Wstępne wyniki badań nad amantadyną

Prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak, kierownik Kliniki Neurologii SPSK Nr 4 i lider projekt badawczego „Zastosowanie amantadyny w zapobieganiu progresji i leczeniu objawów COVID-19 u pacjentów zarażonych wirusem SARS-COV-2" zaprezentował wstępne wyniki prowadzonego badania. Wnioski nie są jednoznaczne z dotychczasowymi rezultatami badania leku przeprowadzonego na Śląsku.

Wstępne wyniki badania klinicznego z wczesną interwencją terapeutyczną z zastosowaniem amantadyny u pacjentów z infekcją SARS-COV-2

Projekt badawczy finansowany przez Agencję Badań Medycznych w realizacji niekomercyjnego badania klinicznego:

„Zastosowanie amantadyny w zapobieganiu progresji i leczeniu objawów COVID-19 u pacjentów zarażonych wirusem SARS-COV-2"

Ośrodki realizujące

1.Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie; Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

2.Uniwersyteckie Centrum Kliniczne; Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

3.Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego; Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w

Grudziądzu

4.Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszkowie

5.Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie

6.Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Jana Bożego w Lublinie

7.SPZOZ Kalwaria Zebrzydowska, Kalwaria Zebrzydowska, Poland

8.Centralny Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie.

Cel badania

Ocena w badaniu podwójnie zaślepionym z kontrolą placebo skuteczności stosowania produktu leczniczego amantadyny we wczesnym stadium COVID-19 w zapobieganiu jego progresji w kierunku ostrej niewydolności oddechowej i następstw neurologicznych.

Przebieg badania

Uczestnikami są pacjenci zarażeni wirusem SARS-CoV-2 i obarczeni czynnikami ryzyka ciężkiego przebiegu COVID-19 (wiek i choroby współistniejące). Nie później niż w 5 dniu po potwierdzeniu badaniem laboratoryjnym infekcji wirusem SARS-COV-2 amantadyna lub placebo dodawana jest do standardowej opieki medycznej.

Wyniki analizy połówkowej

Spośród około 500 pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 i objętych wczesną opieką medyczną w 7 ośrodkach klinicznych (aktywna rekrutacja), do badania włączono i poddano

randomizacji 110 pacjentów. Wstępną analizę oceny bezpieczeństwa i skuteczności terapeutycznej wykonano u 93 uczestników badania klinicznego w obu grupach (Placebo vs Amantadyna), którzy ukończyli okres obserwacji 15 dniowej (faza podwójnie zaślepiona). W dniu włączenia do badania (Dzień 1) hospitalizacji wymagało 19,6% pacjentów, którzy zostali zrandomizowani do przyjmowania amantadyny i 14,6% pacjentów którzy wylosowali przyjmowanie placebo, natomiast pozostali uczestnicy pozostawali w obserwacji ambulatoryjnej.

U większości pacjentów w obu grupach zaobserwowano łagodny przebieg choroby. **Stwierdzono trend w kierunku skuteczności amantadyny**, wyrażający się w dniu 15 wyższym odsetkiem pacjentów bezobjawowych (62% amantadyna vs. 52% Placebo) oraz ciężkich powikłań i zgonu (amantadyna 0% vs. Placebo 4,6%). W analizie bezpieczeństwa odnotowano 41 zgłoszeń efektów niepożądanych (17 w grupie otrzymującej amantadynę i 24 w grupie otrzymującej placebo). 10 zgłoszeń określono jako umiarkowanie ciężkie (4 w grupie z amantadyną i 6 w grupie z placebo) oraz 1 jako ciężkie (0 w grupie z amantadyną i 1 jako zgon w grupie z placebo).

Badanie jest kontynuowane celem oceny wpływu amantadyny na występowanie opóźnionych powikłań COVID-19 (tzw. zespół post-COVID-19).

Podsumowanie

Wyniki badań wczesnej obserwacji uczestników badania klinicznego (15 dni) wykazały:

1. Pozytywny profil Korzyści do Ryzyka (B/R) w leczeniu zakażenia wirusem SARS-CoV-2 dla uczestników badania klinicznego w grupie z Amantadyną.
2. Obserwowano łagodny przebieg u większości pacjentów i 0,93% śmiertelność w całej populacji uczestniczącej w badaniu (2,4% w grupie placebo i 0% w grupie przyjmującej amantadynę).

3. W związku z realizacją niniejszego badania klinicznego około 500 chorych uzyskało kwalifikowaną pomoc medyczną w związku z rozpoznaniem potwierdzonego laboratoryjnie zakażenia wirusem SARS-COV-2 w ramach wizyt preselekcyjnych.
4. Agencja Badań Medycznych zdecydowała o dalszym kontynuowaniu badania klinicznego w oparciu o wstępne wyniki, z planowaną rekrutacją do 15.04.2022 w części podwójnie zaślepionej oraz przedłużenia obserwacji w części otwartej przez kolejne 6 miesięcy.

– Nasze wstępne wyniki badań wczesnej interwencji z zastosowaniem amantadyny są interesujące i wskazują na trend w kierunku skuteczności leku u pacjentów włączonych do badania w ciągu 5 dni od potwierdzenia zakażenia przy braku istotnych działań niepożądanych. Cieszymy się, że mamy zgodę ABM na kontynuację badania – mówi prof. dr hab. Konrad Rejdak, kierownik badań.

Powyższe dane mają charakter opisowy i nie mają znamienności statystycznej na obecnym etapie realizacji badania. Dane opisowe nie stanowią podstawy do formułowania wiążących wniosków końcowych.

Źródło: Samodzielny Publiczny Szpital kliniczny nr 4 w Lublinie

---

Niewygodna AMANTADYNA i niewiarygodne badania

Jak informuje portal prawo.pl „Bartłomiej Chmielowiec, rzecznik praw pacjenta wydał decyzję dotyczącą przychodni Optima z Przemyśla, w której przyjmuje Włodzimierz Bodnar. Rzecznik uznał, że placówka stosując amantadynę narusza zbiorowe prawo pacjentów do leczenia zgodnego aktualną wiedzą medyczną, i zakazał stosowanie tego leku w leczeniu Covid-19. Z kolei resort zdrowia poinformował, że w leczeniu szpitalnym amantadyna jest nieskuteczna.”

„- Jako Rzecznik Praw Pacjenta, kierując się troską o bezpieczeństwo i zdrowie pacjentów, nie mogę podjąć innej decyzji niż zakazać stosowania amantadyny do czasu, kiedy badania naukowe potwierdzą jej skuteczność – mówi Bartłomiej Chmielowiec. W Polsce od kwietnia 2021 roku takie badania prowadzą dwa zespoły badawcze: Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie pod kierownictwem prof. Konrada Rejdaka oraz z Górnośląskiego Centrum Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach pod kierownictwem prof. Adama Barczyka. W projekcie realizowanym przez ŚUM uczestniczy też Włodzimierz Bodnar, specjalista chorób płuc, pediatra w NZOZ „Optima” w Przemyślu, podmiotu, w sprawie którego decyzję wydał RPP. Oba projekty finansuje Agencja Badań Medycznych – wydała na nie blisko 15 mln zł. W piątek 11. lutego 2022 roku na konferencji prasowej Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że badania prof. Barczyka wykazały, że amantadyna jest **nieskuteczna w szpitalnym leczeniu Covid-19**.”

„- Całość materiału dowodowego, w tym ostanie informacje uzyskane z Agencji Badań Medycznych wskazujące na niezasadność kontynuacji badania klinicznego i brak efektywności amantadyny w badanej populacji, dały podstawy do uznania, że leczenie

Covid-19 przy zastosowaniu amantadyny jest niezgodne z aktualną wiedzą medyczną. Amantadyna nie jest zalecana w leczeniu COVID-19 w żadnych rekomendacjach – polskich czy europejskich. Również w wytycznych amerykańskich nie znajdujemy zaleceń stosowania amantadyny przypadku COVID-19. Amantadyna nie jest też zalecana w rekomendacjach WHO. Nie ma obecnie żadnych dowodów naukowych, które potwierdzałyby skuteczność i bezpieczeństwo leczenia COVID-19 przy pomocy amantadyny – czytamy w komunikacie na stronie Rzecznika Praw Pacjenta. Dlatego rzecznik wydał decyzję, że NZOZ „Optima" z Przemyśla naruszył zbiorowe interesy pacjentów, o czym poinformował w piątek.

„Tego dnia zostały też przedstawione pierwsze wyniki badań działania amantadyny w leczeniu Covid-19. Jak mówił prof. Adam Barczyk, badania nad amantadyną zostały przeprowadzone na próbie 149 chorych na COVID-19 **przebywających w szpitalu**. 78 chorych otrzymało amantadynę, a 71 placebo. – Wyniki pokazują, że nie ma żadnych różnic pomiędzy grupą pacjentów we wczesnej fazie z umiarkowanym bądź ciężkim COVID-19 leczonych amantadyną, a grupą pacjentów przyjmujących placebo – zaznaczył profesor i zwrócił się do prezesa Agencji Badań Medycznych o zaprzestanie rekrutacji pacjentów i zakończenie badania. – Przedstawione dziś wyniki badań przerywają dyskusję na temat skuteczności leczenia amantadyną chorych na COVID-19 przebywających w szpitalu – podkreślił Radosław Sierpiński, prezes Agencji Badań Medycznych. Zaznaczył, że wkrótce zostaną przedstawione wyniki badania stosowania amantadyny wśród pacjentów ambulatoryjnych, czyli leczonych w przychodniach. **Decyzja RPP dotyczy zaś przychodni.„**

Zastanawiająca jest decyzja i kategoryczna opinia RPO o braku skuteczności i bezpieczeństwa leczenia COVID-19 przy pomocy amantadyny, jeśli przedstawione zostały tylko wyniki badań nad pacjentami hospitalizowanymi. Podkreślmy jeszcze raz – badania nad pacjentami leczonymi w przychodni NADAL trwają, zaś RPP kategorycznie zakazuje stosowania amantadyny…

Doktor Bodnar – dzięki, którego doświadczeniu możemy nieść skuteczną pomoc naszym pacjentom, podzielił się na profilu Przychodni Lekarskiej Optima w Przemyślu obserwacjami dotyczącymi powyższych decyzji, opinii i metodologii przeprowadzania badań nad amantadyną:

„Przedstawione na piątkowej konferencji Ministerstwa Zdrowia wyniki badań nad amantadyną rodzą bardzo duże wątpliwości, a wyniki nie można uznać za wiążące.

1. Była za mała grupa pacjentów z naukowego punktu widzenia, by wyciągnąć istotnie statystyczne wnioski. Nie bez powodu badanie zostało zaplanowane na 500 osób, co było poparte głęboką analizą matematyczną i aprobatą ekspertów ABM. Na małej populacji trudno udowodnić znamienne różnice statystyczne w badaniu klinicznym, aby było ono wiarygodne i zasadne w świecie naukowym.

2. Powolna rekrutacja w badaniu. Większość ośrodków nie rekrutowała (z 17 raptem 3-4 realnie rekrutowały). Część (jak na przykład Kraków) nie zrekrutowała ani jednego pacjenta przez rok ‼ Przez co mamy ledwo 150 osób. A dawno powinno być 500.

3. Przez szpitale w ciągu ostatniego roku przewinęło się nawet do 200 000 osób z COVID-19, a nie można było znaleźć 500.

4. Usunięcie 16 pacjentów z badania (10% grupy) w związku z wycofaniem ich zgody budzi wątpliwości. Nie wiemy, co było powodem. Przez to, że badanie zostało przerwane, pacjenci nie są równo rozłożeni w grupach (78 vs 71). Spowodowało to różnicę wielkości między grupami na poziomie 10%. Przez co badanie sens stricte przestaje być randomizowane i zarazem grupa kontrolna nie jest miarodajna ze względu na zakończenie niezgodne z protokołem badania. Wycofało się ponad 10% osób z grupy placebo. W skrajnym przypadku, jeśli to były same zgony, amantadyna mogła wykazać dość dużą skuteczność.

5. Obecne badanie wskazuje ‘przy okazji’ nieskuteczność remdesiviru. Cały czas są sprzeczne informacje, raz ten lek działa, raz nie działa, raz bardzo szkodzi. Jednak ten wynik nie powoduje zakazu stosowania i wycofania z leczenia szpitalnego. Ale jednocześnie zakazuje stosowania amantadyny w przychodni. Dlaczego?

6. Dlaczego analizę danych badania wykonano i przedstawiono z pominięciem podmiotu odpowiedzialnego za badanie, firmy CRO?

7. Skuteczność może zmieniać się diametralnie w zależności od wielkości grupy. Nie jest prawdą, że na grupie 149 da się wyciągnąć wiarygodne dane do przerwania badania. Przykładem jest badanie Molnupiravir (Lagevrio). Przy grupie 775 pacjentów wykazywał 50%, podczas gdy zwiększono grupę do 1400, spadła ona aż do 30%. Według analizy pewności wyniku grupa 775 jest na tyle dużą grupą, że powinna dać dość dokładne wyniki. A tak się nie stało, różnica jest diametralna. Jednocześnie w amantadynie założono wynik za pewny.

W związku z powyższym, przerwanie badania przed czasem i założoną ilością pacjentów jest niezgodne z protokołem. Podważa wiarygodność naukową badania i finalnie pozostawia otwartą dalszą dyskusję.

Jestem zdziwiony postawą Pana Profesora Adama Barczyka. Postawa Pana Profesora na konferencji prasowej wskazywała, że badanie przebiegało bez przeszkód i udało się uzyskać założony cel, były podziękowania za wszystko i dla wszystkich. Prawdopodobnie jest to związane z chęcią zachowania wysokiego profesjonalizmu prezentowanego przez Pana Profesora – chęć eleganckiego zamknięcia problemu, w który niechcący się wdepnęło. Niestety z perspektywy badania, inicjatorów oraz opinii publicznej pozostał ogromny niesmak, jak to badanie faktycznie przebiegało. Wielokrotnie rozmawialiśmy razem i wskazywaliśmy na trudności. Te ogromne przeciwności prawdopodobnie nie były przypadkowe i ich celem było spowolnienie i niedokończenie badania. Wszyscy wiemy, że

został Pan kompletnie sam, bez jakiejkolwiek pomocy i wsparcia. Ośrodki nie chciały rekrutować pacjentów, lekarze nie odbierali telefonów tygodniami, a ABM oczekiwał ogromnej ilości dokumentacji i planów naprawczych, samemu nie oferując żadnych narzędzi i pomocy, aby to badanie przyspieszyć. Prawdopodobnie skorzystał Pan z propozycji Ministerstwa, aby badanie zamknąć przy najbliższej okazji, bo i tak nie udałoby się go pewnie zakończyć w wyznaczonym terminie ABM, a tym samym uniknąć ewentualnych konsekwencji z tym związanych.

Nie wspomniał Pan, że z 17 klinik raptem 3-4 aktywnie brało udział. A gdzie była reszta? Przecież te kliniki same się zgłosiły do tego badania! Większość nie zrekrutowała ani jednego pacjenta przez rok. Obecnie w szpitalach przebywa około 18 000 pacjentów. Przez rok pacjentów z powodu COVID-19 mogło być nawet 200 000 i nie znalazło się nawet 500 dla tego badania? Na próby wpłynięcia na ośrodki, które nie rekrutowały (jak choćby Kraków, czy Białystok), nie chciały reagować żadne urzędy, instytucje, ani ABM. Twierdziły, że to problem badania, a nie interes Polaków. Cała wina miała być Pana, bo nie dotrzymałby Pan umowy. Dlatego rozumiemy, dlaczego tak Pan postąpił. Uważamy jednocześnie, że powinno rozpocząć się śledztwo, które ukazałoby drugie dno i realne powody, dlaczego to badanie nie zostało dokończone.Przygotowana konferencja miała także upokorzyć Pana Ministra Macieja Miłkowskiego, który razem z Ministrem Marcinem Warchołem walczyli o to badanie. Zapewne nie jest też zaskoczeniem, że na konferencji zupełnym przypadkiem (?) pojawił się już z gotową decyzją Rzecznik Praw Pacjenta, Bartłomiej Chmielowiec – z decyzją o zakazie stosowania amantadyny przez Przychodnię Lekarską Optima w Przemyślu. Która przecież nie jest szpitalem, a przychodnią i leczy pacjentów ambulatoryjnie. Skąd znane były wyniki profesora Barczyka tak wcześnie? I co z wynikiem profesora Rejdaka, który jeszcze ich nie ma? Czyżby Rzecznik Praw Pacjenta miał wyniki także drugiego badania przed jego ogłoszeniem? Czy może wyniki już z góry są znane, zanim sam profesor Rejdak je pozna? Bo trudno uwierzyć, że po takiej

‘szopce’, raptem za 10 dni, Rzecznik Praw Pacjenta wycofa swoją decyzję, gdy poznamy np.: korzystne wyniki z Lublina.

