

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



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

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

ARGUMENT 1

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

JEDYNYM NAUKOWO UZASADNIIONYM sposobem oceny interwencji medycznej jest przeprowadzenie randomizowanej kontrolowanej próby klinicznej (randomised clinical trial, RCT), tzw. „złotego standardu” w badaniach medycznych [1,2]

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

2020 r.:

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

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

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

DANMASK-19 to randomizowane, kontrolowane badanie o dużej mocy statystycznej (6000 uczestników), gdzie 46% osób prawidłowo, a 47% przeważnie prawidłowo przestrzegało noszenia maski w warunkach ich rzadkiego stosowania w społeczeństwie, umiarkowanego rozprzestrzeniania się infekcji i rozsądnego przestrzegania dystansu społecznego i mycia rąk [17]. Wyniki badania DANMASK-19 było zgodne z 12 poprzednimi RCT, które

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

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

Źródła:

[1] “The Necessity of Randomized Clinical Trials”, by Jakobsen

and Gluud, in the British Journal of Medicine & Medical Research. 3(4): 1453-1468, 2013. <http://www.sciencedomain.org/abstract/1313>

[2] "A Brief History of the Randomized Controlled Trial: From Oranges and Lemons to the Gold Standard", Meldrum, Marcia L., Hematology/Oncology Clinics of North America), 2000, 14(4): 745-760.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S08898558805703099>

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

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

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

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

[7] Saunders-Hastings, Patrick, et al. „Effectiveness of personal protective measures in reducing pandemic influenza transmission: A systematic review and meta-analysis." Epidemics 20 (2017): 1-20
https://www.researchgate.net/publication/316593294_Effectiveness_of_personal_protective_measures_in_reducing_pandemic_influenza_transmission_A_systematic_review_and_meta-analysis

[8] Cowling, B. J., et al. „Face masks to prevent transmission

of influenza virus: a systematic review." *Epidemiology & infection* 138.4 (2010): 449-456.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20092668/>

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

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

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

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

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

[14] “PEER simplified tool: mask use by the general public and by health care workers”, by Moe et al., *Canadian Family Physician* (July 2020) 66: 505-507. <https://www.cfp.ca/content/66/7/505>

[15] “Rapid Expert Consultation on the Effectiveness of Fabric Masks for the COVID-19 Pandemic” (8 April, 2020). By National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington, DC: The National Academies Press.

<https://doi.org/10.17226/25776> .

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

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

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

ARGUMENT 2

WNIOSKI/WYNIKI Z KILKUDZIESIĘCIU PUBLIKACJI NAUKOWYCH
PODWAŻAJĄ SKUTEKCHNOŚĆ MASEK

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

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

**Saunders 2017, przegląd systematyczny 16 badań RANDOMIZOWANYCH
z metaanalizą:**

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

Jacobs 2009, badanie RANDOMIZOWANE

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

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

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

Xiao 2020, przegląd systematyczny 10 badań RANDOMIZOWANYCH:

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

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

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

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

Smith 2016, Canadian Medical Association Journal, metaanaliza , w tym BADANIA RANDOMIZOWANE: Respiratory N95 i maski chirurgiczne używane przez pracowników służby zdrowia nie wykazały korzyści w zakresie przenoszenia ostrych infekcji dróg oddechowych. Stwierdzono również, że transmisja ostrych infekcji dróg oddechowych *„mogła nastąpić poprzez zanieczyszczenie dostarczonego sprzętu ochrony dróg oddechowych podczas przechowywania i ponownego użycia masek i respiratorów w ciągu dnia pracy”*. Na podstawie oddzielnej analizy 23 badań obserwacyjnych, ta metaanaliza nie wykazała

ochronnego działania maski medycznej lub respiratorów N95 przeciwko wirusowi SARS [8]

Cowling 2010, Cambridge University Press:

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

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

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

Hunter 2020:

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

Klompas 2020, New England Journal of Medicine:

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

Kappstein 2020:

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

Rancourt 2020:

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

Desai 2020, Journal of the American Medical Association:

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

Royo-Bordonada, 2020:

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

American Institute for Economic RESEARCH, 2021:

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

Marks 2021, The Lancet Infectious Diseases

„Nie znaleźliśmy żadnych dowodów na zmniejszenie ryzyka transmisji u osób, które zgłosiły używanie maski” [18]

Norwegian Institute of Public Health, 2020 :

„(...) około 200 000 osób musiałoby nosić maskę, aby zapobiec jednej nowej infekcji tygodniowo”, „noszenie masek w celu

zmniejszenia rozprzestrzeniania się Covid-19 nie jest zalecane dla osób w społeczności bez objawów ze strony układu oddechowego, które nie mają bezpośredniego kontaktu z osobami, o których wiadomo, że są zakażone” [19]

Leung 2020, Nature Medicine:

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

Letizia 2020, New England Journal of Medicine, 2020:

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

Chou, 2020:

„siła dowodów dotyczących stosowania masek i ryzyka wystąpienia SARS-CoV-2 w społeczności pozostaje niewystarczająca”; „Dlatego dowody na stosowanie masek vs niestosowanie i porównanie typów masek w placówkach opieki zdrowotnej są niewystarczające” [22]

Huber 2020a:

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

Huber 2020b:

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

Radonovich 2019, Journal of American Medical Association:

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

Vainshelboim, 2021:

„Istniejące dowody naukowe podważają bezpieczeństwo i skuteczność noszenia maski jako środka zapobiegawczego w przypadku COVID-19. Dane sugerują, że zarówno medyczne, jak i niemedyczne maski są nieskuteczne w blokowaniu przenoszenia chorób wirusowych i zakaźnych z człowieka na człowieka, takich jak SARS-CoV-2 i COVID-19, co przemawia przeciwko stosowaniu masek” [26]

Dugré 2020, Canadian Family Physician:

„znaleźliśmy ograniczone dowody dotyczące wpływu masek na

wirusowe infekcje dróg oddechowych zarówno w społeczności, jak i w placówkach opieki zdrowotnej, a większość naszych analiz nie wykazała statystycznie istotnych różnic” [27].

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

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

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

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

Źródła:

1. -Reza, Faisal, et al. „The use of masks and respirators to prevent transmission of influenza: a systematic review of the scientific evidence.” Influenza and other respiratory viruses 6.4 (2012):

- 257-267. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22188875/>
2. https://www.researchgate.net/publication/316593294_Effectiveness_of_personal_protective_measures_in_reducing_pandemic_influenza_transmission_A_systematic_review_and_meta-analysis
 3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19216002/>
 4. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20049528v1>
 5. Xiao, Jingyi, et al. „Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings–personal protective and environmental measures.” Emerging infectious diseases <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181938/>
 6. Jefferson, Tom, et al. „Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Part 1-Face masks, eye protection and person distancing: systematic review and meta-analysis.” MedRxiv (2020) <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047217v2>
 7. Bundgaard, Henning, et al. “Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers: a randomized controlled trial.” Annals of Internal Medicine (2020) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205991/>
 8. J Smith, C MacDougall. CMAJ. 2016 May 17. 188(8); 567-574.
 9. Cowling, B. J., et al. „Face masks to prevent transmission of influenza virus: a systematic review.” Epidemiology & infection 138.4 (2010): 449-456. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20092668/>
 10. “Masking lack of evidence with politics”, by Jefferson and Heneghan, Centre for Evidence Based Medicine (CEBM), Oxford University (23 July 2020) <https://www.cebm.net/covid-19/masking-lack-of-evidence-with-politics/>

11. Hunter, Paul Raymond, et al. „Impact of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 in Europe: a quasi-experimental study.” medRxiv (2020). <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.01.20088260v2>
12. Klompas, Michael, et al. „Universal masking in hospitals in the Covid-19 era.” New England Journal of Medicine 382.21 (2020): e63. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2006372>
13. Ines Kappstein (Niemcy): Kappstein Ines. „Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit.” Krankenhaushygiene up2date 15.03(2020):279-297.
<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1174-6591.pdf>
14. Rancourt, Denis G. „Masks Don't Work A review of science relevant to COVID-19 social policy.” Rcreader, 2020, <https://www.rcreader.com/commentary/masks-dont-work-covid-a-review-of-science-relevant-to-covide-19-social-policy>
15. Desai, Angel N., and Preeti Mehrotra. „Medical masks.” Jama 323.15 (2020): 1517-1518.
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762694>
16. Royo-Bordonada, Miguel Angel, et al. „Face masks in the general healthy population. Scientific and ethical issues.” Gaceta Sanitaria (2020).
17. <https://www.aier.org/article/masking-a-careful-review-of-the-evidence/>
18. Marks, Michael, et al. „Transmission of COVID-19 in 282 clusters in Catalonia, Spain: a cohort study.” The Lancet Infectious Diseases (2021)
19. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/should-individuals-in-the-community-without-respiratory-symptoms-wear-facemasks-to-reduce-the-spread-of-covid-19-report-2020.pdf>
20. Leung NHL, Chu DKW, Shiu EYC, Chan KH, McDevitt JJ, Hau

BJP, Yen HL, Li Y, Ip DKM, Peiris JSM, Seto WH, Leung GM, Milton DK, Cowling BJ. Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. Nat Med. 2020 May;26(5):676-680. doi: 10.1038/s41591-020-0843-2. Epub 2020 Apr 3. Erratum in: Nat Med. 2020 May 27;; PMID: 32371934.

