

کرونا فریب قرن

کودتای سفید

حامد رئیسی (ایمونولوژیست)

انتشارات آزادمهر

سرشناسه	رئیزی، حامد، ۱۳۷۱-
عنوان و نام پدیدآور	کرونا فریب قرن: کودتای پوزه‌بند/حامد رئیزی.
مشخصات نشر	تهران: آزادمهر، ۱۳۹۹.
مشخصات ظاهری	۴۹۲ ص.
شابک	978-600-556497-6
وضعیت فهرستی	فیفا
عنوان دیگر	کودتای پوزه‌بند.
موضوع	کروناویروس‌ها -- جنبه‌های اجتماعی
موضوع	Coronaviruses -- Social aspects
موضوع	کروناویروس‌ها -- جنبه‌های سیاسی
موضوع	Coronaviruses -- Political aspects
موضوع	کروناویروس‌ها-- جنبه‌های روانشناسی
موضوع	Coronaviruses-- Psychological aspects
رده بندی کنگره	۳۹۹QR
رده بندی دیویی	۲۵۶/۵۷۹
شماره کتابشناسی ملی	۷۳۹۹۶۵۱



۰۲۱۸۸۸۴۸۶۱۶

انتشارات آزادمهر

نام کتاب: کرونا فریب قرن (کودتای سفید)

نام مؤلف: حامد رئیزی

ویراستاران: اشرف فرج‌زاده، یاسر محمودی

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۵۵۶۴-۹۷-۶

نوبت چاپ: سوم ۱۴۰۰

شمارگان: ۱۰۰۰۰

قیمت: ۲۲۰۰۰۰ تومان

آدرس: تهران، خیابان کریم‌خان، خ میرزای شیرازی کوچه چهار

فهرست

پیش‌گفتار مؤلف.....	۹
فریب قرن چیست؟.....	۹
خطاهای شناختی.....	۱۳
توهم توطئه یا شیپور جهالت؟.....	۱۴
القبای بردگی و فریب.....	۲۱
بخش اول.....	۲۳
پرده اول فریب.....	۲۳
خطای شناختی شماره یک: تأیید اجتماعی.....	۲۳
خطای شناختی شماره دو: خطای مرجعیت.....	۳۵
خطای شناختی شماره سه: توهم اخبار.....	۴۹
اثر داوینچ کروگر، توهم دانایی (چرا احمق‌ها اعتماد به نفس بیشتری دارند؟)....	۵۰
خطای شناختی شماره چهار: خطای در دسترس بودن.....	۵۵
نیم پرده‌ای از فریب.....	۵۹
کره شمالی به وسعت چهار قاره.....	۵۹
ماتریکس مرجعیت-رسانه-جمع (ترکیب سه خطای شناختی عمده)، رهبری ناخودآگاه.....	۶۱
پرده دوم فریب.....	۷۱
واژه‌شناسی فریب، چرا به کرونا فریب قرن گفته‌ایم؟.....	۷۱
آیا گلوبالیسم، آسمانی را می‌گریاند تا گلی را بخنداند؟.....	۷۱
نرماندی، فریب قرن پیش - کرونا، فریب قرن حاضر.....	۷۴
خطای شناختی شماره پنج: هزینه هدر رفته.....	۸۰
بخش دوم: ساختار.....	۸۳
پرده سوم فریب.....	۸۳
سازمان بهداشت جهانی یا سازمان کشتار جهانی؟.....	۸۳
خطای شناختی شماره شش: تمایل بیش از حد به پاداش‌ها.....	۱۰۱
چگونگی پیوند سازمان‌های عالی بهداشت با خانواده گیتس و راکفلر.....	۱۰۲
ویروس.....	۱۲۹
حقایق تلخ در مورد واکسن‌ها.....	۱۴۱
پرده چهارم فریب.....	۱۵۱
از خفاش‌ها و پنگولین تا ویروسی دست ساز.....	۱۵۱

۲۱۲	نتیجه گیری نهایی:
۲۱۳	بخش سوم: مهندسی شیوع و بحران حساب شده.
۲۱۳	اپیدمی مصنوعی و صحنه سازی بیمارستانی
۲۱۳	داستان الی کوهن، یک روایت جالب تاریخی
۲۱۵	پرده پنجم فریب
۲۱۵	اوصاف و علائم بیماری کرونا.
۲۱۵	خطای شناختی تأیید:
۲۲۵	پرده ششم فریب
۲۲۵	خطای شناختی علیت وارونه (علیت اشتباه)
۲۳۹	پرده هفتم فریب
۲۳۹	کرونا، وارث بدنامی
۲۶۹	پرده هشتم فریب
۲۶۹	مسئله مرموز مرگ!
۲۷۹	پرده نهم فریب
۲۷۹	کیت ها و روش های تشخیص کرونا
۲۸۰	۱. کیت های پی.سی.آر (PCR):
۲۹۶	روش های اختصاصیت افزایی:
	۲. روش شناسایی آنتی بادی های اختصاصی علیه ویروس کرونا (پادتن) - تست
۲۹۸	خون:
۳۰۲	مثبت کاذب در تست های آنتی بادی:
۳۰۴	۳. روش رادیولوژی و سی.تی.اسکن ریه:
۳۱۹	نیم پرده فریب
۳۱۹	کشت ویروس و داستان اسب تروآ
۳۱۹	اسب تروآ، فریب قرن های خیلی قبل
۳۲۰	آیا کسی ویروس کرونا را دیده است؟
۳۲۷	پرده دهم فریب
۳۲۷	مفهوم میکروبیوتا
۳۳۳	مبارزه مستقیم باکتری ها با ویروس
۳۳۴	مبارزه غیرمستقیم باکتری ها با ویروس ها
۳۴۰	ضد عفونی افراطی پوست عامل افزایش بیماری های تنفسی
۳۴۷	پرده یازدهم فریب
۳۴۷	خطای شناختی عمل
۳۴۷	چرا ایستادن و تماشا کردن شکنجه است؟
۳۴۹	پرده دوازدهم فریب

۳۴۹	استرس و وحشت
۳۶۹	پرده سیزدهم فریب
۳۶۹	بهداشت افراتی و شستشوی مفرط: دروازه ورود ویروس
۳۷۷	پرده چهاردهم فریب
	ارتباط ضدعفونی کننده‌ها با آسم و ناباروری (بیماری‌های بسیار پولساز برای
۳۹۱	بنگاه‌های بهداشتی)
۳۹۵	پرده پانزدهم فریب
۳۹۵	معمای رانیتیدین
۳۹۷	نیم پرده فریب
۴۱۱	پرده شانزدهم فریب
۴۱۱	ماسک
۴۱۱	مصونیت یا نمایش قدرت کودتا؟! مسئله این است
۴۳۸	بعد روان‌شناسی ماسک اجباری
۴۴۲	معمای کشتی نظامی و زنان تنها
۴۴۳	پرده هفدهم فریب
۴۴۳	القای وسواس، افسردگی با بهداشت افراتی
۴۵۱	پرده هجدهم فریب
۴۶۱	پرده نوزدهم فریب
۴۶۱	اعتراضات و تجمعات بدون رعایت پروتکل‌های بهداشتی
۴۶۱	انتقال از ناقل بی‌علامت
۴۶۹	پرده بیستم فریب
۴۸۱	پرده بیستم و یکم فریب
۴۸۱	آمارسازی و تولید وحشت
۴۸۷	پرده بیست و دوم فریب
۴۸۷	چگونه می‌توان آمار را مهندسی کرد؟ (خواسته یا ناخواسته)
۴۹۵	پرده بیست و سوم فریب
۵۰۵	پرده بیست و چهارم فریب
۵۰۵	رسوایی تشخیص و افسانه ابتلای مجدد
۵۰۵	آنجا که افسانه‌ها نقل محافل شد و واقعیت‌ها سانسور
۵۱۳	پرده بیست و پنجم فریب
۵۱۳	کاهش باروری توسط ویروس و واکسن
۵۲۲	مسئله اصلی ویروس و واکسیناسیون
۵۳۰	موج‌های دوم و سوم؛ طرحی برای کاهش مقاومت در مقابل واکسیناسیون
۵۳۴	سازوکار کوواکس (COVAX) و واکسن‌های گیتس

۵۳۷	 اهمیت حساسیت بر روی مسئله واکسیناسیون و ناباروری
۵۴۱	 پردهٔ بیست و ششم فریب
۵۴۱	 هورمون عشق!
۵۴۱	 رابطه جنسی
۵۴۵	 پردهٔ تلخ فریب قرن
۵۴۵	 مرگ پزشکان و پرستاران
۵۵۱	 پردهٔ بیست و هفتم فریب
۵۵۱	 شیوع پر برکت
۵۷۰	 شناسنامه جدید اروپا
۵۷۶	 سیاست
۵۸۱	 میان پردهٔ فریب
۵۸۱	 بررسی دو ادعای معتقدین به تئوری توطئه
۵۸۱	 امواج اینترنت 5G و کمتریل
۵۸۶	 کمتریل ها یا باقی مانده های شیمیایی
۵۸۹	 پردهٔ بیست و هشتم فریب (پردهٔ پایانی)

جنگ هفتاد و دو ملت همه را عذر بنه
چو ندیدند حقیقت ره افسانه زدند
آتش آن نیست که از شعله او خندد شمع
آتش آن است که در خرمن پروانه زدند

حافظ

پیش‌گفتار مؤلف

فریب قرن چیست؟

” تلاش برای بیان ایده‌های بیان‌ناپذیر خطر ساده‌سازی بیش از حد آنها را به دنبال دارد و ضمن آن از هیجان ذاتی فرو کاسته می‌شود تا اینکه به هیجانی بی‌قدر و ارزش تبدیل گردد... لحظات برخورداری از آگاهی کیهانی ممکن است تنها یک واکنش طبیعی نسبت به دانایی ناخودآگاه از فناپذیریمان باشد. (استیو تولتز، جزء از کل)“

شک می‌کنم پس هستم.^۱

فریب قرن ابداً سودای آن ندارد که مدعی شود کرونا دروغ است یا شایعه، وهم است یا افسانه. فریب قرن روایت مهندسی گسترده رسانه‌ای - بیمارستانی و بزرگنمایی یک ویروس است که نه آنقدر کشنده بود که گمان می‌رفت و نه چنان وحشتناک بود که گفته بودند و در یک کلام هرگز آن چیزی نبود که ادعا شده بود، هست! فریب قرن روایتی نیمه پزشکی و نیمه روان‌شناختی از کشف یک ابزار نوین رهبری بر جهان است که توانست با ترفندهای فریبنده، افراد را از هول بیماری، مکلف به انجام اموری سازد که خود مسبب آن بیماری و سایر بیماری‌های مشابه بودند و ماحصل این فریب چیزی نبود جز نسل‌نوینی از رهبری و تجارت و افقی نو از سلطه و کنترل. این طرح عظیم آغازی‌ست بر پایان انسانی که تاکنون می‌شناختیم.

فریب قرن روایت غم‌انگیزی است از پیوند شوم سیاست و طبابت و فرزند خوانده‌ای به نام تجارت. روایتی که بیش از هر زمان یادآور جمله

^۱ منتسب به دکارت فیلسوف مشهور

رودولف ویرشو^۱ می‌گردد که "سیاست همان طبابت است در مقیاسی بزرگتر" در جهان واحد پول مشترکی وجود دارد به نام وحشت! سرمایه‌ای بالقوه. دستمایه اجبار بشر به تغییرات بنیادین در شیوه حیات. فلسفه وجودی فریب قرن چیزی نیست جز توصیف چگونگی پیدایش این وحشت و اهدافی که در ورای آن نهفته بود که شوربختانه نیز محقق گردید.

اگرچه کوتاه زمانی پس از نشر مقالات بدوی از فریب قرن جعل و مصادره به مطلوب فراوانی از آن انجام پذیرفت که اولاد نامشروعی همچون دروغ قرن ثمره این خیانت است اما فریب قرن با اقتدار و متقن همچون درختی تناور که ریشه در دریای علم فرو برده است دامان خود را از جعل و تحریف پاک نگاه داشته تا در ظلمات جنایات روزافزون مخلوق دوپایی که داعیه خلافت بر زمین دارد دست‌کم شمع کوچکی باشد برای آنان که اهل اندیشه‌اند. فهم فحواي کلام فریب قرن شاید امیدی باشد ولو اندک به پایان حاکمیت فریب بر جهل و غنی بر فقیر که رؤیای دیرینه بشر است و شاید هرگز در عالم واقع محقق نشود. فرزندان آدم هر قدر که از پیکار سنگ و چوب و آهن و آتش خسته "نشده‌اند" درست همانقدر تشنه راه‌های نوین قتل و غارت و آزار یکدیگرند و امروز خبری از برق شمشیر، جیغ آژیر قرمز، دود و غبار موشکباران‌ها نیست بلکه نفرت و نزادپرستی از لوله تانک‌ها و تفنگ‌ها امروز به لوله آزمایشگاه رفته و بیش از هر زمان دیگری روشننگری در این زمینه، مقدس است.

پیشتر یونیفورم‌های سفید بوی نجات می‌داد؛ به تدریج ژنرال‌ها و جنگ سالاران، سفیدپوش شدند و امروز چند افسر خرد سفیدپوش با جهان چنان کرده که اسکندر و چنگیز و خشایار با سپاهیان گران، نتوانستند و این رزم‌آوران نوین سرمایه‌ای ارزنده در نزد مردم دارند به نام وحشت و گوهر دیگری در کیفهای خود حمل می‌کنند به نام ناآگاهی و تصورات ساده لوحانه‌ای که در کودکی یونیفورم افسر چریک نیروی متخصص آدمکشی را از پلیس مهربان چهارراه تمییز نمی‌داد و به هر یونیفورم پوشی می‌گفت پلیس! سرباز! مدافع! ناجی! و امروزه نیز هر سفیدپوشی را ناجی قلمداد می‌کند؛ غافل از اینکه سفیدپوشان پشت

^۱ پزشک، مردم شناس، آسیب شناس و سیاستمدار آلمانی که از وی به نام پدر آسیب‌شناسی

میزنشین در پشت سکوی پرمیکروفون و لبخند دلنشین، پوتین‌های خود را پنهان کرده‌اند. فریب قرن آمد تا به کودک بیاموزد سرباز مزدور مهاجم آدمکش، پوتین به پا دارد و پلیس مهربان محله هم پوتین! اما این کجا و آن کجا... هر پارچه سفیدی پرچم صلح و نجات نیست و هر سفیدپوش، منجی نیست. جوخه‌های نسل‌کشی و جنایت، عناوین لطیفی برای خود دست و پا کرده‌اند؛ شاید از همان روز که به ارتش هیتلر "نازی" گفتند! نازی‌ها فروریختند و مشق شبی شدند برای سازمان‌های عظیمی که نازی سیرت، بر خود اسامی پرطمطراق نهاده‌اند. سازمان بهداشت جهانی (!) مرکز پیشگیری و کنترل عفونت سازمان سلامت (شما بخوانید خط تولیدِ مرض و خط فروش دارو).

و امروز ژنرال‌های سفیدپوش بندهای پوتین خود را برای فریب و چپاول محکم کرده‌اند و اگر نیاموزیم که در پس فتاوی آنها و وقایع مشکوک جهان چه انگیزه‌های شومی نهفته؛ شاید زندگی برایمان بردگی بی حیره و مواجهی شود که غایت مطلوب ژنرال‌هاست و شیوه‌ای نوین از رهبری بر جسم و فکر. جهان پساfrیب و بدتر از آن جهانی که نداند چه فریبی خورده است جهانی‌ست مملو از رنج و بردگی! که شاید اصلاً بدون فریب هم، چنین باشد.

از آنجا که قویاً معتقدم مسئله شیوع دنباله زیاده‌خواهی‌ها و جهان‌گشایی‌های عده‌ای قلیل است که در گذشته به مدد سرنیزه و تازیانه بدان دست می‌یافتند و امروزه به مدد ویروس و رسانه، برای شرح بهتر شیوع از کتاب تاریخ و دو رویداد نظامی تاریخ را به امانت گرفته‌ام. نخست فاجعه روستای میلای^۱ در ویتنام (که شاید قیاس آن از نظر ماهیت با مسئله شیوع چندان هم، صحیح نباشد اما از حیث وحدت ملاک و اوصاف دستجات دخیل در واقع مثالی بهتر از آن برای مسئله شیوع در ذهن نداشتم) و دیگری بزرگترین عملیات فریب در قرن پیش و دوران جنگ جهانی دوم در نورماندی^۲. از آنجا که به قول پاپ فرانسیس

^۱ Mylai

^۲ Normandi

”امروزه مردم جهان صلح را گم کرده و دائم در حال جنگ هستند“ به نظر می‌رسد استمداد از جنگ و ادبیات جنگ، زبان مشترک تمام انسان‌ها باشد و به فهم بیشتر مسئله پیچیده فریب کمک کند.

حامد رئیسی - آبان ۱۳۹۹

”ما در آستانه یک تحول جهانی هستیم. تنها چیزی که نیاز داریم یک «بحران دقیق و بزرگ» است که ملت‌ها در پی آن نظم نوین جهان را بپذیرند.“^۱

(دیوید راکفلر)

خطاهای شناختی

”سرانجام کشیش که شکی در اعتقاد و ایمان وی ندارد می‌پرسد، فرزندم چه چیز شما را آزار می‌دهد؟
اما تو توانایی پاسخ به چنین سوالی را نداری!
نه تنها از گفتن، که از فکر کردن به آنچه من می‌دانم ناتوان هستی!
کمبود تو یک دل‌تک است!“

هاینریش بل، عقاید یک دل‌تک

شاید این جمله را به کرات شنیده باشیم که لحظه‌ای اندیشیدن از هفتاد سال عبادت ارزشمندتر است! آیا تا به حال از خود سؤال کرده‌ایم که چگونه لحظه‌ای ”اندیشه“ می‌تواند ارزشمندتر از هفتاد سال عبادتی باشد که حتی ممکن است انجام مناسک آن برای یک روز هم از نظر جسمی و روحی دشوار باشد؟ مسلمان که باشیم برای عبادت می‌بایست نیمه شب از خواب شیرین برخیزیم، بر دست و صورت خود آب بپاشیم و ستون فقرات و زانوهای را در جهت جغرافیای اعتقادات قدری به سختی بیندازیم و یا روزهای متمادی و ساعات طولانی خود را از آب و غذا

^۱ Common sense 2009 ,Larry Flynt

محروم سازیم، مال و ثروت خود را ببخشیم و تمام روز مراقب باشیم که اندک نجاستی البسه‌مان را از طهارت خارج نکند. مسیحی و یهودی و زرتشتی هم که باشیم باز مناسکی از این قبیل برایمان موجود است که نوعاً دشوار می‌باشد و هزینه‌های جسمی و روحی بسیار دارد. حال اندیشه‌ای که ممکن است لحظه‌ای در بستر نرم و گرم واقع شود و یا در صبحی دل انگیز در کنار پنجره‌ای که از آن بارش باران را با قهوه‌ای گرم به نظاره نشستیم رخ دهد، چگونه از هفتاد سال عبادت دشوار ارزشمندتر می‌گردد؟

در حقیقت اندیشیدن امری دشوار و کمیاب است. بشر دائم در این وهم است که می‌اندیشد و تصمیم می‌گیرد^۱ در حالی که شاید به ندرت اندیشه‌ای کرده باشد! چرا حتی فکر کردن خود نیاز به مقدماتی دارد که تهیه آنها برای همه انسان‌ها مسیر نبوده و حتی برای گروهی محدود که بتوانند این مقدمات را فراهم کنند نیز امری دشوار و بعضاً تلخ می‌باشد، چنانچه انسان قادر شود "لحظه‌ای" بیندیشد بی‌درنگ به این نکته پی خواهد برد که انجام سال‌ها عبادت از اندیشیدن آسان‌تر است.