Rzecznik Praw Pacjenta chce manipulować faktami, twierdząc, że amantadyna dawała złudne poczucie leczenia.

Niestety, prawda jest zupełnie inna. To pacjenci:

– są zamykani na izolacji i są pozbawieni leczenia,

– mają ordynowane na teleporadzie antybiotyki, które nie działają na infekcje wirusowe,

– czekają zgodnie z zaleceniami na karetkę pogotowia, jak stan zdrowia się znacznie pogorszy

– i mają złudnie podawany niedziałający remdesevir na oddziałach szpitalnych, który kosztował kraj nawet miliardy złotych?

To nie podawanie amantadyny doprowadziło do tak wielu nadmiarowych zgonów, w przeciwieństwie do powyższego.Co Pan Rzecznik zrobił w tych kwestiach, jeśli czuje się odpowiedzialny za prawa i zdrowie pacjentów?Żałosnym jest, jakimi doradcami otacza się nasz Rząd, który idzie coraz bardziej na dno. Zamiast otrząsnąć się z pseudo doradców, dalej ich trzyma przy sobie. Eksperci ogłaszali, że czekają nas armagedon w tej fali! Ilu z nich wręcz ‘krzyczało’, że jak nie zamkniemy kraju, to czeka nas miliony hospitalizacji? Nie spełniło się ‘to życzenie’ i nie spełni kolejne straszenie społeczeństwa – bo już nikt wam w to nie uwierzy.

A skąd taka złość i nienawiść do mojej osoby i naszej przychodni za promowanie amantadyny? Niewiele osób ma wyobrażenie o kosztach leczenia. Niestety, tu już kończy się etyka, a zaczyna się wyłącznie biznes.

Mało kto wie, że jedno opakowanie Molnupiravir na 5 dni kuracji jednego pacjenta (o skuteczności przewidywanej na około 30%) kosztuje nasz kraj blisko 3000 złotych? Ten sam lek

w Indiach kosztuje jedynie 74PLN z opakowanie! Nieco niższą cenę zapowiada inna firma za lek Paxlovid. Nieco ponad 2000 złotych, z którą zresztą w ostatnich dniach Ministerstwo Zdrowia podpisało umowę na jego dostawę. Bo kto by się tam leczył za 30 złotych starym lekiem na grypę jak amantadyna? Te drogie 'nowe leki' de facto nie są nowe – Molnupiravir pierwotnie stosowany w leczeniu grypy typu A i B, a drugi w leczeniu HIV i WZW-C.

Nie trzeba sobie wyobrażać, co by się stało, gdyby badanie wykazałoby skuteczność amantadyny. Co by się stało z naszymi ekspertami, którzy zaciekle atakowali amantadynę? Wydawało się, że szkoda było naszej walki o badania nad amantadyną. Jednak miliony Polaków skorzystało z amantadyny i przekonało się o jej skuteczności. Wobec choroby nakręconej przez media siejące strach i dezinformację wśród ludzi o braku skutecznego leczenia przez ostatnie 2 lata.

Włodzimierz Bodnarlekarz pediatra, specjalisty chorób płuc"Podobnie na portalu stronazdrowia.pl możemy zapoznać się z wieloma uwagami dotyczącymi wyciąganiu przedwczesnych wniosków z polskich badań i podejmowaniu pochopnych decyzji:

„Nie ma żadnych różnic między pacjentami, którzy przyjęli placebo a amantadynę" – to wypowiedź prof. Adama Barczyka ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, który początkowo miał badać lek zgodnie z pierwotnym protokołem ustalonym dla innych, polskich i europejskich ośrodków. Zamiast tego przeprowadzono próbę na 150 osobach, które otrzymywały już w dodatku zarejestrowany lek przeciwwirusowy, remdesiwir.

„Amantadyna nie leczy zapalenia płuc w COVID-19, gdy jest dodana do remdesiwiru. To główny wniosek z tej pracy, który można wyciągnąć" – komentuje tę wypowiedź prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak, który kieruje pracami nad lekiem prowadzonymi na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

Nie ma jeszcze jednak wniosków z innych badań z udziałem

chorych we wczesnej fazie infekcji, a tylko wtedy lek może pomóc. Stwierdzenie, że „nie ma żadnych dowodów naukowych, które potwierdzałyby skuteczność i bezpieczeństwo leczenia COVID-19 przy pomocy amantadyny”, które padło na konferencji prasowej wiceministra zdrowia 11 lutego 2022 roku, jest więc przedwczesne.

– W badaniu tym wzięli udział pacjenci przyjęci do szpitala z powodu COVID-19, u których stwierdzono już zapalenie płuc, i którzy byli już leczeni remdesiwirem, a lek amantadyna lub placebo był dodawany do terapii – wyjaśnia prof. Rejdak. **– Nie pokazuje to braku skuteczności amantadyny. Przypomnijmy, że takiej skuteczności nie wykazały też zarejestrowane leki, jak molnupirawir – w jego przypadku też przerwano badanie u chorych szpitalnych i zakończono program po stwierdzeniu nieskuteczności. Zastanawiająca była ponadto wysoka śmiertelność pacjentów otrzymujących remdesiwir plus amantadynę lub placebo sięgająca 10 procent**, co pokazuje, jak ciężką chorobą może być COVID-19.

– My badamy zupełnie inną populację – są to chorzy, którzy nie wymagali hospitalizacji, bo byli na wczesnym etapie infekcji, lub też przebywali w szpitalu z powodu innych chorób, a przy okazji stwierdzono u nich wczesną infekcję – tłumaczy neurolog.Czy to koniec polskich badań nad amantadyną, dostępnym już na rynku lekiem neurologicznym, który może chronić układ nerwowy przed koronawirusem?
– Badania nad amantadyną nadal trwają, ale nasz projekt dotyczy całkiem innej populacji – mówi prof. Rejdak. – Oceniamy objawy neurologiczne jako następstwo zakażenia koronawirusem. Pamiętajmy, że na dzień dzisiejszy nie mamy leków zarejestrowanych w tym wskazaniu. Jesteśmy w trakcie analizy pośredniej i oczywiście przedstawimy wstępne wyniki ambulatoryjne Agencji Badań Medycznych (która finansuje badania na zlecenie Ministerstwa Zdrowia – przyp. red) w celu podjęcia decyzji o kontynuacji badań. **W chwili obecnej nie zaobserwowaliśmy przy tym istotnych działań niepożądanych**,

stosując wskazany schemat dawkowania.

„Analizując wszystkie powyższe dane nie sposób nie zauważyć, że decyzja RPP została wydana przedwczesnie i pochopnie, może ona skutkować zaniechaniem leczenia infekcji koronawirusowych we wczesnym etapie, w którym stosujący ją dotychczas lekarze i pacjenci doświadczyli jej skuteczności na „własnej skórze". Zaniechanie wczesnego leczenia, to znowu duże ryzyko postępowania infekcji i cięższej jej przebiegu.**Czy zatem na pewno chodzi o troskę o zdrowie i życie Polaków?**

Dlaczego w kolejny sposób ogranicza się lekarzom i pacjentom wybór metody leczenia lekiem stosowanym od wielu lat, nazywa się go eksperymentalnym. Zaś wprowadzone przed nieco ponad rokiem do użytku preparaty genetyczne nazywane „szczepionkami" przeciw COVID-19 w ekspresowym tempie zyskały rangę bezpiecznych i skutecznych, chociaż fakty temu przeczą???A w zalecanych w Polsce schematach leczenia nadal widnieje **remdesivir,** jeśli – jak czytamy powyżej – **zastanawiająca była ponadto wysoka śmiertelność pacjentów go otrzymujących…To się samo komentuje.**

Petycja w obronie ściganych dyscyplinarnie lekarzy

Podpisz PETYCJĘ w obronie lekarzy, którzy:

- albo **podpisali Apel naukowców i lekarzy w sprawie szczepień na koronawirusa Sars-Cov-2. List otwarty do Prezydenta i Rządu RP z dnia 30 listopada 2020 r.** (zwany dalej "Apelem z dnia 30 listopada 2020 r.")
- albo **podpisali Drugi Apel naukowców i lekarzy w sprawie szczepień na koronawirusa Sars-Cov-2 i powrotu do normalności z dnia 14 grudnia 2020 r.** (zwany dalej "Apelem z dnia 14 grudnia 2020 r.")
- albo **publicznie ostrzegali o niebezpieczeństwach związanych ze szczepieniami przeciwko COVID-19**

W związku z prowadzonymi przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej – **lekarza Grzegorza Wronę** postępowaniami dyscyplinarnymi w stosunku do:

1. lek. Pawła Basiukiewicza
2. lek. Katarzyny Bross-Walderdorff
3. lek. Dominiki Car
4. lek. Sławomira Czekałowskiego
5. lek. Antoniego Dwornika
6. lek. Tomasza Dmochowskiego
7. lek. Joanny Hajduklek
8. lek. Michała Hajduka
9. prof. Andrzeja Frydrychowskiego
10. lek. Anny Furmaniuk
11. lek. Eweliny Gierszewskiej
12. lek. Piotra Iwulskiego
13. lek. Agnieszki Jędraszko
14. lek. Grzegorza Klasy
15. lek. Marty Kołaty
16. lek. Marcina Kunca
17. prof. Krystyny Lisieckiej-Opalko
18. lek. Margaryty Majewskiej-Kuźnickiej
19. lek. Zbigniewa Martyki
20. lek. Doroty Mieszczak-Woszczyny
21. lek. Katarzyny Orlickiej
22. lek. Agaty Osiniak

23. lek. Izabeli Pałgan
24. lek. Doroty Rybak
25. lek. Zenona Tokarza
26. lek. Beaty Traczyk-Krupy
27. lek. Jadwigi Ujec-Kassolik
28. lek. Wojciecha Węglarza
29. lek. Haliny Wilczyńskiej
30. lek.Piotra Wojciechowskiego
31. lek. Piotra Rossudowskiego
32. lek. Doroty Sienkiewicz
33. lek. Roberta Ziemby
34. lek. Beaty Wrodyckiej-Żytkowskiej
35. lek. Andrzeja Żytkowskiego
36. lek. Tomasza Łopaciuka.

Apelujemy do Pana lek. Grzegorza Wrony o **niezwłoczne umorzenie wszystkich postępowań dyscyplinarnych** względem ww. lekarzy, bowiem w żadnym razie nie dopuścili się oni zarzucanych im przewinień dyscyplinarnych.

Po pierwsze, wszyscy ww. lekarze, nie podważyli zaufania do wykonywanego przez nich zawodu. Wprost przeciwnie – lekarze, którzy odważyli się podpisać ww. apele lub ci, którzy ostrzegają o niebezpieczeństwach związanych ze szczepieniami przeciwko COVID-19 w**zbudzają w nas o wiele większe zaufanie, niż ci, którzy taką odwagą się nie wykazali**. To właśnie tym lekarzom jesteśmy w stanie powierzyć swoje zdrowie i życie. Ich postawa jest godna naśladowania i zasługuje na najwyższe uznanie.

Po drugie, wszyscy ww. lekarze, w żadnym wypadku **nie dopuścili się promowania "postaw antyzdrowotnych"** ani też nie posługują się metodami uznanymi przez naukę za szkodliwe, bezwartościowe lub nie zweryfikowane naukowo. Lekarze, którzy podpisali ww. apele, zwrócili uwagę na istnienie wątpliwości związanych z masowymi szczepieniami przeciwko COVID-19.

O wszelkich zagrożeniach społeczeństwo polskie powinno być

właściwie poinformowane i powinna się na ten temat odbyć debata publiczna z udziałem niezależnych ekspertów.

Obwinieni lekarze kierują się w swoich działaniach wyłącznie dobrem pacjenta i zabiegają o udostępnienie nam – zwykłym obywatelom – pełnej informacji zgodnie z wymogami Karty Praw Pacjenta.

Przyczyniają się do upowszechnienia wiedzy o prawach pacjenta oraz do lepszego zrozumienia instytucji świadomej zgody na procedurę medyczną. **Jako nieliczni, zwracają uwagę na profilaktykę zdrowotną i potrzebę ograniczenia teleporad na rzecz prawidłowej diagnostyki.**

Działania informacyjne podjęte przez niesłusznie obwinionych lekarzy, doprowadziły do poszerzenia naszej wiedzy na temat szczepień oraz zachęciły nas do poszukiwania informacji w oficjalnych źródłach, takich jak Charakterystyka Produktu Leczniczego.

Osobom kwestionującym dany pogląd nie można przy tym zarzucać antynaukowego podejścia, skoro **samo podejście naukowe wymaga stawiania nowych tez i kwestionowania dotychczasowej wiedzy. Bez tego nie byłoby postępu.**

Ściganie dyscyplinarne lekarzy zgłaszających wątpliwości co do przyjętych przez główny nurt założeń, jest charakterystyczne dla światopoglądu opartego na religii, a nie na nauce.

Lekarze, względem których wszczęto postępowania dyscyplinarne, słusznie zwrócili uwagę, że w celu zlikwidowania epidemii koronawirusa i jak najszybszego powrotu do stanu normalności, **należy stopniowo zlikwidować wszystkie obecne obostrzenia,** co w znacznej części zostało uczynione przez rząd. Żadna z informacji zawarta w Apelu z dnia 30 listopada 2020 r., w Apelu z dnia 14 grudnia 2020 r. oraz w publikacjach i wystąpieniach ww. lekarzy nie była sprzeczna z aktualną wiedzą medyczną, nie podważała zaufania do zawodu lekarza i nie promowała postaw antyzdrowotnych.

Tym samym apelujemy o niezwłoczne odstąpienie od prowadzenia postępowań dyscyplinarnych względem wszystkich ww. lekarzy, bowiem ich postępowanie w żadnym razie nie podważyło zaufania do zawodu lekarza.

Podpisz PETYCJĘ. Udostępnij dalej!

Źródło: psnlin.pl

Mówimy NIE wobec dyktatury WHO!

Światowe Zgromadzenie Zdrowia postanawia rozpocząć negocjacje nad traktatem antypandemicznym

1 grudnia 2021 r. 194 członków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) porozumiało się co do **rozpoczęcia procesu redagowania i negocjowania konwencji, umowy lub innego międzynarodowego instrumentu** na podstawie konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, by poprawić profilaktykę, gotowość i reakcję pandemiczną.

Teraz zostanie powołany międzyrządowy organ negocjacyjny, którego pierwsze posiedzenie odbędzie się najpóźniej 1 marca 2022 r. (by uzgodnić sposoby i terminy pracy), a drugie –

najpóźniej 1 sierpnia 2022 r. (by omówić postępy redakcyjne). Następnie, podczas 76 sesji Światowego Zgromadzenia Zdrowia w 2023 r., przedstawi on sprawozdanie z postępów prac, tak by instrument można było przyjąć do 2024 r.

Jeśli nie chcesz, aby WHO wprowadziło światową dyktaturę, która dotknie w jeszcze większym stopniu niż teraz naszego zdrowia i życia – wyraź swój sprzeciw poprzez podpisanie PETYCJI. To pierwszy krok do dalszych działań. Będziemy Was o nich na bieżąco informować.

Jak przekonują autorzy informacji, „pandemia Covid-19 to problem globalny" i „żaden rząd ani żadna instytucja nie są w stanie samodzielnie stawić czoła przyszłym pandemiom".

– *Konwencja, umowa lub inny międzynarodowy instrument byłby* ***prawnie wiążącym aktem prawa międzynarodowego****. Umowa o profilaktyce, gotowości i reakcji pandemicznej, przyjęta w ramach WHO, pozwoliłaby państwom na całym świecie wzmocnić zdolności krajowe, regionalne i globalne oraz zwiększyć odporność na przyszłe pandemie* – zaznacza Rada Unii Europejskiej.