21. Letizia, Andrew G., et al. „SARS-CoV-2 transmission among Marine recruits during quarantine.” New England Journal of Medicine 383.25 (2020): 2407-2416.
22. Chou, Roger, et al. „Update Alert 3: Masks for prevention of respiratory virus infections, including SARS-CoV-2, in health care and community settings.” Annals of internal medicine 173.12 (2020): 169.
23. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part4/
24. https://pdmj.org/papers/masks_are_neither_effective_nor_safe/index.html
25. L Radonovich M Simberkoff, et al. N95 respirators vs medical masks for preventing influenza among health care personnel: a randomized clinic trial. JAMA. 2019 Sep 3. 322(9): 824-833.
26. Vainshelboim, Baruch. „Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis.” Medical hypotheses 146 (2021): 110411.
27. “Masks for prevention of viral respiratory infections among health care workers and the public: PEER umbrella systematic review”, by Dugré et al., Canadian Family Physician (July 2020) 66: 509-517. <https://www.cfp.ca/content/66/7/509>
28. “Rapid Expert Consultation on the Effectiveness of Fabric Masks for the COVID-19 Pandemic” (8 April, 2020). By National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25776>
29. <https://www.tvp.info/50277139/bandyci-medyczni-troglodyci-lekarze-komentuja-demonstracje-proepidemiow>
30. <https://silesia24.pl/wideo/szczegoly/ostre-slowa-prof-ze>

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

ARGUMENT 3

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

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

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

ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA (WHO), 01.12.2020:

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

Pomimo powyższych informacji, obie organizacje ogólnie zalecają noszenie masek, co pokazuje, że wnioski agencji ds. zdrowia nie są poparte wystarczającą ilością wiarygodnych badań naukowych i po prostu ignorują zagrożenia związane ze stosowaniem masek.

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

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

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

Źródła:

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

ARGUMENT 4

MASKI NIE CHORNIĄ CHIRURGA I PACJENTA PRZED ZANIECZYSZCZENIEM INFEKCYJNYM PODCZAS ZABIEGU

Royal Society of Medicine, 2015:

„Brakuje istotnych dowodów na poparcie twierdzeń, że maski chronią pacjenta lub chirurga przed zanieczyszczeniem infekcyjnym” [1]

Bahli, 2009:

„Na podstawie ograniczonej liczby badań z randomizacją nadal nie jest jasne, czy noszenie masek chirurgicznych szkodzi,

czy przynosi korzyści pacjentom poddawanych planowej operacji.” [2]

Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002:

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

Skinner, 2001:

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

Orr, 1981:

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

Źródła:

1. Da Zhou, Charlie, Pamela Sivathondan, and Ashok Handa. „Unmasking the surgeons: the evidence base behind the use of facemasks in surgery.” *Journal of the Royal Society of Medicine* 108.6 (2015): 223-228.
2. Bahli, Zahid Mehmood. „Does evidence based medicine support the effectiveness of surgical facemasks in preventing postoperative wound infections in elective surgery.” *J Ayub*

Med Coll Abbottabad 21.2 (2009): 166-70

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

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

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

ARGUMENT 5

NAUKA NADAL MA WĄTPLIWOŚCI CZY OSOBY BEZOBJAWOWE ZARAŻAJĄ

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

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

W randomizowanym kontrolowanym badaniu wykazano, że wśród pacjentów objawowych nie było różnic między osobami noszącymi i nienoszącymi maski w zakresie transmisji koronawirusa przez krople większe niż 5 μ m. Wśród pacjentów bezobjawowych nie wykryto kropli i aerozolu zawierających koronawirusa u żadnej

z osób z lub bez maski, co sugeruje, że BEZOBJAWOWI NIE TRANSMITUJĄ I NIE ZARAŻAJĄ INNYCH [3].

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

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

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

WHO dość szybko zaczęło wycofywać się z tych twierdzeń:

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

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

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

Źródła:

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

ARGUMENT 6

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

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

„Stosowanie respiratorów N95 w porównaniu z maskami chirurgicznymi nie wiąże się z mniejszym ryzykiem wystąpienia grypy potwierdzonej laboratoryjnie. Respiratory N95 nie powinny być zalecane dla ogółu społeczeństwa i personelu medycznego o niższym ryzyku, którzy nie mają bliskiego kontaktu z pacjentami z gripą lub pacjentami podejrzanymi o gripę” [1]

Jefferson, metaanaliza 2020:

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

PloS one, metaanaliza, 2020:

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

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

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

Źródła:

1. Long, Youlin, et al. „Effectiveness of N95 respirators versus surgical masks against influenza: a systematic review and meta-analysis.” *Journal of Evidence-Based Medicine* 13.2 (2020): 93-101.
2. Jefferson, Tom, et al. „Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Part 1-Face masks, eye protection and person distancing: systematic review and meta-analysis.” *MedRxiv* (2020).
3. Barycka, Katarzyna, et al. „Comparative effectiveness of N95 respirators and surgical/face masks in preventing airborne infections in the era of SARS-CoV2 pandemic: A meta-analysis of randomized trials.” *PloS one* 15.12 (2020): e0242901.
4. <https://www.rcreader.com/commentary/still-no-conclusive->

ARGUMENT 7

ZAGROŻENIA ZWIĄZANE ZE STOSOWANIEM MASEK

Poniżej lista skutków ubocznych noszenia masek raportowana w badaniach.

Ogół populacji: dyskomfort i irytacja, duszność, skutki psychologiczne, wpływ na komunikację, zagrożenie ze strony wdychania i rozprzestrzeniania zanieczyszczeń z maski (w tym włókien i materiału biologicznego), zwiększone ryzyko infekcji, wzrost wiremii i nasilenia infekcji, niedotlenienie, hiperkapnia, zwiększona kwasowość i toksyczność, aktywacja lęku i reakcji na stres, wzrost poziomu hormonów stresu, immunosupresja, zmęczenie, pogorszenie zdolności poznawczych, zwiększone ryzyko infekcji, depresja, wpływ na tętno, stres termiczny, negatywny wpływ na parametry wysiłkowe, negatywny wpływ na podstawowe potrzeby psychologiczne jednostki, negatywny wpływ na funkcje fizjologiczne górnych dróg oddechowych, stany zapalne, fałszywe poczucie bezpieczeństwa, negatywne konsekwencje dla osób z ubytkiem słuchu, większe rozprzestrzenianie zanieczyszczonego powietrza (w masce oddychamy częściej i głębiej), ryzyko wprowadzenia wirusa do organizmu poprzez wielokrotne użycie i niewłaściwe zdejmowanie masek, wydychane powietrze dostaje się do oczu, co generuje impuls do ich dotykania, materiały tekstylne w odzieży/maskach stosowanych do zakrywania ust i nosa mogą zawierać szkodliwe chemikalia i barwniki, np. formaldehyd, ekspozycja płuc na nanocząsteczki (nanomateriały w maskach obejmują dwutlenek miedzi, węgiel, grafen, nanodiamenty, nanosrebro i dwutlenek tytanu; poważne skutki uboczne u ludzi wynikające z wdychania nanocząsteczek srebra obejmują niewydolność płuc, przyspieszenie akcji serca i obniżone tętnicze ciśnienie tlenu we krwi), zwiększone ryzyko upadku (zaburzenia pola widzenia peryferyjnego, parujące okulary), wdychanie mikroplastiku pochodzącego z maski [1-35].

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

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

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

Borovoy, 2020a:

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

Borovoy, 2020b:

„Ze względu na duże ryzyko dla osób noszących maski (...) pilnie zalecamy, ABY ŻADNA OSOBA DOROSŁA ANI DZIECKO NIE BYŁY ZMUSZANE DO NOSZENIA MASKI W ŻADNYCH OKOLICZNOŚCIACH. Ponadto zalecamy, aby zagrożenia związane z noszeniem maski były publikowane i ogólnie dostępne i aby maski były noszone wyłącznie przez dorosłych, którzy zdecydują się to zrobić, i

tylko za dobrowolną świadomą zgodą, z PEŁNĄ ŚWIADOMOŚCIĄ ZWIĄZANYCH Z NIMI ZAGROŻEŃ, oraz aby ich stosowanie było ZABRONIONE dla dzieci, dorosłych uczniów i pracowników” [58]

Źródła:

1. Downsides of face masks and possible mitigation strategies: a systematic review and meta-analysis”. Mina Bakhit, Natalia Krzyzaniak, Anna Mae Scott, Justin Clark, Paul Glasziou, Chris Del Mar. medRxiv 2020.06.16.20133207; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.16.20133207>. Now accepted for publication in BMJ Open. --
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.16.20133207v1>
2. Lazzarino, Antonio Ivan, et al. „Covid-19: Important potential side effects of wearing face masks that we should bear in mind.” The BMJ 369 (2020).
3. Fisher, Kiva A., et al. „Community and Close Contact Exposures Associated with COVID-19 Among Symptomatic Adults≥ 18 Years in 11 Outpatient Health Care Facilities–United States, July 2020.” Morbidity and Mortality Weekly Report 69.36 (2020): 1258
4. Przedstawicielka WHO w Polsce, dr Paloma Cuchí (marzec 2020),
<https://www.tysol.pl/a44621-Moga-stac-sie-zrodlem-infekcji-WHO-przestrzega-przed-noszeniem-maseczek-przez-zdrowe-osoby>
5. Vainshelboim B. “Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis”. Medical Hypotheses. 2021;146:110411. doi:10.1016/j.mehy.2020.110411
-- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680614/>
6. Hunter, Paul Raymond, et al. „Impact of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 in Europe: a quasi-experimental study.” medRxiv (2020). <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.>