توهم توطئه یا شیپور جهالت؟

"الفبای بردگی بدین قرار است: هرچه نوشته شده است صحیح و درست است. شیوع بردگی در جوامع مدرن با میزان استفاده از برچسب تئوری توطئه ارتباطی مستقیم دارد."

مؤلف

دانش پزشکی در سیر تکوین خود روزگار پر فراز و نشیبی را پشت سر گذاشته است. کمی قبل‌تر از طبیان مذهبی که پس از ندبه در کنیسه عمل جراحی ختنه انجام می‌دادند، یا کمی قبل‌تر از آنکه کشیشان فلوشیپ‌های تخصصی درمان عفونت‌های تبار به وسیله

^۱ زیگموند فروید، روانکاو روزمره، باروخ اسپینوزا

بخارهای مقدس و سرودهای عصرگاهی را کسب کنند، اندکی قبل از آنکه دکان سلمانی کلینیک فوق تخصصی دندانپزشکی و جراحی‌های فک و لثه باشد و هروئین داروی رفع سردرد، علم پزشکی و علوم طبیعی روزهای دردناک‌تری را می‌گذرانید. فرزندان انسان برای نیرومند شدن و سلامتی بیشتر اجساد پدران خود را با اشتها و بی‌ادویه میل می‌کردند! برای بارور شدن زمین و نزول باران نوزادان خود را به پیشگاه خدایان قربانی می‌کردند و یقین داشتند که مدح خدایان موجب بهبودی خونریزی‌های معده می‌گردد و در این روش ابداً مورد مخالفت و استهزاء قرار نمی‌گرفتند، چرا که سازمان‌های جهانی بهداشت و وزارت بهداشت و مراکز تحقیقات آن زمان! (که معتبرترین مراجع به شمار می‌رفتند) با انجام تحقیقات و مطالعات فراوان به این نتیجه رسیده بودند که مثلاً خوردن پیکر مرده پدر موجب نیرومندی فرزندان می‌شود و روح پدر در جسم آنها حلول می‌کند^۱ و این یافته را در مقالات و کتب مرجع خود ثبت کرده بودند.

چه کسی جرأت داشت به خداوندگاری پادشاهان مصر تردید کند وقتی تمام مراکز علمی آن زمان از کتابخانه مرکزی تییس گرفته تا مرکز پژوهش‌های معبد آمون با دلیل و مدرک اثبات کرده بودند فرعون خداست و هزار مقاله و ژورنال بر روی پاپيروس موید این ادعا بود. چه بسیار کاهنانی که محققین آن دوره بودند با شور و هیجان از بینا شدن کوری گفته بودند که فرعون را با جان و دل ستایش کرده است و شاید کمی آن‌سو تر واعظین شهرهای آمریکای جنوبی (معادل رسانه‌های جمعی امروز) از معجزات خون دختر باکره در درمان جنون سمینارهایی در معابد برگزار می‌کردند و از جدیدترین یافته‌های محققین خود از اثرات خوردن تخم لاک پشت در درمان شب ادراری رونمایی می‌کردند.

اگر بنی بشری در آن زمان نسبت به قربانی کردن نوزاد، خوردن جسد پدر و حتی خداوندگاری فرعون تردید می‌ورزید عکس‌العمل مردم و مجامع علمی آن زمان نسبت به وی چه بود؟ پاسخ کمی دردناک است!

^۱ زیگموند فروید، آینده یک پندار

”ضد علم، مبتلا به توهم توطئه، دانش ستیز!!“ حتی تصور چنین چیزی نیز هولناک است که فردی به جرم اعتراض به قربانی کردن نوزاد ضد علم و خرافه پرست محسوب شود! اما سابقه محاکمه دانشمندان حتی در روزگاران نزدیکتر به جرم اعتقاد به کروی بودن زمین با همان برچسب ”ضد علم“، نشان می‌دهد تاریخ با اینگونه جهالت‌ها بیگانه نبوده است.

تاریخ مالا مال از خون‌های ریخته‌ای است که به جرم ضدیت با علم و دانش روزگار خود آن مجازات شده‌اند. مثلاً روزگاری که مراکز علمی و آکادمیک اصرار بر مرکزیت زمین داشت و گالیله مدعی گردش زمین به دور خورشید شده بود، گالیله رفرنس مکتوب و چاپ شده‌ای از مراکز کلیسا (دانشگاه‌های آن زمان) نداشت که بر روی آن کروی بودن زمین و گردش زمین به دور خورشید درج شده باشد، اما کتاب مقدس و رفرنس‌های دانشگاهی آن زمان به کرات به تخت بودن زمین و گردش ماه و خورشید و ستارگان به دور زمین گواهی داده بودند و پذیرش این مسئله بسیار دردناک است که علوم رایج امروزی در روزگاری پیشتر از این توهم توطئه، کفر و گزاره‌هایی ”ضد علم رایج“ بوده‌اند حتی جاذبه‌ای که نیوتن از آن سخن گفته بود... و اگر هنوز مصمم هستید تفاوت ”دانش“ و ”گزاره‌های مکتوب رایج“ و مثبت‌توسط مراجع رسمی را بدانید لازم می‌آید خاطره‌ای از سینه‌وه را از نظر بگذرانید.

سینه‌وه پزشک مخصوص فرعون غم انگیز ترین خاطرات زندگی خود را چنین شرح می‌دهد:

در شهر مردگان مصر، برده‌ای را دیدم که گوش و بینی او را بریده بودند. از او شرح زندگانش را پرسیدم. گفت کشاورزی بوده که مزرعه‌ای کوچک داشته و در کنار دهقانی متمول و قدرتمند به نام آنوکیس که هم زمین‌های بیشتری داشته و هم دام‌های بی‌شمار، زندگی می‌کرده است. آنوکیس دلباخته دختر کوچک وی می‌شود و چون با مخالفت وی مواجه می‌شود در محکمه شهر مدعی می‌شود دهقان فقیر مبلغی پول از وی وام گرفته و آن را مرجوع نکرده است. غلامان پر تعداد آنوکیس به نفع ارباب خود شهادت می‌دهند و پس از مجازات‌های جسمی فراوان گوش و بینی دهقان فقیر را بریده، و دادگاه مصر او را به کار طاقت فرسا در معدن

محکوم می‌نماید. اموال کشاورز به نفع آنوکیس ضبط می‌شود، زن و فرزندان او به بازار برده فروش‌ها سپرده شده و دختر کوچک کشاورز به عنوان کنیز در زمره اموال آنوکیس در می‌آید! اکنون کشاورز بی‌گوش و بینی پس از ده سال کار اجباری در معدن به موجب عفو رحیمانه فرعون آزاد شده و با سینه‌ای سرشار از بغض و نفرت در جستجوی قبر آنوکیس به شهر مردگان آمده بود تا از خدایان بخواهد وی را به عذابی سخت دچار کنند. سرانجام قبر آنوکیس را یافت و چون سواد خواندن و نوشتن نداشت از من درخواست کرد تا نوشته‌های روی قبر را برای او بخوانم و من با صدای بلند نوشته‌های روی قبر را برای او خواندم؛

”من آنوکیس هستم. همواره از خدایان ترسیده و خمس محصولات خود را به خدایان داده‌ام. هیچکس در مزارع من گرسنه نماند و در مجاورت کشتزارهایم نیز کسی گرسنه نماند، چون در سال‌هایی که محصولی نداشتند من از محصول خود به آنها می‌دادم. من اشک چشم یتیمان را خشک می‌کردم و در صدد بر نمی‌آمدم طلب خود را از زنان بیوه‌ای بستانم که شوهرشان به من مدیون بودند. اگر گاو کسی ناپدید می‌شد من به او یک گاو می‌بخشیدم. باشد که خدایان از من راضی باشند.“

هنگامی که خواندن کتیبه را به اتمام رساندم دیدم مرد بینی بریده به گریه در آمده و با تضرع فراوان از خدایان طلب پوزش و مغفرت می‌کرد، از او پرسیدم برای چه گریه می‌کنی؟ گفت برای اینکه من در مورد آنوکیس اشتباه می‌کردم و این مرد بسیار نیکوکار و با شرافت بوده! که اگر چنین نبوده بر روی قبر او چنین نمی‌نوشتند، زیرا هرچه نوشته شده است درست و صحیح است.

در این هنگام بود که متوجه شدم چرا حماقت و جهل بشر از بین نمی‌رود. کاهنین معبد با استناد به کتاب مردگانی که خود نوشته بودند و مدعی شده بودند از جانب خداست مردم را برده خود کرده بودند.^۱ چیزی شبیه وضعیت فعلی علم و دانش تجارت زده).

^۱ سینه‌هه پزشک مخصوص فرعون، میکا والتاری

در شناسنامه نانوشته بردگی پس از اسم و فامیل جمله‌ای با این مضمون وجود دارد: «هرچه امروزه نوشته و چاپ شده است صحیح می باشد!»

اگر از شرح غم انگیزترین داستان زندگی سینه‌وه برای مرد بینی بریده متأثر و متأسف شده‌اید با تمام احترام باید عرض کنم که اکنون مرد بینی بریده در حال گریه و زاری بر جهل و بردگی مردم قرن ۲۱ می باشد.

در جهان چیزی تغییر نکرده و به قول عبارت بی نظیر محمود دولت آبادی در شاهکار «کلنل» جهل و ستم مانند خضر جاویدان تنها یونیفورم خود را تغییر داده و می دهد. جهان هنوز در همان ماتریکس معرفتی قرار دارد و با همان منطق معبدی و دستگاه وابسته به ثروت و مذهب بر جهان حکم می راند.

امروزه نیز بشر هر آنچه نوشته شده و تبلیغ می شود (رفرانس‌ها و مراجع رسمی) را چنان درست و صحیح قلمداد می کند که راه بر هرگونه تشکیک و کنجکاوی مسدود می سازد و هر ادعای جدید را در صورت مغایرت با رفرنس‌های مکتوب و مطبوع با برچسب «توهم توطئه» به همان جایی می فرستد که دانشمندان را در طول تاریخ حیات خود فرستاده‌اند، تا دانشمندان محبوب چند نسل بعد باشند و منفوری مطرود در زمان حیات خود. تا جایی که نیکولا تسلا، این نابغه‌ی بی تکرار در نامه‌ای به مادر خود می نویسد؛ دانشمند بودن هیچ چیز جز توهین و تحقیر برایم به ارمغان نیاورده است، تا جایی که فرویدها و نیچه‌ها متقلبان‌ی شارلاتان لقب می گیرند و حیات را با رنج و دردی شاعرانه به انتها می رسانند. هرچه نباشد آنها نیز به واقعیات علمی زمان خود شک کرده بودند و مدعی شده بودند که حقیقت چیز دیگری است که تلاش می شود با زور رفرنس‌هایی که پیکره علم و تجارت کنونی را تشکیل می دهد، پنهان بماند! کشفیات تسلا با تجارت آهن آلات و مس و سایر ادوات شبکه الکتریسیته ناسازگار بود، نظریات فروید با منطق کلاسیک اروپا که هنوز رنگ و بوی مسیحیت داشت و عقل را پادشاه انسان می دانست نه نیرویی به نام ناخودآگاه و به همین ترتیب این دانشمندان

بزرگ که به زمانی بعد از حیات خود تعلق داشتند با برجسب‌های ناشایست حیات خود را به سرانجام رساندند. حال امروزه اگر فردی مثلاً مدعی شود که واکسیناسیون امری غلط بوده که موجب شده در مقابل کاهش چند بیماری عفونی انبوهی از بیماری‌های دیگر افزایش یابد (در بخش سه مفصلاً خواهیم خواند) با چه چیزی مواجه می‌شود جز انبوهی از تحقیقات کمپانی‌های داروسازی که گردش مالی آنها با ذخایر نفتی برخی کشورها برابری می‌کند و سالانه هزینه هزاران تحقیقات و پژوهش را تقبل می‌کند تا اثبات کند محصولاتش فاقد خطر است. آیا صاحب ادعای فوق می‌تواند برای ادعای خود سند و مدرکی مکتوب و علمی بیاورد؟ شاید به همان اندازه که می‌توانست در مصر باستان برای خدا نبودن فرعون ادله و شواهد ارائه کند.

جهان علم آوردگاه نبردی‌ست میان دانش رایجی که هزاران مستندات مکتوب برای آن وجود دارد و تردیدهایی علمی که با آنها مخالفت می‌ورزد. لذا ممکن است امروزه شگفتی ما از شنیدن ادعای خطرآفرین بودن واکسن‌هایی که جملگی پزشکان و رسانه‌ها از بی‌خطر بودن آن سخن می‌گویند به اندازه‌ای باشد که ساکنین تمدن‌های باستان از شنیدن اثربخش نبودن قربانی کردن نوزادان بر روی تغییرات اقلیمی و بارندگی آن را تجربه کرده‌اند.

پس اگر امروز در مقابل ایده‌های مخالف و اذهان کنجکاوی که به واقعیات رایج مشکوک شده‌اند پوزخندی تلخ زده و بلافاصله کلمه توهّم توطئه را از اعماق تارهای صوتی خود فرا می‌خوانیم، ما در حال تبعیت از غریزه باستانی و برده مآبانه خود هستیم و به اصول شناسنامه بردگی پایبندی کرده‌ایم و این مسئله دلیلی بر فرزانیگی و هوشمندی ما نیست! شبیه بردگان مصری که اگر به آنها می‌گفتیم فرعون خدا نیست و ادعای خداوندی او صرفاً بهانه‌ای‌ست برای بیگاری کشیدن از شما و تصاحب زمینهایتان، بلافاصله شما را متهم به توهّم توطئه به زبان باستانی خود می‌ساختند و فرعون را خدایی مهربان می‌خواندند و با لحنی مملو از منطق فریاد بر می‌آوردند که ”مگر کوری و نمی‌بینی همه مردم فرعون را سجده می‌کنند و صدها مراکز سازمانی بر این عقیده‌اند که فرعون

خداست و هزاران کتاب و مقاله و پژوهش در کتابخانه معبد و دربار موجود است که اثبات کرده‌اند ما جزوی از اموال فرعون هستیم؟ آیا تو بیش از فلان وزیر دانا و فلان کاهن و فلان طبیب درباری می‌دانی؟ اگر فرعون خدا نیست پس چرا تاکنون این جمعیت از محققین، دانشمندان و سرداران در تاریخ مصر باستان بدین موضوع اذعان نکرده‌اند؟

به قول هریت تابمن^۱؛ ”به راستی در آزاد کردن بردگان زجرآورترین مرحله متقاعد کردن بردگان به این است که برده نیستند“ و آزادند! شاید به همین خاطر است که اریک فروم انسان را موجودی بردگی طلب می‌داند تا آزادی طلب، چرا که گویی ساختار عصبی و فیزیولوژیک وی بیشتر با بردگی و ذوب در سیستم‌هایی کنترل شونده مأنوس است تا آزادی و بی‌قیدی^۲. در خصوص اینکه جهان تکنولوژی و ارتباطات محور امروز تا چه اندازه با مصر و یونان باستان تفاوت دارد در بخش‌های بعد بسیار خواهیم خواند. اما این جهل از کجا ناشی می‌شود و چه عواملی مانع خرد ورزی و آگاهی انسان می‌گردد؟ چه عواملی سبب شده تا نوع بشر به همین راحتی فریفته شده و به مانند بردگانی در همه ادوار به خدمت نیرویی مافوق اراده خود درآید؟ چه عاملی بشر را در مقابل فریب قرن حاضر یعنی شیوع ویروس کرونا به مانند مسخ شدگانی سراسیمه در آورده است؟

^۱ از جمله افرادی که تلاش‌های وی برای آزادی برده‌های سیاه پوست و الغای برده‌داری زبانزد است.

^۲ روانشناس مشهور آلمانی، وی علاقه و استقبال مردم از حکومت‌هایی که انسان را بیشتر محدود کرده و آزادی‌های کمتری برای وی فراهم می‌آورد (نظیر حکومت نازی آلمان و حکومت‌های کمونیستی) را دلیلی بر این ادعای خود می‌داند.

الفبای بردگی و فریب

موارد بی‌شماری در جهان درون و بیرون انسان وجود دارد که مانع اندیشه و خردورزی انسان می‌شود. در علم روانشناسی این موارد به خطاهای شناختی^۱ موسوم‌اند.

خطاهای شناختی راه‌هایی برای حفظ و تأیید قوانین و فرضیات غلط در ذهن افراد بوده که به مانند تله‌هایی نامرئی انسان را از صحیح اندیشیدن محروم ساخته و اجازه نمی‌دهد انسان اندیشه سالم و شفافی داشته باشد. نویسنده‌ای به نام رولف دوبلی^۲ در کتابی معروف به نام هنر شفاف اندیشیدن به زبان ساده فهرستی از ۹۰ خطای شناختی را ارائه می‌دهد که برای صحیح اندیشیدن و تحلیل و تصمیمی صحیح می‌بایست از دام این ۹۰ خطای ذهنی رها شده باشیم، در غیر این‌صورت نمی‌توانیم ادعا کنیم اندیشیده‌ایم. به بیان دیگر این خطاهای شناختی الفبای بردگی و فریب بوده و می‌توان با تمسک به آنها هر جامعه‌ای را بدل به یک جمع از بردگان مطیع و فرمانبردار نمود.

مسئله فریب قرن مملو است از خطاهای شناختی و دام‌های فکری که هر یک به نوبه خود موجب غفلت و فریب جهانیان شده و به جرأت می‌توان گفت کمتر کسی توانسته است فرای این خطاها آنگونه که شایسته است به این مسئله بیندیشد.

از بین خطاهای شناختی چند خطای شناختی در مسئله فریب قرن بسیار حائز اهمیت است:

۱. خطای تأیید اجتماعی
۲. خطای مرجعیت
۳. خطای هزینه از دست رفته
۴. خطای تأیید
۵. توهم اخبار

^۱ Congenital Biases

^۲ نویسنده و اقتصاددان مشهور سوئیسی

۶. خطای عمل

۷. خطای پاداش بیش از اندازه به محرک‌ها

اگر بنا بود فریب قرن به سادگی توسط همه افراد درک شود که مسلماً نمی‌توانست به عنوان یک فریب بکار رود، به همین خاطر تلاش می‌کنیم به بیانی ساده به توضیح خطاهای شناختی و الفبای فریب پردازیم تا بدانیم، چه اندازه اسیر دام‌های فکری شده‌ایم و فریب قرن را با دست‌های خود رقم زده‌ایم.

حامد رئیسی - ۱۳۹۹

بخش اول

”در گله حیوانات باورهای جمعی به عنوان یک حقیقت در نظر گرفته می‌شود، اما در انسان‌ها وضعیت قدری متفاوت است. انسان‌ها برای چنین رویه‌ای آموزشگاه‌ها و مراکز تربیت عالی متعددی ساخته‌اند.“

مؤلف

پردهٔ اول فریب

مادر فریب، اتحاد ماشین‌های تحمیق و اربابان سرمایه (اگر پنجاه میلیون نفر هم، چیز احمقانه‌ای بگویند آن چیز کماکان احمقانه است)

خطای شناختی شماره یک: تأیید اجتماعی

فرض کنید در یک مجلس پر ازدحام میهمانی نشسته‌اید، فردی وارد شده و همه به احترام وی از جا بر می‌خیزند ناخودآگاه شما نیز چنین خواهید کرد و حتی اگر چنین نکنید مدام با احساسی مبنی بر بی‌احترامی خود را سرزنش خواهید کرد.