Czy na pewno wzmocnić? Czy może scentralizować?

Takie rozwiązanie kryje za sobą liczne zagrożenia, o których atorzy oczywiście nie wspominają.

Wojciech Kokociński – sędzia Sądu Rejonowego w Nakle nad Notecią – członek Stowarzyszenia Prawników Głos Wolności analizuje ryzyko związane z przyjęciem przez państwa jednolitego instrumentu WHO:

„W dniu 1 grudnia 2021 r. 194 członków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) osiągnęło konsensus w sprawie rozpoczęcia procesu opracowywania i negocjowania konwencji, umowy lub innego instrumentu międzynarodowego zgodnie z Konstytucją Światowej Organizacji Zdrowia w celu wzmocnienia zapobiegania pandemii i gotowości do reagowania na nią.

Na pierwszy rzut oka wydaje się, że to dobra informacja dla ludzkości. Czy jednak, aby na pewno? Czy nie ma tutaj tzw. drugiego dna? Należy zadać sobie pytanie: co to będzie oznaczać dla każdego z nas, dla zwykłego, przeciętnego człowieka? Czy nie kryje się za tym zapowiedź kolejnych ograniczeń naszych praw i wolności obywatelskich, które w ostatnich dwóch latach zostały zdeptane w wyniku walki z pandemią Covid-19 (a może dzięki niej)? Przyjrzyjmy się zatem bliżej, co się kryje za tą inicjatywą.

Czym jest WHO?

WHO (ang. ***World Health Organization***), czyli Światowa Organizacja Zdrowia z siedzibą w Genewie, to instytucja działająca w ramach ONZ (Organizacji Narodów Zjednoczonych), zajmująca się ochroną zdrowia. Została powołana do życia w 1946 r., kiedy ratyfikowano jej konstytucję, a swoją oficjalną działalność rozpoczęła w 1948 r. Obecnie zrzesza prawie 200 państw na całym świecie. Zadaniem WHO jest działanie na rzecz zwiększenia współpracy między państwami w dziedzinie ochrony zdrowia i zwalczania epidemii chorób zakaźnych, a także ustalanie norm dotyczących składu lekarstw i jakości żywności. Organizacja dąży również do zapewnienia opieki medycznej całej ludności świata oraz zmniejszenia umieralności niemowląt.

Władzą naczelną WHO jest **Światowe Zgromadzenie Zdrowia** składające się z przedstawicieli wszystkich państw członkowskich, zbierające się raz do roku w Genewie. Zgromadzenie wybiera na okres 3 lat **Komitet Wykonawczy**, w skład którego wchodzi 34 ekspertów w dziedzinie zdrowia proponowanych przez państwa członkowskie. Zgromadzenie zatwierdza strategię finansową WHO, weryfikuje budżet oraz mianuje **Dyrektora Generalnego**. Dyrektor jest wybierany co 5 lat i stoi na czele Sekretariatu, który obejmuje około 8000 fachowców w dziedzinie zdrowia, ale nie tylko. Od 2017 r. funkcję Dyrektora pełni Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Jak powszechnie wiadomo, działalność WHO koncentruje się

na **rozprowadzaniu leków i szczepionek** w celu zapobiegania i zwalczania różnych chorób oraz epidemii. Organizacja realizuje też wiele kampanii związanych z prewencyjną ochroną zdrowia, np. zachęcających do ograniczenia spożycia cukru, stosowania diety bogatej w warzywa, promuje zdrowe warunki pracy itp.

WHO jest finansowane ze **składek członkowskich państw** oraz **dotacji**, jednakże aktualnie wartość środków przekazywanych tej organizacji m.in. przez **różne fundacje** (np. Billa i Melindy Gates oraz Rockefellera), **koncerny farmaceutyczne**, **organizacje pozarządowe** przekracza wysokość wkładu wszystkich państw członkowskich, co rodzi pytania o stopień niezależności tej instytucji. Przykładem może tu być sytuacja tzw. pandemii świńskiej grypy (H1N1).

W styczniu 2010 r. Rada Europy przesłuchała przedstawicieli WHO oraz koncernów farmaceutycznych, którym zarzucono nieuzasadnione nagłośnienie i niepotrzebne ogłoszenie pandemii tzw. świńskiej grypy. Zdaniem Rady Europy powyższe działania miały na celu umożliwienie firmom farmaceutycznym sprzedaż szczepionek. Oskarżeniom tym zdecydowanie zaprzeczył Keji Fukuda, ówczesny doradca WHO ds. pandemii świńskiej grypy, jednakże przesłuchani w sprawie niezależni eksperci – Wolfgang Wodarg i Urlich Keil stwierdzili, że nie było realnych podstaw do ogłoszenia pandemii. Wpływ na tą decyzję miały koncerny farmaceutyczne, które finansują badania i są zainteresowane osiągnięciem jak największego zysku ze sprzedaży szczepionek.

Niewątpliwie założenia i cele działania Światowej Organizacji Zdrowia są szczytne i mogłoby się wydawać, że instytucja ta dba wyłącznie o ochronę ludzkiego zdrowia, jednakże w jej działaniach nierzadko można zauważyć **konflikt interesów** oraz **brak przejrzystości.** Tego rodzaju zarzuty stawia się WHO także przy ogłoszeniu ogólnoświatowej pandemii wirusa SARS-CoV-2 – co powinno zostać wszechstronnie zbadane i wyjaśnione przez międzynarodową komisję.

Jednolity Instrument

Przechodząc do *meritum*, jak się okazuje, wszystkie państwa członkowskie WHO zdecydowały, że w związku z pandemią COVID-19 i trudnościami we wdrażaniu wspólnych rozwiązań mających przeciwdziałać jej rozwojowi, zostaną podjęte prace w celu opracowania jednego, wspólnego kierunku oddziaływania (instrumentu), aby sprawnie przeciwdziałać kolejnym epidemiom (które rzecz jasna są dla nas kwestią czasu, jak wieszczy WHO i jej naczelny sponsor Bill Gates). Już w dniu 1 marca 2022 r. ma się odbyć w Genewie pierwsze posiedzenie międzyrządowego organu negocjacyjnego (w celu uzgodnienia sposobów pracy i terminów), a drugie do dnia 1 sierpnia 2022 r. (w celu omówienia postępów nad projektem roboczym). Następnie zostanie przedstawione sprawozdanie z tych prac na 76 Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w 2023 r., a wspomniany instrument ma zostać przyjęty **najpóźniej do 2024 r**.

Czy jest to rzeczywiście niezbędne? Zdaniem WHO tak.

Organizacja ta przekonuje, że pandemia COVID-19 stanowiła **globalne wyzwanie** i żaden rząd, ani instytucja, nie są w stanie samodzielnie zaradzić groźbie przyszłych pandemii. Taka konwencja, umowa lub inny instrument międzynarodowy będzie **prawnie wiążący** na mocy prawa międzynarodowego i w ocenie WHO umożliwi państwom na całym świecie wzmocnienie krajowych, regionalnych i globalnych rozwiązań w celu przeciwdziałania przyszłym pandemiom (oczywiście wszystko to dla naszego wspólnego dobra). Zdaniem WHO zapewni to również trwałe i długoterminowe zaangażowanie polityczne na poziomie światowych przywódców państw lub rządów, jasno zdefiniuje procesy i zadania, wzmocni długoterminowe wsparcie sektora publicznego i prywatnego na wszystkich poziomach oraz przyczyni się do **integracji zagadnień zdrowotnych** we wszystkich odpowiednich obszarach polityki. Zachwalając ten pomysł, WHO i wspierające ją osoby wskazują, że propozycja międzynarodowego instrumentu w sprawie zapobiegania pandemii i gotowości do reagowania na nią kieruje się **duchem zbiorowej solidarności**, zakorzenionej w zasadach sprawiedliwości,

otwartości i przejrzystości. Zdaniem pomysłodawców tej idei, ani poszczególne rządy, ani społeczność globalna nie są w stanie całkowicie zapobiec pandemii. Jednakże odpowiednio przygotowana społeczność międzynarodowa będzie lepiej dostosowana do reagowania na przyszłe pandemie w całym cyklu wykrywania, alarmowania i reagowania, a proponowany instrument określi cele i podstawowe zasady oraz ustali niezbędne wspólne działania odnośnie zwalczania pandemii.

Taka międzynarodowa konwencja, umowa lub inny międzynarodowy instrument dotyczący pandemii wspierałby i koncentrował się m.in. na wczesnym wykrywaniu i zapobieganiu pandemii, budowaniu odporności na przyszłe pandemie i reagowaniu na nie. W szczególności miałoby się to odbywać poprzez zapewnienie powszechnego i sprawiedliwego dostępu do rozwiązań medycznych, takich jak szczepionki, leki i diagnostyka. Umożliwiłoby to WHO koordynowanie kwestii zdrowotnych w poszczególnych państwach członkowskich z poziomu globalnego zarządzania. Wypracowano by wówczas tzw. **jednolite podejście do zdrowia na całej planecie**.

By żyło się lepiej

Spójrzmy na proponowane nam przez WHO zachęty i korzyści do wdrożenia takiego rozwiązania.

Przede wszystkim mówi się o tym, że nadzór nad ryzykiem wybuchu kolejnej pandemii będzie znacznie lepszy. Państwa będą dzielić się wiedzą na temat nowych chorób zakaźnych przenoszonych ze zwierząt na ludzi (jak na targu w Wuhan). Zwiększy się zdolność laboratoriów i nadzór wymagany do identyfikacji chorób zwierząt we wszystkich krajach. Współpraca między ośrodkami badawczymi na całym świecie zostanie wzmocniona, a ich finansowanie usprawnione.

W ocenie WHO należałoby wprowadzić większą liczbę poziomów ostrzegania, proporcjonalnie do stopnia zagrożenia zdrowia, powszechnie zacząć **stosować technologie cyfrowe i innowacyjne**

narzędzia do gromadzenia i udostępniania danych, wspierać komunikację w czasie rzeczywistym i systemy wczesnego ostrzegania. Należy przy tym zapewnić nieprzerwany dostęp do niezbędnych dostaw leków i sprzętu z dowolnego miejsca na świecie. Służyć ma temu **globalna koordynacja skutecznego gromadzenia zapasów,** w tym medykamentów i wysoko wykwalifikowanych międzynarodowych zespołów medycznych. Niezbędne jest także globalne, skoordynowane podejście do odkrywania, opracowywania oraz dostarczania skutecznych i bezpiecznych rozwiązań medycznych, takich jak szczepionki, leki, diagnostyka i sprzęt ochronny, wymiana patogenów, próbek biologicznych i danych genomicznych, a także opracowywanie ich we właściwym czasie.

Krajowe systemy zdrowia publicznego powinny być poddane wspólnym ocenom zewnętrznym, aby skutecznie mogły reagować na wybuch pandemii.

WHO przekonuje, że tego rodzaju umowa międzynarodowa zapewni większą przejrzystość i wspólną odpowiedzialność w systemie międzynarodowym. Umowa stworzy podstawy do lepszej komunikacji i informacji dla obywateli oraz umożliwi skuteczne **zwalczanie dezinformacji** odnośnie pandemii na całym świecie.

Należy zauważyć, że Rada Unii Europejskiej w dniu 20 maja 2021 r. przyjęła decyzję o wsparciu rozpoczęcia negocjacji międzynarodowego porozumienia w sprawie zwalczania pandemii w ramach WHO. Również Unia Europejska bierze udział w negocjacjach dotyczących omawianych spraw wchodzących w zakres kompetencji UE, z myślą o ewentualnym przystąpieniu do przedmiotowego instrumentu.

Medyczna dyktatura?

Przyglądając się celom tej międzynarodowej inicjatywy nie sposób pominąć faktu, że na pierwszy plan wybija się słowo "**globalne"**. Chodzi tak naprawdę o stworzenie jednolitego modelu dotyczącego rozwiązań jakie państwa-sygnatariusze

takiego instrumentu będą zobowiązane stosować w przypadku ogłoszenia kolejnych pandemii przez WHO. W pewnym zakresie chodzi również o uznanie nadrzędnej i wiążącej roli tej organizacji przy wdrażaniu konkretnych rozwiązań w walce z epidemiami chorób zakaźnych.

Czy nie przypomina to, szanowny Czytelniku, znanego z przeszłości **Systemu Centralnego Planowania** z czasów realnego socjalizmu państw bloku Układu Warszawskiego?

Aktualnie WHO nie ma możliwości podejmowania wobec państw będących jej członkami wiążących decyzji, na mocy których dany kraj musiałby stosować określoną strategię w walce z jakimś zagrożeniem chorobowym. Oczywiście, biorąc pod uwagę pozycję i autorytet tej organizacji na świecie wiele państw polega na jej ocenach i wdraża zalecenia dotyczące walki z chorobami, w tym przede wszystkim z wirusem SARS-CoV-2, jednakże są to tylko i wyłącznie zalecenia, od których w każdym czasie można odstąpić.

Przyjęcie proponowanej agendy przez Unię Europejską, a następnie zaimplementowanie jej postanowień do krajowych porządków prawnych państw członkowskich (w tym rzecz jasna Polski) oznaczałoby utratę dalszej cząstki suwerenności państw narodowych, tym razem w obszarze zdrowia.

Nietrudno bowiem sobie wyobrazić sytuację, że krótko po ogłoszeniu kolejnej pandemii, osoby wyznaczone przez Kierownictwo WHO do zarządzania jej przebiegiem, opracowałyby jeden model strategii, który państwa członkowskie musiałyby wprowadzić, aby nie narażać się na konsekwencje w sferze relacji międzynarodowych, krytykę publiczną, a nawet pewne kary (np. finansowe, jak ma to miejsce w Unii Europejskiej przy okazji niezastosowania się do określonych rozwiązań Komisji Europejskiej, czy też orzeczeń Trybunału Sprawiedliwości UE).

Takie globalne rozwiązanie niewątpliwie **sprzyjałoby także**

narzucaniu jedynej i słusznej narracji odnośnie przyczyn wybuchu danej pandemii, jej przebiegu, sposobu zwalczania, przeciwdziałaniu rozprzestrzenianiu się wirusa itp., walki z wszelkiego rodzaju innymi pomysłami (określanymi jako dezinformacja, z czym mamy do czynienia np. na platformach typu Facebook czy Youtube, gdzie usuwane są wszelkie treści niezgodne z oficjalną narracją mediów mainstreamowych odnośnie wirusa SARS-CoV-2).

Skutecznie będzie można wówczas eliminować wszelkie alternatywne metody leczenia chorób, inne niż zaproponowane przez WHO w ramach zawartego porozumienia, a środki nacisku jakimi będą dysponowały państwa sygnatariusze takiej umowy międzynarodowej będą praktycznie nieograniczone.

Dlatego też, nie kwestionując pozytywnych założeń jakie zapewne leżą u podłoża opracowania takiego **międzynarodowego instrumentu zdrowotnego,** nie można zapominać o niebezpieczeństwach jakie będzie on ze sobą niósł. Może to dotyczyć w szczególności pozbawienia państw-sygnatariuszy możliwości prowadzenia własnej, niezależnej polityki zdrowotnej, odbiegającej od powszechnie prezentowanej narracji i metod jakie narzuci WHO.

Przypomnijmy, że niezależność tej Instytucji budzi wątpliwości. Powiązania jej członków z fundacjami i organizacjami finansującymi są przedmiotem badania niezależnych dziennikarzy śledczych, a jej rola w ogłoszeniu pandemii koronawirusa nie została na razie wyjaśniona. Nie wiadomo więc czyje tak naprawdę cele i interesy będzie reprezentować WHO i jakie rozwiązania wprowadzi w państwach, które przyjmą omawiany instrument międzynarodowy oraz kto w rzeczywistości będzie wydawał decyzje odnośnie wprowadzanych środków i restrykcji, które obejmą niemal cały świat.