7. Ines Kappstein (Niemcy): Kappstein Ines. „Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit.“ Krankenhaushygiene up2date 15.03(2020):279-297. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1174-6591.pdf>
8. MacIntyre, C. Raina, et al. “A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers.” BMJ open 5.4 (2015): e006577.
9. Li Y, Tokura H, Guo YP, et al. “Effects of wearing N95 and surgical facemasks on heart rate, thermal stress and subjective sensations”. Int Arch Occup Environ Health. 2005;78(6):501-509. doi:10.1007/s00420-004-0584-4 -- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7087880/>
10. Fikenzer S, Uhe T, Lavall D, Rudolph U, Falz R, Busse M, Hepp P, Laufs U. “Effects of surgical and FFP2/N95 face masks on cardiopulmonary exercise capacity”. Clin Res Cardiol. 2020 Dec;109(12):1522-1530. doi: 10.1007/s00392-020-01704-y. Epub 2020 Jul 6. PMID: 32632523; PMCID: PMC7338098. – <https://link.springer.com/article/10.1007/s00392-020-01704-y>
11. Review of scientific reports of harms caused by face masks, up to February 2021 https://www.researchgate.net/publication/349518677_Review_of_scientific_reports_of_harms_caused_by_face_masks_up_to_February_2021
12. Zhu, J. H., et al. „Effects of long-duration wearing of N95 respirator and surgical facemask: a pilot study.” J Lung Pulm Resp Res 4 (2014): 97-100
13. Bader A et al. Preliminary report on surgical mask induced deoxygenation during major surgery. Neurochirurgia 2008;19:12-126.
14. Kao, Tze-Wah, et al. „The physiological impact of wearing an N95 mask during hemodialysis as a precaution against SARS in patients with end-stage renal disease.” Journal of the Formosan Medical Association= Taiwan yi

zhi 103.8 (2004): 624-628.

15. Shehade H et al. Cutting edge: Hypoxia-Inducible Factor-1negatively regulates Th1 function. J Immunol 2015;195:1372-1376.
16. Westendorf AM et al. Hypoxia enhances immunosuppression by inhibiting CD4+ effector T cell function and promoting Treg activity. Cell Physiol Biochem 2017;41:1271-84.
17. Sceneay J et al. Hypoxia-driven immunosuppression contributes to the pre-metastatic niche. Oncoimmunology 2013;2:1 e22355.
18. Savransky V et al. Chronic intermittent hypoxia induces atherosclerosis. Am J Resp Crit Care Med 2007;175:1290-1297.
19. Kyung, Sun Young, et al. „Risks of N95 face mask use in subjects with COPD.” Respiratory Care 65.5 (2020): 658-664.
20. Lazzarino, Antonio Ivan, et al. „Covid-19: Important potential side effects of wearing face masks that we should bear in mind.” The BMJ 369 (2020).
21. <https://www.gao.gov/new.items/d10875.pdf>
22. Greenhalgh T ,Schmid MB ,Czypionka T ,Bassler D ,Gruer L. Maski na twarz dla publiczności podczas kryzysu COVID-19
23. Chodosh, Joshua, Barbara E. Weinstein, and Jan Blustein. „Face masks can be devastating for people with hearing loss.” (2020).
24. Ten Hulzen, Richard D., and David A. Fabry. „Impact of Hearing Loss and Universal Face Masking in the COVID-19 Era.” Mayo Clinic Proceedings. Elsevier, 2020
25. MacIntyre, C. Raina, et al. “A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers.” BMJ open 5.4 (2015): e006577
26. Palmieri, Valentina, et al. „Face masks and nanotechnology: Keep the blue side up.” Nano Today 37 (2021): 101077.
27. https://www.researchgate.net/publication/344360277_Masks

_false_safety_and_real_dangers_Part_1_Friable_mask_parti
culate_and_lung_vulnerability

28. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part3/
29. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306987720317126?via%3Dihub>
30. Marler, Hollyanna, and Annabel Ditton. „I’m smiling back at you”: Exploring the impact of mask wearing on communication in healthcare.” International journal of language & communication disorders (2020).
31. Vainshelboim, Baruch. „Facemasks in the COVID-19 era: A health hypothesis.” Medical hypotheses 146 (2021): 110411
32. https://www.researchgate.net/publication/348179764_The_problem_with_communication_stress_from_face_masks
33. Kal, Elmar C., William R. Young, and Toby J. Ellmers. „Face masks, vision, and risk of falls.” (2020).
34. patrz pozycja 11
35. Li, Lu, et al. „COVID-19: Performance study of microplastic inhalation risk posed by wearing masks.” Journal of hazardous materials 411 (2021): 124955.
36. Schwarz, Silke, et al. “Corona children studies” Co-Ki”: First results of a Germany-wide registry on mouth and nose covering (mask) in children.” (2020) <https://assets.researchsquare.com/files/rs-124394/v2/de6894fb-f636-4183-9497-3e80bbde5824.pdf>
37. Green, Janet et al. “The implications of face masks for babies and families during the COVID-19 pandemic: A discussion paper”. Journal of neonatal nursing : JNN vol. 27,1 (2021): 21-25. doi:10.1016/j.jnn.2020.10.005 – <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7598570/>
38. Lewkowicz : „Masks Can Be Detrimental to Babies’ Speech and Language Development”. David J. Lewkowic. Scientific American. Cognition, Opinion, <https://www.scientificamerican.com/article/masks-can-be-detrimental-to-babies-speech-and-language-development/>

39. Karvounides, D., Marzouk, M., Ross, A.C., VanderPluym, J.H., Pettet, C., Ladak, A., Ziplow, J., Patterson Gentile, C., Turner, S., Anto, M., Barmherzig, R., Chadehumbe, M., Kalkbrenner, J., Malavolta, C.P., Clementi, M.A., Gerson, T. and Szperka, C.L. (2021), "The intersection of COVID-19, school, and headaches: Problems and solutions". *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, 61: 190-201, <https://doi.org/10.1111/head.14038>
40. Zanotti, B., Parodi, P.C., Riccio, M. et al. "Can the Elastic of Surgical Face Masks Stimulate Ear Protrusion in Children?". *Aesth Plast Surg* 44, 1947–1950 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00266-020-01833-9> – <https://link.springer.com/article/10.1007/s00266-020-01833-9>
41. Ong JJY et al. Headaches associated with personal protective equipment-A cross sectional study among frontline healthcare workers during COVID-19. *Headache* 2020;60(5):864-8776 <https://headachejournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/head.13811>
42. Ramirez-Moreno, Jose M., et al. „Mask-associated de novo headache in healthcare workers during the Covid-19 pandemic.” *medRxiv* (2020) <https://oem.bmj.com/content/early/2020/12/29/oemed-2020-106956.abstract>
43. Elisheva Rosner E (2020) "Adverse Effects of Prolonged Mask Use among Healthcare Professionals during COVID-19". *Journal of Infectious Disease and Epidemiology* 6:130. doi.org/10.23937/2474-3658/1510130 -- <https://clinmedjournals.org/articles/jide/journal-of-infectious-diseases-and-epidemiology-jide-6-130.php>
44. Purushothaman, P.K., Priyanga, E. & Vaidhyswaran, R. "Effects of Prolonged Use of Facemask on Healthcare Workers in Tertiary Care Hospital During COVID-19 Pandemic". *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 73, 59–65 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12070-020-02124-0>

45. Magnavita (critique of Ong, 2020): Magnavita, N. and Chirico, F. (2020), "Headaches, Personal Protective Equipment, and Psychosocial Factors Associated With COVID-19 Pandemic". Headache: The Journal of Head and Face Pain, 60: 1444-1445. <https://doi.org/10.1111/head.13882>
46. Goh (response to critique of Ong, 2020): Goh Y, Ong JJY, Bharatendu C, Tan BYQ, Sharma VK. "Headaches Due to Personal Protective Equipment During COVID-19 Pandemic: A Comment". Headache: The Journal of Head and Face Pain. 2020;60(7):1446-1447. doi:10.1111/head.13879 -- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7323331>
47. Rapisarda, L., Trimboli, M., Fortunato, F. et al. "Facemask headache: a new nosographic entity among healthcare providers in COVID-19 era". Neurological Sciences (2021). <https://doi.org/10.1007/s10072-021-05075-8>
48. Hajjij A, Aasfara J, Khalis M, et al. "Personal Protective Equipment and Headaches: Cross-Sectional Study Among Moroccan Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic". Cureus. 2020 Dec;12(12):e12047. DOI: 10.7759/cureus.12047. <https://europepmc.org/article/med/33447477>
49. Çağlar, A., Kaçer, İ, Hacımustafaoğlu, M., Öztürk, B., & Öztürk, K. (2020). "Symptoms associated with personal protective equipment among frontline healthcare professionals during the COVID-19 pandemic". Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 1-15. doi:10.1017/dmp.2020.455 -- <https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/symptoms-associated-with-personal-protective-equipment-among-frontline-healthcare-professionals-during-the-covid19-pandemic/FD3DF0B1437D8E4C9C577D09A2295C68>
50. Rumeesha Zaheer, Maheen Khan, Ahmed Tanveer, Amal Farooq, Zohaib Khurshid. "Association of Personal