فرض کنید برای اولین بار با مترو به ایستگاهی آمده‌اید که تاکنون بدانجا نیامده بودید، سیل مسافری پس از باز شدن درب‌های قطار به سمتی خاص رهسپار می‌شود و شما گمان می‌کنید مسیر درب خروجی از همان سمت است، لذا با جمعیت همراه می‌شوید.

تأیید اجتماعی که برخی به آن گزینه جمع‌گرایی نیز می‌گویند، تأکید می‌کند که وقتی افراد مانند دیگران عمل کنند احساس می‌کنند رفتارشان ”درست“ بوده است. به عبارت دیگر هرچه تعداد بیشتری از

مردم عقیده خاصی را دنبال کنند این عقیده از سوی افراد عقیده مناسبتری تلقی می‌شود.

آیا چنین چیزی مضحک نیست؟

گاو میش استرالیایی با دیدن تعداد زیادی از گاو میش‌ها که در حال آب خوردن از یک برکه هستند بی‌درنگ مانند آنها گمان می‌کند که آب برکه سالم است، اما آیا انسان نیز چنین رویکردی دارد؟ متأسفانه پاسخ مثبت است و این مسئله یکی از ترفندهای دنیای فروش و اقتصاد است. انسان زمانی که در شرایط ناشناخته و نامطمئن قرار می‌گیرد که تاکنون تجربه نکرده است بیشترین تأثیرپذیری از اصل تأیید اجتماعی را از خود نشان می‌دهد.

حال برای طراحی یک فریب و شاهکاری از جنس حيله کافیست افراد را در شرایطی قرار دهیم که از یک سو برایشان نامطمئن و نا آشناست (شرایط همه‌گیری یک بیماری مهلک) و از سوی دیگر گروه بزرگی را وادار به انجام یکسری دستورالعمل‌ها و نیز پایبند به یکسری اصول نماییم (انجام پروتکل‌های بهداشتی و وحشت و استرس). بی‌تردید اکثر افراد بنا بر خطای شناختی تأیید اجتماعی بدون اینکه در صحت مسئله و ابعاد پنهان آن کنجکاوی کنند بدان عمل خواهند کرد. جالب‌تر اینکه همین گروه به مانند اهرمی پر قدرت بر گروه کوچکتري که شاید به این رفتار عمل نکرده‌اند فشار آورده و تلاش می‌کنند آنها را نیز با خود همراه سازند.

اگر مایلید بدانید تا چه اندازه به این خطای شناختی گرفتار شده‌اید لازم است ببینید در زندگی روزمره خود و در پاسخ به پرسش‌های طرح شده تا چه اندازه از کلمه‌ی «همه» استفاده می‌کنید؟!

مثلاً اگر از شما پرسند چرا به فروشگاهي هجوم برده و مواد غذایی را به مقدار بیش از نیاز خود خریداری کردید؟ بگویید چون «همه» این کار را می‌کردند.

یا وقتی از شما سؤال شود چرا دست‌های خود را ده‌ها بار با الکل ضد عفونی می‌کنید؟ بگویید چون «همه» این کار را می‌کنند.

برای روشن شدن موضوع حال سری به تاریخ زده و برگی از خاطرات تلخ تاریخ را مرور کنیم؛

در سال ۱۹۶۵ ارتش آمریکا به خاک ویتنام یورش می‌برد و علیرغم برتری در نفرات و جنگ افزار در کوتاه زمانی شکست‌های پی در پی را از نیروهای ویتنام متحمل می‌شود. چریک‌های ویتنامی موسوم به ویت کنگ مانند اشباحی در جنگل ظاهر می‌شدند و شبیخون می‌زدند و به همان سرعت نیز ناپدید می‌شدند، گاهی در سکوت محض با پرتاب تیرهای سمی از فراز درخت‌ها و لابلای گیاهان جنگلی در کسری از دقیقه ده‌ها تفنگدار آمریکایی را به قتل می‌رساندند و گاهی سربازان پس از بیداری از خواب با صحنهٔ تکان دهنده "سرهای بریده شدهٔ همقطاران خود" مواجه می‌شدند. شاید کسی گمان نمی‌کرد که ارتش مجهز و سربازان ورزیده و تا بن دندان مسلح آمریکایی چنین مغلوب سربازانی پابرهنه و ریزاندام شوند. دیری نگذشت کابوس ویت کنگ‌ها از سربازان آمریکایی، ارتشی خسته و افسرده، مبتلا به اختلالات روانی و ناکام پدید آورد تا جایی که حتی سال‌ها پس از جنگ، کابوس ویت کنگ‌ها، کهنه سربازان بازنشسته آمریکایی را راهی آسایشگاه‌های روانی می‌ساخت.^۱

رنج و مرارت‌های جنگ، مشاهدهٔ مرگ هم قطاران به فجیع‌ترین شکل، مصائب جنگل و اقلیم ویتنام با آن پشه‌های معروف و ناکامی‌های نظامی، سربازان آمریکایی را از فرط نفرت و خشم به مرز جنون کشیده بود.

در تاریخ ۱۶ مارس ۱۹۶۸ گردان سوم تجسس از نظامیان آمریکایی به امید یافتن مقر ویت کنگ‌ها به روستایی به نام "میلای" حمله می‌کنند. غالب ساکنین روستا کشاورزان سالخوردهٔ گوژپشت و زنان و کودکانی بودند که دارایی اندکشان را در سبدهای حصیری به دوش کشیده بودند و ساده لوحانه در اطراف روستا گودال‌هایی برای دفاع از جان خود حفر کرده بودند. در دهکده خبری از ویت کنگ‌ها نبود و اساساً شیوهٔ آنها نیز بگونه‌ای نبود که در دهکده‌ای مسکونی مقر خود را قرار

^۱ جنگ ویتنام، اثر فیلیپ گوین

دهند بلکه این جنگجویان مانند اشباحی نامرئی در گروه‌های کوچک در کمینگاه‌های جنگلی خود بسر می‌بردند اما فشارهای روحی و روانی و جنون‌هایی که مختص جنگ‌های فرسایشی است، سربازان را به ارتکاب جنایتی هولناک ترغیب کرد...

در اندک زمانی بیشتر دختران روستا مورد تجاوز قرار گرفتند، زیرا ممکن بود همسر و دختر یکی از ویت‌کنگ‌ها باشند، نوزادان و کودکان به گلوله بسته شدند چون ممکن بود در آینده تبدیل به ویت‌کنگ شوند، زنان سالخورده مورد شکنجه قرار گرفتند چون ممکن بود برای ویت‌کنگ‌ها سوپ طبخ کرده باشند. پیرمردهای کشاورز گلوله باران شدند چون ممکن بود برای ویت‌کنگ‌ها برنج کاشته باشند.



تصویر ۱- پیکر یک زن و فرزند وی پس از تجاوز و کشته شدن به دست نظامیان آمریکایی

سربازان آمریکایی زنان و کودکان را به گلوله بستند و نوجوان‌ها را به درون گودال‌هایی انداخته و به منظور صرفه‌جویی در مصرف مهمات در هر گودال چند نارنجک انداختند. پیرمردها و پیرزن‌ها را به فجیع‌ترین شکل به قتل رساندند و در ساعات ابتدایی صبح تقریباً در دهکده جز

حیواناتی که موفق به فرار و اختفا شده بودند موجود زنده دیگری به چشم نمی‌خورد، فاجعه میلای در دو کلمه خلاصه می‌شود؛ “جنایتی وحشیانه”



تصویر ۲- بیشتر مردم غیرنظامی میلای در حمله نظامیان آمریکایی به فجیع‌ترین شکل، با شلیک مستقیم به قتل رسیدند.

بعدها یکی از سربازان در خاطرات خود چنین می‌نویسد که “ما آنقدر از اهالی دهکده کشتیم که دیگر فراموش کردیم هرگروه را به چه شکلی کشته‌ایم”^۱

اما فردای آن روز در آمریکا اوضاع به شکل دیگری بود... مضمون و تیتیر روزنامه‌های آمریکایی به این شکل بود که “صدها چریک ویت کنگ در شاهکاری نظامی توسط ارتش قدرتمند آمریکا به محاصره درآمده و دلاوری‌های سربازان ما آنها را به هلاکت رسانید، سربازان رشید آمریکایی پس از نبردی دشوار توانستند نیروهای ویت کنگ را به عقب رانده و

^۱ Report of the Department of the Army Review of the Preliminary Investigations into the My Lai Incident (U) – Volume II – Book11

روستای میلای را از لوث وجود این اشرار پاک کند“ برنامه‌های تلویزیونی سراسر سرودهای حماسی بود و صحنه‌هایی غرور آفرین از نمایش قدرت و اقتدار! مردم با چشمانی خیس از غرور به اخبار جنگ گوش می‌دادند و اگر سربازی زخمی جهت مداوا به خاک میهن بازگردانیده می‌شد وی را غرق در گل و بوسه‌های شکوه و افتخار می‌نمودند. حال آنکه حقیقت چیز دیگری بود و تا مدت‌ها بعد پس از اعتراف سربازان و عکاسان آمریکایی کسی از این فاجعه انسانی چیزی نمی‌دانست.^۱ به طرز جالبی جنایتی وحشیانه به یک فتح الفتوح قهرمانانه تبدیل شد.



تصویر ۳ - نصب پرچم آمریکا بر روی پشت بام یکی از اماکن ویتنام به نشانه پیروزی

اگر در آن روز در یکی از ایالات آمریکا از مردی در خیابان سؤال می‌کردیم که از چه بابت جشن گرفته‌ای چه پاسخی می‌داد؟ حتماً می‌گفت چون ارتش کشورش به فتوحات و موفقیت‌های رزمی رسیده است! نور بر تاریکی پیروز شده است! قهرمانان ما اهریمنان چشم بادامی را شکست داده‌اند...!

^۱ Cover-up: [the Army's secret investigation of the massacre at My Lai]

4& Sexual Assault and the My Lai Massacre: The Erasure of Sexual Violence from Public Memory of the Vietnam War-national library

حال اگر از وی سؤال می‌نمودیم که این موضوع را "از کجا می‌داند" چه پاسخی می‌داد؟ احتمالاً می‌گفت چون «همه» بر وقوع این رخداد اتفاق نظر دارند! یا ممکن بود با لبخندی طعنه‌آمیز بگوید مگر نمی‌بینی «همه» مردم جشن گرفته‌اند؟ و شاید با اندکی چاشنی توهین و کمی صدای بلند می‌گفت مگر عقلت را از دست دادی و نمی‌بینی که «همه» خوشحال هستند؟

و حال این «همه» از کجا علم به وقوع چنین موضوعی یافته و به این باور رسیده بود که در ویتنام ارتش آمریکا به پیروزی شکوهمندانه‌ای رسیده؟ "رسانه‌ها"، تلویزیون، رادیو و اخبارهای رسمی که توسط مسئولین ارائه شده بود، معجونی از سیاست و رسانه، جولانگاه خطاهای شناختی و میعادگاه ندانستن‌هایی بود که توهّم دانستن به بار می‌آورد. تنها اعضای گردان سوم تجسس در میلای حضور داشته و شاهد این فاجعه بودند و هیچ یک از مردم آمریکا و جهان در آن نقطه نبوده که شاهد این جنایت باشند، چرا که اصلاً نظامیان احدی را زنده نگذاشتند تا گزارشی از این واقعه به جایی مخابره شود جز اینکه بعدها چند سرباز از همین گردان که احیاناً تصاویر و ویدئوهایی نیز توسط دوربین‌های خود ثبت نموده و فشارهای روانی آن‌ها را به افشای این جنایت واداشته، به وقوع چنین جنایتی اعتراف نمودند.

در حقیقت خطای تأیید اجتماعی (و سایر خطاها که بدانها خواهیم پرداخت) موجب شده بود کمتر کسی به این مسئله بیندیشد که شاید حقایق به گونه‌ای دیگر باشد.

در جهان امروز ما برای اثبات صحت وقایع پیرامون خود چه ابزارهایی در اختیار داریم؟ علم و معرفت‌های مدرن اغلب از باور سایر مردم و صفحه نمایشگر تلویزیون‌ها و رسانه‌ها به ما می‌رسد و در بیشتر مواقع ما مانند خانواده سربازان آمریکایی تنها به نشریات و رسانه‌ها استناد می‌کنیم حتی اگر حقیقت چیزی خلاف آن باشد. کافیسست در اطراف ما عده بسیاری به یک مسئله اتفاق نظر داشته باشند، در این صورت کمتر کسی به خود زحمت تردید و تشکیک خواهد داد. حال اگر این مسئله توسط رسانه‌ها اعلام گردد دیگر کسی جرأت تردید نخواهد یافت! چه

کسی جرأت داشت در جزئیات واقعهٔ میلادی در آمریکا سؤالی بپرسد؟ و عکس‌العمل به نظر چنین فردی چه چیزی بود جز عنوان «توهم توطئه» این مسئله همان موضوعی است که امروزه بیشتر با عنوان ماتریکس^۱ در محافل و اندیشکده‌ها مورد بحث قرار گرفته و شاید وصف آن قدری دردناکتر از وصف احوال بردگان باستانی باشد.

در واقع امروزه برخلاف پیشرفت در حوزهٔ ارتباطات و فناوری بازم ما از نظر دلالت دانسته‌هایمان بر واقعیات مانند مردم آمریکا در هنگام جنگ ویتنام هستیم که هر آنچه می‌دانیم از رسانه‌ها و افرادی که آنها را نمی‌شناسیم و صدق ادعاهای آنها بر ما معلوم نیست، به دست آورده‌ایم. این حقیقت تلخ باورهای جمعی انسان است که به عنوان یک «حقیقت» در نظر گرفته می‌شود. در اغلب موضوعات جهان با توجه به اینکه ما در آن موضوع متخصص نبوده و یا اساساً آن موضوع را از نزدیک ندیده و بررسی نکرده‌ایم ناچار اظهارات رسانه‌ها و مردم پیرامون خود را می‌پذیریم. حتی اگر خلاف این موضوعات نیز اثبات شود بازهم زمانی آن را خواهیم پذیرفت که رسانه‌ها و اکثریت مردم بر همین مطلب اتفاق نظر داشته باشند و یا دستکم تعداد همفکران ما افزایش یابد.

متأسفانه القای فریب و بردگی از جایی آغاز می‌شود که ما برای اثبات وقایع پیرامون خود توجیهی سطحی و تنبانه فراهم می‌کنیم به نام رجوع به سایرین! و سایرین نیز عمدهٔ دانش خود را از رسانه‌ها بدست آورده‌اند. به این شکل که اگر از ما سؤال شود: چرا به چنین کار یا رفتاری می‌پردازید نخستین دلیل ما برای آن این است که چون بقیه نیز چنین می‌کنند. و این موضوع در تحقیقات روانشناسانه متعددی اثبات شده است. تا به امروز چند بار با این پرسش مواجه شده‌اید که چرا در بورس سرمایه‌گذاری نکردی؟ مگر نمی‌بینی «همه» در حال انجام چنین کاری هستند؟ چرا در صف خرید ارز نیستی؟ مگر نمی‌بینی «همه» چنین می‌کنند؟

معمولاً هر جا برای استدلال از لفظ «همه» استفاده می‌کنیم، می‌بایست خطای شناختی تأیید اجتماعی را به خاطر آوریم و البته خطر فریب الوقوع بردگی را.

حال اگر امروز فردی مدعی آن شود که کرونا دروغ است و چنین ویروسی اصلاً وجود نداشته (فرضاً، چون می‌دانیم چنین نیست) و ندارد اولین پاسخی که به ذهن شما متبادر می‌شود چیست؟

نخستین پاسخ شما این خواهد بود؛ پس این «همه» مبتلا و این همه کشته و بحران جهانی از چه بابت است؟ عده زیادی مبتلا شده‌اند و عده زیادی جان خود را از دست داده‌اند، پس قطعاً چنین ویروسی وجود دارد. «همه» اقتصادهای کلان دنیا زیان دیده و جهان گرفتار بحرانی بی سابقه شده، «همه» مشغول مراقبت از جان خود و عزیزان خود هستند و تقریباً فردی بدون ماسک به چشم نمی‌خورد، مگر می‌شود «همه» دچار فریب شده و اشتباه کنند؟

مادامی که شما برای این پرسش پاسخی جز این نداشته باشید همانند فردی رفتار کرده‌اید که در پاسخ به اینکه «آیا خدا هست» اینگونه پاسخ می‌دهد: این تعداد عظیم از انسان‌ها به پرستش و جانبازی برای خدا مشغولند، پس قطعاً خدا وجود دارد! یعنی بدون پشتوانه معرفتی و سیره عقلایی صرفاً به تقلیدی کورکورانه پرداخته‌ایم؛ مانند همان آمریکایی‌هایی که در جشن پیروزی ارتش آمریکا در میلای ویتنام به شادی می‌پرداختند چون دیده بودند «همه» چنین می‌کند و رسانه‌ها چنین می‌گویند.

میزان شیوع این خطای شناختی با میزان استعمال کلمه «همه، این همه و آن همه» ارتباط تنگاتنگی دارد. هر جامعه‌ای که در استدلال خود از این الفاظ بیشتر استفاده کند، بیشتر در منجلاب این خطا فرو رفته است و این جامعه رفته‌رفته به جولانگاه شیادان، دلالان و فریبکاران بدل می‌گردد. چرا که این خطای شناختی از دیرباز دستمایه دلالان بازار سهام و طلا و ارز بوده است. تاجایی که اخیراً رشته‌ای به نام اقتصاد رفتاری را به علم اقتصاد افزوده است و اگر مابلید نمونه‌ای از موفقیت‌های این فریب و خطای ذهنی را ببینید کافی‌ست یک روز عده کثیری را با هماهنگی

قبلی در صف یک فروشگاه (مثلاً صرافی و ارز فروشی) و یا یک رستوران قرار دهید، بلافاصله جمعیت زیادی از مردم، بی آنکه دانشی در مورد ارز و یا غذای آن رستوران داشته باشند، به این صفوف خواهند پیوست. کشورهای جهان سوم مناسب‌ترین گزینه برای اجرای این فن فریب هستند. کافی‌ست به هجوم مردم به صف خرید خودرو و ارز و سکه پس از گرانی آن بنگرید.

ریشهٔ چنین رفتاری در مغز حیوانی انسان قرار دارد؛ چرا که مغز انسان بگونه‌ای تکامل یافته است که دائم در صدد دوری از خطر، مدیریت و صرفه‌جویی در انرژی خود بوده و دائم به دنبال راه‌های کم‌خطر و میانبری است که کمترین انرژی را از وی اخذ کند؛ به همین خاطر وقتی عده‌ای کثیر را در حال انجام یک عمل مشاهده می‌کند مغز حیوانی سریعاً اینگونه استدلال می‌کند که "لابد این افراد به چنین موضوعی اندیشیده‌اند، لذا نیاز نیست من انرژی زیادی صرف تحقیق و تحلیل کنم." مثلاً با دیدن صف مشتریان رستوران اینگونه استدلال می‌کند که حتماً این افراد سابقاً از غذاهای آن چشیده و کیفیت و طعم آن را تأیید کرده‌اند و او نخستین نفری نیست که قرار است چنین تجربه‌ای داشته باشد، و یا اینکه اگر جهان با بحرانی به نام شیوع، دست به گریبان است، قطعاً عدهٔ بسیاری در این موضوع تحقیق کرده و درستی آن بر آنها محرز گردیده است و نیازی نیست من در این خصوص تحقیق و تفکری به خرج داده و مولکول‌های حاوی انرژی را در قشر مغز تجزیه نمایم.