Na podstawie aktualnej sytuacji zdrowotnej na świecie widać wyraźnie, że otwiera się tu pole do:

- **olbrzymich nadużyć finansowych**
- **możliwości zapewnienia niekończących się zysków koncernom farmaceutycznym**
- **finansowania przez rządy wątpliwych moralnie badań i eksperymentów medycznych**
- **kształtowanie nowego człowieka**
- **promowanie transhumanizmu**
- **wprowadzanie totalnej cyfrowej kontroli społeczeństwa pod pretekstem walki o nasze zdrowie**

Bardzo realna jest w tym wypadku groźba braku jakiejkolwiek kontroli nad działaniem WHO i osób, które w jej imieniu będą globalnie zarządzać kolejnymi pandemiami. Przecież to WHO podejmuje decyzję o ogłoszeniu światowej pandemii, ustala jej definicję (i zmienia w zależności od potrzeb i okoliczności, bądź też nacisku sponsorów?). To WHO rekomenduje środki mające najlepiej służyć do walki z epidemią i to WHO na mocy przygotowywanego instrumentu zdrowotnego będzie miała możliwość realnego wpływu na przebieg pandemii i wszelkie istotne procesy z nią związane w państwach, które podpiszą taki dokument.

Warto więc, aby politycy pochylili się nad tym problemem i krytycznie spojrzeli na tę inicjatywę, tak aby ostateczna decyzja w tym zakresie uwzględniała interesy każdego z nas, zwykłego człowieka, który ma naturalne prawo do tego, aby samodzielnie decydować o swoim ciele i procedurach medycznych, którym chce się poddać.

Czy rzeczywiście państwa narodowe, a Rzeczpospolita Polska w szczególności, nie są w stanie samodzielnie zorganizować efektywnej służby sanitarnej, która przecież musi reagować z uwzględnieniem specyfiki lokalnych warunków? Czy przykład niezależnej od światowych (europejskich) procedur polityki sanitarnej Szwecji podczas obecnej pandemii, nie powinien być najlepszym dowodem na konieczność pozostawienia państwom narodowym decyzji w przedmiocie reagowania na zagrożenia epidemiczne? Czy rzeczywiście państwa powinny rezygnować ze

swojej części suwerenności na rzecz *de facto* prywatnej organizacji zdrowotnej?

W tej kwestii w pierwszej kolejności powinna odbyć się rzetelna i transparentna debata publiczna, której zwieńczeniem mogłaby być procedura wypowiedzenia się obywateli Rzeczpospolitej w referendum ogólnonarodowym na temat tego, czy polskie państwo powinno przyjąć (ratyfikować) jednolity instrument WHO.”

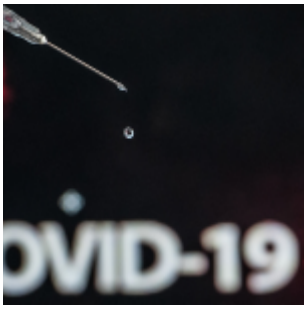
Zachęcamy do jak najszerszego informowania społeczeństwa o kolejnej możliwości ograniczenie suwerenności naszego kraju i nas samych.

Jeśli nie chcesz, aby WHO wprowadziło światową dyktaturę, która dotknie w jeszcze większym stopniu niż teraz naszego zdrowia i życia – wyraź swój sprzeciw poprzez podpisanie PETYCJI. To pierwszy krok do dalszych działań. Będziemy Was o nich na bieżąco informować.

Nie pozwolimy na odebranie nam decyzyjności co do naszego zdrowia! Stop MEDYCZNEJ DYKTATURZE!

Żródło: psnlin.pl

„Pandemia” której nie było. Ofiary (wyszczepiania) które są



Wramach taktycznego wycofywania się z narracji o „pandemii” i zacierania śladów dokonanej zbrodni na ludzkości przy pomocy lockdownów, restrykcji, zubożenia społeczeństw, pozbawienia podstawowej opieki zdrowotnej czy promowania genetycznych preparatów, rządowe agencje kontynuują oszukiwanie społeczeństw poprzez manipulację statystykami.

Przez całe dwa lata tzw. pandemii podawane dane o „przypadkach na Covid-19”, „zakażeniach” czy nawet „zgonach na Covid-19”, często były mieszane ze sobą tworząc medialny obraz przeraźliwego „wirusa”, który przetrzebia społeczeństwa niezliczoną wprost liczbą „ofiar”. W rzeczywistości, w czasie rzekomo największej groźby „wirusa”, czyli w 2020 roku, śmiertelność była mniejsza niż w poprzednich latach, co powinno zmusić do myślenia nawet największych koronamaniaków stawiając pierwsze i zasadnicze pytanie: czy przy spadku ogólnej śmiertelności mieliśmy rzeczywiście do czynienia z jakąkolwiek pandemią?

Manipulacje kanadyjskich tyranów

Według niedawno opublikowanych danych dotyczących „pandemii” w kanadyjskiej prowincji Kolumbia Brytyjska – danych wydartych lokalnemu rządowi w ramach prawa o jawności informacji (FOIPPA), gdyż rządy na jakimkolwiek szczeblu nie dzielą się dobrowolnie takimi informacjami – wynika, że w latach „pandemicznych” hospitalizowano **mniej** osób niż przed „pandemią”.

Np. gdy w latach 2017/2018 hospitalizowano 455 393 osoby (na oddziałach intensywnej terapii ICU: 39 656), w latach 2018/2019 – 459 088 (ICU: 40 032), w latach 2019/2020 – 461

022 (ICU: 40 536), to w latach 2020/2021 – 431 822 (ICU: 39 160).

> *This defiantly requires an explanation from the BC government. https://t.co/7ajjdLO8zi pic.twitter.com/3EJi7OmHLz*
>
> *– Greg (@greg_scott84) February 11, 2022*

Dokumenty „FOI Request – HTH-2021-13906" wydarte rządowi British Columbia można pobrać **stąd**

Podobnie wyglądają statystyki w innych częściach Kanady oraz w wielu częściach świata: w roku „największej pandemii", czyli w 2020, spadła liczba zgonów, zaś rok później, gdy rozpoczęto kampanię wyszczepiania ludzkości, nastąpił gwałtowny wzrost śmiertelności, i to właśnie wśród zaszczepionej populacji.

Opłacalne mnożenie „ofiar kowida"

Kolejnym pytaniem, które powinni stawiać sobie koronamaniacy wierzący w pandemię – bo tylko religijne podejście do tych zagadnień może usprawiedliwić ich dogmatyczne oddanie – brzmi: czy osoby zmarłe, które zaliczono jako „ofiary Covid-19" rzeczywiście zmarły na mitycznego kowida?

Odpowiedź jest więcej niż oczywista, gdyż dzisiaj nawet główne media zaczynają powątpiewać w astronomiczne liczby „ofiar pandemii", w ślad za nowymi opowieściami kapłanów kowidowych, jak Antoniego Fauci, szefa NIAID, czy szefowej CDC, Wallensky, którzy po dwóch latach generowania liczb nagle zaczęli tworzyć rozróżnienie mówiąc, że były osoby „zmarłe na Covid" i „zmarłe z Covidem". Jak jednak rozsądzić kto zmarł „na-" a kto „z kowidem" pozostaje talmudyczną zagadką nie do rozwiązania, bo przecież jedni i drudzy umierali nie „od/z", ale w wyniku zaniedbań w procesie podstawowej prewencji, niewłaściwej diagnozy i samego „leczenia". Ale celem zwiększania statystyk jednej i drugiej grupie przypisano w aktach zgonu kowida, choć

zdarzało się również, że do statystyk kowidowych dodawano ludzi zmarłych bez żadnych testów.

Jeanne Stagg, tzw. sygalistka ujawniła niedawno informacje potwierdzające od dawna znane w niezależnych mediach fakty, że wiele z „ofiar kowida” to osoby zmarłe w wyniku całej gamy innych chorób czy incydentów. Stagg, pracująca dla stanowej agencji rozliczającej ubezpieczenie w ramach państwowej pomocy socjalnej Medicaid, przekazała te dane do Projektu Veritas. Ujawniła ona jak agencja w stanie Luisiana gdzie pracowała, przypisywała wszelkimi sposobami swoich pacjentów do tabelek, według których hojnie rozliczano „chorych na Covid” w ramach funduszów Medicaid. Ubezpieczenie państwowe Medicaid jest jedną wielką krową dojną dla firm ubezpieczeniowych, szpitali i lekarzy, z monstrualną kwotą rocznych wypłat w wysokości niemal 700 miliardów dolarów, i obok innego programu ubezpieczeń społecznych – Medicare (około biliona dolarów rocznie), stanowią podstawowe źródła dochodów wielu instytucji „służby zdrowia”.

Jak mówi Jeannie Stagg, wśród „zmarłych na Covid” nie brakowało i ofiar strzelaniny, i chorych na wszelkie dolegliwości. Stagg ujawniła, że „próbowaliśmy zwrócić uwagę kierownictwa na przypadki nadużyć, oszustwa i marnotrastwa, lecz nie było zainteresowania”.

I nie ma się co dziwić, wszak szpitale są z reguły jednostkami operującymi na zasadach biznesowych: im więcej klientów pierwszej klasy, tym lepiej, a mówienie o pacjentach jest już anachronizmem, gdyż szpitale stały się intratnymi jednostkami biznesowymi, z dobrze opłacanymi pracownikami najemnymi, zwanymi dla zmylenia lekarzami.

Jak pamiętamy, po ogłoszeniu „pandemii” i zasianiu strachu, ludzie rzucili się do szpitali z najmniejszymi przypadkami chorobowymi, które dotychczas były leczone w warunkach domowych: zwykła grypa zamiast przeleżenia trzy dni w sypialni, stała się teraz strasznym kowidem, wzmocnionym

„pewnością” tzw. testu, magicznymi procedurami oraz nawałnicą medialnych doniesień. W szpitalu delikwenta poddawano serii trucizn (np. stosowaną również i w Polsce w „leczeniu Covid-19” trucizną o nazwie *Remdesivir*) i listą procedur ułatwiających zejście z tego świata. Szpitale szczególnie dbały o napływ nowych klientów. W Stanach Zjednoczonych szpitale zgarniały około 14 tysięcy dolarów od kowidowego pacjenta, a gdy podłączyli go do śmiertelnego wentylatora, stawka wzrastała o kolejne 30 tysięcy dolarów. Jak można odmówić sobie takiego interesu, który smakował administratorom szpitali lepiej niż przyłączenie się do mafii meksykańskiej? (A całe środowisko lekarskie nie jest wcale tak daleko od mafii narkotykowej, rozprowadzając wśród swoich klientów zalegalizowane narkotyki zwane lekami).

Szpitale do tego stopnia przyzwyczaiły się do łatwych pieniędzy, że traktują swoich klientów jako zakładników, nie zezwalając na wizyty rodzin, na zapewnienie prawidłowego odżywiania i zmuszają klientów do wyrażania zgody na „leczenie” wysoce szkodliwymi chemikaliami, pomimo wielokrotnych odmów pacjentów. Nie są to odosobnione przypadki i w ramach pomocy biuro prawnicze Jeff’a Childers z Gainsville na Florydzie wydało specjalny przewodnik dla rodzin jak zachować się w przypadku nękania pacjentów przez szpitale i lekarzy. *„Najczęściej napływającym zażaleniem jest wywieranie nacisku na pacjentów aby wyrazili zgodę na przyjęcie Remdesiviru, bądź podawanie Remdesiviru nawet przy wyraźnej odmowie, jak również odmawianie przez szpitale alternatywnych metod leczenia, pomimo że są szeroko znane, nawet w przypadku gdy stan pacjenta jest krytyczny [..] Sam osobiście byłem świadkiem wydawania przez szpital dziesiątek tysięcy dolarów na prawników, aby zatrzymywać pacjentów w szpitalu.”* – pisze Childers.

Ofiary wyszczepiania

Propagandziści kowidowi, spanikowani coraz trudniejszymi do ukrycia liczbami zgonów oraz czując budzące się niezadowolenie

trzeźwiejących grup dostrzegających nagle, że byli oszukiwani co do „skuteczności i bezpieczeństwa” produktów, które przyjęli – zaczynają tworzyć nowe teorie mające tłumaczyć lawinę powikłań i zgonów.

Oto niby szanowane pismo naukowo-medyczne JAMA opublikowało artykuł pt „Przypadki myocarditis raportowane po zaszczepieniu szczepionką mRNA przeciwko Covid-19, w Stanach Zjednoczonych, od grudnia 2020 r do sierpnia 2021 r.” W artykule znajdujemy mieszaninę prawdy, pół-prawd oraz zwykłego szamaństwa, ale co można się spodziewać po autorach pracujących dla CDC, z Johnem Su, jednym z głównych architektów prania mózgów.

Najpierw czytamy, że system VAERS, na którym autorzy bazują swoje badania *„jest systemem pasywnym, a zawarte dane mogą być zarówno przeszacowane, jak i niedoszacowane*”. Jak można w ogóle mówić o przeszacowaniu (*overreporting*), jeśli historycznie VAERS był zawsze niedoszacowany (*undereporting*), a sama CDC zleciła niezależnej instytucji zbadanie tego problemu. Badania przeprowadzone przez *Harvard Pilgrim*, wykazały, że **system VAERS rejestruje jedynie około 1% wszystkich występujących skutków ubocznych** szczepionek. Działo się to na długo przed tym jak wymyślono przeprowadzenie zabiegu o nazwie „światowa pandemia”, a gdy nadeszły już cudowne preparaty genetyczne mające zwalczyć złowrogiego wirusa, VAERS stał się wyklętym narzędziem, którego używania wręcz zabraniano lekarzom, pod rygorem nawet zwolnienia z pracy.

Nawet sama agencja CDC, administrująca wespół z FDA systemem VAERS, stwierdza jasno, że

> *„Niedoszacowanie jest jednym z ograniczeń pasywnych systemów, włączając w to VAERS. Określenie „niedoszacowanie” odnosi się do faktu, że VAERS otrzymuje tylko mały ułamek rzeczywiście obserwowanych wydarzeń.”*

Jak można zatem w ogóle wspominać w naukowym piśmie o

„przeszacowaniu”, jest zupełnie niezrozumiałe, pod warunkiem, że założymy chęć świadomej manipulacji i zmiękczania faktów. Zatem, nawet samo wspominanie o przeszacowaniu jest jakąś złośliwością naukowców, którzy jednak reflektują się przyznając dalej, że „niedoszacowanie jest bardziej prawdopodobne”. Co więcej, w dalszej części zdania przyznają oni, że *„rzeczywiste oszacowania myocarditis [zapalenie mięśnia sercowego] na milion przyjętych szczepionek, prawdopodobnie są wyższe niż szacowano.”*

Naganiacze z CDC przyznają więc, że mamy problem i próbują go jakoś rozładować. Potem przytaczają wyniki VAERS, skupiając się na grupie młodzieńców w wieku 16-17 lat, gdzie wybiórczy VAERS notuje 106 przypadków zapalenia mięśnia sercowego na milion podanych dawek „szczepionki”. Wynikałoby z tych oficjalnych rozważań, że w nagrodę za przyjęcie genetycznego preparatu przeciwko chorobie, która w niczym nie zagrażała tej grupie wiekowej, jeden na 9433 chłopców w wieku 16-17 lat otrzyma zapalenie mięśnia sercowego. Oczywiście rzeczywistość jest o wiele brutalniejsza, choćby poprzez rozszerzenie grupy wiekowej, jak i pomnożenie przez współczynnik niedoszacowania URF. Niezależni naukowcy opierając się na tych samych metodach obliczeniowych, które stosuje sama CDC, już wcześniej obliczyli wskaźnik niedoszacowania systemu VAERS, wahający sią od 20 do 50, dla zgonów, a dla przypadków *myocarditis* dochodzący nawet do 100. Jeśli przyjąć, że URF=100, to **co setny zaszczepiony chłopak otrzymał bombę zagarową**, która doprowadza do ruiny cały organizm poprzez mniej wydolne serce. Co gorsza, napływające fakty od lekarzy autentycznie badających i leczących pacjentów w swoich gabinetach – w przeciwieństwie do tych, którzy od 30 lat nie widzieli pacjenta, jak np. Fauci, czy wpatrzonych w formułki i tabele lekarzy-naukowców – są tak częste, że przerażają nawet obeznanych z rzadkimi chorobami lekarzy.