Protective Equipment with De Novo Headaches In Frontline Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study". *European Journal of Dentistry*. 2020 Dec;14(S 01):S79-S85. doi: 10.1055/s-0040-1721904. Epub 2020 Dec 26. PMID: 33368069; PMCID: PMC7775222. --
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775222/>

51. Zaheer : Rumeesha Zaheer, Maheen Khan, Ahmed Tanveer, Amal Farooq, Zohaib Khurshid. "Association of Personal Protective Equipment with De Novo Headaches In Frontline Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study". *European Journal of Dentistry*. 2020 Dec;14(S 01):S79-S85. doi: 10.1055/s-0040-1721904. Epub 2020 Dec 26. PMID: 33368069; PMCID: PMC7775222. --
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7775222/>
52. M. Frountzas, C. Nikolaou, D. Schizas et al., "Personal protective equipment against COVID-19: Vital for surgeons, harmful for patients?", *The American Journal of Surgery*. 13 August 2020. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.09.014>
53. Singh M. et al. Personal protective equipment induced facial dermatoses in healthcare workers managing COVID-19 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020; 34: e378-e380, <https://doi.org/10.1111/jdv.16628>
54. Rosner, E. „Adverse effects of prolonged mask use among health care professionals during COVID-19." *J Infect Dis Epidemiol* 6 (2020): 130
55. Purushothaman, P. K., E. Priyanga, and Roopak Vaidhyswaran. „Effects of prolonged use of facemask on healthcare workers in tertiary care hospital during COVID-19 pandemic." *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery* 73.1 (2021): 59-65.
56. Dehbandi, Reza, and Mohammad Ali Zazouli. „Stability of SARS-CoV-2 in different environmental conditions." *The Lancet Microbe* 1.4 (2020): e145
57. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part2/
58. https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dang

ARGUMENT 8

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

Prof. Łukasz Szumowski:

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

Marszałek Senatu prof. Tomasz Grodzki (lekarz pulmonolog):

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

Dr hab. n. med. Jarosław Pinkas:

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

Dr Zbigniew Martyka, ordynator oddziału zakaźnego w Dąbrowie Tarnowskiej:

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

Doktor Maciej Niwiński, przewodniczący Zarządu Regionu Śląskiego OZZL:

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

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

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

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

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

Prof. Włodzimiesz Gut:

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

Minister Zdrowia Holandii, Tamary van Ark:

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

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

1. <https://www.medonet.pl/koronawirus/koronawirus-w-polsce, lekarz-zle-uzyta-maseczka-staje-sie-bomba-biologiczna-,artykul,92624472.html>
2. <https://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Szumowski-o-koronawirusie-maseczki-nie-pomagaja-Nie-wiem-czemu-ludzie-je-nosza,203278,8.html>
3. <https://mgr.farm/aktualnosci/gis-noszenie-maseczek-przez-osoby-zdrowe-jest-bezsensowne/>
4. <http://www.tarnow.net.pl/articles/s/i/294542>
5. <https://plus.gloswielpolski.pl/koronawirus-maseczki-da-ja-zludne-poczucie-bezpieczenstwa-bo-nie-potrafimy-z-nich-poprawnie-korzystac-mowi-mikrobiolog/ar/c1-14886265>
6. <https://dailycaller.com/2020/03/03/facemasks-coronavirus-says-cdc-who/>
7. <https://www.mp.pl/covid19/covid19-aktualnosci/228836,who-maseczki-sa-dla-personelu-medycznego>
8. <https://kobieta.wp.pl/maseczki-ochronne-czy-ich-noszenie-ma-sens-wirusolog-wlodzimierz-gut-wyjasnia-6500789009070209a?c=96&nil=&src01=6a4c8>
9. <https://www.rp.pl/Koronawirus-SARS-CoV-2/200809981-Holandia-Maski-nie-beda-obowiazkowe-Nie-ma-dowodow-ze-dzialaja.html>

ARGUMENT 9

ISTNIEJE HIPOTEZA, ŻE MASKA ZWIĘKSZA RYZYKO COVID-19

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

Fisher, 2020:

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

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

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

Hunter, 2020:

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

Profesor mikrobiologii, wirusologii i epidemiologii – Ines Kappstein (Niemcy):

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

MacIntyre, 2015: Autorzy badania przestrzegają przed

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

Źródła:

1. C Felter, N Bussemaker. Which countries are requiring face masks? Council on Foreign Relations. Aug 4, 2020. <https://www.cfr.org/in-brief/which-countries-are-requiring-face-masks>
2. B Borovoy, C Huber, M Crisler. Masks, false safety and real dangers, Part 2: Microbial challenges from masks. Primary Doctor Med J. Nov 2020. https://pdmj.org/Mask_Risks_Part2.pdf
3. I Miller. Mask charts. Rational Ground. <https://rationalground.com/mask-charts/>
4. I Miller. More mask charts. Rational Ground. <https://rationalground.com/more-mask-charts/>
5. The COVID Tracking Project. Data download. The Atlantic. <https://covidtracking.com/data/download>
6. <https://github.com/owid/covid-19-data/tree/master/public/data>
7. H Bundgaard, J Bundgaard, et al. Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers: A randomized controlled trial. Ann Int Med. Nov 18 2020. <https://doi.org/10.7326/M20-6817>.
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-6817>
8. J Xiao, E Shiu, et al. Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in non-healthcare settings – personal protective and environmental measures. Centers for Disease Control. 26(5); 2020 May. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/5/19-0994_article
9. T Jefferson, M Jones, et al. Physical interventions to

interrupt or reduce the spread of respiratory viruses.
MedRxiv. 2020 Apr 7.

10. C Huber. Masks are neither effective nor safe: A summary of the science. PDMJ.org. Dec 2020. https://pdmj.org/Mask_Risks_Part4.pdf
11. Brainard, N Jones, et al. Facemasks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID19: A rapid systematic review. MedRxiv. 2020 Apr 1. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20049528v1.full.pdf>
12. C Huber. Proposed mechanisms by which masks increase risk of COVID-19. PDMJ.org. January 2021 https://pdmj.org/papers/masks_false_safety_and_real_dangers_part4/
13. Fisher, Kiva A., et al. „Community and Close Contact Exposures Associated with COVID-19 Among Symptomatic Adults≥ 18 Years in 11 Outpatient Health Care Facilities–United States, July 2020.” Morbidity and Mortality Weekly Report 69.36 (2020): 1258
14. <https://www.tysol.pl/a44621-Moga-stac-sie-zrodlem-infekcji-WHO-przestrzega-przed-noszeniem-maseczek-przez-zdrowe-osoby>
15. Hunter, Paul Raymond, et al. „Impact of non-pharmaceutical interventions against COVID-19 in Europe: a quasi-experimental study.” medRxiv (2020)
16. Kappstein, Ines. „Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit: Keine Hinweise für eine Wirksamkeit.” Krankenhaushygiene up2date 15.03 (2020): 279-297.
17. MacIntyre, C. Raina, et al. „A cluster randomised trial of cloth masks compared with medical masks in healthcare workers.” BMJ open 5.4 (2015): e006577

ARGUMENT 10

NIEPRAWIDŁOWE NOSZENIE MASEK DODATKOWO ZMNIEJSZA SKUTECZNOŚĆ I ZWIĘKSZA RYZYKO

Do wątpliwej skuteczności i uzasadnionego ryzyka należy dodać,

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

ARGUMENT 11

RYZYSKO ZGONU Z POWODU COVID-19 NIE UZASADNIA NOSZENIA MASEK

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

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

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

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

2,5 miliona zgonów rocznie z powodu COVID-19 jest ZNACZNIE PRZESZACOWANE [3], ponieważ raportowane przez poszczególne kraje zgony są „z” covid-19, a nie „z powodu” COVID-19 [4], wiarygodność rekomendowanych testów RT-PCR jest wątpliwa [5-6], przypisywanie COVID-19 może odbywać się wyłącznie na podstawie objawów, bez laboratoryjnej identyfikacji wirusa, co w kontekście globalnym stwarza wysokie prawdopodobieństwo stronniczego raportowania [4,7]

Według WHO, około 1,35 miliona ludzi umiera każdego roku w

wyniku wypadków drogowych [8]. Oszacujmy zatem roczne globalne ryzyko zgonu z powodu wypadków drogowych: $1,35 \text{ mln} / 7,8 \text{ mld} = 0,017\%$

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

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

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

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

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

1. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/planning-scenarios.html>
2. <https://covid19.who.int/>
3. Niforatos JD, Melnick ER, Faust JS. Covid-19 fatality is likely overestimated. BMJ2020;368:m1113. doi:10.1136/bmj.m1113 pmid:32198267
4. Pulla, Priyanka. „What counts as a covid-19 death?” bmj 370 (2020).
5. Cohen, Andrew N., Bruce Kessel, and Michael G. Milgroom. „Diagnosing COVID-19 infection: the danger of over-reliance on positive test results.” medRxiv (2020).
6. Borger, Pieter, et al. „External peer review of the

RTPCR test to detect SARS-CoV-2 reveals 10 major scientific flaws at the molecular and methodological level: consequences for false positive results.” (2020).