به همین سادگی بشر به مانند ماهی‌هایی که ممکن است در یک آکواریوم نگهداری شوند در آکواریومی نامحسوس از رفتار و عقاید «همه» اطرافیان و «رسانه‌ها» فرو رفته که چه بخواهد و چه نخواهد دانشی که توسط رسانه‌ها و اکثریت عرضه می‌شود؛ تشکیل دهندهٔ محفوظات و دانش وی خواهند بود. در روزگاری که هر چه می‌دانیم و هر چه بدان فکر می‌کنیم توسط رسانه‌ها به ما تحمیل و دیکته می‌شود، داشتن اندیشه‌ای مستقل، بسیار دشوار است و شاید به این خاطر است که حتی لحظه‌ای اندیشه از هفتاد سال عبادت ارزشمندتر است. اندیشهٔ مستقل چیزی نیست که شما بابت داشتن آن مورد تقدیر و احترام جامعه یا همان

«همه» قرار بگیرید، بلکه حمل این اندیشه به مثابه حمل سلاحی مرگبار برای رهبران و فریبکاران، تقبیح خواهد شد و به محض کسب آن می‌بایست خود را برای تحمل رنج‌های بسیار آماده سازید.

در واقع سهل‌الوصل‌ترین استدلال بشر در توجیه وقایع پیرامون خود نگاه کردن به اطراف خود و ارائه باور و اعتقاد سایرین به عنوان اثبات مدعای خود است که نه تنها شیوه فرزانگان نیست بلکه سوابق تاریخی بشر (فی المثل واقعه ویتنام) نشان داده که نمی‌تواند معیار صحیحی باشد، بلکه نشانگر جهل و فریب خوردگی است.

این خطای شناختی مانند سیلابی از جهل هر اندیشه‌ی مخالفی را با ابزار «طرد و مخالفت» نابود ساخته و راه را بر حکومت خرد ناهموار می‌سازد.

روانشناسی به نام اسکینر^۱ معتقد است عوامل محیطی تعیین کننده رفتارهای انسان است. نظر اسکینر این است که ما تحت کنترل پاداش‌ها و تنبیه‌های بیرونی هستیم و اراده آزاد زائیده تخیلات ماست. یعنی مادامی که یک رفتار ما مورد تکریم و استقبال محیط قرار گیرد صرفنظر از اینکه رفتاری صحیح باشد یا غلط این رفتار تداوم خواهد یافت. بنابراین طبیعی است که اگر بینیم عده زیادی در خیابان‌ها در حال جشن گرفتن برای پیروزی ارتش آمریکا در میلای هستند و اگر ما نیز در این جمعیت ذوب شده و جزئی از آنها باشیم مورد پاداش و استقبال قرار گرفته و با این وصف حتی شک و تردید نسبت به اینکه آیا واقعاً آمریکا در میلای به پیروزی رسیده است نیز امری خلاف طبیعت انسان خواهد بود. به همین خاطر هرگز این انتظار نمی‌رود که همه انسان‌ها نسبت به مسائلی از جمله: فریب قرن دچار فریب نشوند، چرا که اساساً چنین رویکردی به معنای تبعیت نکردن از اصول طبیعی رفتاری انسان است که اسکینر بدانها اشاره کرده است. لازمه چنین رویکردی «غیرطبیعی بودن و پشت کردن به اصول رفتاری و طبیعی انسانی است!» اگر امروزه اکثر ساکنین

^۱ بروس فردریک اسکینر روانشناس معروف آمریکایی که مفهوم «شرطی شدن و جعبه اسکینر» از معروفترین دستاوردهای این دانشمند می‌باشد.

زمین به این باور رسیده‌اند که ویروس کرونا یک ویروس مرگبار و کشنده است که می‌تواند موجب مرگ آنها شود و این باور از سوی محیط به شما القا شود، مادامی که شما نیز مانند این افراد رفتار کرده و به چنین باوری برسید به دلیل اینکه این باور توسط محیط تغذیه شده و بدان پاداش داده می‌شود (پاداشی از جنس همدلی، درک و احساس مشترک)، این رفتار به شکلی ناخودآگاه در شما تداوم می‌یابد و اثر محیط اجازه نمی‌دهد شما حتی در خلوت خود به این موضوع بیندیشید که شاید اصلاً چنین موضوعی مانند واقعهٔ میلای ویتنام یک فریب است! مگر آنکه خلاف طبیعت انسانی عمل کنید، یا بهتر بگویم خلاف عملکرد مغز حیوانی که جزئی از ارکان همین انسان است.

حال ممکن است این سؤال به ذهن متبادر گردد که در شرایطی که مثلاً مردم آمریکا در ویتنام حضور نداشته‌اند چگونه از آنها انتظار داریم اسیر فریب رسانه نشوند؟ چگونه انتظار داشته باشیم انسان‌ها برخلاف سیستم رفتاری طبیعی یک انسان عمل کرده و به چنین چیزی شک کنند؟ آنهم زمانی که فقط گروه اندکی در ویتنام شاهد ماجرا بوده‌اند؟ آیا گزینهٔ دیگری جز اعتماد به گفته‌های آنها وجود دارد؟

یا مثلاً در شرایطی که رسانه‌ها مدعی می‌شوند روزانه ۱۰۰۰ نفر بر اثر ویروس کرونا جان خود را از دست می‌دهند، طبیعتاً امکان بررسی صحت این موضوع توسط مردم عادی وجود ندارد که بیمار و اجساد را از نزدیک دیده و مستقیماً بررسی نمایند که آیا واقعاً این افراد بر اثر کرونا جان باخته‌اند یا عامل دیگری مانند؛ ایست قلبی. در اینجا هم مانند مثال ویتنام گزینهٔ دیگری جز اعتماد بر گروه اندکی نیست که از نزدیک شاهد ماجرا بوده‌اند و چارهٔ دیگری جز اعتماد بر رسانه‌ها نخواهیم داشت. ما ناچاریم گوشمان به دهان نهادهایی باشد که «گفته می‌شود» در این زمینه دارای صلاحیت هستند، حال چه کسی این را می‌گوید؟ «همه»

اینجا می‌بایست با یکی دیگر از حقه‌های روانشناختی و خطاهای شناختی آشنا شویم؛

خطای شناختی شماره دو: خطای مرجعیت

نخست فرض کنید قصد دارید در یک دوره آموزشی آرایشگری شرکت کنید. حال برای آموزش چنین مهارتی تنها دو مرکز و مرجع رسمی برای آموزش وجود دارد که مورد تأیید نهادهای دولتی بوده و دو مرکز غیررسمی نیز وجود دارد که مورد تأیید دولت‌ها نبوده و به عبارت دیگر «مرجع» آموزش آرایشگری به حساب نمی‌آیند.

انتخاب شما کدام مرکز است؟ مرجع رسمی آموزش آرایشگری و یا سایر مراجع؟ قطعاً مرجع دولتی! بویژه اینکه اگر هنرجویان مرجع معتبر دولتی تعداد بیشتری داشته باشند، در این صورت خطای شناختی تأیید اجتماعی نیز به کمک خطای شناختی مرجعیت خواهد آمد.

سؤال اینجاست: اصلاً این مرجع، مرجعیت و مشروعیت خود را از کجا آورده است؟ آموزشگاه مورد تأیید، مشروعیت خود را بواسطه صلاحیت و لیاقت خود به دست آورده یا فقط رضایت دولت را با زد و بندهای متعدد، رانت‌ها و روابط کسب کرده است؟

ریشه این خطای شناختی نیز ساختار عصبی انسان می‌باشد که ناخودآگاه با خود می‌اندیشد که عدّه دیگری از جمله دولتمردان و نهادهای دولتی صلاحیت‌های مرکز نخست را به صورت کارشناسانه بررسی نموده و دلایل محکمی برای اینکه آن را به عنوان مرجع اعلام کنند داشته‌اند، لذا نیازی نیست ما انرژی زیادی صرف تحلیل و تعمیق و اندیشیدن بدین موضوع کنیم و دیگران اینکار را بجای ما انجام داده‌اند. پس لزومی ندارد اصلاً به این مسائل فکر کنیم و خود صلاحیت این مرجع را بیازماییم، چون نه ابزارهای آن را در اختیار داریم و نه لزومی دارد انرژی خود را صرف کاری کنیم که گمان می‌کنیم بارها انجام شده است.

رکن دوم فریب قرن، خطای مرجعیت است

اما خطای مرجعیت می‌تواند تبعات بیشتری از یک فریب گسترده داشته باشد و گاه منجر به فجایعی انسانی شود و بیشتر تحقیقات روانشناسی نیز به این بخش هولناک از خطای مرجعیت معطوف شده است.

آیا تا به حال از خود پرسیده‌اید یک جهادگر داعشی با چه تفکر و چشم اندازی کودکان و زنان را به گلوله می‌بندد و ابداً هم از این بابت دچار عذاب وجدان نمی‌شود؟ آیا تاکنون خوابیدن یک تروریست تکفیری را از نزدیک دیده‌اید که چگونه غرق در آرامش و با تبسمی بر لب شب را به صبح می‌رساند؟ بی آنکه از کشتن ده‌ها زن و کودک در طول روز آزرده خاطر شده باشد؟

اگر شما نیز از جمله کسانی هستید که در عکس‌العمل به واژه فریب قرن بلافاصله گفته‌اید که «مگر می‌شود پزشکان و پیراپزشکان نیز دست به جنایتی ناخواسته بزنند»، می‌بایست این اصل دردناک روان شناختی را به ذهن بسپارید.

به این آزمایش معروف و تکان دهنده توجه کنید:

مردی که برای آزمایش آمده بود، دستش را در کاسه‌ای کرد که در آن کاغذهای مختلف به صورت تا شده قرار گرفته بود؛ قرار بود با چیزی شبیه قرعه‌کشی، مشخص شود که او «آزمایشگر» خواهد بود یا «آزمایش شونده»؛ برگه را درآورد و دید: نقش او «آزمایشگر» بود.

هیچکس به مرد نگفت که روی تمام کاغذهای داخل آن کاسه، نوشته شده: «آزمایشگر» و اصلاً آزمایش شونده‌ای در کار نیست. به همین دلیل، در تمام مدت آزمایش، آن فرد فکر می‌کرد که در اتاق مجاور، مرد دیگری نشسته است که قرعه «آزمایش شونده» به نامش درآمده. (یعنی بر حسب اتفاق او در موقعیتی بالاتر از فردی دیگر قرار گرفته است)

ژنراتور را روشن کردند، هدف از آزمایش «ارزیابی اثر تنبیه بر روی حافظه و کارکرد آن» بود. به آزمایشگر لیستی از کلمات و معانی آنها داده می‌شد تا آنها را با میکروفونی که داخل اتاقش بود برای «آزمایش شونده» اتاق مجاور» بخواند و سپس سؤالاتی چهار جوابی را برای او می‌خواند تا ببیند آیا می‌تواند گزینه درست را انتخاب کند؟

آزمایش شونده (که در اصل وجود نداشت) با انتخاب یکی از چهار کلیدی که پیش روی او قرار داده بودند، گزینه مورد نظرش را اعلام می‌کرد. گاهی درست و گاهی نادرست.

هر بار که پاسخ نادرستی داده می‌شد، با فشار یک دکمه توسط آزمایشگر، شوک الکتریکی به صندلی خالی مردی که در اتاق مجاور بود وارد می‌شد؛ میزان شوک با توجه به تعداد خطاها افزایش پیدا می‌کرد. طبیعی است که با افزایش شدت ولتاژ، صدای ضبط شده فریاد مردی که «مثلاً» در اتاق مجاور است بیشتر می‌شد.

بعضی وقت‌ها، نگرانی و ناراحتی در چهره «آزمایشگر» دیده می‌شد؛ گاهی می‌پرسید: «واقعاً اینقدر زجر دادن لازم است؟ اصلاً انسانی است؟» و مردی که با لباس سفید آزمایشگاه، بالای سرش ایستاده بود توضیح می‌داد که: «بله، باید ادامه دهیم. چاره دیگری نداریم»

به آزمایشگر گفته «نشد» که صداهایی که می‌شنود، صداهای ضبط شده است و واقعاً شوکی در کار نیست و اصلاً در اتاق دیگر فردی وجود ندارد. او در مقابل خودش ژنراتوری را می‌دید که هر بار ولتاژش را بالا می‌برد و با فشار یک دکمه، شوکی را به مرد دیگری که در اتاق مجاور است وارد می‌کند و صدای درد کشیدن او را می‌شنود.

این آزمایش ۴۰ بار و با ۴۰ نفر مختلف انجام شد. از این ۴۰ نفر، هیچکدام، وقتی شنیدند که طرف مقابل می‌گوید: من مشکل قلبی پیدا کردم، آزمایش را متوقف نکردند. ۲۵ نفر از آنها، حاضر شدند تا ۴۵۰ ولت شوک به طرف مقابل وارد کنند. این در حالی است که از ۳۴۵ ولت به بالا، صدای جیغ و اعتراض قطع می‌شد و به نظر می‌آمد که آزمایش شونده، «یا مرده یا از هوش رفته است!» با این حال آنها به شکنجه دادن خود ادامه می‌دادند.

نکته دردناک این آزمایش که استنلی میلگرام آن را ترتیب داد، این بود که: این مردها، شوک را به یک غریبه وارد نمی‌کردند. آنها در زمان قرعه کشی، طرف مقابل را دیده بودند و کاملاً باور داشتند که یک تصادف، آنها را به «آزمایشگر» تبدیل کرده و ممکن بود خودشان روی صندلی اتاق مجاور نشسته باشند.

آزمایش میلگرام در سال‌های بعد به شکل‌های مختلف تکرار شد و در هیچ آزمایشی، تعداد کسانی که اعمال این شوک‌ها را متوقف کرده و به

آزمایش اعتراض کردند از یک سوم جمعیت بیشتر نشد. روایت کارشناسان از آزمایش میلگرام.

توجه به مرجعیت (متخصصین یک حوزه) در حالی که گاهی همین مرجعیت توانایی شناخت و تحلیل درست مشکلات را ندارد باعث خواهد شد تا خواسته‌های نامعقول خود را با نظرات آنان شکلی موجه بدانیم و خواسته‌ای نامعقول را با شکلی معقول ارائه دهیم و انتظار نتیجه باشیم. چکیده این تحقیق این است: کافیست انسان در موقعیتی قرار بگیرد که عضوی از یک مرجع و سازمان باشد (فردی سفیدپوش در مقام مافوق در کنار آزمایشگر قرار داشته باشد)، بی درنگ تسلیم خواسته‌های آن مرجع خواهد شد و از هیچ عملی فروگذاری نخواهد کرد، حتی شکنجه و جنایت.

پس از جنگ جهانی در دادگاه نورنبرگ جنایتکاران نازی که برخی از آنها مسئول مرگ صدها و هزاران انسان غیر نظامی بوده و به شکل بیرحمانه‌ای آنها را به قتل رسانده بودند، در توجیه اقدامات خود تنها یک جمله می‌گفتند: مأمور بودیم و معذورا! دستورات از جای دیگری صادر می‌شد. (حال ممکن است هریک از آنها دارای همسر و فرزند و احساسات انسانی بوده یا بارها برای مرگ بچه گربه زیر شیروانی غمگین شده و در صحنه‌های دراماتیک سینما برای جدایی عاشق و معشوق اشک ریخته باشند، اما خطای مرجعیت از آنها افرادی سفاک و بی‌رحم ساخته بود، چرا که خود قادر به اندیشه در این مورد نبودند که کاری که انجام می‌دهند صحیح است یا غلط، بلکه با خود می‌گفتند؛ حتماً افراد دیگری در بالادست و صادرکنندگان دستور به این موضوع اندیشیده‌اند که این اقدامات صحیح است، لذا نیازی نیست ما درباره آن بیندیشیم.

آزمایش میلگرام: یک نتیجه‌گیری مهم داشت. هنگامی که در یک موضوع مشخص مرجع و متخصص وجود دارد، نظری می‌تواند موجب بی‌مسئولیتی ما شود. همان جمله معروف «مأمورم و معذور» که منجر به سلب مسئولیت از خود و انجام کارهای غیر انسانی (در آزمایش میلگرام

راضی شدن به ولتاژ بالای ۳۴۵ ولت حتی بعد از قطع شدن صدای آزمایش شونده) خواهد شد.^۱

در انتها، نتیجه‌گیری رولف دوبلی:

هر وقت خواستی تصمیمی بگیری، به این فکر کن که چه مراجعی ممکن است بر استدلال‌هایت اثر گذاشته باشند. وقتی به «یکی» از آن‌ها در واقعیت برخوردی، تمام تلاشت را بکن در برابرش مقاومت کنی.

خطای شناختی مرجعیت می‌تواند از رئوف‌ترین انسان‌ها، جنایتکارانی پدید آورد که گمان می‌کنند در حال فداکاری هستند. مثلاً بیمارستان‌ها را تبدیل به یک جوخه اعدام کرده و افرادی با توهم خدمت و جانبازی دست به خون‌هموعان خود آلوده کنند بی آنکه بدانند اصل ماجرا چیست.

واقعیات برای آنکه به سمع و نظر مردم عادی برسد از دو گلوگاه عبور می‌کند: (مثلاً فاجعهٔ میلای)

۱. مرجع اول: اظهارات افراد معتمدی که از نزدیک شاهد ماجرا بوده‌اند (مثلاً گردان سوم تجسس ارتش آمریکا در میلای)

۲. مرجع دوم: رسانه‌هایی که این اخبار را نشر می‌کنند (مثلاً رادیو و تلویزیون آمریکا که خبر پیروزی میلای را نشر کرده است)

بدیهی است چنانچه یکی از این دو گروه شرط امانت را رعایت نکنند وقایع به شکل غیرواقعی خود به مردم انعکاس داده می‌شود و مردم گرفتار فریب خواهند شد (که شدند).