Myocarditis – jedna z poszczepiennych pamiątek

Zapalenie mięśnia sercowego nie musi od razu oznaczać

śmiertelne zejście, chociaż jesteśmy świadkami takich przypadków – ostrzegają lekarze przerażeni niespotykaną dotychczas częstością występowania *myocarditis* u młodych, zdrowych osób, szczególnie chłopców. Dużo częściej oznacza, że następuje powolny proces tworzenia się mikrozatorów, co powoduje niedotlenienie organizmu poprzez mniej wydolny układ krwionośny. Zaszczepiony młody osobnik nie wie dlaczego czuje się osłabiony, apatyczny, dlaczego szybko się męczy, dlaczego częściej choruje, pokasłuje miesiącami, ma jakiś płytki oddech, dlaczego częściej podłapuje jakieś przeziębienia, dlaczego puls jest zwiększony (serce zmuszone jest pompować szybciej poprzez zwężone naczynia), dlaczego zaczyna mieć problemy neurologiczne, itd. Sportowcy przerywają karierę, zmęczona młodzież aby zrekompensować niedostatki, sięga po różne używki, dopalacze. Niektórzy z takimi stanami serca trafiają na pogotowie, inni do przychodni, część cierpi, nawet nie zastanawiając się nad powiązaniem przyczyny ze skutkiem, tym bardziej, że media nie informują o niebezpieczeństwie, lekarze dalej recytują mantrę o „skuteczności i bezpieczeństwie", a władze brną w zaprzeczanie posiłkując się „badaniami naukowymi" wyprodukowanymi przez posłusznych pseudo-naukowców. Większość jednak cały czas prowadzi dotychczasowe życie w przeświadczeniu spełnienia „obowiązku społecznego" poprzez przyjęcie nieprzebadanego preparatu, który w podstępnym tempie czyni spustoszenie.

Pamiętajmy, że powikłania po przyjęciu genetycznego preparatu reklamowego jako „szczepionka przeciwko Covid-19" bardzo często skupiają się na trzech głównych narządach: sercu i układu krążenia, układu rozrodczego oraz mózgu, nie omijając oczywiście innych narządów i organów, np. oczu, uszu (utrata słuchu), rąk czy nóg (które trzeba obcinać) oraz przyczyniają się do licznych chorób autoimmunologicznych. Problem z mięśniem sercowym, bardzo często obserwowany właśnie u młodych mężczyzn, w tym tych aktywnych fizycznie, jest o tyle groźny, że jakiekolwiek uszkodzenie serca NIGDY nie goi się całkowicie i ZAWSZE pozostaje blizna, która będzie utrudniała normalne

funkcjonowanie serca DO KOŃCA ŻYCIA. Warto po raz kolejny to zaznaczyć i uświadomić, szczególnie lekarzom (którzy zaspali na pierwszych lekcjach studiów) i tzw. ekspertom telewizyjnym, którzy za pieniądze bądź chwilę sławy wyrecytują każdą zwrotkę z wiersza o „bezpieczeństwie i skuteczności".

Natomiast znawcy tematu wiedzą co mówią, zresztą nie jest nauka tajemna lecz to co medycyna akademicka i kliniczna uczyła od lat, do czasu tzw. pandemii i tzw. szczepionek, które wywróciły pojęcia i definicje do góry nogami. Zacytujmy dr. Rogera Hodkinson, patologa:

> *"Zapalenie mięśnia sercowego nigdy nie jest łagodne, szczególnie u młodych zdrowych mężczyzn. Jest to stan zapalny mięśnia sercowego . . . I nie wiemy jaki procent z komórek mięśnia sercowego obumiera w wyniku każdego z ataków myocarditis. Największym problemem w przypadku mięśnia sercowego i włókien mięśnia sercowego, jest to że one się nigdy nie regenerują . . . zatem zostajesz z tym niewiadomym procentem obumarłych mięśni . . . Jako że nie potrafimy ocenić stopnia uszkodzenia, to długoterminowe skutki są nieprzewidywalne. . . . Nie wiemy czy odezwie się to dziesięć lat później przedwczesnym zawałem serca, które w innym przypadku nie powinno mieć miejsca. Zatem jest to strasznie niepokojące, ta wiedza, że to może się wydarzyć w przyszłości. … Nie jest to sprawa błaha."*

Wykrycie mikrozakrzepów u żyjącej osoby nie jest sprawą łatwą: nie można tego stwierdzić poprzez badania MRI czy rutynowe badania krwi. Zaszczepiona osoba cierpiąca na jakieś dolegliwości, np. na wielomiesięczne osłabienie, idzie więc do swojego lekarza rodzinnego, potem do specjalisty, robi serię badań, które często nie wykazują wielkich odchyleń. Gdy kiedyś wylosowała pozytywny test „na Covid", ma wytłumaczenie: tak, to jest „long Covid", na co uzyskuje potwierdzenie od lekarza. Dalej brnie w samozaprzeczanie, w kowidową narrację.

Jedynym sposobem na potwierdzenie podejrzeń jest zbadanie stężenia D-dimeru (fragmenty fibryny), mogącej wskazywać na choroby zakrzepowo-zatorowe. Takie badania sugeruje m.in. kanadyjski lekarz, dr Charles Hoffe, który opublikował dane ze swojej klinicznej praktyki pokazujące zjawiska, z którymi dotychczas nie miał nigdy do czynienia: z ogromną skalą pacjentów z wysokim wskaźnikiem D-dimer. Aż 62% jego pacjentów (zaszczepionych) miało podwyższone stężenie, wskazując na możliwość mikrozakrzepów. Dr Hoffe ostrzega, że zaprogramowanie organizmu – poprzez wstrzyknięte preparaty – na nieustanne produkowanie toksycznego kolca biała, skończy się tragicznie. *„Zabije to większość ludzi właśnie poprzez uszkodzenie serca.”* – jednoznacznie stwierdza dr Hoffe.

Balsamiści alarmują

Obserwacje kliniczne lekarzy potwierdzane są już pośmiertnie. Najbardziej wyraziste, dobitne i przerażające przykłady dostarczają ostatnio domy pogrzebowe, ich specjalistyczni pracownicy zajmujący się przygotowywaniem zwłok (balsamiści , ang. *embalmer*), oraz tzw. koronerzy i lekarze patolodzy. Jeden z takich specjalistów, Richard Hirschman, który prowadzi również od kilkudziesięciu lat dom pogrzebowy, ujawnił, że obserwuje zjawisko nieznane jemu w całej swojej praktyce: od stycznia 2021 roku – czyli dokładnie od rozpoczęcia wyszczepiania społeczeństwa amerykańskiego – widzi on u 40 do 80% zmarłych-zaszczepionych ogromne zakrzepy.

Balsamista Richard Hirschman pokazuje zdjęcia nieznanych wcześniej w takiej skali zakrzepów

Inna specjalistka, Anna Foster z 11-letnią praktyką balsamistyczną, w wywiadzie ze Stevem Kirsch ujawniła, że w 93% jej ostatnich przypadków to osoby z niewidzianymi dotychczas rozległymi zatorami. Specyficzne i dosyć hermetyczne środowisko balsamistów wymienia się między sobą informacjami i z całych Stanów Zjednoczonych dochodzą podobne obserwacje.

https://rumble.com/vuqk1w-explosive-embalmer-reveals-93-of-cases-have-deadly-clots-caused-by-the-vax.html

Media, CDC, „eksperci" – wszyscy ignorują rzeczywistość, jednak z ich działań rzekomo łagodzących dotychczasowe restrykcje można dostrzec przerażenie: zastanawiają się co zrobić aby zatuszować swoje zbrodnie, co zrobić aby ludzie nie poznali prawdy, jak zmienić scenariusz aby kontynuować zamordyzm nie zwracając przy tym uwagi większości. Co więcej: aby ludzie dalej sami potulnie i z radością prowadzili się do samozniszczenia, jak w przypadku akcji wyszczepiania, ze szczęśliwymi zdjęciami zaszczepionych na facebookach.

Co jeszcze wymyślą manipulatorzy, można się domyślać, lecz chyba ich inwencja przekracza naszą wyobraźnię, wszak za nauczyciela mają bardzo inteligentnego lucyferycznego doradcę.

Propaganda CDC: Zakrzepy to normalka

CDC wymyśliło więc sposób: należy stworzyć wrażenie, że zawały serca u zdrowych ludzi, a szczególnie młodzieży to zjawisko normalne, coś co wydarzało się zawsze i wszędzie, czego byliśmy świadkami niemal codziennie, grając w berka na podwórku, skacząc na skakance czy nudząc się na lekcjach plastyki. Było tak powszechne, że nawet tego nie dostrzegaliśmy. CDC chce abyśmy uwierzyli, że spotęgowana dzisiaj ilość zawałów serca, zakrzepów, udarów, to tylko nasza wyobraźnia, wzmożona czujność i oczywiście nieprzyzwoitość nieprzyjaznego środowiska „antyszczepów", które wynajduje jednostkowe przypadki nagłaśniając je.

Podczas narodowego „święta" Super Bowl futbolu amerykańskiego, CDC wypuściło więc reklamę pod tytułem **„Każdy, w każdym wieku może w każdej chwili mieć zator serca"**. W ramach „prewencji" namnożyły się strony intrnetowe „edukujące" o zakrzepach serca, a „zapobieganie" według CDC polega na: 1) Skontaktuj się z lekarzem gdy zauważysz jakieś symptomy, jak opuchnięcia, ból czy zaczerwienienie skóry; 2) Zapytaj się lekarza o ryzyko

zakrzepów; 3) Wstań i ruszaj się co 3-4 godziny.

CDC, kryminalna jednostka odpowiedzialna za uśmiercanie ludzi poprzez promowanie przez kilkadziesiąt lat chorobotwórczych lekarstw oraz śmiercinośnych preparatów zwanych szczepionkami, w tym tych najnowszych powodujących właśnie zakrzepy, staje się zatem również producentem spektaklów komicznych.

> *It's game day! Whether you're an #athlete, #coach, or a #fan, don't let a blood clot ruin game day. Jump, cheer, and*

> *stretch between plays, and learn more about preventing blood clots for yourself, your team, and your friends and family. #SuperBowl https://t.co/H4Ou0xBFSJ pic.twitter.com/Fr75qmjQBX*
>
> *— CDC (@CDCgov) February 2, 2020*

https://www.cdc.gov/ncbddd/dvt/video/stop-the-clot-PSA/Stop-the-clot-PSA-60-lo.mp4?_=1

Przygotujmy się zatem na zmasowaną kampanią „uświadamiającą", że potężny wzrost chorób, szczególnie chorób serca, jak zakrzepy czy zawały, to normalka, to coś więcej niż powszechnego. Nastąpił wzrost? Oczywiście, już trudno zaprzeczyć temu czy fakt ukryć, lecz jako przyczynę wskaże się wszystko, z wyjątkiem tej najważniejszej.

Źródło: Bibuła.com

W Kanadzie policja tratuje ludzi, a „wolny świat" milczy!

W Kanadzie od kilku tygodni trwają protesty przeciwko wiadomemu przymusowi oraz obostrzeniom związanym z tracącym swój blask i popularność wirusem celebrytą. Zaczęło się od

kierowców ciężarówek, którzy przy sporym aplauzie i poparciu Kanadyjczyków ruszyli na Ottawę. Miasto zostało zablokowane, protesty pojawiły się w kolejnych miastach, ciężarówki zablokowały też bardzo ważny most, przez który szło 25% handlu pomiędzy USA a Kanadą.

Premier Kanady Justin Trudeau, który już dawno stał się dla lewicowców z całego świata wzorem do naśladowania i dowodem na to, że można równocześnie być czerwony, zielonym i tęczowym, początkowo schował się przed protestującymi, ale gdy ochłonął, przystąpił do ataku. Najpierw słownego. Trudeau rzucił na pokojowych demonstrantów, których łączyło w zasadzie tylko to, że chcieli wrócić do normalności, zupełnie standardowe zaklęcia. Zostali przez niego nazwani rasistami, nazistami i homofobami. Zablokowane zostały też internetowe zbiórki pieniędzy dla protestujących. Gdy to nie pomogło, sytuacja zaczęła eskalować.

Trudeau, zupełnie nielegalnie, ogłosił w Kanadzie stan wyjątkowy. Czemu nielegalnie? Bo ustawa, na którą się powołał, wyraźnie wskazuje, w jakich okolicznościach jest to możliwe (nie ma obecnie tych okoliczności), oraz jeszcze wyraźniej wskazuje, że protesty nie są taką okolicznością. Co to oznacza? Że w państwie należącym do grupy G7, uznawanym za niezwykle stabilne i demokratyczne, doszło do zamachu stanu, w

wyniku którego czerwono-zielono-tęczowy Trudeau został dyktatorem i uzurpował sobie władzę, do której nie ma prawa.

Czy to nie za mocne słowa? Niestety nie. Rząd Kanady zamraża rachunki bankowe osób, które bezpośrednio lub pośrednio popierają protesty. Zawiesza obowiązywanie ubezpieczenia samochodów. Rozumiecie? Idziecie na protest przeciwko absurdalnej polityce rządu, a rząd za to pozbawia was dostępu do waszych pieniędzy. Nie macie przy sobie gotówki? To nie będziecie mieli co jeść. Nie jest to zresztą żadna nowość. Od lat, również w Polsce, obowiązują przepisy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, na podstawie których instytucje finansowe, prawnicy, księgowi, antykwaryści i wiele innych firm mają obowiązek bacznego przyglądania się swoim klientom i sprawdzaniu, czy aby przypadkiem nie finansują terroryzmu.

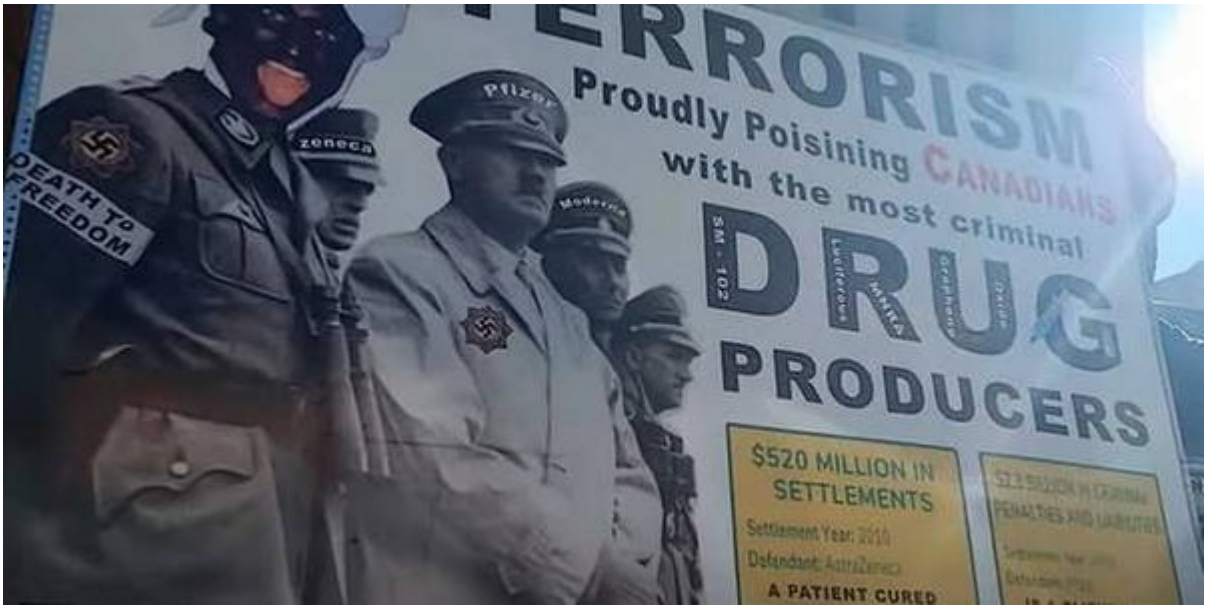
I tak się złożyło, że według Trudeau protestujący nie tylko są rasistami, nazistami, homofobami, to jeszcze do tego zwolennikami Trumpa i terrorystami. A skoro tak, to banki muszą zablokować dostęp do pieniędzy nie tylko protestującym, ale też tym, którzy ich wspierają, na przykład biorąc udział w publicznych zbiórkach pieniędzy. I to się właśnie od kilku dni dzieje. Władze przekazują listy proskrypcyjne bankom, a te blokują konta. Idziesz na protest przeciwko rządowi i kolejnego dnia budzisz się bez środków do życia. Bez wyroku sądu, bez żadnej procedury czy możliwości złożenia wyjaśnień. Kanada 2022 rok.