7. https://www.researchgate.net/publication/349518677_Review_of_scientific_reports_of_harms_caused_by_face_masks_up_to_February_2021
8. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

ARGUMENT 12

NISKIE RYZYKO ZARAŻENIA SIĘ W PRZELOTNYM KONTAKCIE W PRZESTRZENI PUBLICZNEJ

New England Journal of Medicine, 2020:

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

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

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

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

1. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2006372>
2. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporte>

[r/2020/should-individuals-in-the-community-without-respiratory-symptoms-wear-facemasks-to-reduce-the-spread-of-covid-19-report-2020.pdf](https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.01.20135194v1.full.pdf)

3. Byambasuren O, Cardona, M., Bell, K., Clark, J., McLaws, M.-L., Glasziou, P. Estimating the extent of true asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and metaanalysis. JAMMI 2020 doi: 10.3138/jammi-2020-0030
4. Buitrago-Garcia D, Egli-Gany D, Counotte MJ, Hossmann S, Imeri H, Ipekci AM, et al. Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: A living systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 2020;17(9):e1003346
5. Qiu X, Nergiz I, Maraolo A, Bogoch, Low N, Cevik M. Defining the role of asymptomatic SARS-CoV-2 transmission: a living systematic review. MedRxiv. 2020 doi: 10.1101/2020.09.01.20135194.

ARGUMENT 13

CZĄSTECZKI WIRUSA Z NOŚNIKIEM SWOBODNIE PRZECHODZĄ PRZES PORY W MASCE

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

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

zamaskowaną w porównaniu z osobą bez maski [5].

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

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

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

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

Metaanalizy obejmujące badania RCT z potwierdzoną laboratoryjnie infekcją wskazują, że maski nie działają, bo prawdopodobnie wirusy układu oddechowego przenoszą się drogą powietrzną przez drobiny aerozolu z łatwością penetrujące maskę, a w przypadku drogi kropelkowej silne strumienie

powietrza w bok, do tyłu i w górę od osoby noszącej maskę skutecznie roznoszą wirusa w społeczeństwie.

Źródła:

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

ARGUMENT 14

OGRANICZONA WIARYGODNOŚĆ PUBLIKACJI SUGERUJĄCYCH SKUTECZNOŚĆ NOSZENIA MASEK

Jest wiele publikacji, w których autorzy uznają, że maski są skuteczne [1-12,17]. Do tej pory jednak nie udało się przeprowadzić wystarczająco wiarygodnych badań RCT porównujących noszenie masek do nienoszenia w zakresie redukcji transmisji SARS-CoV-2 z potwierdzoną laboratoryjnie

infekcją. Jedyne RANDOMIZOWANE badanie o dużej mocy statystycznej przeprowadzone na dużej próbie osób (ok 6000 uczestników) dotyczące skuteczności masek w przestrzeni publicznej w dobie pandemii C-19 nie stwierdziło statystycznie ani klinicznie istotnego wpływu stosowania maski na odsetek zakażeń SARS CoV-2 [13].

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

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

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

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

W publikacji „*Human coronavirus data from four clinical trials of masks and respirators*” wskazano, że w czterech przeprowadzonych badaniach, gdzie oceniano maski w kontekście redukcji transmisji ludzkich koronawirusów, zgłaszano tylko złożone punkty końcowe (composite viral endpoints) [18]. Zastosowanie złożonego punktu końcowego może prowadzić do pewnych trudności w interpretacji wyników, jeśli niektóre składniki nie wykazują pozytywnych tendencji na korzyść

badanej interwencji lub jeśli obserwowany efekt leczenia jest spowodowany składnikami postrzeganymi jako słabe i o mniejszym znaczeniu klinicznym [19].

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

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

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

Na przykład autorzy tej metaanalizy opublikowanej na razie w formie preprint konkludują, że ich dowody przemawiają za stosowaniem masek w celu ochrony przed wirusami układu oddechowego, ale jak spojrzemy na wyniki to pojawia się informacja: *„Metaanaliza wszystkich 17 badań nie wykazała związku między maską a infekcjami dróg oddechowych”*, a wyniki istotne klinicznie na korzyść masek osiągnięto dopiero dla skorygowanych współczynników szans. Sami autorzy przyznali, że skorygowane współczynniki szans mają ograniczenia

metodologiczne, wspomniano również o wielu innych ograniczeniach tej metaanalizy [21].

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

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

W opinii eksperckiej popierającej powszechne noszenie masek „What the data say about wearing face masks” opublikowanej na łamach Nature przytoczono taki oto argument: „Nie można przeprowadzać randomizowanych badań dla wszystkiego – i nie powinno się. Jak czasami lubią mawiać badacze kliniczni, spadochrony również nigdy nie były testowane w randomizowanych kontrolowanych badaniach” [11]. Porównanie masek do spadochronów w tym kontekście jest czymś niezrozumiałym, w szczególności że przed pandemią mieliśmy co najmniej kilkanaście badań randomizowanych nad skutecznością masek. Takie stwierdzenie w prestiżowym periodyku naukowym pośrednio sugeruje, że nienoszenie maski w każdym przypadku skończy się śmiercią, jak skok bez spadochronu, jest oczywistym absurdem. Dlaczego przeprowadzenie badań randomizowanych dla masek jest bardzo ważne uzasadniono w ramach ARGUMENTU I.

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

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

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

Źródła:

1. Chu, Derek K., et al. „Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis.” *The Lancet* 395.10242 (2020): 1973-1987.
2. Sharma, Suresh K., Mayank Mishra, and Shiv K. Mudgal. „Efficacy of cloth face mask in prevention of novel coronavirus infection transmission: A systematic review and meta-analysis.” *Journal of Education and Health Promotion* 9 (2020).
3. Liang, Mingming, et al. „Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: a systematic review and meta-analysis.” *Travel Medicine and Infectious Disease* (2020): 101751.

4. MacIntyre, C. Raina, and Abrar Ahmad Chughtai. „A rapid systematic review of the efficacy of face masks and respirators against coronaviruses and other respiratory transmissible viruses for the community, healthcare workers and sick patients.” *International Journal of Nursing Studies* (2020): 103629.
5. Howard, Jeremy, et al. „Face masks against COVID-19: an evidence review.” (2020).
6. <https://royalsociety.org/-/media/policy/projects/set-c/set-c-facemasks.pdf?la=en-GB&hash=A22A87CB28F7D6AD9BD93BBCBFC2BB24>
7. Li, Tom, et al. „Mask or no mask for COVID-19: A public health and market study.” *PloS one* 15.8 (2020): e0237691.
8. Rader B, White LF, Burns MR, et al. Mask-wearing and control of SARS-CoV-2 transmission in the USA: a cross-sectional study. *Lancet Digit Health* 2021; published online Jan 19.
9. Clapham, Hannah E., and Alex R. Cook. „Face masks help control transmission of COVID-19.” *The Lancet Digital Health* 3.3 (2021): e136-e137.
10. Coclite, Daniela, et al. „Face mask use in the Community for Reducing the Spread of COVID-19: a systematic review.” *medRxiv* (2020)
11. Peeples, Lynne. „What the data say about wearing face masks.” *Nature* 586 (2020): 186-189.
12. Catching, Adam, et al. „Examining face-mask usage as an effective strategy to control COVID-19 spread.” *medRxiv* (2021): 2020-08.
13. Bundgaard, Henning, et al. “Effectiveness of adding a mask recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers: a randomized controlled trial.” *Annals of Internal Medicine* (2020) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205991/>
14. <http://www.economicsfaq.com/retract-the-lancets-and-who-funded-published-study-on-mask-wearing-criticism-of->

physical-distancing-face-masks-and-eye-protection-to-prevent-person-to-person-transmissi/

15. <https://www.theguardian.com/science/2020/jun/14/scientists-report-flaws-in-who-study-on-two-metre-distancing>
16. aier.org/article/masking-a-careful-review-of-the-evidence/
17. Tabatabaeizadeh, Seyed-Amir. „Airborne transmission of COVID-19 and the role of face mask to prevent it: a systematic review and meta-analysis.” *European Journal of Medical Research* 26.1 (2021): 1-6.
18. MacIntyre, C. Raina, et al. „Human coronavirus data from four clinical trials of masks and respirators.” *International Journal of Infectious Diseases* 96 (2020): 631-633.
19. Sankoh, Abdul J., Haihong Li, and Ralph B. D’Agostino Sr. „Use of composite endpoints in clinical trials.” *Statistics in medicine* 33.27 (2014): 4709-4714.
20. Damette, Olivier. „Zorro versus Covid-19: fighting the pandemic with face masks.” *medRxiv* (2021). – preprint
21. Ollila, Hanna M., et al. „Face masks prevent transmission of respiratory diseases: a meta-analysis of randomized controlled trials.” *medRxiv* (2020).
22. Gupta, Madhu, Khushi Gupta, and Sarika Gupta. „The use of facemasks by the general population to prevent transmission of Covid 19 infection: A systematic review.” *medRxiv* (2020).
23. Wu, Jiang, et al. “Risk Factors for SARS among Persons without Known Contact with SARS Patients, Beijing, China.” *Emerging Infectious Diseases*, Centers for Disease Control and Prevention. 2004. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3322931/.
24. Lau, Joseph T F, et al. “SARS Transmission, Risk Factors, and Prevention in Hong Kong.” *Emerging Infectious Diseases*, Centers for Disease Control and Prevention. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3323085/.
25. Van Der Sande, Marriane, et al. “Professional and Home-

Made Face Masks Reduce Exposure to Respiratory Infections among the General Populatoin."PloS One. 2008. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2440799.