در خصوص شیوع ویروس کرونا و عالم‌گیری آن نیز این اصل صادق است و دو گروه را در گلوگاه حقایق این بیماری قرار دادند که اوصاف آن را به جهان منعکس می‌کنند و مردم عادی نه ویروسی از نزدیک دیده‌اند نه جسدی و در خوش‌بینانه‌ترین حالت ابتلا و مرگ افرادی از نزدیکان خود را مشاهده کرده‌اند که باز هم تشخیص علت نهایی مرگ و بیماری و

^۱ آزمایش معروف استنلی میلگرام، محمدرضا معراجی

افتراق اینکه آیا اصلاً عامل بیماری ویروسی به نام کروناست یا میکروب دیگری همچون آنفولانزا و استرپتوکوک که در دایره صلاحیت آنها نمی‌باشد و برای این موضوع ناگزیر هستند به گروه‌های زیر رجوع کنند:

۱. گروه کادر تشخیص و درمان که همگی تربیت شده یک سیستم واحد آموزشی هستند؛ جملگی بر مبنای اصول تربیتی و پذیرفته شده سازمان و نهادهای جهانی سلامت، پرورش یافته‌اند؛ این گروه در سراسر جهان با الفبا و ادبیات واحدی آموزش دیده‌اند و هرچند از اقوام و ملیت‌ها و نژادهای مختلفی هستند اما همگی از یک اصول واحد به نام پروتکل‌های جهانی بهداشت پیروی می‌کنند و در دانشگاه‌ها، واحدهای درسی کم و بیش یکسانی را می‌گذرانند؛ این گروه به گونه‌ای تعلیم می‌بینند که در زمینه حرفه‌ای به یک شکل عمل کنند، به طوری که چه پزشک آلمانی بر سر یک مجروح سانحه رانندگی حاضر شود چه پزشک سریلانکایی، هر دو یک سری اقدامات مشابه در قالب پروتکل‌هایی که آموزش دیده‌اند را انجام خواهند داد (حال ممکن است تجهیزات متفاوتی در اختیار داشته باشند و یا روش‌های آنها قدری در جزئیات متفاوت باشد، اما به هر حال از یک اصول واحد پیروی می‌کنند که در قالب سرفصل‌های تئوری و عملی به آنها آموزش داده شده است). این گروه در واقع شبکه‌ای به هم پیوسته تحت نظارت و ریاست یک سازمان کلان بوده، مبانی و اصول حاکم توسط سازمان کلان بر آنها دیکته می‌شود و در نتیجه اگر بخواهیم این گروه را در مقیاسی کلی وصف کنیم این گروه در واقع همان سازمان کلان بهداشت است با اجزا و قطعات پراکنده و فراوان.

می‌توان این گونه نتیجه گرفت که هر عضو کادر تشخیص و درمان یک سرباز وظیفه سازمان‌های بهداشت و سلامت جهانی هستند و همانطور که مثلاً اگر "سربازی با یونیفورم آمریکا به خاک کشوری تجاوز کند" باید بگوییم "آمریکا" به آن کشور تجاوز کرده است. این اعضا در واقع نمایندگان و خود سازمان‌های بهداشت هستند. مقصود اینکه حقایق و مراتب علمی توسط یک ابرسازمان جهانی از محل وقوع به مرحله گزارش خواهد رسید؛ با وحدت ملاک در حقیقت این افراد همان سازمان هستند.

امروزه دانشگاه‌های علوم پزشکی بیشتر تربیت کنندگان "مجریان پروتکل‌ها" هستند تا اینکه پزشکان و پیراپزشکان فکور و خلاق تربیت کنند. در سرفصل دروس تئوری و عملی کرایت‌ریاهای تشخیص و درمان آموخته می‌شود که مثلاً با مشاهده‌ی علائم A فرد مبتلا به بیماری B می‌باشد و حال باید داروی C برای وی تجویز گردد تا اینکه بروز تابلوی بالینی D اثبات کند وی بهبود یافته است یا مشاهده E نشان دهد حال وی رو به وخامت رفته است.

وظیفه دانشجویان تنها حفظ کردن لیست A,B,C,D و موفقیت آنها در امتحاناتی‌ست که میزان تسلط آنها به این لیست را می‌سنجد. یک الگوریتم جامع برای تربیت کردن مجریان دستورالعمل‌های ابلاغی! اینکه این لیست بر چه مبنایی تهیه شده و در دستور کار قرار گرفته ابداً به آنها مربوط نیست، بلکه آنها موظفند بدان عمل کنند. اما این پروتکل‌ها را چه کسی تعیین می‌کند؟ تحقیقات و پژوهش‌هایی صادقانه یا مقتضیات اقتصادی؟ به دیگر کلام مثلاً در تأیید داروی رمدسیویر به عنوان اولین داروی تأیید شده در درمان کرونا، به عنوان یک پروتکل درمان آیا اثرات مثبت این دارو موجب شده تا این دارو در پروتکل قرار بگیرد یا مناسبات اقتصادی و مهره چینی‌های مالی؟ اگر جزو دسته نخست هستید بخش‌های این کتاب بسیار برای شما دردناک خواهد بود، چون قرار است ببینیم که چگونه مناسبات اقتصادی داروهایی را که اثرات آن به اندازه آب خالص نیز نبوده با قیمت‌های گزاف در پروتکل‌ها قرار داده است و داروهایی که موجب افزایش مرگ و میر بوده را در سطح گسترده به روی بیماران تزریق نموده است.

اگر امروز سازمان بهداشت جهانی در دستورالعملی اعلام کند که بیماران بالای ۸۰ سال نباید مورد مداوا قرار گیرند چه اتفاقی رخ می‌دهد؟ بی‌تردید اکثر (نه همه) پزشکان با خطای مرجعیت و با استناد به این تفکر که لابد این سازمان در این مورد تحقیق کرده و آن را عملی مفید ارزیابی نموده است و می‌بایست آن را انجام داد (خطای شناختی مرجعیت) و ابداً از این بابت خود را سرزنش نخواهند کرد.

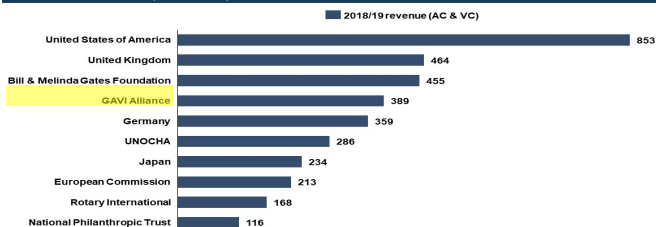
نکته: اکنون که می‌دانیم منبع داده‌ها و آموزه‌های ما پیرامون موضوع شیوع یک مرجع جهانی است، آیا نباید از خود این سؤال را بپرسیم؛ این مرجع، مشروعیت و صلاحیت خود را چگونه بدست آورده است؟ خطای شناختی مرجعیت موجب شده تا کمتر کسی از خود و دیگران سؤال کند که اصلاً این مرجع چگونه به وجود آمده و چگونه عمل می‌کند؟ خطای شناختی مرجعیت و اطاعت از پروتکل‌های این سازمان از تمام شبکه تشخیص و درمان، گروهی "مأمور و معذور" پدید آورده که هرچه توسط این سازمان بدانها ابلاغ گردد را بی چون و چرا و با این استدلال که "لابد سازمان پیرامون این موضوع تحقیقات گسترده انجام داده و به یقین رسیده است" انجام خواهند داد. پذیرش این سازمان به عنوان مرجع خود جولانگاهی بی‌نظیر برای خطای مرجعیت است، که مانند سفیدپوش مافوق در آزمایش میلگرام می‌تواند هر عضو این شبکه را به اموری وادار کند که نوعاً ممکن است غیرانسانی باشد.

اما آیا ممکن است این سازمان چنین ماهیتی داشته باشد و برخلاف نام خود دست به کار اموری غیر انسانی گردد؟ آن هم سازمانی که هزاران و میلیون‌ها کارکنان بهداشت چشم به دهان آن دوخته‌اند تا با ابلاغ یک پروتکل جدید تمام اوامر آن را اجرا کنند.

قدری عجولانه و بی‌تابانه، پیش از ورود به ساختارشناسی این سازمان، جالب است بدانیم که این مرجع یک نهاد پر زرق و برق و پرهزینه است که هزینه‌های آن توسط رهبران و سیاستمداران تأمین می‌گردد، در درجه دوم بودجه این سازمان‌ها توسط گروهی تأمین می‌گردد که تصادفاً از شرایط همه‌گیری ویروسی، بیشترین منافع اقتصادی را کسب کرده‌اند.

Top 10 contributors to WHO for 2018/19 biennium

Based on WHO revenue data (in US\$ millions)



Graph was updated on Sept 2020 to reflect assessed contributions based on exchange rates as of January 2019 as per reported revenue in audited financial statements. Previous version of graph contained assessed contributions based on exchange rates as of May 2017 as per [WHO account](https://www.who.int/about/who-we-are/financial-statements).

تصویر ۴- حامیان مالی سازمان بهداشت جهانی که بنیاد خانواده گیتس، سومین حامی بزرگ مالی این سازمان می‌باشد؛ در سال ۲۰۲۰ ایالات متحده با این استدلال که سازمان بهداشت جهانی به استخدام چین درآمدہ است، حمایت مالی خود از این سازمان را متوقف می‌کند. در ادامه مثالی دیگر از حامیان مالی مرکز CDC آمریکا که به عنوان یکی از مراجع معتبر نشر آمار مبتلایان و متوفیان و همچنین اطلاعات به روز در خصوص ویروس به شمار می‌رود:



Funding Sources

Bill and Melinda Gates Foundation	Pfizer
Health Canada	PepsiCo
Walt Disney Parks and Resorts	PayPal
Government of Canada	Novartis Corp
Siemens USA	Facebook
Catholic University of Maule	Merck
Kaiser Permanente	Mailchimp
Johnson & Johnson	Exxon Mobile
Diazyme Laboratories	P&G
Quest Diagnostics	Cargill
Roche Diagnostics	Coca-Cola
National Association of Chain	Dell Inc.
Drug Stores Foundation	

Earthley
- wellness -

تصویر ۵- حامیان مالی مرکز کنترل عفونت آمریکا: بنیاد گیتس و شرکت‌های فیس‌بوک و کمپانی‌های دارویی که دست به کار ساخت واکسن کرونا هستند (کمپانی فایزر به عنوان نخستین کمپانی موفق در کارآزمایی‌های

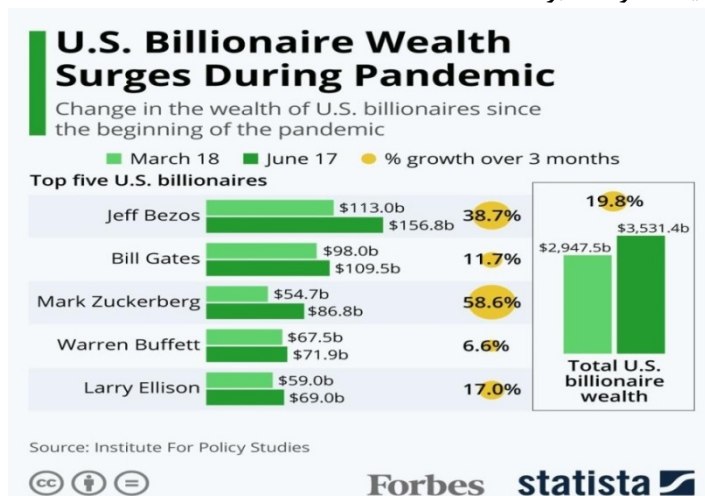
بالینی واکسن کرونا) در لیست حامیان مالی این مرکز قرار دارند؛ در رأس این لیست بنیاد بیل و ملیندا گیتس و همچنین شرکت فیس‌بوک به ریاست مارک زاکربرگ به چشم می‌خورد که به صورت بسیار تصادفی در لیست ۵ سرمایه‌دارانی هستند که طی شیوع، سرمایه آنها به شکل چشمگیری افزایش یافته است. (در فصل دیگری مفصلاً به این موضوع پرداخته می‌شود)

حال با وجود اینکه سازمان‌ها و نهادهای کلان بهداشت و سلامت در خدمت سرمایه‌داران و بنگاه‌های اقتصادی‌ست، تا چه اندازه می‌توان به گفته‌های آنها اطمینان نمود؟ آیا اداره شدن یک سازمان توسط تاجرین و سرمایه‌داران با رسالت اساسی آن سازمان یعنی سلامت در منافات نیست؟ آیا این افراد سرمایه‌های خود را به این سازمان‌ها بخشش کرده‌اند و یا این پرداخت‌ها نوعی سرمایه‌گذاری با تضمین بازگشت چند برابری سرمایه می‌باشد؟ (که به طرز جالبی پس از شیوع این سرمایه به جای آنکه مانند ثروت بسیاری دیگر از ثروتمندان دچار کاهش ناشی از شیوع شود جهشی قابل توجه داشته است!)

چگونه می‌شود افرادی که دارای ثروت‌های کلان هستند سرمایه‌های خود را در اختیار سازمان‌های بهداشت جهانی و مراکزی مانند CDC قرار دهند و حال چندین ماه پس از شیوع، سرمایه این گروه با جهشی بی‌سابقه به شکل چشمگیری افزایش یابد؟ پس آیا می‌توان به این نتیجه رسید حمایت مالی این سازمان‌ها با خیر و برکتی میلیارد دلاری همراه بوده و محل افزایش ثروت گروهی مشخص است؟!

نخستین حامی مالی مراجع کلان بهداشتی یعنی بیل گیتس در سخنرانی‌های خود سودمندترین سرمایه‌گذاری خود را سرمایه‌گذاری در حوزه بهداشت می‌داند و آیا چنین چیزی از نظر عقلانی میسر است که با سالم بودن افراد جهان بتوان ثروتمند شد؟ یا اینکه بالعکس با بیمارتر بودن مردم جهان و فروش دارو و ملزومات، می‌توان کسب منفعت و سرمایه کرد؟ پاسخ به این پرسش حتی از عهده کودکان نیز ممکن است برآید؛

- فردی در حوزه بهداشت سرمایه‌گذاری کرده است، وی از محل این سرمایه‌گذاری ثروتمندتر شده است. حال حدس بزنید وی از سالم بودن انسان‌ها بیشتر خوشحال می‌شود یا از بیمار بودن آنها؟! لحظه‌ای تصور کنید که مراجع عالی بهداشتی یک بنگاه اقتصادی هستند که مانند هر صنف دیگری خواهان سود و منفعت بیشتر است، حال این سود از محل بیمارتر بودن مردم حاصل می‌گردد یا سالم بودن مردم؟ رفته رفته خواهیم دانست که در ادبیات سازمان‌های عالی بهداشتی جهان هر بیمار یک مشتری است و سلامتی هر بیمار به معنای از دست دادن یک مشتری و به سبب افزایش بیماران و جمعیت مصرف کننده دارو و ملزومات پزشکی سرمایه این افراد دچار جهش‌های بی‌سابقه شده است. حال آیا ممکن است رسالت این سازمان‌ها سلامتی و بیمار نبودن مردم باشد؟ یا ساده‌تر بگوییم اصلاً از سالم بودن انسان‌های پولی بدست آید؟ مردمی که دارو خریداری نمی‌کنند، در بیمارستان بستری نمی‌شوند و حق بیمه نمی‌پردازند، قطعاً برای سرمایه‌گذاران این حوزه خوشایند نخواهند بود.



تصویر ۶- افزایش بی‌سابقه ثروت بیل گیتس، مارک زاکربرگ در دوره شیوع کرونا

این افراد حامیان مالی سازمان بهداشت جهانی و مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری آمریکا هستند.

پس نتیجه می‌گیریم معتبرترین و به نوعی مرجع نهایی اطلاعات و دانش ما دربارهٔ ویروس کرونا (که به نوعی تمام کادر تشخیص و درمان را در اختیار خود دارد) سازمان‌هایی هستند که توسط گروهی از ثروتمندان اداره می‌شوند که از شیوع ویروس ثروتمندتر شده‌اند! آیا اهداف این سازمان‌ها صرفاً سلامت و نجات انسان‌هاست؟ تا چه اندازه می‌توان به سازمانی اطمینان کرد که رنگ و بوی یک بنگاه اقتصادی به خود گرفته و حامیان آن به جای اینکه با پرداخت هزینه‌های این سازمان سرمایه‌شان دچار کاهش شود، به طرز جالبی افزایش یافته است!! پس این احتمال که همانند آزمایش معروف میلگرام در مسئلهٔ شیوع خطای شناختی مرجعیت برای پزشکان و پیراپزشکان سراسر جهان پیش آمده باشد منتفی نیست؛ چراکه از حیث شباهت، تفاوت زیادی میان این سازمان و آمر به شکنجه آزمایش شونده در این آزمایش وجود ندارد، لذا امکان بروز خطای مرجعیت دور از ذهن نمی‌باشد. پزشکان و شبکهٔ گسترده سلامت در سراسر جهان این مرکز را به عنوان مرجع معتبر برگزیده‌اند و به تمامی دستورات و برنامه‌های آن عمل می‌کنند، با این پیش فرض که این سازمان قطعاً برای صدور چنین دستوراتی تحقیقات مقتضی را انجام داده و یقین حاصل کرده است که این دستورات صحیح هستند و یا اینکه چون سازمان با صدور بخشنامه‌هایی آزمایش داروها و مواد شیمیایی بر روی بیماران بستری را مجاز دانسته است ما نیز می‌بایست بدان عمل کنیم چون اگر این کار صحیح نبود قطعاً سازمان چنین تصمیمی اتخاذ نمی‌کرد؛ همه چیز برای بروز خطای شناختی مرجعیت مهیاست.

۲. گروه رسانه‌ها و جراید: این گروه نیز ذاتاً پر هزینه و پر زرق و برق بوده که به جز محتوای مجازی هیچ محصولی تولید نکرده، لذا از خود درآمدی ندارد، پس می‌بایست برای تأمین هزینه‌های خود یا تبلیغاتی انجام دهد و یا مورد حمایت مالی نهادی قرار گیرد. رسانه‌ها به زبان ساده به دو دسته تقسیم می‌شوند:

الف. رسانه‌های وابسته به دولت که با نشر اخبارِ فراخور نیازمندی‌های رهبران و سیاستمداران مورد عنایت‌های مالی قرار می‌گیرند تا جایی که امروز بر کسی پوشیده نیست که رسالت رسانه‌ها نشر حقایق نیست بلکه نشر داده‌هایی است که در جهت منافع رهبران باشد (در نیم پرده کره شمالی به این مسئله بیشتر خواهیم پرداخت).

ب. رسانه‌های غیر دولتی و متعلق به شرکت‌های خصوصی مانند فیسبوک و اینستاگرام که به طرز عجیبی هم صاحبان این شرکت‌ها در لیست تأمین‌کنندگان مالی سازمان‌های کلان بهداشت بوده و هم در ردیف کسانی هستند که سرمایه آنها در دوره شیوع چند برابر شده است. حال می‌بایست این سؤال را از خود بپرسیم که چقدر احتمال دارد واقعیت‌ها توسط این رسانه‌ها به مردم مخابره شود؟ آیا منطقی‌تر نیست که رسانه‌ها وقایع را تنها در حدودی که متضمن منافع صاحبان و هم پیمانان خود می‌باشد به مردم عرضه کنند؟ (برای پاسخ به این سؤال به انبوهی از دارندگان صفحات اجتماعی مراجعه کنید که به محض مخالفت با واکسن و دارویی خاص مطالب و صفحات آنها ناپدید شده و تجمعاتی در اعتراض به ابعاد ساختگی شیوع توسط سایر وقایع مورد پوشش خبری قرار نمی‌گیرد).

در نظر داشتن احتمال خطای مرجعیت از جایی اهمیت می‌یابد که هر دو مرجع مرتبط با ویروس، شیوع، همه‌گیری، دارو، درمان و خلاصه همه چیز مربوط به این بحران از کانال اقتصاد به هم متصل شده، منافع عظیمی در دوره شیوع، عاید کسانی شده که هم حامی سازمان‌های کلان بهداشتی هستند و هم بلندگوهای نشر داده‌ها و اخبار.