To oczywiście nie wszystkie represje, jakie stosuje reżim

Trudeau. Przywódcy protestów zostali aresztowani, a na manifestujących skierowano policję z długą bronią, tratowano też Kanadyjczyków końmi. Kanadyjskie media oczywiście siedzą cicho, a Kanadyjczycy muszą czerpać informacje z telewizji amerykańskich. Orban z Kaczyńskim się chowają, Kanada jest na poziomie Łukaszenki i Putina.

Dlaczego więc o tej bulwersującej sprawie jest tak cicho? Dlaczego wolny świat nie protestuje, nie wzywa dyktatora do oddania władzy, nie nakłada sankcji na Kanadę? Bo ten tak zwany wolny świat już dawno nie jest wolny i robi podobne rzeczy, a w przyszłości zamierza zrobić dokładnie to samo. Wszystkie przymusy, segregacje i obostrzenia nie są przecież kanadyjskim pomysłem, prawie wszędzie ta głupota się przyjęła.

Rządzący uzurpowali sobie prawo do zamykania ludzi w domach, niszczenia firm, wyrzucania ludzi z pracy czy z restauracji. Po ulicach chodziła policja i szukała ludzi niewrażliwych na rządową propagandę, celem nałożenia mandatu lub wyrzucenia z knajpy bądź sklepu. Podobnie cały tzw. wolny świat pewnym krokiem zmierza ku likwidacji gotówki i wprowadzenia cyfrowego pieniądza banku centralnego. Wtedy władza nawet nie będzie musiała prosić prywatnych banków o mrożenie konta. Będzie sama to robić.



Nie chcesz robić za zwierzę w cyrku organizowanym przez rząd? To zabiorą Ci środki do życia, pozbawią ubezpieczenia i pracy. Nie cofną się, dopóki nie będziesz miał niczego i będziesz

myślał, że jesteś szczęśliwy. A media, zarówno tradycyjne, jak i te społecznościowe, w trosce o standardy społeczności sprawią, że nikt się o tym nie dowie. Orwell nazwał to ewaporacją, ale to brzmi zbyt groźnie, więc tym razem to będzie tylko deplatforming i cancelowanie, rozszerzone na rynek pracy i usługi finansowe.

https://www.bitchute.com/embed/ywLUj6nLgNeY

Patrzmy na Kanadę. Jeżeli Trudeau uda się złamać Kanadyjczyków, pozostałe rządy bardzo szybko pójdą w jego ślady. Jeżeli jednak Trudeau zostanie obalony, na jakiś czas jego potencjalni naśladowcy będą trochę ostrożniejsi, co da nam trochę czasu na oddech i zebranie sił przed kolejnym starciem.

Autorstwo: Sławomir Mentzen
Źródło: ProKapitalizm.pl

Irlandia Północna znosi ostatnie covidowe ograniczenia

Minister zdrowia Irlandii Północnej Robin Swann potwierdził w poniedziałek 14 lutego, że z dniem 15 lutego wszystkie oficjalne ograniczenia związane z pandemią Covid-19 zostaną

zastąpione przez rekomendacje. Jednak minister przestrzegł Irlandczyków, by nie zaczęli się zachowywać „tak, jakby pandemia się zakończyła”.

Irlandia Północna ostatecznie znosi wszelkie, prawnie umocowane, covidowe restrykcje. Od wtorku 15 lutego ograniczenia, które wcześniej były oficjalnie obowiązujące, pod groźbą kary, teraz będą już stanowiły jedynie wytyczne. Jedynym wymogiem, który pozostanie jeszcze w Irlandii Północnej, będzie wymóg poddania się izolacji przez osoby zakażone koronawirusem.

Co zatem dokładnie oznacza odejście od covidowych restrykcji w Irlandii Północnej? Otóż oznacza to na przykład, że w Ulsterze nie będą już wymagane paszporty covidowe, by wejść do klubu nocnego lub na inną imprezę masową. Dodatkowo mieszkańcy Irlandii Północnej nie będą już zobowiązani do zakładania maseczek i zniesiony zostanie limit 30 osób w trakcie spotkań w domach. Wreszcie lokale gastronomiczne, lokale rozrywkowe i inne tego typu miejsca, grupujące duże ilości ludzi, nie będą już zobowiązane do zbierania informacji o swoich gościach/uczestnikach spotkań.

Do zniesienia restrykcji covidowych w Irlandii Północnej doszło, ale nie obyło się tu bez pewnych problemów. Wszystko to dlatego, że z początkiem lutego rozsypał się rząd prowincji. Do dymisji z funkcji Pierwszego Ministra podał się Paul Givan (w proteście przeciwko protokołowi północnoirlandzkiemu), a to automatycznie pociągnęło za sobą rezygnację ze stanowiska jego zastępczyni z Sinn Fein – Michelle O’Neill. Minister zdrowia Robin Swann mógł jednak wydać rozporządzenie dotyczące zniesienia covidowych restrykcji, ponieważ na taki krok zgodzili się też pozostali ministrowie.

Autorstwo: Marek Piotrowski
Źródło: PolishExpress.co.uk

Laboratorium kryminalistyczne wykryło w preparatach grafen

Szczepionki przeciwko COVID-19 zostały przebadane w laboratorium kryminalistycznym w Wielkiej Brytanii, a jego raport potwierdza, że zawierają nanomateriały grafenowe, które mogą przenikać przez naturalne bariery organizmu i uszkadzać układ nerwowy, oraz tlenek grafenu, który może uszkadzać narządy wewnętrzne, niszczyć krwi, wyzwalać raka i powoduje szkodliwe zmiany w funkcji genów.

Po swoich doświadczeniach z pacjentami, którzy doznali widocznych obrażeń poszczepiennych i działań niepożądanych, pracownik brytyjskiej służby zdrowia zgłosił się w grudniu 2021 r. z ofertą pomocy w celu sprawdzenia, czy odkrycia dr Noacka i Campry z Hiszpanii mogą zostać potwierdzone w Wielkiej Brytanii. Chciał również zbadać fiolki szczepionek przeciwko COVID-19 pod kątem wykrycia w nich toksyn i nieoczekiwanych składników.

Lekarz wyjął fiolkę szczepionki z lodówki znajdującej się w gabinecie, w którym pracuje, i przekazał ją niezależnemu badaczowi, który pomagał w badaniu przypadków związanych z urazami doznanymi w wyniku „szczepień”. Od tego czasu uzyskano kolejne fiolki, które obejmują trzech głównych producentów w Wielkiej Brytanii, firm Pfizer, Moderna i AstraZeneca. Zawartość fiolek została zbadana kryminalistycznie, a raport

laboratoryjny został oficjalnie opublikowany.

Raport pt. „Jakościowa ocena składników w szczepionkach Moderna, AstraZeneca i Pfizer na COVID-19” został przedstawiony policji zaangażowanej w brytyjską śledztwo kryminalne o numerze 6029679/21, którą podjęto z powodu uzasadnionego podejrzenia, że popełniono poważne przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego dotyczące poddawania społeczeństwa eksperymentowi medycznemu.

Raport zawiera raporty toksykologiczne dotyczące fiolek szczepionek, które dostarczają podstawy prawnej do złożenia wniosku o uzyskanie nakazu wydania policji fiolek z preparatami. Policja będzie mogła wtedy przekazać je do laboratorium w celu potwierdzenia wyników badań, które będą twardym dowodem pozwalającym na ściganie tego przestępstwa z z oskarżenia publicznego. Dodatkowo poproszono policję o natychmiastowe zaprzestanie wdrażania eksperymentalnej terapii.

Analiza wszystkich czterech zawartości fiolek szczepionek pozwoliła zidentyfikować następujące obiekty:

– nanowstążki grafenowe pokryte glikolem polietylenowym;

– forma kompozytowa grafenu 1;

– forma kompozytowa grafenu 2;

– kalcyt mikrokrystaliczny z wtrąceniami węglowymi;

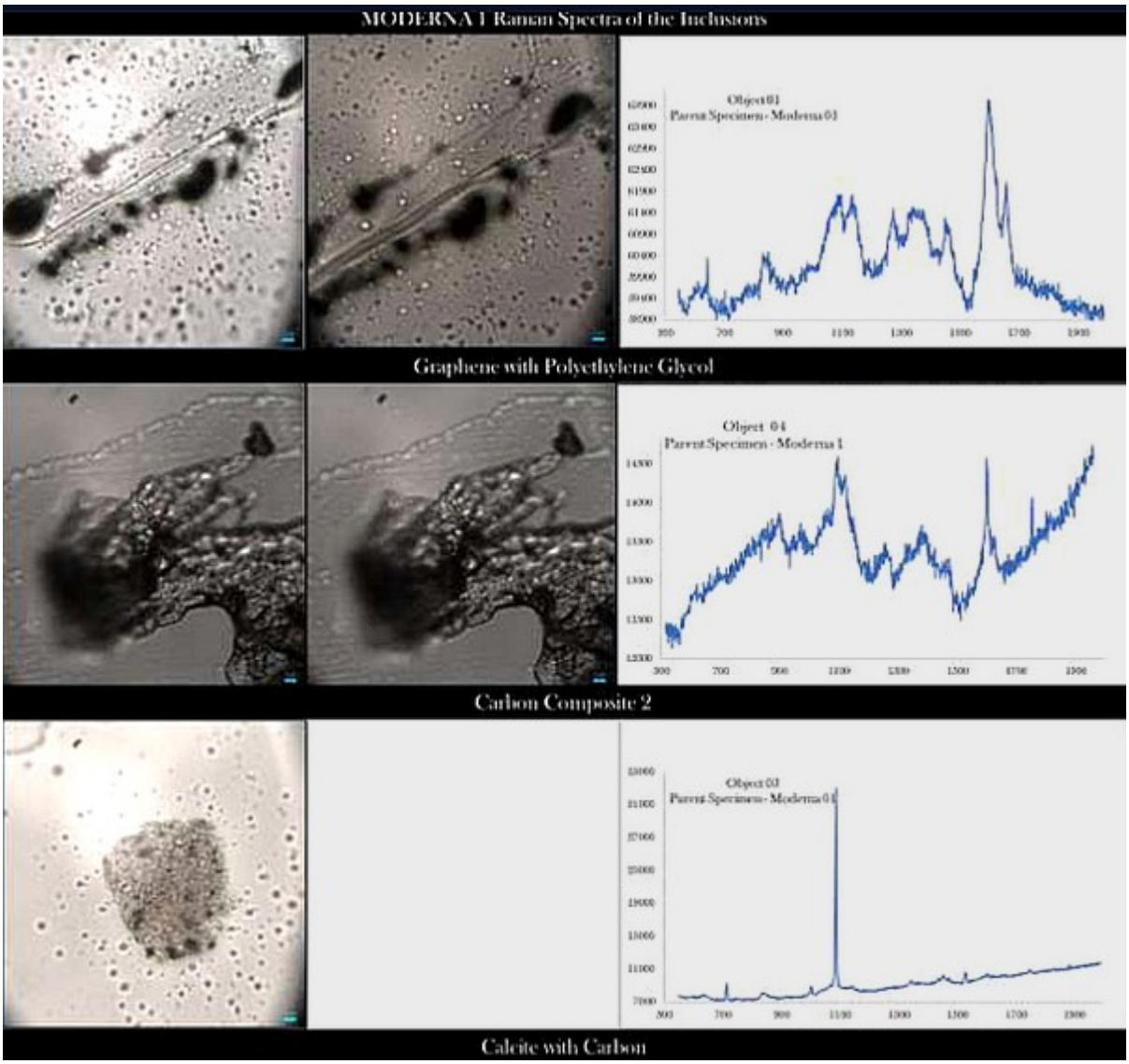
– grafen z fluorescencją i bez;

– grafenowe nanoobiekty;

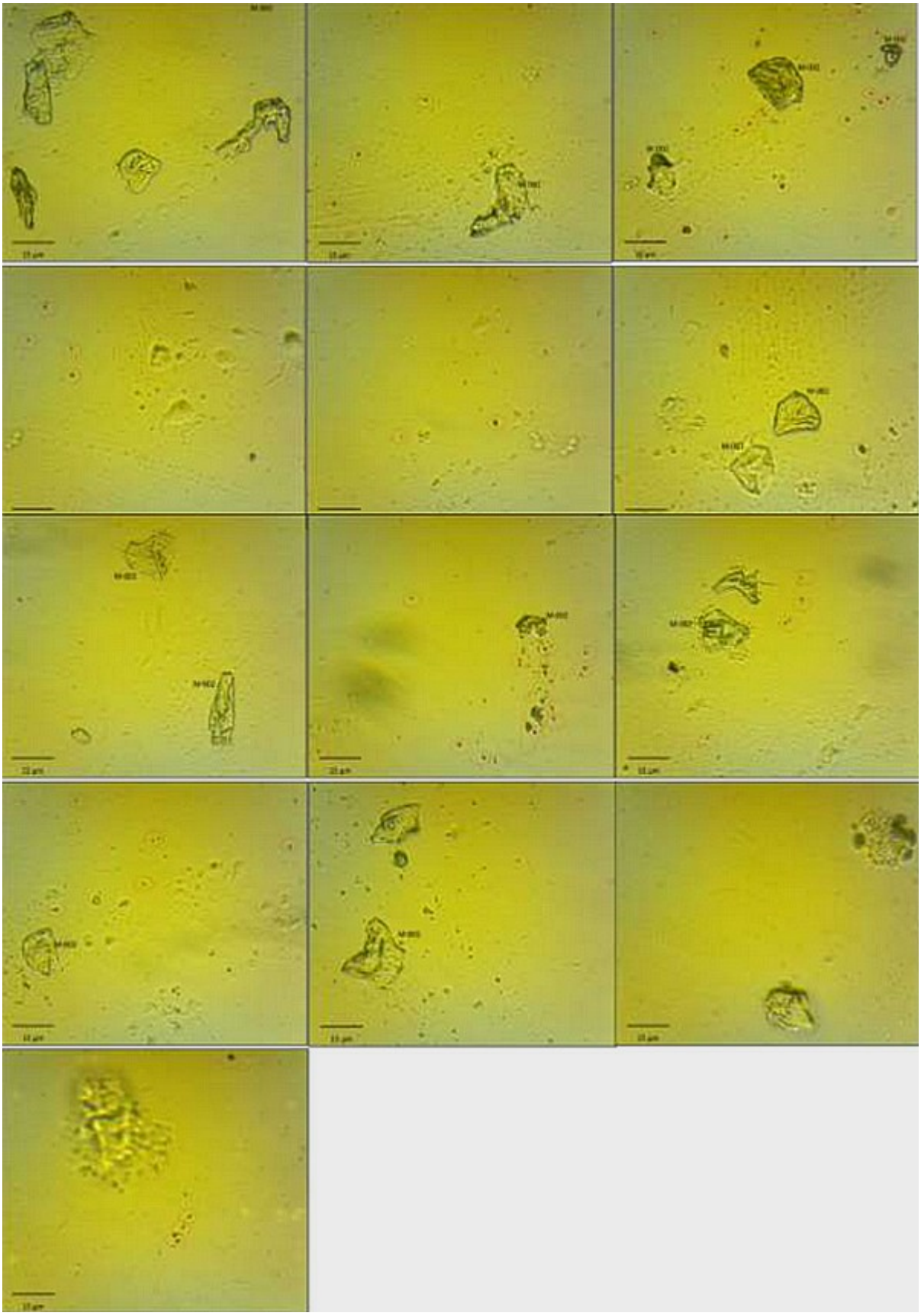
– grafenowe nanozwoje.

Pierwszą ocenioną próbką była szczepionka Moderna 01, którą zbadano metodą spektroskopii Ramana. Badanie wyraźnie wykazało, że wszystkie inkluzje w szczepionce mają silny

sygnał węglowy z potwierdzonymi składami grafenu w niektórych reprezentatywnych formach. Z dwóch obiektów uzyskano dwa wyraźne sygnały. Płaskie wstęgowe wtrącenia wykazywały wyraźne widma grafenu zintegrowane z widmem glikolu i innych związków o mniejszym znaczeniu. Drugi wyraźny sygnał uzyskano z postaci mikrokrystalicznej kalcytu, a formy kompozytu węglowego również miały wyraźny sygnał grafenu. Należy podkreślić, że niektóre nanoamorficzne formy węgla wykazywały wyraźny sygnał grafenu, jednak te formy również wykazywały fluorescencję, która maskowała pik grafenu.