26. Johnson, D F, et al. "A Quantitative Assessment of the Efficacy of Surgical and N95 Masks toFilter Influenza Virus in Patients with Acute Influenza Infection." Clinical Infectious Diseases : an Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, U.S. National Library of Medicine. 2009.
27. Matthews, Sajith. „Mask mandates in light of DANMASK-19." Infection Control & Hospital Epidemiology (2021): 1-2.

ARGUMENT 15

MASKI STANOWIĄ POWAŻNE ZAGROŻENIE EKOLOGICZNE

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

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

Źródła:

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

Dr n. med. Piotr Witczak

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



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

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

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

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

Według danych UKHSA między 6 września a 3 października **70 procent śmiertelnych przypadków COVID wystąpiło u osób w pełni zaszczepionych**, z 2281 zgonami u „w pełni zaszczepionych” osób i tylko 611 u osób nieszczepionych w ciągu 28 dni od

pozytywnego testu. Osoby częściowo zaszczepione miały udział tylko w 98 zgonach.

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

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

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

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

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

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

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

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

W ciągu ostatnich sześciu-ośmiu tygodni, **więcej niż 40% ludzi,**

którzy zginęli w Maryland zostali w pełni zaszczepione", były dyrektor CDC dr Robert Redfield, starszy doradca gubernator Maryland Larry Hogan, powiedział w tym tygodniu w wywiadzie Fox News. Departament Zdrowia Maryland poinformował, że przełomowe zgony były bliższe 30.

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

Tydzień w Nowej Normalności #7



1. NAJGORSZY ARTYKUŁ, JAKI KIEDYKOLWIEK CZYTAŁEM.

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

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

Jest zatytułowany:

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

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

2. POWRÓT MIĘSA HODOWANEGO W LABORATORIUM

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

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

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

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

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

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

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

Wynik procesu Sarah Everard w Wielkiej Brytanii wywołał falę

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

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

Sprawdźmy tylko statystyki, ze względu na rzeczywistość.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BONUS: TOTALNE NIE-SEKCIARSTWO TYGODNIA

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

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

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

pic.twitter.com/dxxHmyQ6GX

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

Lub dosłownie cytując Boga jako źródło szczepionki:

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

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

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

BONUS II: PROJEKCJA TYGODNIA

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

A wczoraj napisał to na Twitterze...

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

They are AFRAID.

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

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

NIE JEST TAK ŻŁE...

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

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

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

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

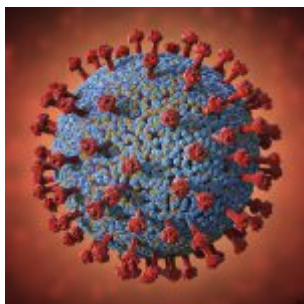
Również dla każdego, kto chce się pośmiać...

pic.twitter.com/lrBm0za91o

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

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

Kłamstwa, które powiedzieli nam o COVID



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

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

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

„Nowy koronawirus pochodzi z grupy wirusów, które pochodzą lub rozprzestrzeniają się u nietoperzy i nadal nie jest jasne, jakie zwierzę mogło przenieść chorobę na ludzi, Peter Ben

Embarek, ekspert WHO ds. chorób zwierzęcych, które przenoszą się na ludzi, powiedział w piątek.

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

Tak, a bociany przynoszą dzieci.

Potem był ten o Czerwonych Chinach kontrolujących wirusa.

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

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

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

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

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

się 23 marca.

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

Ale dlaczego Czerwone Chiny miałyby kłamać na temat czegoś takiego?

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

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

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

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

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

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

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

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

wojny, komu możesz zaufać?

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

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

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

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

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

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

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

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

„Opracowano go początkowo w 1796 roku, kiedy zaczęli się nad nim zastanawiać, a stał się użyteczny w latach 50. XX

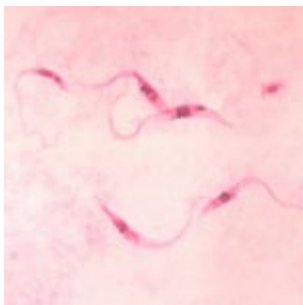
wieku. OK? To nie jest prosta rzecz”.

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

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

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

W szczepionkach na COVID-19 znaleziono pasożyty



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

Gość programu dr Carrie Madej przedstawia przebieg i wyniki badań, w których osobiście uczestniczyła. Laboratorium badało kilka nietkniętych i otworzonych dopiero do badania fiolek

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

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

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

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

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

Czy już wiesz czytelniku jak działa szczepionka depopulacyjna?

Albo pozbawi życia osoby zaszczepione tlenek grafenu zawarty w szczepionce, albo zostaną one śmiertelnie zainfekowane pasożytem Trypanosoma Cruzi. Jeśli zaszczepiłeś się a nie nie masz szczęścia, to zginiesz w kilka miesięcy po zaszczepieniu, jeśli masz szczęście, to na śmierć poczekasz dłużej.

Są trzy stadia choroby Chagasa:

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

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

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

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

Jakie wnioski wypływają z powyższych faktów dla osób nie zaszczepionych?

- unikać osób zaszczepionych, gdyż mogą nas one „poczęstować”

pasożytem Trypanosoma.

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

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

Źródło: LegaArtis.pl

Niemcy: po umieszczeniu w obozach kwarantanny rząd OGRABIA więźniów z wypłat odszkodowań



Od listopada Niemcy, których nie uważa się za „w pełni zaszczepionych”, będą [pozbawieni wypłaty odszkodowań](#) od rządu podczas obowiązkowej kwarantanny.

Minister zdrowia Jens Spahn ogłosił, że po spotkaniu z 16 krajami związkowymi w dniu 22 września podjęto decyzję o zaprzestaniu wypłacania osobom nieszczepionym pieniędzy, których potrzebują do życia w obozie koncentracyjnym.

Co więcej, nieszczepieni Niemcy nie będą już mogli bezpłatnie poddawać się testom na Covid-19. Zamiast tego będą musieli zapłacić z własnej kieszeni za ten „przywilej”.

Zmiany mają na celu przekonanie większej liczby osób do zastrzyku, które są obecnie dostępne w ramach zezwolenia na użycie w sytuacjach awaryjnych (EUA). Utrudniając życie nieszczepionym, rząd ma nadzieję na ich złamanie i wymusi posłuszeństwo.

Ale Spahn mówi, że zaszczepienie się nadal będzie „osobistą decyzją”. Jedyna różnica polega na tym, że ta osobista decyzja będzie kosztować coraz więcej, życia i środki do życia.

„Niektórzy powiedzą, że oznacza to presję na nieszczepionych. Myślę, że musimy spojrzeć na to odwrotnie – jest to również kwestia uczciwości” – cytuje się słowa Spahna, dodając, że decyzja o pozostaniu nieszczepionym wkrótce będzie wiązała się z „odpowiedzialnością za poniesienie konsekwencji finansowych”.

„Ci, którzy chronią siebie i innych poprzez szczepienie, mogą słusznie zapytać, dlaczego powinniśmy płacić komuś, kto trafił na kwarantannę po wakacjach w obszarze ryzyka”.

Niezaszczepieni Niemcy wkrótce będą musieli uiścić opłatę za badanie za każdym razem, gdy będą chcieli gdzieś wejść

Nowa opłata za badanie dla niezaszczepionych to dość duża sprawa, ponieważ podobnie jak Izrael, Niemcy wymagają teraz, aby mieszkańcy i goście okazali dowód zaszczepienia lub negatywny test przed wejściem do restauracji, teatrów i innych miejsc zamkniętych.

Od 11 października niezaszczepieni Niemcy, którzy nie są w stanie udowodnić, że odmówili wykonania wstrzyknięcia z powodów medycznych, będą musieli płacić za badanie za każdym razem, gdy będą chcieli gdzieś wejść.

Koszty te z pewnością z czasem się zwiększą, przez co bycie osobą niezaszczepioną w Niemczech będzie zbyt drogie. Innymi słowy, Niemcy, podobnie jak Izrael, stają się dwupoziomowym krajem apartheidu.

Według doniesień, nowe przepisy wpłyną na podróżnych, którzy po powrocie z krajów „wysokiego ryzyka”, takich jak Wielka Brytania, Turcja i niektóre części Francji, uzyskają pozytywny wynik testu.

„Niezaszczepieni podróżnicy z takich krajów muszą poddać się kwarantannie przez co najmniej pięć dni” – donosi *The Epoch Times*. „Ci, którzy zostali zaszczepieni lub niedawno wyzdrowieli, nie są do tego zobowiązani”.

W niezbyt odległej przeszłości Niemcy sprzeciwiały się obowiązkowi szczepień, twierdząc, że podważyłoby to zaufanie publiczne. Coś się jednak zmieniło, odkąd Izrael prowadził właśnie w tym kierunku, a teraz Niemcy idą w ich ślady.

Władze niemieckie sprzeciwiają się również proponowanym nowym

przepisom, które umożliwiłyby pracodawcom dostęp do prywatnych rejestrów szczepień swoich pracowników.

„Informacje zdrowotne pracowników są szczególnie wrażliwe, a kwestia szczepień przeciwko koronawirusowi jest tego częścią” – powiedziała Christine Lambrecht, minister sprawiedliwości i ochrony konsumentów.

W chwili pisania tego tekstu Niemcy mają wskaźnik zgodności ze szczepieniami na Covid-19 wynoszący około 63,5%. Instytut Roberta Kocha (RKI), agencja zdrowia, oświadczyła, że jej celem jest osiągnięcie 85% wskaźnika szczepień w Niemczech wśród osób w wieku od 12 do 59 lat. W przypadku osób w wieku 60 lat i starszych celem jest 90-procentowa zgodność.