در حقیقت هنگامی که در دوره شیوع یک بیماری هستیم مانند ماجرای جنگ ویتنام، نه کسی از مردم عادی ویروس را دیده است و نه جسد را، پس حد فاصل میان اجساد و تخت‌های بیمارستان تا باورهای ذهنی مردم عادی توسط دو گروه پر می‌شود و داده‌هایی که از این دو گلوگاه عبور می‌کنند به سمع و نظر مردم می‌رسد که با شناختی که از ماهیت رسانه‌ها و سازمان‌های کلان بهداشت در دست است، بندرت پیش می‌آید تمام و کمال آن چیزی باشد که در حقیقت رخ داده است. به نظر

می‌رسد همین خلاصه و کلیات، دلایلی محکمی برای این باشد که لاقلاً به صورت تام به این دو منبع اعتماد نداشته باشیم. به عنوان مثال در ماجرای ویتنام گروه اول یعنی شاهدان عینی بنابر مصالح دولت آمریکا و حیثیتش و همچنین ترس از مجازات، حقایق را به صورت وارونه به مافوق‌های خود و به تبع آن به ستادهای ارتش آمریکا گزارش دادند؛ سپس رسانه‌ها نیز مجدداً بخش‌هایی از آن را تغییر داده (مثلاً از تلفات اخیر حملهٔ تلافی جویانه ویت کنگ‌ها چیزی نگفته و برعکس ماجرای دروغین از روحیهٔ بالای سربازان آمریکایی و نصب پرچم آمریکا به عنوان پیروزی ارزشمند پس از نبردی دشوار را ضمیمه خبر کردند) و خبر را مطابق با سلیقه و منافع دولتمردان تغییر دادند، یعنی واقعه قبل از اینکه فرصت کند از محل وقوع به گوش مردم برسد در دو منطقه دچار تحریف و تغییر شده است. حال در خصوص حقایق بیماری کرونا نیز این دو گلوگاه وجود داشته و حداقل میان بیمارستان‌ها و لابراتورهای تحقیقاتی تا گوش و چشم مردم را پر کرده‌اند. این دو گلوگاه یکی نهادهای بهداشتی و دیگری رسانه‌ها هستند.

منطقاً در چنین شرایطی می‌بایست گروه اول چنان گروه صادق و متعهدی باشد که حقایق را از مردم پنهان نکند و تنها دغدغهٔ سلامت عموم را داشته باشد و گروه دوم نیز وابستگی سیاسی و اقتصادی نداشته باشد تا یافته‌ها و داده‌های گروه نخست را سانسور نکرده و به صورت گزینشی و فرمایشی عمل نکند و هیچ یک از این موارد در عالم واقع وجود ندارد. در عالم واقعیت چقدر این احتمال وجود دارد که هم سازمان‌های کلان بهداشت، هم رسانه‌ها به این امر اخلاقی پایبند باشند؟ سازمانی که حامی مالی آن ثروتمندانی هستند که شغل آنها سرمایه‌گذاری است! یعنی در محلی سرمایه خود را قرار می‌دهند تا چند برابر آن را برداشت کنند، رسانه‌ای متعلق به همین گروه ثروتمندان است و اگر هم نباشد متعلق به رهبران و سیاستمدارهایی است که تاریخ به خاطر نمی‌آورد رفتار صادقانه‌ای از آنها سرزده باشد.

“شاید جهان در آستانه یک فاجعه میلای دیگر باشد.”

آبا بشر می‌تواند بی آنکه اسیر خطاهای شناختی شود واقعیات را درک کند؟ احتمالاً تا اینجای بحث متوجه شده‌اید چه میزان از فرضیات ذهنی و دانسته‌های ما، حول محور شیوع و ویروس برخاسته از خطاهای شناختی می‌باشد. ممکن است تا همین جای کار با الفبای فریب و دو رکن محکم نظام برده‌داری و برده پروری آشنا شده باشید.

در حقیقت ما برای آنکه از حقایق شیوع چیزی دستگیرمان بشود سلاحی جز “تفکر مستقل” در اختیار نداریم و لازمه تفکر و خشت اول خردورزی بریدن ریسمان‌های وابستگی و تأثیرپذیری از رسانه‌ها و تلویزیون است، چرا که رسانه شما را وادار می‌کند به گونه‌ای بیندیشید که از قبل انتخاب شده و تنها حول محور مسائلی تفکر کنید که حدود آن مشخص شده. در واقع رسانه با خط کشی‌های فکری، افکار شما را به سمتی می‌برد که خود انتخاب کرده نه سمتی که شما می‌بایست بروید و شوربختانه که امروزه ۹۹ درصد افراد، ۹۹ درصد اطلاعات خود را از رسانه‌ها و تلویزیون به‌دست می‌آورند نه مطالعه و تفکر و بحث‌هایی که در گذشته جزئی ستودنی از فرهنگ بشری بود. امروزه غالب جمعیت جهان همانند همان کسانی‌ست که در خیابان‌های آمریکا برای پیروزی در میلای به خوشحالی می‌پرداختند...

خطای شناختی شماره سه: توهم اخبار

آتشفشان در جزیره‌ای در ژاپن، خودکشی یک فوتبالیست، سقوط سهام یک شرکت در سنگاپور، خشونت جنسی در یک باشگاه شبانه در فرانسه، کشف گونه‌ای کمیاب از مارمولک‌ها در عربستان.

آیا لازم است شما همه این‌ها را بدانید؟

ما همه روزه به طرز اعجاب‌آوری بمباران اطلاعاتی می‌شویم اما در عین حال کم می‌دانیم و اعتماد به نفس زیادی هم یافته‌ایم، چون دویست سال پیش قالبی مسموم از اطلاعات به نام اخبار را خلق کرده‌ایم. معجونی از داده‌هایی که در ۹۹ درصد موارد دانستن و ندانستن آن تأثیری بر کیفیت زندگی ما نداشته اما اثری مخرب بر کارکردهای عصبی ما در درازمدت خواهد داشت؛ گرچه توانایی‌های ذهن انسان نامحدود

است اما در اکثر انسان‌ها این توانایی وجود ندارد که به موضوعاتی متفاوت با عمق و موشکافی بسیار زیاد بپردازد، لذا با پرداختن به چند موضوع دچار خستگی شده و به موضوعات دیگری نخواهد پرداخت. داده‌های نشر شده در اخبار با هدف جهت‌دهی به افکار ارائه شده، ابداً قصد و غرضی مبنی بر آگاهی و روشننگری ندارند.

به بیان ساده اخبار، ساخته شده تا به اندازه‌ای انرژی افکار شما را مصرف کند تا مغز شما انرژی دیگری برای تعمق و تفکر عمیق نداشته باشد.

تصور کنید امروز اخبار متعددی از سرطان بیضه در قهرمان دوچرخه سواری، جدایی هنرپیشه از همسرش، گرم شدن کره زمین، بحران ماسک و لباس مخصوص در بیمارستان‌های ایالت میشیگان، ابتلای یک گربه در چین به کرونا شنیده‌اید، آیا بعد از همه این‌ها می‌توانید در موضوع مهم دیگری تفکر عمیق کنید؟ آیا تفکر مستقل ممکن است؟ آیا پس از شنیدن کلمه دوچرخه سوار ناخودآگاه به یاد سرطان بیضه نخواهید افتاد؟ و یا با شنیدن نام کره زمین مسئله گرم شدن در ذهن شما تداعی خواهد شد؟

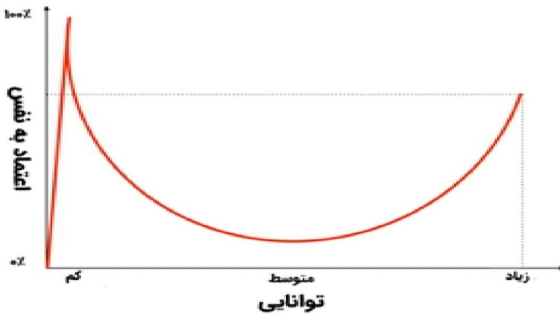
امروز یک مسئله تیتراژ اخبار می‌شود، چون لازم است شما به آن موضوع بیندیشید و حامیان مالی رسانه (رهبران و یا مالکان خصوصی) به این نتیجه رسیده‌اند این فضای فکری برای بقا و منافع آنها مناسب‌تر است. در حقیقت رسالت اخبار ایجاد "توهم آگاهی" و غافل کردن مردم از اندیشیدن به موضوعات دیگر است. اخبارها وقایع را از موضوعی کارشناسانه و فنی به موضوعی عام، غیر فنی و گول زننده بدل می‌کنند. اثر داوینچینگ کروگر، توهم دانایی (چرا احمق‌ها اعتماد به نفس بیشتری دارند؟)

"از روزی که اینترنت اختراع شد ابله‌ها کلبه‌سازی می‌کنند، اوباش در زیرزمین خود بمب ساعتی می‌سازند و در وان حمام خود جراحی‌های خطرناک انجام می‌دهند"

تفسیر ساده اثر داونینگ کروگر به این صورت است که واکنش سیستم عصبی انسان به دانستن موضوعات جدید از یک الگوی دردناک پیروی می‌کند، به این شکل که نخست با دانش و مهارت بسیار اندک و ناچیز دچار غرور و اعتماد به نفس کاذب و یا همان توهم دانایی می‌شود (بیشتر مردم جهان در این مرحله هستند). طبق نمودار داونینگ کروگر درصد تعصب و پافشاری بر عقاید در توهم دانش بسیار بیشتر از خود دانش است.

در مرحله دوم با دانستن و تمرین بیشتر در آن موضوع، اعتماد به نفس و توهم دانایی وی کاهش یافته و خود را در اقیانوسی از اطلاعات و مسائل پیچیده می‌یابد که سبب می‌شود بپذیرد آنقدرها هم دانا و توانا نیست و فقط وهم آگاهی داشته است. (فروتنی فاضلانه که شاخصه بسیاری از دانشمندان است نشانه ورود به این مرحله است)

در مرحله سوم پس از زحمات بسیار در تفکر و تحقیق و پژوهش، این بار به صورت حقیقی به دانش و توانایی می‌رسد، اما این بار با وجود دانش واقعی و تخصص حقیقی اعتماد به نفس و غرور وی "نصف" زمانی‌ست که توهم دانش داشته است؛ لذا کمتر تعصب و جمود از خود نشان می‌دهد و دائماً آماده انعطاف و پذیرش یافته‌های جدید می‌باشد. مثلاً اگر به وی گفته شود رهبر یا قهرمان اساطیری او موجودی موهوم و خیالی بوده است، این گزاره را به عنوان یک داده جدید وارد محفوظات خود کرده و در معرض راستی آزمایی قرار می‌دهد، نه اینکه بلافاصله راوی را هدف گلوله قرار دهد و همین نقطه محل تفاوت سرنوشت ساز دانش حقیقی و توهم دانش می‌باشد که دانش و دانشمند با کسی سر جنگ ندارد، آنچه منجر به منازعه و تعصب و صف آرایی می‌شود همان توهم دانش است. دانش واقعی تجلی گاه انعطاف و شاید "خداحافظی با تمام چیزی که می‌پنداشتیم درست بوده است در چند دقیقه" است، اما بشر برای توهم دانش دست به اسلحه و سرنیزه می‌برد (که این حالت بسیار نادرتر از دو حالت فوق می‌باشد).



تصویر ۷- منحنی داوینگ کروگر

توهم دانستن نسبت به خود دانستن، غرور و اعتماد به نفس بیشتری به همراه خواهد داشت.

معضلی که امروزه رسانه‌ها و اخبار در جهان پدید آورده‌اند مسئله "خرده دانش و دانش سطحی‌ست" که طبق اثر داوینگ کروگر منجر به توهم و اعتماد به نفس بسیار بالاتری از خود دانش واقعی می‌گردد.

انسان در قرن ۲۱ در فقیرترین اوضاع معرفتی به سر می‌برد اما چون رسانه و اینترنت از هر مسئله، روایتی سطحی و عامه پسندی را به وی ارائه کرده است دچار توهم دانستن شده و همین توهم مانع خردورزی می‌گردد. یکی از رسالت‌های رسانه و اخبار همین است، تغذیه کردن افکار مردم با اطلاعاتی ساده و پیش پا افتاده و نه چندان تخصصی و دچار کردن آنها به توهم دانستن همه چیز. بدیهی‌ست که انسان اگر گمان کند همه چیز را می‌داند در درجه اول خود را از دانستن بیشتر، بی‌نیاز دیده و دلیلی نمی‌بیند به جستجو و تفحص بیشتری بپردازد؛ در درجه دوم اعتماد به نفس کاذب، باعث می‌شود در مقابل فهمیدن نیز مقاومت ورزد و در اوج تبختر قلمی از بطلان بر سایر اندیشه‌های مخالف خویش بکشد، و حامیلین اندیشه‌های متفاوت و مخالف را "دشمن" بداند، چرا که رویکرد دانش واقعی در مقابل دانش متفاوت یا پذیرش آن به عنوان یک دانستن و یافته جدید است و یا بدرقه کردن آن، با لبخندی از جنس مخالفت و عدم اقتناع.

”دانشمندان مدام به دانسته‌های خود مشکوک‌اند، اما احمق‌ها ابداً به خود تردیدی راه نمی‌دهند!“

امروزه خرده دانش‌های حراج شده توسط رسانه‌ها و اینترنت از هر انسان، یک متخصص همهٔ امور پدید آورده. مثلاً در مسئلهٔ ویروس و اکسیناسیون، همین خرده دانش‌های رسانه‌ای، چنان توهم دانشی در مردم پدید آورده که اکنون اگر دانشمندی در گوشه‌ای از جهان ادعا کند ویروس ساختهٔ دست بشر است، مردم پای تلویزیون‌ها که ظرف پاپ‌کورن در دست داشته و عمیق‌ترین مطالعهٔ آنها خواندن دستورالعمل استفاده از رنگ مو و شامپو در بروشور آن است، با پوزخندی وی را دیوانه خواهند خواند، چون خرده دانش‌های رسانه‌ای به آنها قبولانده است ویروس از خفاش و پنگولین در بازار ووهان چین به انسان منتقل شده است! (اتفاقی که در عین ناباوری رخ داد، زمانی که لوک مونتاگنیه یکی از بزرگان علم ویروس‌شناسی که به موجب تحقیقات ارزشمند خود بر روی ویروس ایدز جایزهٔ نوبل دریافت کرده بود، ویروس کرونا را آزمایشگاهی خواند در عین شگفتی به او برچسب مجنون و هوادار شبه علم زده شد!)

اما چه تفاوتی هست میان زمانی که دانش را با مطالعه و تفکر به دست می‌آوریم و زمانی که دانش از طریق رسانه و تلویزیون‌ها (اخبار) به درون ما هدایت می‌شود؟

”کتاب‌ها را بسوزان و تلویزیون را روشن کن...“ شما شهروند نمونه‌ای برای فریب قرن هستید.

هنگام مطالعه کتاب کلمات را می‌بینیم و معانی آن را در ذهن خود تداعی کرده و از اعماق حافظه خود بازخوانی می‌کنیم. این بدان معناست که ما کلمات بی‌جان را با دانشی که خود از قبل داشته‌ایم و آن را طی سال‌های حیات در حافظه خود انداخته‌ایم مخلوط کرده و این امر سبب می‌شود یک سلسله معلومات در ذهن ما به حرکت در آیند و آنچه از کتاب آموخته‌ایم در کارگاه درونی خود مبادله کنیم. یعنی تفکر ناشی از مطالعه، اولاً منبعی درونی دارد و ثانیاً موجب زاینده‌گی فکر می‌گردد و

ترکیب‌های جدیدی از آن به وجود آمده که منحصر بفرد است و در حافظهٔ فرد جای می‌گیرد.

بدیهی‌ست که هر انسان به مثابه مزرعه‌ای منحصر به فرد محفوظات متفاوتی در طول زندگی کسب کرده و معانی که در ذهن هر فرد وجود دارد با دیگری متفاوت است. لذا با مطالعه سلسله جریانات متفاوتی در ذهن ایجاد می‌گردد که این امر محل شکوفایی و بروز خلاقیت‌ها و نوآوری‌هاست.

مثلاً اگر در کتاب نوشته شده باشد اسب سیب را خورد؛

ممکن است هنگام مطالعه نفر اول سیب را سیبی سرخ در ذهن آورد و نفر دوم سیبی زرد، نفر نخست اسبی سفید و نفر دوم اسبی سیاه در ذهن آورد و به همین ترتیب در هر فرد معانی متفاوتی از کلمات بی‌جان در ذهن به حرکت در می‌آید.

حال مخلوط دو تصور (سیب خوردن اسب) به شکل متفاوتی به صورت یک ترکیب فکری جدید در محفوظات افراد ثبت می‌گردد. ممکن است فردی اسب سفید در حال خوردن سیبی سرخ را به ذهن بسپرد و دیگری اسب سیاه در حال خوردن سیبی زرد و همین سلسله زایش فکری در هر فرد، به شکل متفاوتی پدید آید که در مقیاس گسترده در دراز مدت افراد صاحب مفاهیم متفاوتی در ذهن خود خواهند بود که این امر به نوبهٔ خود موجب بروز تفاوت‌های فکری، خلاقیت‌ها و نبوغ‌ها می‌گردد. (حال اگر به جای سیب خوردن اسب گزاره‌ای از جنس علم و دانش در میان باشد این تفاوت بسیار ارزشمند خواهد بود). در بخش‌های دیگر خواهیم خواند که یکی از ابزارهای رهبری بر مردم این است که نقاط اشتراک و شباهت مردم افزایش یابد و هر قدر عوامل بیشتری داشته باشیم که مردم در آنها با یکدیگر شباهت داشته باشند رهبری و سلطه بر آنها ساده‌تر خواهد بود.

اما دانشی که از تماشای تلویزیون کسب می‌کنیم دارای صورت یکسانی هستند، مثلاً اگر امشب فیلمی از سیب خوردن اسب در تلویزیون پخش شود قطعاً اسب و سیب هردو دارای رنگ و نوع مشخصی خواهند بود (مثلاً اسبی قهوه‌ای در حال خوردن سیب سبز) و به یک شکل در

حافظه تمام افراد ثبت خواهد شد. در نتیجه افراد معانی جدید را با قالبی یکسان و از پیش تعیین شده دریافت می‌کنند و تا آخر عمر با همین فرم و ساختار این معانی را تداعی خواهند کرد. در حقیقت تلویزیون قادر است با همین ترفند ساده تمامی تصورات افراد را به شکلی که مطلوب خود می‌باشد، تغییر داده و فرمت جدیدی را در ذهن‌ها نهادینه سازد؛ و بدین ترتیب شباهت و اشتراک مردم در صورت‌های ذهنی افزایش یافته و همین موضوع رهبری بر آنها را ساده‌تر می‌کند.

در واقع در مطالعه و تفکر شما انتخاب می‌کنید که چه تصویری به اعماق افکار شما فرو رود اما در تماشای تلویزیون، شما گارد محافظتی خود را پایین آورده تا معانی، آنگونه که از قبل انتخاب شده به اعماق افکار شما فرو رود و همین مسئله یکی از ابزارهای رهبران سیاسی می‌باشد و به همین خاطر رهبران ممالک سعی می‌کنند تمام رسانه‌ها را در اختیار خود گرفته و امروزه رسانه‌ها برای حکام نقش همان برده‌داران شلاق به دست باستانی را ایفا می‌کند. لذا لازم می‌آید اندکی از این ماشین تحمیق فاصله گرفته و منطق فرسوده و مستعملی که معتقد است هرچه همه می‌گویند و هرچه رسانه‌ها می‌گویند همان است را کنار بگذاریم و مدتی کوتاه، تن به یکی از دردناک‌ترین رفتارهای بشری یعنی تفکر و تعقل بسپاریم.