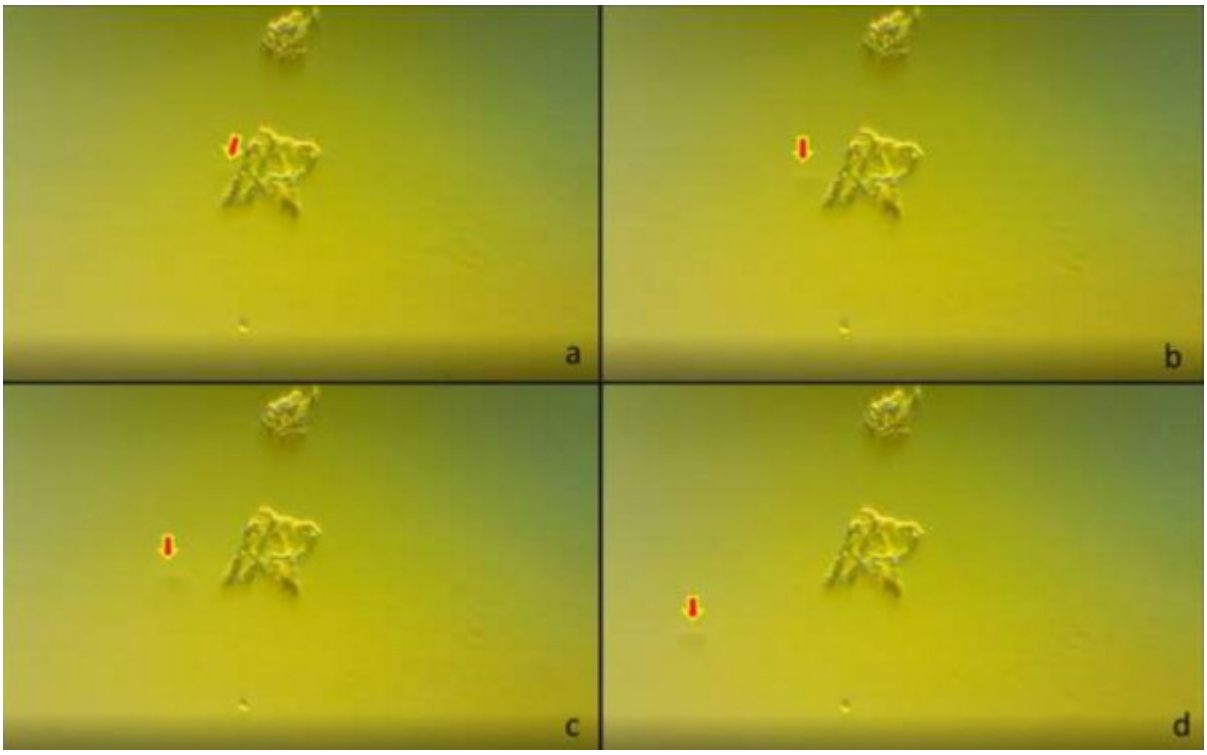


Moderna 02 – cząstki przenoszące ładunek mRNA były wyraźnie widoczne, a kompozyt grafenu 01 był wyraźnie obecny nawet w niskiej rozdzielczości, a obiekty nanografenowe były obecne w fiolce w „wielkiej obfitości”.



AstraZeneca była trzecią szczepionką, która została oceniona pod kątem składników, a ponieważ była prawie przezroczysta, „ułatwiła dostrzeżenie naturalnych barw”. Podczas obserwacji mikroskopowej na mokro roztwór wykazywał natychmiastowy ruch

nanoskopowego materiału w postaci cząstek, który przy bliższej obserwacji wydawał się być napędzany prądem konwekcyjnym. Po wyschnięciu cząstki wykazywały ruch trakcyjny. Na zdjęciach forma mikroskopowa jest wyraźnie widoczna, ponieważ leży na wierzchu stałego filmu, podczas gdy nanocząstki wciąż są w ruchu w tle, co widać po przesunięciu się cienia. Wyraźnym wynikiem tego mechanizmu było to, że gdy medium zestalało się, nanocząsteczkom trudniej było poruszać się w lepkim materiale. Potwierdzone inkluzje w AstraZeneca wskazywały na obecność grafenu we wszystkich zidentyfikowanych reprezentatywnych formach. Kompozyty węglowe mają dwie formy, tak jak w szczepionkach Moderna. Te dwie formy wykazywały wyraźne sygnatury grafenowe. Poza grafenem widmo zdominowane jest przez tlenek żelaza i inne formy asocjacji węgla.



Fiolka od Pfizera była ostatnią, czwartą zbadaną szczepionką. Próbka z pipety wykazywała niezwykle ciekawe wtrącenia. Gdy materiał był zasysany do pipety, unosiły się wyraźnie przezroczyste lub przezroczyste arkusze. Trzy z tych próbek wykazywały sygnatury kompozytów węglowych z możliwym występowaniem grafenu. Sygnały amorficznych materiałów podobnych do węgla były niezwykle złożone z węglem wraz z

tlenkiem żelaza i kilkoma innymi związkami w nich zawartymi. Na szkiełku znajdują się dość liczne formy wstęgowe prawie przezroczystych mikroform. Kompozyty węglowe w obu formach 1 i 2 są również obecne w dużej ilości. Forma 1 osiada na wierzchu materiału, podczas gdy forma 2 znajduje się na średnich poziomach zestalonego medium. Nanoformy grafenu są obecne w znacznej liczbie w materiale slajdu wraz z niektórymi zwojami. Sygnały amorficznych materiałów podobnych do węgla były niezwykle złożone z węglem, tlenkiem żelaza i kilkoma innymi związkami w nich zawartymi. Kompleks grafenowy 1 to grafen z sygnałem glikolu polietylenowego tworzącym większość widma. Chociaż w przypadku wstępnych ocen badanie to może potwierdzić obecność grafenu w firmie Pfizer. Warto zauważyć, że jedna z wystrzelonych próbek wykazywała znaczny wpływ fluorescencji. Na zdjęciach niżej reprezentatywne wtrącenia znalezione w szczepionce Pfizer.

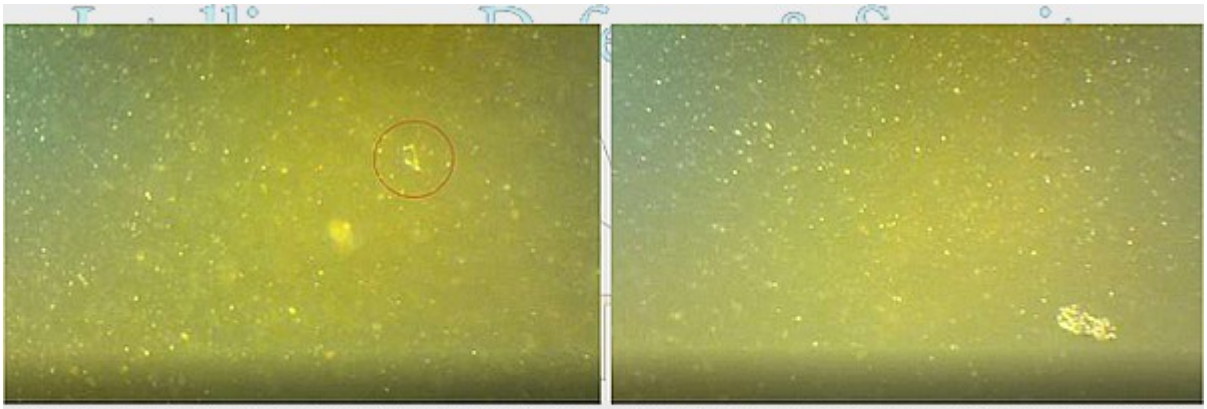


Figure 3.28. Floating lighter material. In the background, the golden sparkly particles are the future self-assembly nano particles that will encapsulate the mRNA.

The two objects of interest that were clearly noted to be floating about but could not be located once the slide had dried, were: (1) an extremely pointy transparent spicule like object (figure

Podsumowując, można stwierdzić, że wszystkie cztery próbki szczepionek (Moderna 1, Modern 2, AstraZeneca, Pfizer) zawierają znaczną ilość kompozytów węglowych, związków grafenu i tlenku żelaza. Te składniki nie zostały ujawnione przez producentów na liście składników szczepionek. Dotychczasowe badania pokazują, że grafen jest śmiertelnie niebezpieczny dla zdrowia, a poddający się szczepieniom ludzie nie zostali poinformowani, że zostanie im wstrzyknięty.

Raport z laboratorium znajdziesz TUTAJ.

Źródło: LegaArtis.pl

Totalitarne oblicza neoliberalnych demokracji

Trwająca od marca 2020 roku globalna epidemia koronawirusa odsłoniła dwie podstawowe prawdy o współczesnym świecie politycznym neoliberalnych demokracji. Miernoty polityczne w roli przywódców państwowych.

Pierwsza to kompromitująca jakość elit politycznych sprawujących władzę wykonawczą i ustawodawczą w większości neoliberalnych państw – od USA i Kanady, przez Niemcy i Francję, aż po Polskę. Elity władzy politycznej tych państw okazały się niezdolne do samodzielnych analiz i decyzji w obliczu niespotykanej wcześniej we współczesnej historii światowej skali zachorowań na wirusa covid-19 oraz nieznanego wcześniej przebiegu choroby i nieznanych sposobach jej zwalczania. Ta niezdolność do kreatywnego rozpoznawania i kreatywnych decyzji zaowocowała bezmyślnością naśladownictwa tego co robi większość oraz podporządkowaniu strategii przeciwdziałania chorobie interesom wielkich światowych koncernów farmaceutycznych z Pfizerem w roli głównej. To one w istocie określały i określają sposoby postępowania rządów,

czyniąc ze zwalczania choroby koronawirusa podstawowe zadanie publicznej służby zdrowia i paraliżując jej funkcjonowanie, aż po jej demolowanie, jak w przypadku Polski.

A najbardziej kryminalnym tego skutkiem było zablokowanie poszukiwania i stosowania sposobów leczenia tradycyjnymi środkami przeciwwirusowymi. Jak twierdzi polski lekarz dr Włodzimierz Bodnar , który wyleczył tradycyjnym lekiem przeciwwirusowym amantadyny ponad 8 tys. swoich pacjentów, 80% zmarłych na tę chorobę w Polsce można było uratować. Nie znamy wszakże ilości zmarłych, gdyż liczby podawane przez polski rząd są fałszerstwem, gdyż są to wszystkie osoby zmarłe, u których stwierdzono obecność wirusa. Z szacunków wirusologa Jerzego Milewskiego wynika, że w 2020 faktycznie z powodu koronawirusa dzięki zapaleniu płuc zmarło kilka tysięcy osób, a taką samą liczbę należy przyjąć dla roku 2021. Prawdopodobnie liczba zgonów nie przekroczyła 10 tys., czyli przy stosowaniu klasycznych terapii przeciwwirusowych, ta liczba powinna była prawdopodobnie nie przekroczyć 2 tys. zmarłych.

Tragedią natomiast było to co wydarzyło się dzięki rządowej polityce w polskim systemie opieki zdrowotnej. Zdemolowano ten system dzięki jego panikarskiemu przestawieniu na zwalczanie zachorowań na koronowirusa i zawieszeniu oraz cichej likwidacji opieki medycznej dla pozostałych chorób, z chorobami nowotworowymi i kardiologicznymi na czele. Stworzyło to zjawisko dodatkowej nadumieralności na wszelkie inne choroby poza koronawirusowym zapaleniem płuc. Jak się szacuje na podstawie porównań ze zgonami z 2018 i 2019 roku, z tego tytułu w latach 2020–2021 zmarło w Polsce 140 tys. ludzi. Jest to masowe zabójstwo, za które powinni w Polsce być pociągnięci do karnej odpowiedzialności rządzący politycy, na czele z premierem i ministrami zdrowia.

TOTALITARYZM W NEOLIBERALNEJ PRAKTYCE POLITYCZNEJ

Drugą prawdą, którą odsłoniła globalna epidemia koronawirusa były i są autorytarne, aż po totalitarne praktyki rządów krajów neoliberalnych demokracji w walce tą epidemią. I to również od USA i Kanady poczynając, przez Francję i Niemcy, aż Polskę. Nadzwyczajna i nieznana wcześniej sytuacja światowej epidemii stała się uzasadnieniem jaskrawego łamania prawa i podstawowych praw obywateli. Wszystko to odbywało i odbywa się w sterowanej atmosferze paniki i strachu przed masowym zarażeniem, masową chorobą i masową śmiercią. Państwowe bezprawie w skrajnej formie to nakazy zamykania działalności gospodarczej, ograniczanie wolności przemieszczania się i wolności zgromadzeń, aż po nakładanie aresztu domowego kwarantanny bez wyroku sądowego. Było to i jest to jaskrawe łamanie praw wynikających z zapisów konstytucyjnych.

Szczytową formą totalitarnych praktyk państw neoliberalnej demokracji stał się przymus szczepień przeciwko koronawirusowi, od poszczególnych zawodów poczynając, a na całych populacjach dorosłej ludności kończąc. Jest to przymus zaszczepień eksperymentalnymi i niesprawdzonymi co do długotrwałych skutków w badaniach klinicznych preparatami przeciwkoronawirusowymi. Jest to przymus pomimo występowania tak niepożądanych objawów, jak śmierć zaszczepionych na zakrzepicę. Rządy nazwały te preparaty celowo kłamliwie szczepionkami, choć nie chronią one ani przed zakażeniem, ani przed nosicielstwem, ani przed chorobą, ani przed śmiercią. I to już nawet po trzykrotnym wszczepieniu. Chronią co najwyżej przed gwałtownym przebiegiem choroby, jak twierdzą rządowi eksperci. Choć jakie to ma znaczenie w obliczu groźby śmierci po zaszczepieniu.

Totalitaryzm tego przymusu zaszczepień wynika z traktowania obywateli przez państwo jako całkowicie ubezwłasnowolnione przedmioty społeczne, wobec których samo państwo występuje w

roli właściciela ich zdrowia i życia. Obywatele w sprawach swojego życia i śmierci nie mają tu nic do powiedzenia. Są ludzką masą wykonującą decyzje państwa. To bowiem państwo decyduje wyłącznie o ich biologiczny losie, prowadząc w istocie biomedyczny eksperyment na masową skalę społeczną. To jest klasyczna praktyka totalitarna, jakiej doświadczali w życiu codziennym obywatele III Rzeszy Niemieckiej i obywatele Związku Radzieckiego. O ich człowieczym i obywatelskim losie decydowało bowiem wyłącznie totalitarne państwo. Byli masą ludzką dla realizacji celów państwa.

PRZYCZYNY TOTALITARNYCH PRAKTYK POLITYCZNYCH

Powstaje więc zasadnicze pytanie dlaczego w państwach neoliberalnej demokracji parlamentarnej, o demokratycznych konstytucjach i demokratycznych gwarancjach praw ludzkich i obywatelskich, pojawiły się na masową skalę totalitarne praktyki polityczne? Skąd u polityków i w partiach politycznych, dla których hasła i idee demokracji, praworządności i praw obywatelskich, były niemal religią, zjawiły się nagle i niespodziewanie totalitarne praktyki polityczne? Skąd się wzięło totalitarne oblicze neoliberalnej demokracji – w USA i w Kanadzie, we Francji i w Niemczech, i również w Polsce? A co ważniejsze, jak temu można w praktyce politycznej przeciwdziałać i zapobiegać?

Odpowiedź na to pytanie jest niezwykle trudna i trzeba tu zbiorowego wysiłku intelektualnego, aby dać istotną odpowiedź. A trzeba ją znaleźć, jeśli nie chcemy stać się na dłuższą metę ofiarami nowego totalitaryzmu, tym razem neoliberalnego. I trzeba jej zacząć szukać.