Źródła:

[TheEpochTimes.com](https://www.thetimes.co.uk/article/coronavirus-germany-employees-vaccination-records-2020-09-10)

[NaturalNews.com](https://www.naturalnews.com/058110-coronavirus-germany-employees-vaccination-records.html)

Stan epidemii w Polsce zakończył się z mocy prawa

Z ogromną przyjemnością chcieliśmy Państwa poinformować, iż w Polsce stan epidemii COVID – 19 zakończył się z mocy prawa. To nie fakenews!!!

Zgodnie z ustawą o przeciwdziałaniu epidemii rząd może ogłosić obostrzenia przewidziane w ustawie tylko wtedy kiedy mamy epidemię choroby zakaźnej.

Zgodnie z art. 2 ust 9 ustawy o **zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi**: epidemią jest wystąpienie

na danym obszarze zakażeń lub zachorowań na chorobę zakaźną w liczbie wyraźnie większej niż we wcześniejszym okresie albo wystąpienie zakażeń, lub chorób zakaźnych dotychczas niewystępujących”.

UWAGA!!!!

27 sierpnia 2020 mieliśmy 887 zarażeń

Źródło: polsatnews.pl

27 sierpnia 2021 wg. danych MZ mamy 258 zarażeń. Taka sytuacja jest od początku sierpnia ze mamy mniej wykrytych przypadków COVIDA w porównaniu z analogicznym okresem w 2020 roku

Co to oznacza:

Możemy w tym miejscu stanowczo ogłosić, że ogłoszony przez rząd stan epidemii i związane z tym stanem wszelkie bezprawne nakazy, zakazy i obostrzenia straciły podstawę prawną i w związku z tym nie obowiązują.

Tym samym milicja nie posiada delegacji ustawowej do karania obywateli, którzy nie przestrzegają wówczas bezprawnie wprowadzonych a obecnie nielegalnych obostrzeń.

Zapytasz dlaczego?

A no dlatego, że zgodnie z powyższą ustawą stan epidemii w Polsce się zakończył z mocy prawa i będzie obowiązywał od momentu kiedy dobową liczbą pseudo zakażeń będzie ZNACZĄCO POWYŻEJ DANYCH Z 2020 ROKU.

Prawo zawsze zwycięży. Prawo jest po naszej stronie tylko, trzeba w nim pogrzebać.

Skutki tego zapisu ustawy:

1. Do czasu kiedy dobową liczbą pseudo zakażeń nie będzie wyższa od danych z roku poprzedniego straszenie rządu lockdownem jest bezprawne, ponieważ stan epidemii nie

obowiązuje.

2. Żadne zakazy i ograniczenia są nielegalne. Zamknięcie lub ograniczone działanie lokali usługowych, noszenie masek czy nauka hybrydowa lub zdalna (jaka i tak była nielegalna) – są **NIELEGALNE**.

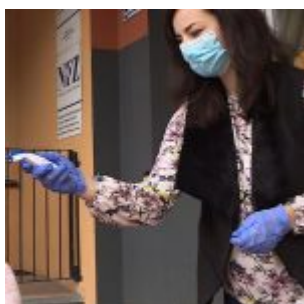
Pamiętajcie Polacy, że zgodnie z prawem o stanie epidemii nie decyduje Morawiecki czy Niedzielski a tym bardziej ich Rada Medyczna. O tym decyduje w demokratycznym Państwie – **PRAWO!**

CIEKAWIE CO POWIE NA TO NIEDZIELSKI I SPÓŁKA JAK SIĘ DOWIE!!!!

[Link do ustawy](#)

Źródło: LegaArtis.pl

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



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

Postanowiliśmy zatem ten temat wyjaśnić powracający problem w niniejszym artykule.

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

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

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

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

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

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

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

W Polsce kwestia tajemnicy lekarskiej regulowana jest przez wiele aktów prawnych, między innymi Konstytucję, ustawę o zawodzie lekarza, ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, ustawę o zawodzie

pielęgniarki i położnej oraz przez Kartę Praw Pacjenta. Przepisy te zobowiązują personel medyczny do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji o stanie zdrowia pacjenta. Jednocześnie dają one pacjentowi prawo do decydowania o tym, komu lekarz może takich informacji udzielić.

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

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

- Dane zbierane podczas rejestracji do usług opieki zdrowotnej,
- Dane pozyskane podczas świadczenia usługi opieki zdrowotnej,
- Numer, symbol lub oznaczenie przypisane danej osobie fizycznej
- w celu jednoznacznego zidentyfikowania tej osoby do celów zdrowotnych,
- Informacje pochodzące z badań laboratoryjnych lub lekarskich, w tym próbek biologicznych, informacje o chorobie, niepełnosprawności, ryzyku choroby, historii medycznej, leczeniu klinicznym lub stanie fizjologicznym, lub biomedycznym (w tym np. o stanie i stopniu nietrzeźwości) osoby, której dane dotyczą.

Informacje o zdrowiu osoby fizycznej klasyfikujemy, jako dane genetyczne niezależnie od ich źródła, którym może być na

przykład lekarz lub inny pracownik służby zdrowia, szpital, urządzenie medyczne lub inne (np. alkomat).

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

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

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

Danych takich nie można też pozyskiwać nawet z własnej inicjatywy osoby, do jakiej się odnoszą (za jej zgodą), o ile brak jest cechy „dobrowolności”, w relacji pomiędzy podmiotem danych a tym kto je pozyskuje (motyw 43 preambuły RODO).

Z powyższego wynika, że:

1. Pomiar temperatury to zabieg medyczny a taki zabieg medyczny może być wyłącznie wykonany przez podmiot uprawniony, jakim w świetle prawa jest personel medyczny.

2. Wynik pomiaru temperatury ciała (niezależnie od użytej techniki: termometr, urządzenie do pomiaru) to dane o zdrowiu a dane o zdrowiu podlegają ochronie prawnej i nie mogą być przetwarzane przez podmiot nieuprawniony, ponieważ za ich przetwarzanie bez uprawnienia grodzi odpowiedzialność karna w myśl art. 107 ust 2 ustawy o ochronie danych osobowych.

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

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

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA

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

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

Źródło: LegaArtis.pl

Chętni kaci COVIDa



W jaki sposób, wcześniej normalni ludzie, stali się tak chętni do wydawania wyroków śmierci?

Jakiś czas temu kilka osób z pewnego portalu społecznościowego powiedziało mi, że życzyli mi śmierci.

Jednego z nich tak naprawdę nie znałem. Wystraszył się, kiedy spokojnie zasugerowałem, że istnieją realne opcje leczenia dla „osób z Covidem”. Odpowiedział: *„Nie wchodź w moje życie!! Mam nadzieję, że dostaniesz Covida i umrzesz!”*

Pozostali dwaj to ludźmi, których znałem dość długo. Jeden zasugerował, że powinienem udowodnić teorię Darwina i zginąć od wirusa, drugi po prostu powiedział, że zasłużyłem na to, jako samolubny, nieszczepiony, zaprzeczający nauce teoretyk spiskowy.

Chętni kaci COVIDa.

Wiem, że Facebook z pewnością nie jest idealnym miejscem do rozsądnego dyskursu. Uważam jednak, że jest to interesująca próbka pewnego skrajnego sposobu myślenia i zachowania.

Uważam również, że moje doświadczenia z „przyjaciółmi” pragnącymi mojej śmierci nie są niczym niezwykłym wśród osób po tej stronie płotu w tej debacie. Przynajmniej w myślach nie jest niczym niezwykłym.

Jak wszyscy wiemy, Facebook to miejsce bez zahamowań. Jednakże wierzę, że jest to poważna obawa, że ludzie mogą zostać zmanipulowani w ten mroczny sposób myślenia i odczuwania.

Słowem operacyjnym jest tutaj „manipulować”.

Wierzę, że w większości ludzie wyewoluowali z mentalności 'jaskiniowej' podczas konfrontacji z „innymi” w kulturze. W czasach starożytnych nasza psychologia była 'zaprogramowana' na przetrwanie i nie trzeba było wiele przymusu, aby zobaczyć członków innego plemienia, którzy zawędrowali na terytorium, które nie było ich własnym, aby natychmiast spotkać się z podejrzliwością i strachem.

Dzisiaj, wiele tysięcy lat później, myślę, że potrzeba trochę manipulacji, aby postrzegać „innych” jako śmiertelnie niebezpiecznych – ale nie za dużo przymusu, jak by się wydawało.

W związku z tym wydaje się, że straciliśmy wszelką iszkierkę zdrowego rozsądku. W jaki sposób rząd (lub, co bardziej prawdopodobne, nawet wyższa organizacja władzy) może tak łatwo przekonać masy, że nieszczepieni są śmiertelnym wrogiem bez odrobiny nauki w argumentacji? To oczywiście dotyczy nowych szat cesarza, ale nie wystarczy tylko małe niewinne dziecko, że cesarz jest nagi, aby wszyscy zobaczyli, co jest prawdą.

Dlaczego?