اخبارها خود موجب بروز نوع دیگری از خطاهای شناختی نیز می‌شوند؛

خطای شناختی شماره چهار: خطای در دسترس بودن

اگر از شما سؤال شود؛ تعداد کلماتی که با حرف K شروع می‌شود بیشتر است یا کلماتی که حرف سوم آنها K است؟

پاسخ اکثر جمعیتی که در این تحقیق مورد بررسی قرار گرفته‌اند این بوده: کلماتی که با حرف K شروع می‌شوند.

در حالی که کلماتی که حرف سوم آن K می‌باشد حدوداً سه برابر کلماتی‌ست که با K شروع می‌شود (صد البته که پاسخ "نمی‌دانم" در جواب این قسم از سؤالات هم پاسخی درخور تأمل است)

اما چه عاملی سبب چنین خطای ذهنی شده است؟ چون ما می‌توانیم به کلماتی که با K شروع شده‌اند سریعتر فکر کنیم و سریعتر آن را از حافظه خود بازخوانی کنیم. خطای در دسترس بودن به ما می‌گوید چون یک موضوع سریعتر به ذهن ما می‌رسد، الزاماً آن موضوع صحیح است. اخبار و رسانه‌ها با القای کلمات، جملات و کلیشه‌های ذهنی خود از بزرگترین مروجین این خطای شناختی هستند. کافیست همین امروز در خیابان‌های لندن از جمعیت آزمایش شونده‌ای در مورد سوریه سؤال کنید و از آنها بخواهید اولین کلمه‌ای که به ذهنشان می‌رسد را به شما بگویند:

بیشترین کلمات احتمالاً این کلمات خواهند بود: داعش، جنگ، اسد، پناهجو، آوارگان سوری و...

این کلمات و کلیشه‌ها محصول تیتروهای خبری و مطالب رسانه‌ای می‌باشد که مصداق خطای در دسترس بودن است؛ چرا که اخبار و رسانه موجب شده کلیشه‌ای از سوژه به خاطر آورید که حتی در بدبینانه‌ترین حالت، بخش کوچکی از سوژه را تشکیل می‌دهد و نسبت به سایر ابعاد سوژه (مثلاً جاذبه‌های گردشگری، فرهنگ و تمدن، مشاهیر، ابنیه تاریخی) تصور نزدیک و آماده‌ی دسترسی نداشته باشید.

کلیشه‌ها و تفکرات در دسترسی که رسانه و اخبار از ویروس کرونا در ذهن شما ایجاد کرده است به چه شکل است؟

آیا با شنیدن کلمه‌ی کرونا تصویری از ۹۵ درصد از مبتلایان به ذهن شما می‌رسد که اصلاً نیاز به بستری شدن نداشته‌اند؟

یا تصویر گروهی که در بخش مراقبت‌های ویژه، بیهوش تحت مداوا هستند؟

آیا تصویری از ۹۸ درصد از افراد به ذهن شما متبادر می‌شود که پس از بهبودی به زندگی عادی بازگشته‌اند یا تصویر اجسادى که با کامیون‌ها حمل شده و با جرثقیل به درون خاک پرتاب می‌شود تا روی آن آهک ریخته شود؟

کدام تصویر برای شما بیشتر قابل دسترسی است؟

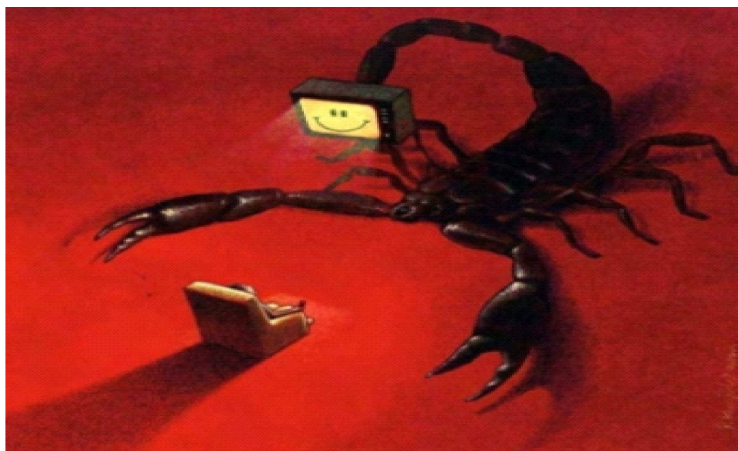
تصاویری که تنها درصد کوچکی از واقعیت بوده‌اند؟ اکنون زمان آن رسیده خسته نباشید گرمی، به رسانه‌ها بگوییم.

اکنون اگر از شما سؤال شود آیا ویروسی به نام کرونا وجود دارد یا نه چه پاسخی خواهید داد؟ آیا باز هم خواهید گفت چون رسانه‌ها و افراد حاضر در رسانه‌ها چنین می‌گویند؟

آیا باز خواهید گفت؛ چون فلان مرجع چنین گفته؟ و یا چون میلیون‌ها نفر چنین می‌کنند؟ آیا باز خواهید گفت چون پزشکان و پیراپزشکان بی‌شماری چنین می‌گویند؟ اکنون که تنها با چند خطای عمده شناختی و چند حقه روانشناسانه دنیای مدرن آشنا شده‌اید، ممکن است نظر دیگری داشته باشید. (این فقط ۴ نمونه از ۹۰ خطای شناختی است)

پس قطعاً حقایق را می‌بایست در جای دیگری به دور از رسانه‌ها جستجو کرد. جایی در اعماق افکار خودمان که با مطالبی بی‌طرفانه و صحیح تغذیه شده و می‌تواند نتایج صحیحی به دست دهد.

پس اگر مایل هستید قدری از آکواریوم داده‌های رسانه‌ای، مصلحتی و فرمایشی فاصله بگیریم می‌بایست هرآنچه رسانه‌ها تا به امروز به خورد شما داده‌اند، موقتاً به کناری نهاده و مسائل را از زاویه دیگری دید؛ چراکه هرآنچه اکنون درباره این ویروس و این بیماری می‌دانیم را سرمایه‌گذاران، سیاستمداران، بانکدارها، کارخانه‌دارها و اصحاب رسانه به ما گفته‌اند که پزشکان و پیراپزشکان را در استخدام خود دارند.



تصویر ۸- رسانه

”ویروسی ساخته‌ام!

اکنون موعد نشر آن و فریب جهانیان رسیده!

کافیست سازمان‌های کلان بهداشتی و رسانه‌ها را در اختیار بگیرم..! زیاد هم نیستند، چند کمپانی و چند رهبر و چند حزب؛ با کمی فضای بیشتر همگی اطراف یک میز می‌توانند جمع شوند... وظیفه شما ساده است! تلویزیون را روشن کنید... من طراح فریب قرن هستم“

نیم پرده‌ای از فریب

کره شمالی به وسعت چهار قاره
عقاید بسیار عجیب و شگفت‌انگیزی در میان مردم کره شمالی رایج
است. مردم این کشور معتقدند رهبر آنها چندین مرتبه به عنوان زیباترین
پسر در جهان انتخاب شده است!

آنها حاضرند سوگند بخورند که تیم فوتبال کره شمالی در سال
۲۰۱۴ به فینال جام جهانی راه یافته است و پس از شکست تیم‌های
ژاپن، آمریکا و چین با نتایج پر گل هفت بر صفر و چهار بر صفر قرار است
به مصاف تیم پرتغال برود!

مردم کره شمالی معتقدند رهبر آنها تنها با سر زدن به یک مزرعه
برنج موجب تسریع و افزایش رشد محصول تا سه برابر شده است!
به کودکان این کشور آموخته شده که رهبر آنها یک نابغه بوده که در
سن سه سالگی توانسته است رانندگی کند و در ۹ سالگی در رقابت‌های
قایقرانی قهرمانی این رشته را کسب کند!

این اعتقادات تا جایی پیشرفته است که مردم این کشور تردیدی
ندارند که کیم جونگ ایل، پدر رهبر فعلی آنها در سال ۲۰۰۰ همبرگر را
اختراع نموده، ۱۵۰۰ کتاب تألیف کرده و در بازی گلف با یک توپ
توانسته است پنج حفره گلف را فتح کند!

در نگاه مردم کره شمالی، رهبران این کشور با ماهیتی خداگونه و
بی‌عیب و نقص از تمام نیازهای انسانی فارغ بوده و حتی نیازی به رفتن
دستشویی ندارند!

آنها در رابطه با سایر مردم جهان نیز اعتقادات شگفت‌انگیزی دارند.
مثلاً آنها معتقدند مردم آمریکا برای سرگرمی کودکان را در چاه
می‌اندازند، یا اینکه ارتش این کشور در نبردهای گوناگون، نیروهای
امپریالیسم را وادار به تسلیم کرده است.

چگونه در عصر تکنولوژی می‌توان، اینگونه مردم یک کشور را به باور
چنین "حقایق" خرافی و خنده‌آور واداشت؟

در این کشور افراد معدودی می‌توانند از اینترنت استفاده کنند، انجام تماس تلفنی به خارج از کشور ممنوع می‌باشد، تلویزیون این کشور تنها دارای سه کانال است که عمده برنامه آنها را توصیف دستاوردها و توانایی‌های اعجاب‌آور رهبران این کشور و اخبار تکراری تشکیل می‌دهد.

در این کشور هرگونه زیر سؤال بردن اخبار، عقاید و قوانین با مجازاتی دردناک در سه نسل همراه خواهد بود.^۱ اما نکته طلایی در موفقیت رهبران این کشور محروم کردن مردم از تفکر است! در این کشور امکان تحصیل برای همه افراد فراهم نبوده و والدین برای تحصیل فرزندان خود، می‌بایست هزینه‌های گزاف پرداخت کنند. حتی در این کشور تهیه و مطالعه کتاب مقدس نیز ممنوع بوده و در فضای اینترنت داخلی آن تنها محتوای بی‌کیفیت و کم‌اهمیتی مانند دستور پخت غذاهای کره‌ای و آداب و سنن این کشور در دسترس است.

رهبران این کشور موفقیت خود را مدیون این هستند که مردم اطلاعات و دانسته‌های خود را تنها از جامعه و رسانه‌ها دریافت می‌کنند، رسانه‌هایی که در اختیار خود رهبران است.

در حقیقت، رهبران این کشور با "ایزوله کردن مردم خود، از سایر مردم" و "در اختیار گرفتن رسانه‌ها" هرآنچه را که مطلوب خود بوده به مردم قبولانده‌اند.

پیش از آنکه مردم این کشور را سرزنش کنیم باید از خود سؤال کنیم که آیا ممکن است خود ما نیز در مقیاسی وسیع‌تر در چنین شرایطی قرار گرفته باشیم؟ آیا ممکن است در مورد همه‌گیری کرونا ما نیز در چنین چارچوبی قرار گرفته باشیم؟

برای پاسخ به این سؤال، نخست لازم است بدانیم که عمده اطلاعات و دانسته‌های ما پیرامون مسائل مختلف در جهان از چه طریقی به ما رسیده است؟ و در درجه دوم این سؤال را از خود پرسیم که چرا بیماری کرونا در کشورهای آفریقایی و فقیر همچون یمن و افغانستان تلفات بسیاری به بار نیاورده است؟ آیا ارتباط معقولی میان نداشتن تلویزیون و

^۱ برگرفته از کتاب آکواریم‌های پیونگ یانگ

رسانه با مصائب و تلفات ناشی از ویروس کرونا وجود دارد؟ برای پاسخ به این سؤال قدری زود است.

چه شباهتی بین کره شمالی و وضعیت فعلی جهان وجود دارد؟ شیوع و فاصله‌گذاری انسان‌ها را از یکدیگر جدا می‌سازد، تجمعات قدغن است، صحبت کردن موجب انتقال بیشتر ویروس است و می‌بایست در جمع سکوت کرد که مبادا ویروسی نشر شود، همه می‌بایست در خانه‌ها بمانند و تنها راه ارتباط بین انسان‌ها شبکه‌های مجازی‌ست. تنها راه اطلاع انسان از اخبار و وقایع شبکه‌های مجازی‌ست، واکسن ناجی انسان‌هاست. و این شبکه‌های مجازی متعلق به چه کسانی‌ست؟ رهبر کره بهداشتی! سازمانی که حامیان مالی آن خود صاحبان رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی هستند!

ماتریکس مرجعیت-رسانه-جمع (ترکیب سه خطای شناختی

عمده)، رهبری ناخودآگاه

”سیاست یعنی؛ طوری به مردم بگویی بروید به جهنم، که برای آن‌ها این نیاز به وجود بیاید که آدرس جهنم را هم پرسند. (وینستون چرچیل)“

برای روشن شدن چگونگی و سازوکار رهبری مدرن لازم است نخست با مفهوم ناخودآگاه و سپس قدری با مثال‌های ملموس و تجربه شده بدین موضوع بپردازیم.

زیگموند فروید مغز را به دو بخش خودآگاه و ناخودآگاه تقسیم می‌کند: بخش خودآگاه یا هشیار در برگیرنده احساسات و اعمالی‌ست که از آن آگاهی داریم، مثلاً بخش خودآگاه ذهن شما اکنون نسبت به کتابی که در دست دارید و صندلی که ممکن است روی آن نشسته باشید آگاهی دارد و صداها، محیط را درک می‌کند، اما بخش ناخودآگاه مخزن احساسات، اندیشه‌ها، آرزوها و خاطرات و کشش‌هاست که نسبت به آن معمولاً (نه همیشه) آگاهی نداریم. بخش ناخودآگاه ذهن به صورت یک کامپیوتر از پیش برنامه‌ریزی شده به صورت غریزی و براساس تجربه‌ها، خاطرات، اضطراب و هیجان‌ها مارا رهبری می‌کند. به طور ساده چکیده

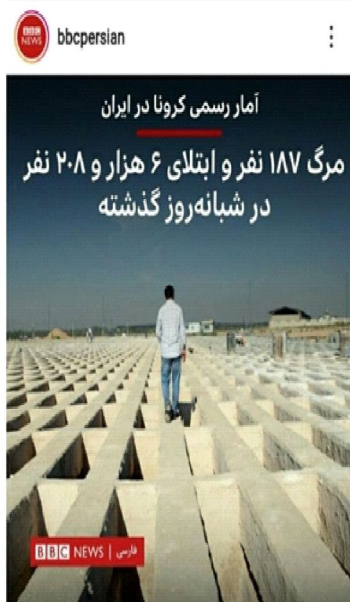
نظریات فروید بدین صورت قابل جمع‌بندی است که تنها شاید ۵ درصد رفتار، افکار و اعمال ما توسط بخش خودآگاه کنترل می‌شود و ۹۵ درصد اعمال و رفتار و افکار انسان تحت تأثیر ناخودآگاه است. به دیگر کلام انقلاب فروید به عنوان پدر دانش روانکاوی با این جمله آغاز می‌شود که خرد پادشاه انسان نیست و انسان توسط عاملی قوی‌تر به نام ناخودآگاه کنترل و رهبری می‌شود.

مثلاً اگر امروز برای تماشای یک کنسرت به مرکز شهر می‌روید قدم زدن شما و خرید بلیط و نشستن بر روی صندلی برخاسته از ضمیر خودآگاه شماست، اما اینکه چرا اصلاً به کنسرت علاقه‌مندید و برای آن به این محل مراجعه کرده‌اید و یا اینکه به چه نوع موسیقی علاقه‌مند هستید و دلیل پیدایش این علاقه همگی ریشه در ناخودآگاه شما دارد که محل انباشت تجربیات، خاطرات، واپس زدگی‌ها و گره‌های ذهنی شماست. بدین ترتیب اگر فردی بتواند بر ضمیر ناخودآگاه افراد رهبری کند و آن را به کنترل خود درآورد قاطعانه توانسته انسان را بنده خود سازد بی‌آنکه بخش خودآگاه ذهن وی به این بندگی آگاه باشد. به یکی از نمونه‌های این رهبری توجه کنید:

اکنون در ماه دسامبر سال ۲۰۲۰ میلادی (دی ماه سال ۱۳۹۹ هـ. ش) قرار داریم. واکسیناسیون ویروس کرونا در کشور انگلستان به صورت همگانی آغاز شده است و ۷۰ بیمارستان این کشور در حال تزریق واکسن بر روی افراد بالای ۸۰ سال به عنوان گروه پرخطر (و مشخص نیست مقصود پرخطر از نظر ابتلای به بیماری کرونا و یا پرخطر برای شرکت‌های بیمه و صندوق‌های بازنشستگی؟) و کادر درمان هستند.

طبق نظرسنجی‌ها به نظر می‌رسد، ساکنین کشورهای دیگر به ویژه مردم خاورمیانه اطمینان چندانی به این نسل جدید واکسن‌ها نداشته باشند و اکنون می‌بایست به رویکرد رسانه‌ها نیم‌نگاهی داشته باشیم:

اخباری که در ۲۲ دسامبر و ۱۸ دسامبر در خصوص وضعیت شیوع منتشر می‌گردد.



تصویر ۹- نقش رسانه در رهبری سیستم عصبی ناخودآگاه
تصویر سمت راست متعلق به کشوریست که مردم آن تمایل و اطمینان چندانی به واکسیناسیون نداشته و در روز نشر این خبر ۱۸۷ شهروند خود را بر اثر ابتلای به کرونا از دست داده است:

۱. تصویر با انتهای نامشخص و با منظره‌ای باز و بدون امتداد انتخاب شده است: دیدن این منظره به صورت ناخودآگاه در فرد احساس قرار گرفتن در بحرانی بی‌انتهای و بدون راه حل را تداعی می‌کند و امتداد تصویر موجب القای حس بی‌پایان بودن بحران می‌گردد.

۲. یک مرد تنها و پشت به تصویر بدون دیده شدن فردی در اطراف وی؛ القای حس تنهایی، انزوا، جدا و دور افتادگی از جهان.

۳. نمای قبرستان و مردی که بر روی لبه قبرها در حال قدم زدن است؛ القای این حس که امکان اینکه هر لحظه در اعماق مرگ و نیستی سقوط کند وجود دارد و فرد می‌بایست با نهایت اطمینان مراقب قدم‌های خود باشد.

۴. عدم استفاده از رنگ‌های گرم و تنظیم نور تصویر بگونه‌ای که القاء کننده حس اندوه و ناامیدی شود.

۵. عدم مشاهده علائمی دال بر نشاط و امید به زندگی مانند؛ کودک، درخت، حتی حیوانات و...

نتیجه: با مشاهده این تصویر و استفاده از لفظ «مرگ» برای جمعیتی به مراتب کمتر از «جان باختگان» تصویر دیگر موجب می‌شود افراد با مشاهده آن بدون اینکه خود متوجه شوند دچار یأس و افسردگی و تنش‌های ناخودآگاه شوند و دروناً خود را در اوج فلاکت و مصائب تصور کنند (!) اکنون کشش و جاذبه‌های ناخودآگاه منجر به شکل‌گیری افکار و تمایلات او در راستایی می‌شود که برای وی تعیین شده است.

اما تصویر دوم:

۱. قرار گرفتن پنج نفر در کنار هم به صورت یک جمع؛ اکنون شما می‌بایست در اعماق ناخودآگاه خود دلتنگ عزیزان و دوستان خود شوید که به واسطه شیوع و قوانین آن مدتهاست در جمع با آنها حضور نداشته‌اید.

۲. استفاده از رنگ‌های گرم نظیر قرمز و ترکیب قرمز و سفید و مشکی، برای القای حس نشاط و زندگی؛ اکنون شما می‌بایست عمیقاً خواهان بازگشت به روزهای عادی و از سرگیری زندگی خود باشید.

