylko statystyki, ze względu na rzeczywistość.

W Wielkiej Brytanii i większości krajów zachodnich przestępczość z użyciem przemocy zmniejsza się od dziesięcioleci. W 2019 r. statystyki UE wykazały [32-procentowy spadek liczby zabójstw od 2008 r.](#) W 2020 r. w Wielkiej Brytanii doszło do [ok. 750 morderstw w populacji 68 milionów ludzi](#), co oznacza brutalny wskaźnik morderstw wynoszący 0,001% (lub 1 na 100 000). Mniej niż jedna trzecia zabitych to kobiety, a tylko 20% z nich zostało zaatakowanych na ulicy.

Społeczeństwo nie jest doskonałe, ale brutalne przestępstwa (przeciwko którejkolwiek płci) dosłownie nigdy nie były mniejszym zagrożeniem w historii. Jeśli chodzi o brutalną przestępczość, ulice są tak samo bezpieczne dla kobiet, jak nigdy dotąd. Jeśli nie *czują się* bezpiecznie, to prawdopodobnie dlatego, że media ciągle im mówią, w jakim „niebezpieczeństwie” się znajdują.

Ale dlaczego? Skąd masowa przesada niebezpieczeństwa? I dlaczego wyjaśnienie wzywa do „działania” w sprawie przemocy wobec kobiet?

Cóż, dokładnie z tych samych powodów, które stoją za narracją „pandemiczną”. Ponieważ histeria zawsze się przydaje. Ponieważ ludzie rządzący potrzebują, abyśmy cały czas się bali. Ponieważ chcą mieć pewność, że różne płcie, rasy i

orientacje są do siebie nieufne. I oczywiście dlatego, że można nim manipulować, aby zwiększyć uprawnienia państwa.

Firmy zajmujące się mediami społecznościowymi są już pod presją, aby „robiły więcej w celu ochrony kobiet”. Po morderstwie Everard, które pojawiło się po raz pierwszy w wiadomościach w marcu, ludzie sugerowali godzinę policyjną tylko dla mężczyzn, aby kobiety czuły się bezpiecznie na ulicach. Jeśli COVID czegoś nas nauczył, to tego, że podekscytowana publiczna panika może zostać sprowadzona do właśnie tego rodzaju szalonej polityki.

Tytuł tej sekcji pochodzi z tweeta autorstwa brytyjskiego posła Partii Pracy Davida Lammy'ego:

Enough is enough. We need to treat violence against women and girls as seriously as terrorism.

– David Lammy (@DavidLammy) [October 1, 2021](#)

Nie jest jasne, co (jeśli w ogóle) David przez to rozumie. Jest całkiem możliwe, że jest po prostu idiotą, ale każdy, kto zna prawdziwy cel i katastrofalne skutki społeczne „Wojny z terrorem”, prawdopodobnie powinien się martwić o to, jak daleko mogą się posunąć osoby odpowiedzialne za (rzekomo) „sprawienie, że kobiety poczują się bezpiecznie”.

BONUS: TOTALNE NIE-SEKCIARSTWO TYGODNIA

Po prostu chcę podkreślić, że szczepionko-przepychacze Nowej Normalności zupełnie *nie* są w sekcie.

Niezależnie od tego, czy chodzi o ubieranie tancerzy jak strzykawki, aby paradować z prezenterami telewizyjnymi o szklistych oczach:

Wow, I honestly didn't think it was possible, but I'm even more resistant to the vax than before

pic.twitter.com/dxxHmyQ6GX

– *The Sheep Hate This Account* (@skye_daddy) [September 29, 2021](#)

Lub dosłownie cytując Boga jako źródło szczepionki:

NY Governor Hochul proclaims, "The vaccine comes from God" and asks those present in the megachurch congregation, "I need you to be my apostles." [#VaccineMandate #NewYork #VaccinesfromGod#Apostles#ReligiousExemptions#ProfitPfizer](#)
pic.twitter.com/6fQRyNF6UR

– *The Solari Report* (@solari_the) [September 28, 2021](#)

To wszystko jest bardzo normalne, a jeśli postrzegasz to jako przerażające lub sekciarskie, to tylko dlatego, że jesteś heretykiem... przepraszam, mam na myśli negację nauki.

BONUS II: PROJEKCJA TYGODNIA

Tym z was, którzy nie wiedzą kim jest Keith Olbermann, zazdroszczę wam... i przepraszam za wprowadzenie was w jego istnienie. Jest małostkowym, niedoinformowanym, upartym gadułą, który zajmuje irracjonalne i bigoteryjne stanowisko praktycznie we wszystkim i głośno trąbi o tych poglądach każdemu, kto zechce słuchać.

A wczoraj napisał to na Twitterze...

NEW VIDEO: They aren't Anti-Vax. They aren't Waiting For More Information. They aren't Exercising Personal Choice.

They are AFRAID.

The Americans who won't get the vaccine are morons, snowflakes, and they are AFRAID and we need to start calling them that, and calling them out. pic.twitter.com/yYLnjEQzk9

Potrzeba poważnego braku samoświadomości, aby otrzymać *trzecie* nieprzetestowane szczepienie przeciwko chorobie, w której masz 99,5% szans na przeżycie, a następnie zbesztać wszystkich, którzy nie martwią się tą chorobą, za to, że są przerażonymi kotami.

NIE JEST TAK ŻŁE...

Świat sportu, zwłaszcza sportów amerykańskich, jest poniekąd siedliskiem „wahania się co do szczepionki”. Jest to spowodowane kilkoma czynnikami, najprawdopodobniej związanymi z wieloma amerykańskimi sportowcami wywodzącymi się z demografii klasy robotniczej z długotrwałymi (i całkowicie uzasadnionymi) podejrzeniami zarówno mediów, jak i Big Pharmacy.

W przeciwieństwie do diatryby rozpylającej ślinę Olbermanna, przedstawiamy spokojne i racjonalne stanowisko gwiazdy NBA Jonathana Isaaca, przemawiającego na konferencji prasowej 27 września:

NBA już zapowiedziało, że [zablokuje pensje nieszczepionych graczy](#), którzy odmawiają przestrzegania lokalnych mandatów. Zarówno [NBA](#), jak i [NFL](#) wprowadziły ogromne ograniczenia wobec nieszczepionych graczy, aby zmusić ich do przyjęcia strzału. Media również [wywierają presję, aby się dostosować](#).

Wszyscy gracze, którzy stawiają opór w obliczu tak potężnej kampanii, zasługują na szacunek. I służą jako przypomnienie, że sceptycy COVIDowi, a nawet ci ludzie, którzy nie chcą mieć nic wspólnego ze szczepionką, nie są jak ta mała mnijomość, którą media próbują udawać. A nasze argumenty są racjonalne i świadome, nie oparte na obelgach i bezmyślnym oburzeniu tych, którzy próbują nas zmusić do dostosowania się.

Również dla każdego, kto chce się pośmiać...

pic.twitter.com/lrBm0za91o

– meleis_one (@meleis_one) [October 3, 2021](#)

Wszyscy mówili o dość gorączkowym tygodniu dla tłumu Nowej Normalności, a my nawet nie wspomnieliśmy o „[tajemniczym wzroście zawałów serca](#)” ani całkowicie wymyślonym „[kryzysie paliwowym](#)” w Wielkiej Brytanii.