Obawiam się, że to ludzka natura – przynajmniej mała część

ludzkiej natury – że w dzisiejszych czasach potrzebuje trochę przymusu, by ujawnić się w pełnym rozkwicie. Dla mnie jest to bardziej dowód na to, że istnieje zorganizowany program, „psyop” jeśli wolisz, napędzający całą tę klęskę. Kiedy ludzie znajdują się w tego rodzaju psychologicznym środowisku, ich reakcja jest bardzo przewidywalna.

[Dr Mark McDonald](#), który jest wybitnym psychiatrą i ma bardzo prestiżową praktykę w Kalifornii, powiedział niedawno:

„Pandemia nieszczepionych” pojawiła się jako wyraz propagandy mającej na celu wywołanie gniewu wobec tych, którzy mają wybór medyczny, odkładając lub odmawiając eksperymentalnej „szczepionki”. Ma izolować, zawstydzać i poniżać każdego, kto nie zgodzi się oddać państwu autonomii medycznej. Celowo dzieli Amerykanów między sobą, jednocześnie odwracając uwagę od medycznej rzeczywistości jaką jest słaba skuteczność i szkodliwość „szczepionki”. Wyrażenie pozbawione naukowego znaczenia, ale pełne psychologicznej siły przymusu. To musi zostać zakwestionowane.

Ponownie widzimy, że idea „przymusowej siły psychologicznej” pojawia się w komentarzu dr McDonalda. Propaganda i manipulacja masami to kluczowa zasada w reżimach totalitarnych. Konfrontacja człowieka z człowiekiem ma ogromne znaczenie dla kontroli nad masami. Nawet w dystopijnej powieści Orwella, 1984, opozycja wobec państwa została stworzona przez państwo po to, by rozpraszać masy, a przynajmniej tak to sugeruje.

Przypomina mi się [Stanford Prison Experiment](#), a także studia posłuszeństwa [Milgrama](#) w Yale. Milgram zorganizował eksperyment, w którym badany, ktoś, kto nie znał parametrów eksperymentu, kontrolował porażenie prądem „uczącego się”, jeśli nie odpowiedział poprawnie na pewne pytania.

„Uczeń” był również „w” eksperymencie i właściwie nie doznawał wstrząsów. Postać autorytetu rzucająca się na badanego była

oczywiście również „w” eksperymencie i odgrywała rolę autorytetu, któremu podmiot musiał się poddać. „Tylko wypełnianie rozkazów” to zdanie, które od razu przychodzi na myśl.

Obecne zjawisko dotyczące prześladowania nieszczepionych ma pewną korelację z tym eksperymentem, ponieważ ludzie pod presją „głównego autorytetu lub narracji” mają zwykle niewielki lub żaden związek z naturalną empatią wobec grupy zidentyfikowanej jako „inna” (niezaszczepieni).

Badani w eksperymencie Milgrama konsekwentnie odłączali się od bólu ucznia i mieli tendencję do oddzielania się od nich jako bliźnich. Przestali ich uważać za należących do tego samego plemienia, co oni sami; zostali szybko przeklasyfikowani jako „inni”.

Różnica w wynikach tego eksperymentu i obecnej sytuacji polega na tym, że „inny” („uczeń”) nie stanowił zagrożenia dla badanego w eksperymencie Milgrama. Był po prostu nieposłuszny władzy, tj. nie robił poprawnie tego, czego wymagała od niego władza.

Teraz, w naszej obecnej sytuacji, zaszczerpieni są przekonani przez władzę, że nieszczepieni są w rzeczywistości zagrożeniem (a także nieposłuszeństwem wobec rodzicielskiej agendy). Autorytet robi to za pomocą wszelkich dostępnych im środków i nie ma znaczenia, czy środki te mają dla nich choćby najmniejszą prawdę naukową (mówią oczywiście, że to wszystko jest naukowe, ale po dalszej analizie, z pewnością nie jest).

Widzieliśmy to wcześniej dzięki skuteczności maseczek. Osoby noszące maseczki zostały zidentyfikowane jako jedno szczególne plemię: „dobre” plemię, które posiadało wartości społeczności. Ci, którzy nie nosili maseczek lub narzekali na nie, to inne plemię: złe plemię, które było samolubne, głupie i zaprzeczające nauce. (parafrazując owce Orwella w *Animal Farm*: „cztery nogi dobre (maseczka), dwie nogi złe (bez

maseczki)").

Teraz ten wysiłek segregacji i prześladowania przeniósł się na zaszczerpionych i niezaszczerpionych. To nie „właściwa” nauka zdezintegruje ten konflikt plemienny: jest to kwestia psychospołeczna, a nie pragmatyczna, obiektywna.

W niedawnym artykule Charlesa Eisensteina [„Moralność tłumu i nieszczepieni”](#) stwierdza on:

Chodzi mi o to, że ci w społeczności naukowej i medycznej, którzy sprzeciwiają się demonizacji nieszczepionych, walczą nie tylko z przeciwnymi poglądami naukowymi, ale także ze starożytnymi, potężnymi siłami psychospołecznymi. Mogą dyskutować o nauce do woli, ale mają do czynienia z czymś znacznie większym.

Książka Daniela Goldhagena *Chętni kaci Hitlera* (*Hitler's Willing Executioners*, od której pochodzi tytuł tego artykułu) przedstawia tezę, że prześladowania Żydów w hitlerowskich Niemczech były nie tylko przejawem posłuszeństwa hitlerowskiej ideologii, ale były wynikiem długiej historii niemieckiego antysemityzmu. To równie dobrze mogło być prawdą, ale moim zdaniem ten historyczny antysemityzm był tylko hakiem, który tylko ułatwił Hitlerowi zawieszenie jego ideologii.

Dzisiejsi chętni kaci nie potrzebują historii dyskryminacji rasowej, aby zawiesić nienawiść do antyszczepionkowców, ale zamiast tego polegają na prostej identyfikacji „innych” (nieszczepionych) i nienawiści do tych, którzy „*nie dbają o mnie lub to co kocham.*” Wydaje się, że kluczowym wspólnym mianownikiem jest powszechna koncepcja troszczenia się o innych przed zadbanie o siebie, co, jak na ironię, wyraźnie nie jest prawdziwym psychologicznym operatorem w tej sytuacji.

Wydaje się, że ci ludzie o wiele bardziej troszczą się o siebie i własne bezpieczeństwo (i swoją opinię) niż o prawa i wolności (i bezpieczeństwo) innych – *przyjmij strzał aby mnie*

uratować, nieważne, że możesz umrzeć lub zachorować.

Tak więc to, czego naprawdę doświadczamy, jest „normalne” – normalne z perspektywy, że istoty ludzkie mają wrodzoną zdolność bycia wszelkiego rodzaju brzydkimi rzeczami, szczególnie gdy są zebrane w tłum: plemiona.

Jeśli są zmuszani i manipulowani w określony sposób, jak to miało miejsce niezliczoną ilość razy w historii świata, mogą stać się nieświadomymi, irracjonalnymi, nieempatycznymi potworami. Zakończę akapitem z innego znakomitego artykułu autora CJ Hopkinsa:

Dlatego ich plan polega na uczynieniu naszego życia tak nieszczęśliwym, jak to tylko możliwe, odseparowaniu nas, stygmatyzowaniu nas, demonizowaniu nas, zastraszaniu i nękanii nas oraz wywieraniu na nas nacisku, abyśmy dostosowali się na każdym kroku.

Nie wsadzą nas do pociągów do obozów. GloboCap to nie naziści. Muszą utrzymać symulację demokracji.

Muszą więc przekształcić nas w podklasę „antyspołecznych teoretyków spiskowych”, „antyszczepionkowych dezinformatorów”, „zaprzeczających białej supremacji wyników wyborów”, „potencjalnie agresywnych ekstremistów” i wszelkie inne epitety, z które wymyślą po to, abyśmy mogli zostać namalowani jako niebezpieczni, niezrównoważeni dziwacy i wyrzuceni ze społeczeństwa w sposób, który sprawia wrażenie, że sami się wyrzuciliśmy.

Zajmij twarde stanowisko.

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



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

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

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

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

Cytując dr Salmana Zarka, izraelskiego „cara koronawirusa”:

Aktualizujemy, co to znaczy być zaszczepionym.”

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

Co to znaczy?

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

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

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

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

Tak więc, zasadniczo, ustanowiono precedens, że nasze wolności są odbierane przez państwo w razie kaprysu. A jeśli zastosujesz się do tego, po prostu wykorzystają twoją uległość jako pretekst do skorzystania z jeszcze większej swobody (kalambur bardzo zamierzony).

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

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

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

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

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

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

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

Pomyśl o tym: każdy obywatel Izraela, który zachoruje i/lub umrze, *po* podwójnym, ale *nie* po potrójnym strzale, zostanie oficjalnie oznaczony jako „*nie w pełni zaszczepiony*”.

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

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

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

Jeśli teoria, że □□szczepionki mRNA mogą powodować [wzmocnienie zależne od przeciwciał \(ADE\)](#), okaże się słuszna, tej zimy

wiele osób może zostać zabitych przez wirusy w **bezpośrednim wyniku „szczepienia”**... a następnie zostać wykorzystana jako dowód na poparcie idei „skuteczności szczepionek”.

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

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

Nawet jeśli czas udowodni, że moja teoria jest błędna, rzeczywistość systemu dopalacza (zastrzyku przypominającego) jest wystarczająco zła. Wolność na zawsze pod wiszącym mieczem Damoklesa i kolejny atak na język w ramach wieloletniej kampanii mającej na celu obrabowanie naszych słów z pierwotnego znaczenia.

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