W swej książce „Pomiędzy centrum a peryferiami na progu XXI wieku” z 2013 roku sformułowałem po raz pierwszy prawidłowość socjopolityczną, którą nazwałem prawem Forsytha. Nazwałem ją tak, gdyż Frederick Forsyth jako pierwszy zauważył związek

pomiędzy brakiem bezpośredniej zależności polityków od wyborców, a korupcją polityków, co było punktem wyjścia moich analiz. Dodam, iż ten brak bezpośredniej zależności w Polsce był i jest zasadniczo wynikiem partyjnej ordynacji proporcjonalnej, w której posłowie są bezpośrednio zależni od kierownictw swych partii politycznych, a nie od swoich wyborców.

Prawo Forsytha mówi, iż brak w demokracji parlamentarnej bezpośredniej zależności posłów od wyborców, a w konsekwencji słabość tej zależności, aż po jej brak, samych polityków i instytucji sprawujących władzę w państwie, od wyborców, obywateli i całego społeczeństwa, tworzy sytuację, która sprzyja powstawaniu poczucia wyższości społecznej i politycznej u poszczególnych osób i grup sprawujących władzę. Utrzymywanie tego poczucia wyższości skutkuje tworzeniem postaw arogancji i poczucia bezkarności wobec otoczenia społecznego, co jest potwierdzane brakiem odpowiedzialności za swe działania. Stałe poczucie bezkarności i arogancji prowadzi w konsekwencji do sprzyjaniu korupcji, braku praworządności, niekompetencji i nieskuteczności działań grup władzy politycznej.

Prawo Forsytha jest efektem socjologicznej internalizacji, osobowościowego uwewnętrznienia sytuacji obiektywnego sprawowania władzy politycznej, w warunkach braku kontroli i wpływu na jej posiadanie ze strony wyborców w szczególności, a obywateli i społeczeństwa w ogóle. Sprawowanie władzy to możliwość zmuszania ludzi do zachowań zgodnie z wolą władzy, a niezależnie od woli zmuszanych. Poczucie wyższości społecznej i politycznej u polityków jest tu intersubiektywnym uwewnętrznieniem tej właśnie obiektywnej sytuacji wyższości oraz nadrzędności sprawujących władzę, wobec niższości i podległości nie posiadających ani władzy, ani możliwości jej kontroli. Jest to wszakże tylko stała tendencja, której siła zależy od kontekstu tak kulturowego, jak i osobowościowego polityków. Inaczej to zadziała u Józefa Piłsudskiego, a

inaczej u Donalda Tuska.

Moje prawo Forsytha wystarczało do wyjaśniania standardowych sytuacji w zoligarchizowanych demokracjach neoliberalnych, z Polską w roli czołowej. To prawo nie pozwala wszakże na zrozumienie totalitarnych praktyk państw neoliberalnych demokracji okresu światowej epidemii koronawirusa. Rzuca jednak pewne światło na naturę sprawowania władzy i jej konsekwencje.

ZAGADKA STANFORDZKIEGO EKSPERYMENTU WIĘZIENNEGO

Trzeba zauważyć nade wszystko, iż sytuacja globalnej epidemii była i jest sytuacją, która nigdy się jeszcze we współczesnym świecie nie wydarzyła. Politycy i grupy władzy politycznej musieli się z nią zmierzyć przy braku wzorów i standardów jej rozwiązywania. Ta całkowita nadzwyczajność i całkowita nieznajomość sytuacji globalnej epidemii, stworzyła możliwość niestosowania się do już istniejących mniej lub bardziej demokratycznych wzorców, standardów i reguł rządzenia. Stworzyła nieokreśloność w rozwiązywaniu nadzwyczajnej i nieznanej sytuacji epidemii koronawirusa.

Dlaczego jednak politycy skłonni byli i są tworzyć rozwiązania autorytarne i totalitarne w stosunku do własnych obywateli?

Myślę, że naukowa odpowiedź może leżeć w nigdy nie wyjaśnionej zagadce stanfordzkiego eksperymentu więziennego (Stanford Prison Experiment) z 1971 roku. Główny autor tego socjologicznego eksperymentu, Philip Zimbardo, przyznał wprost w jednym z wywiadów prasowych po prawie 40 latach od jego przeprowadzenia, iż jego autorzy nie rozumieją po dziś dzień co tam się stało.

Eksperyment przeprowadzony w 1971 roku na Uniwersytecie Standford w USA polegał na umieszczeniu normalnych i

przeciętnych studentów w symulowanym więzieniu i obserwowaniu za lustrem weneckim ich zachowania. Wyselekcjonowaną grupę 24 studentów, najbardziej stabilnych emocjonalnie, podzielono na grupę „strażników” więziennych i grupę „więźniów”, w przystosowanych do roli więzienia piwnicach uniwersyteckich. Eksperyment miał trwać 2 tygodnie, a zadaniem „strażników” było zachowanie porządku niezbędnego do prawidłowego funkcjonowania eksperymentalnego więzienia.

To, co moim zdaniem było bardzo ważne, a może nawet kluczowe dla przebiegu tego eksperymentu, to fakt, iż „strażników” celowo nie przeszkolono, a więc nie udzielono im żadnych wskazówek do ich zasad postępowania i pozostawiono im pełną swobodę w zakresie ich roli, z wyjątkiem zakazu stosowania kar cielesnych w stosunku do „więźniów”. Sami więc mogli swobodnie dobierać sposoby utrzymania prawidłowego funkcjonowania więzienia.

Już po 6 dniach eksperyment został przerwany, ze względu na narastającą brutalność „strażników”, poniżanie i upokarzanie, aż po znęcanie się nad „więźniami”. „Ostatecznie – twierdzi P. Zimbardo – zakończyłem studium z dwóch powodów. Po pierwsze, dzięki zapisom z kamer widzieliśmy, że strażnicy stają się bardzo brutalni w nocy, kiedy eksperymentu nie obserwowali badacze. Nuda doprowadziła do wyjątkowo poniżających praktyk, również o charakterze pornograficznym. Po drugie, młoda pani doktor ze Stanforda, przeprowadziła z więźniami i strażnikami serię wywiadów i zdecydowanie przeciwstawiła się wyprowadzaniu więźniów do toalety skutych kajdankami z torbami na głowach i rękami na ramionach współwięźniów. … sprzeciwiła się kontynuowaniu badań.”

Dodam, iż choć ta grupa „strażników”, która była brutalna aż po sadyzm i stosowała praktyki poniżania i upokarzania „więźniów”, stanowiła tylko 1/3 całości, to ona narzuciła totalitarne wzory i standardy funkcjonowania „więzienia”. Jak twierdził P. Zimbardo – „Strażnicy zdobyli całkowitą kontrolę nad więzieniem i narzucili ślepe posłuszeństwo uwięzionym”.

„Więźniowie” zostali całkowicie ubezwłasnowolnieni, aż po odczłowieczenie. „Pod koniec eksperymentu – twierdził P. Zimbardo- więźniowie byli całkowicie zdezintegrowani, zarówno jako grupa, jak i jako jednostki. Nie było żadnej wspólnoty w grupie, a jedynie kilka odizolowanych jednostek starających się przetrwać…”.

Nierozwiązana po dziś dzień zagadka eksperymentu stanfordzkiego to przyczyny dla których eksperymentalnie odgrywane role społeczne przekształciły radykalnie tożsamości przeciętnych ludzi, czyniąc posiadających eksperymentalnie władzę brutalnymi i okrutnymi, a tych nieposiadających odczłowieczonymi i bezwolnymi. „Po obserwacji naszego eksperymentu tylko przez sześć dni – pisał P. Zimbardo – dowiedzieliśmy się jak więzienie odczłowiecza ludzi, zmieniając ich w przedmioty i budując w nich poczucie beznadziei. A jeśli idzie o strażników, zdaliśmy sobie sprawę jak zwykli ludzie bez oporów zmienili się z dobrego doktora Jekylla w okrutnego pana Hyde’a.

OSOBOWOŚCIOWA INTERNALIZACJA TOTALIZACJI WŁADZY NAD LUDŹMI

Sądzę, iż najgłębszy sens tej zagadki nie tkwi w roli więzienia, z podziałem na więźniów i strażników. Nie tkwi nawet w instytucjach totalnych, jak szpitale czy zakłady psychiatryczne, z podziałem na personel i pacjentów. Tkwi w relacji społecznej władzy. Ta eksperymentalna sytuacja jest bowiem posiadaniem władzy całkowitej, wręcz totalnej, przez poszczególne jednostki i ich grupę władzy, która ma pełną swobodę w określaniu sposobów postępowania z ludźmi i grupą całkowicie ubezwłasnowolnioną i podległą. Ten eksperyment pokazał, że pozostawienie pełnej swobody w praktyce sprawowania władzy w stosunku do ludzi i grupy całkowicie pozbawionej możliwości wpływu na tę praktykę, tworzyło totalitarne stosunki między posiadającymi władzę, a podległymi

władzy.

Ograniczenie wolności poszczególnych ludzi i całej grupy w postaci eksperymentalnego więzienia, nie było jak sądzę przyczyną totalitaryzacji stosunków i interakcji, a tylko przyczyną ich zbrutalizowania i okrucieństwa, aż po sadyzm. Przyczyną była pełna swoboda w określaniu sposobu zapewniania funkcjonowania więzienia, w warunkach totalnej władzy nad pozbawionymi jakichkolwiek możliwości wpływu na nią jednostkami.

To socjologiczna sytuacja totalnej władzy w relacji do pozbawionych całkowicie wpływu na nią jednostek i grupy, zadecydowała moim zdaniem o głębokich przemianach osobowościowych wśród osób sprawujących tę władzę. To ta sytuacja całkowitej nadrzędności własnej woli oraz całkowitego podporządkowania i podległości innych, została osobowościowo zinternalizowana, wywołując u części z nich brutalność, okrucieństwo i sadyzm w stosunku do podległych ich władzy. Brutalność, okrucieństwo i sadyzm akceptowane, a przynajmniej tolerowane przez pozostałych uczestników takiego sprawowania władzy.

GLOBALNA EPIDEMIA JAKO PRZESŁANKA TOTALIZACJI WŁADZY

Globalna epidemia koronawirusa stworzyła analogiczną sytuację, ponieważ istniejące grupy władzy politycznej w państwach neoliberalnych demokracji uzyskały znaczącą swobodę w tworzeniu nowych sposobów przeciwdziałania epidemii. I fakt sprawowania władzy przy braku kontroli i słabym wpływie na te sposoby wyborców, obywateli i społeczeństwa, uruchomił autorytarne i totalitarne praktyki polityczne u znaczącej części polityków i grup władzy politycznej w państwach neoliberalnej demokracji parlamentarnej. Ich najgłębszą przyczyną społeczną jest moim zdaniem również osobowościowa internalizacja przez sprawujących władzę państwową sytuacji

znacząco totalnej władzy w określaniu sposobów przeciwdziałania epidemii. I ta właśnie internalizacja wywołuje u znacznej ich części autokratyczne i totalitarne działania w stosunku do własnych obywateli.

I co ciekawe ten autokratyzm i totalitaryzm jest tym wyraźniejszy i ostrzejszy z im bardziej lewicowo-liberalnymi politykami mamy do czynienia. W Polsce najbardziej zagorzałymi zwolennikami przymusu szczepień jest postkomunistyczna lewica i neoliberałowie z PO, „ludowcy" z PSL, a potem większość PiS. Zdecydowani przeciwnicy tego totalitaryzmu to prawicowi narodowcy z Konfederacji i mniejszościowa frakcja PiS. Prawdopodobnie ta zależność nie jest przypadkowa, acz szkoda czasu i papieru aby ją analizować.

Te autorytarne i totalitarne praktyki polityczne to sygnał alarmowy, że obecne zasady, procedury i reguły neoliberalnej demokracji nie tworzą silnej kontroli politycznej nad grupami władzy w państwie. Jest to sygnał, iż obecna neoliberalna demokracja grozi przekształceniem się w neoliberalny totalitaryzm, również w każdej innej sytuacji nowych globalnych zjawisk i procesów. I jest to powód dla którego należy zacząć analizować i zmieniać te zasady, procedury i reguły, aby uniemożliwić i obecnie, i w przyszłości pojawienia się totalitarnych praktyk politycznych.

Autorstwo: Wojciech Błasiak
Źródło: Goniec.net

Balsamiści znajdują żyły i

tętnice wypełnione niespotykanymi dotąd gumowymi skrzepami

Dyplomowany przez zarząd zakład pogrzebowy i balsamowiec, Richard Hirschman, dokonał zaskakującego odkrycia w ciałach zmarłych ludzi, ujawnił, że widzi tętnice i żyły wypełnione nienaturalnymi kombinacjami skrzepów krwi z dziwnymi materiałami włóknistymi, które całkowicie wypełniają układ naczyniowy.

Według Hirschmana jest to niepodobne do niczego, co kiedykolwiek widział w swoim ponad 20-letnim doświadczeniu w branży balsamowania., powiedział dr Jane Ruby w tym, co jest ekskluzywne na całym świecie.

Hirschman spotkał się z dr Ruby, który jest specjalistą medycznym z doświadczeniem w opracowywaniu leków farmaceutycznych i ponad 20-letnim doświadczeniem w procesach regulacyjnych dotyczących zatwierdzania leków przez FDA.

Balsamista Hirschman wyjawił jej, że naradzał się z innymi ze swojej branży, którzy również nigdy nie widzieli czegoś takiego do niedawna, ale powiedzieli, że znajdują je również w ciałach, które przetwarzają.

Skrzepy lub struktury przypominające robaki

Pan Hirschman stwierdził, że te skrzepy lub struktury przypominające robaki przypominają pod mikroskopem

zaszczepioną krew, ale nigdy wcześniej nie widział niczego o takich rozmiarach.

Pan Hirschman poinformował, że zaczął widzieć te długie, rozciągliwe, włókniste skrzepy krwi w listopadzie 2020 r., a następnie coraz częściej można je znaleźć w 50% ciał, które przetwarzał. Dziś odsetek ten zbliża się do 80%.

Powiedział również, że był w stanie potwierdzić, że niektóre osoby zmarłe z tymi zakrzepami rzeczywiście otrzymały szczepionki przeciwko Covid-19, ale nie mógł potwierdzić, że wszystkie z nich zostały zaszczepione lub co konkretnie powoduje wzrost tych zwykle długich skrzepów krwi w układach krążenia zmarłego.

Wzrost zgonów z powodu ataków serca i udarów

Hirschman stwierdził, że zauważył wzrost liczby zgonów spowodowanych zawałami serca i udarami mózgu przychodzących na jego stół. Z rosnącą liczbą zakrzepów krwi, takich jak te wymienione wcześniej, nie jest to żadnym zaskoczeniem.

Powiedział, że inni pracownicy z jego branży czują się "zestresowani" tym, co coraz częściej znajdują (w zwłokach). Stwierdził: "Jeśli jest to spowodowane przez szczepionkę – a moje przeczucie mówi mi, że tak jest, choć nie mogę tego udowodnić – więc, jeśli jest to spowodowane przez szczepionkę, to proszę sobie wyobrazić ilość ludzi, którzy będą umierać w

przyszłości, jako że ludzie nie mogą żyć z tego rodzaju substancją pływającą w ich naczyniach krwionośnych”.

Hirschman powiedział również, że jest rzeczą“niesamowitą” fakt, jak wielu ludzi umiera ostatnio z zawałami serca i udarami i dodał: “Jeśli jedna z tych małych tkanek włóknistych, dostaje się do mózgu – dostaniesz udaru. Jeśli dostanie się do serca – spowoduje atak serca”.

Po tym, jak w listopadzie 2020 roku zauważył, że wiele osób, które zabalsamował, posiadało to, co nazywa “robakami”, zaczął śledzić liczby i dokumentować to sam. W samym tylko bieżącym miesiącu – spośród 35 osób, które osobiście balsamował, 20-24 miało owe “robaki”.

Hirschman podsumował: “Nie ma potrzeby mówić, że należy to natychmiast zbadać, jeśli nie dla szacunku dla zmarłego, to przynajmniej po to, by wykluczyć, że te długie, włókniste skrzepy krwi są rzeczywiście fizjologicznym wynikiem przyjęcia szczepionek Covid-19”.

Źródło: DailyExpose.uk