۳. استفاده از سه دختر نوجوان در بخش اصلی تصویر به عنوان نمادی از نشاط و جاذبه (!) اکنون شما می‌بایست عمیقاً خواهان ایجاد شرایطی مناسب و قرار گرفتن در وضعیتی مشابه با تصویر باشید.

۴. استفاده از تصویر دو فرد دیگر در پشت دختران که ماسکی بر چهره ندارند.

۵. قرار گرفتن دختران نوجوان در آستانه‌ی دربی که به نظر می‌رسد به تازگی گشوده شده است (!) القای حس خروج، حس نجات، رهایی و گشایش.

۶. قرار گرفتن یک راهروی مجهز به چراغ‌های مهتابی روشن در بالای تصویر؛ القا کننده حس اعتماد و مسیری روشن که این دختران در

راهروی مدرسه خود تا درب خروجی طی کرده‌اند. تداعی کننده یک مسیر مطمئن و منتج به رهایی.

۷. استفاده از جلوه‌های خفیف جنسی برای ایجاد کشش بیشتر.

اکنون دستگاه عصبی شما به مانند یک ابر کامپیوتر فوق پیشرفته که در طی میلیون‌های سال تکامل آموخته است با مشاهده هر نماد و هر تصویر بخش‌هایی ویژه را در قشر مغزی خود و به تبع آن رفتار شما تحت تأثیر قرار دهد، به تکاپو افتاده و خواستار آن می‌گردد که در وضعیتی مشابه با تصویر سمت چپ قرار بگیرد. حال این مسیر روشن و زیبا و پرنشاطی که دختران انگلیسی را تا دروازه رهایی و شادی کشانده است تا رسانه‌ای که در انگلستان قرار دارد با ارائه این تصاویر ناخودآگاه شما را دچار کشش و طلب آن قرار دهد چیست؟ تفاوت میان این دو جغرافیا در این برهه زمانی چه چیزی است؟ پاسخ: واکسن(!)

پس از مشاهده این تصاویر شما بدون آنکه خود بدانید تسلیم یک کشش و جاذبه عمیق ناهشیار شده‌اید که بدون هیچ ملاحظه دیگری دست به مطالبه واکسن خواهید زد و گمان می‌کنید این مسئله یک مطالبه برخاسته از منطق و حقوق انسانی شماست که خود بدان اندیشیده‌اید، و ممکن است ابداً بدین نکته توجه نکنید که این رسانه بوده که با تکنیک‌ها و حقه‌های بصری کنترل ناخودآگاه شما را در دست گرفته و خواسته خود را با اهرم‌های خاص خود ابتدا در ذهن و سپس در کلام شما کاشته است. اکنون حتی نیازی به متقاعد کردن شما برای تزریق واکسن وجود ندارد، چرا که ممکن است عده‌ای حتی برای آن دست به التماس و لحظه شماری نیز بزنند.

بدین ترتیب مطالبه شما صرفاً یک عکس‌العمل عصبی و ناخودآگاه نسبت به فعل و انفعالات ناهشیار و درونی شما بوده که با این ترفند شما را به آستانه تسلیم و مطالبه‌گری کشانده است، اما این پایان کار نیست و این کنترل افکار می‌بایست توسط مراجع دیگری نیز تداوم یابد.

گروه دیگری از افراد به این دلیل از واکسن زدن امتناع می‌کنند که قبلاً به این بیماری مبتلا شده‌اند و با ابتلای یکباره آنها، بدن به ویروس مقاوم شده و لزوماً نیازی به واکسیناسیون ندارند. یا گروه دیگری به این

استدلال روی می‌آورند که با ابتلای درصد بالایی از افراد جامعه به یک ویروس حالتی موسوم به ایمنی جمعی یا ایمنی گله‌ای پدید می‌آید که آنها را از تزریق واکسن بی‌نیاز می‌کند.



[Home](#) / [Newsroom](#) / [Q&A Detail](#) / [Coronavirus disease \(COVID-19\): Serology](#)

Coronavirus disease (COVID-19): Serology

9 June 2020 | Q&A

What is herd immunity?



Herd immunity is the indirect protection from an infectious disease that happens when a population is immune either through vaccination or immunity developed through previous infection. This means that even people who haven't been infected, or in whom an infection hasn't triggered an immune response, they are protected because people around them who are immune can act as buffers between them and an infected person. The threshold for establishing herd immunity for COVID-19 is not yet clear.



[Home](#) / [Newsroom](#) / [Q&A Detail](#) /

[Coronavirus disease \(COVID-19\): Serology, antibodies and immunity](#)

Coronavirus disease (COVID-19): Serology, antibodies and immunity

13 November 2020 | Q&A

What is herd immunity?



'Herd immunity', also known as 'population immunity', is a concept used for vaccination, in which a population can be protected from a certain virus if a threshold of vaccination is reached.

Herd immunity is achieved by protecting people from a virus, not by exposing them to it. Read the Director-General's [12 October media briefing speech](#) for more detail.

تصویر ۱۰- تغییر در تعاریف علمی به فراخور مقتضیات روز توسط سازمان جهانی بهداشت

اکنون نوبت مراجع و سازمان‌های عالی بهداشت است که این گروه را نیز متقاعد به تزریق واکسن کنند.

در ماه ژوئن که هنوز واکسیناسیون آغاز نشده است ایمنی جمعی در پایگاه سازمان بهداشت جهانی به این صورت تعریف می‌شود: "ایمنی جمعی عبارت است از محافظتی که به واسطهٔ واکسیناسیون و یا عفونت‌های پیشین در افراد جامعه حاصل می‌شود."

اما در ماه نوامبر و کمی قبل از شروع واکسیناسیون تعریف ایمنی جمعی با حذف عبارت عفونت‌های پیشین تنها راه حاصل شدن آن را «واکسیناسیون» مردم جامعه اعلام می‌دارد.

این بدان معناست که حتی افرادی هم که به این ویروس مبتلا شده‌اند، می‌بایست مورد واکسیناسیون قرار بگیرند. به همین سادگی گزاره‌های علمی این پایگاه به عنوان معتبرترین مرجع جهانی در خصوص بهداشت طبق مقتضیات روز تغییر می‌کند. مطالب و یافته‌های علمی بیش از آنکه منطبق بر علم و دانش واقعی باشند به موازات مناسبات سیاسی و اقتصادی تغییر می‌کنند و رسانه‌ها نیز با نفوذ به اعماق ناخودآگاه شما به عنوان اهرمی مضاعف شما را به همان سمتی سوق خواهند داد که خود انتخاب کرده‌اند.

نتیجه نهایی: همه می‌بایست مورد واکسیناسیون قرار بگیرند، قرار نیست کسی از این مسئله معاف شود. اما ممکن است حتی در انگلستان هم افرادی وجود داشته باشند که به کارایی واکسن اطمینان نکرده و در صدد امتناع از تزریق آن برآیند، این نارضایتی و اعتماد که گاه و بیگاه در غالب تظاهرات‌ها و اعتراضات خیابانی درآمده که اگر مورد سانسور شبکه‌ها اجتماعی قرار نگیرد، ممکن است بیانگر فضای فکری مردم آن کشور در حوزه واکسیناسیون باشد، اما برای اقناع این گروه که ممکن است گمان کنند طبق یافته‌های اخیر محققین مبنی بر اینکه حتی افراد با علائم خفیف و بدون علائم نیز نسبت به این بیماری مصون خواهند

شد^۱، دیگر نیازی به واکسن نخواهند داشت می‌بایست دست به موج دیگری از فضا سازی‌های علمی - رسانه‌ای زد. اکنون راهبرد قدرتمندتری به کار گرفته می‌شود مانور خبری بر روی جهش جدید ویروس در همان کشوری که واکسیناسیون در آن آغاز شده است.



Subscribe

PUBLIC HEALTH

The U.K. Coronavirus Mutation Is Worrying but Not Terrifying

There is evidence the new variant could be more transmissible, yet vaccines work very well against it

تصویر ۱۱- جهش ویروس کرونا

برای این جهش و ظهور ویروسی به نسبت جدید که می‌دانیم جزئی از روند طبیعی ویروس‌های خانواده کروناست که میلیون‌ها سال ادامه دارد (در بخش‌های بعدی بیشتر خواهیم خواند) اکنون دو سناریوی رسانه‌ای و تجاری متصور است:

الف. ویروس ممکن است طی جهش تغییر کرده و ضمن این تغییرات ویروس جدید به وجود آمده باشد که موجب ابتلای همان گروهی شود که یا به صورت خفیف بیمار شده‌اند و یا بدون علائم نسبت به بیماری مصونیت یافته‌اند: در این صورت واکسن جدیدی مورد نیاز است و گروه مذکور نیز بدان نیازمند خواهند بود. به طور جالبی کمپانی‌های سازنده واکسن (به طور خاص فایزر بایونتک) اعلام می‌کند که قادر است در طی

^۱ Discordant neutralizing antibody and T cell responses in asymptomatic and mild SARS-coV-2 infection, Science immunology

۶ هفته برای این ویروس جدید واکسن تولید کند، یعنی واکسنی جدید و تزریقی همگانی بدون استثنا...!

ب. واکسن‌ها به گونه‌ای طراحی شده‌اند که حتی در مقابل ویروس جدید نیز موجب مصونیت می‌شود و اگر واکسنی تا این اندازه به صورت حرفه‌ای و قدرتمند طراحی شده است که علیه ویروس‌هایی هم که هنوز به وجود نیامده است توانسته ایمنی‌زایی کند، قطعاً این واکسن و این تکنولوژی یک تکنولوژی بسیار کارآمد و قابل اعتماد خواهد بود، لذا حتی در صورت ابتلای قبلی نیز تزریق آن مشکل‌چندانی ایجاد نخواهد کرد. نتیجه هر دو سناریوی احتمالی یک چیز است؛ تسلیم در مقابل واکسیناسیون! اما سناریوی دوم هوشمندانه‌تر و مقرون به صرفه‌تر نیز خواهد بود.

در حقیقت هم گروهی که نوشابه کوکاکولا را مفید و نوشابه پپسی را مضر می‌دانند و هم گروهی که بالعکس نوشابه پپسی را مفید و کوکاکولا را مضر می‌دانند در حال تبلیغ "نوشابه‌ها" هستند.

موارد فوق تنها یک مثال کوچک از قدرت رسانه‌ها و قدرت مراجع عالی علمی در کنترل ناخودآگاه افراد بوده و کافی‌ست اکنون با این بینش و طرز فکر به برنامه‌ها، اخبار، جراید، تیتروهای مجله‌های علمی، بیانیه‌های سازمان بهداشت جهانی و... بنگرید. تصویر و ویدئوهای مهندسی شده از فضاهای رعب‌انگیز بیمارستانی، ضد عفونی‌های خیابانی با لباس‌های مخوف، بیهوش شدن مردم در پیاده‌روهای ووهان، اخبار جهش‌ها و موفقیت داروها و تمام آنچیزی که در قالب یافته‌های علمی به ما ارائه شده است را مجسم کنید. آیا تصمیمات و رفتار و افکار شما محصول تفکر مستقل شماست؟ امروزه برده‌داران مانند مصر باستان با تازیانه و شمشیر بر صف کارگران مصری نظارت نمی‌کنند، بلکه با احداث سازمان‌های مرجع و رسانه‌ها به گونه‌ای عمل می‌کنند که انسان

ناخودآگاه تبدیل به برده‌ای از پیش برنامه‌ریزی شده باشد و در عین حال متوهم از آزادی گمان کند تصمیمات و افکار وی از سر اختیار و انتخاب خود بوده است.

پرده دوم فریب

واژه‌شناسی فریب، چرا به کرونا فریب قرن گفته‌ایم؟

آیا گلوبالیسم، آسمانی را می‌گریاند تا گلی را بخنداند؟

”در دوران جنگ، واقعیت آن‌قدر گران‌قیمت است که باید همواره با حصارى از دروغ‌ها از آن مراقبت شود.“^۱

وینستون چرچیل

فریب به معنای ”غافل کردن به خدعه“ است و ذاتاً با دروغ متفاوت است. همانگونه که در ادبیات به زنان یا مردانی که با زیبایی خود موجب اغوای دیگران می‌شوند، فریبا می‌گویند که هم در معنای فریب خورده و هم در معنای فریب دهنده به کار می‌رود.^۱

فریب به این معناست که فرد یا افرادی با ظاهرآرایی و گاهی تدلیس، سبب شوند توجه افراد از یک موضوع مهم و حیاتی به سمت موضوعی نه چندان مهم منحرف شده و مطلوب فریب‌دهندگان، کانون توجه مخاطب شود، در نتیجه مخاطب به موضوع اصلی که می‌بایست توجه کند، توجه نکند؛ همانند زنی زیبا و یا به اصطلاح فریبا که با زیبایی ظاهری خود موجب شود مرد تنها به زیبایی وی توجه کند و مسائل دیگری از جمله اخلاق و تعهد و قوانین مدنی را در نظر نیاورد و بدین ترتیب گفته می‌شود که مرد فریفته شده است.

پس در حقیقت ”فریب دروغ نیست“ و نوعی انحراف افکار به مسیری است که فریب دهنده مدت‌های مدید به آراستن و تزئین آن پرداخته و

^۱ فرهنگ لغت دهخدا

به نوعی مشغول نگاه داشتن افکار، حواس و سایر ابزارهای معرفتی افراد به موضوعی فرعی و کم اهمیت، به منظور پنهان داشتن امور مهم و حیاتی دیگری از شعاع ادراکات و حواس مخاطب می‌باشد.

نظیر شعبده بازی که با حرکات خیره کننده دست راست خود، توجه مخاطب را بدان جلب می‌کند تا کسی متوجه دست چپی نباشد که خرگوش در کلاه می‌گذارد.

پس اگر امروز من با خدعه، بزرگنمایی و تزئین امری نه چندان حیاتی مانند مسابقه فوتبال شما را از پرداختن به امور مهمی همچون گرم شدن کره زمین و افزایش نرخ تورم غافل کنم در حقیقت شما را فریب داده‌ام. در واقع من در خصوص فوتبال به شما دروغ نگفته‌ام، بلکه با فریب مسیر صحیح تفکرات و توجهات شما را منحرف ساخته‌ام؛ اما فریب در عرضه سیاسی و نظامی، مفهوم جالب‌تری به خود می‌گیرد.

در ادبیات سیاسی و نظامی فریب عبارت است از اقداماتی که برای به اشتباه انداختن دشمن از طریق حقیقی جلوه دادن امور غیر حقیقی صورت می‌گیرد. مانند تهیه مواضع فریبنده^۱. عملیات فریب با هدف گمراه کردن دشمن نسبت به تصمیمات اصلی و توانمندی‌های خودی و اهداف و عملیات نیروهای خودی اجرا می‌گردد تا در نهایت "خود دشمن مبادرت به اقدامات خاص و ناخواسته به موفقیت نیروهای جبهه مقابل کمک نماید."^۲

شاه کلید فهم مفهوم فریب در همین جمله پایانی‌ست که با "اعمال فریب در واقع نیروهای دشمن را تبدیل به نیروهای رایگان و خادم خود کرده‌ایم بطوری که ناخواسته شبانه روز در خدمت ما باشند و در اعماق تفکرات خود گمان کنند در حال خدمت و فداکاری نسبت به خودشان هستند."

پس می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که یک فریب موفق می‌تواند به مثابه افسونی قدرتمند از سایر افراد، کارگرانی بی‌جیره و مواجب برای

^۱ معین وزیری، آیین‌نامه عملیات، ص ۲۹

^۲ فریب نظامی، انتشارات دانشگاه امام حسین(ع)، ص ۸

فریب دهنده بسازد تا حتی ضمن منحرف کردن حواس فریب خوردگان به موضوعی فرعی حتی بتوان از انرژی و زحمات آنها نیز بهره‌مند شد و نتیجه اینکه فریب خوردگان از توجه به اصل موضوع بازمانده و با اختصاص تمرکز و انرژی و منابع خود به موضوعی که فریب دهنده انتخاب نموده وی را در رسیدن به اهداف شوم خود یاری کنند و اتفاقاً از انجام این کار نیز دچار غرور و رضایت هم خواهند شد.

و راز موفقیت و ثمربخشی فریب در این اصول کلیدی است:
 “که اولاً فریب خورده از اعمال خود لذت ببرد و بدان استمرار بخشد، مثلاً از انجام آن امور حس خوشایند فداکاری، ملی‌گرایی، انسان دوستی و شرافت و افتخار و سلامتی نصیب فریب خورده گردد (بنابر نظر اسکینر پاداش‌های فردی و جمعی نصیب فرد فریب‌خورده شود تا این رفتار ادامه یابد).

ثانیاً چنان ذوب این امور گردد که یا نسبت به موضوع اصلی غفلت ورزیده یا به اشتباه آن را امری فرعی و بی‌اهمیت قلمداد کند.

و فریب شیرین فریب قرن نیز از این قاعده مستثنی نیست که افراد هم از روی وحشت و هم مفتخرانه و داوطلبانه و سرخوش از خوی دلاوری صیانت از سلامت خود و مفتخر به عناوینی همچون “مسئولیت پذیر، فداکار، قهرمان، دلسوز” چنان کردند که در پس پرده فریب تبدیل به کارگران بی‌جیره و مواجب برای طراحان فریب شدند و به اصل موضوع غفلت ورزیدند.

یکی از اصول پدافند غیرعامل فریب اغفال است یعنی ما مجموعه‌ای از اقدامات و فعالیت‌هایی را انجام دهیم که طرف فریب خورده اطلاعات را نتواند به درستی کسب کند و بر مبنای اطلاعات غلط، اقدامی غلط را انجام دهد. استفاده از فریب، الزاماً بار منفی ندارد و حتی پیامبر اسلام(ص) در فتح مکه طوری برنامه‌ریزی کردند که دشمن به هیچ وجه احساس نکرد که طرف مقابل قصد فتح مکه را دارد؛ یعنی نوع شعارها، نوع حرکات، نوع سازماندهی نیروها به طریقی بود که دشمن کاملاً فریب خورد و به تعبیر دیگر در فتح مکه غافلگیر شد و سپاه اسلام از غافلگیری دشمن نهایت استفاده را کرد و مکه به راستی به دست مسلمانان فتح

شد. در جنگ‌های جدید همین‌طور است، مثلاً در جنگ جهانی دوم انگلستان حدود صد فرودگاه بدلی و ۴۰۰ هواپیمای فریبنده داشت و این عوامل را به کار گرفت تا اطلاعات اشتباهی را به طرف مقابلش بدهد و آنها را اصلی معرفی بکند در صورتی که کار اصلی‌اش در حوزه‌های دیگری انجام می‌شد و وقتی دشمن را مشغول کرد از مسیرهای دیگری توانست اهداف خود را پیاده کند.^۱

اکنون که تفاوت میان فریب و دروغ را دانستیم لازم است به ذکر مثالی از عملیات‌های فریب در تاریخ بپردازیم.

نرماندی، فریب قرن پیش - کرونا، فریب قرن حاضر

یکی از بزرگترین عملیات‌های فریب تاریخ که همواره آن را فریب قرن پیش نامیده‌ام - که اتفاقاً در تهران نیز کلید خورده است - در جنگ جهانی دوم واقع شده و شرح آن به قرار زیر است:

سه شخصیت محوری در جبهه‌ی متفقین؛ وینستون چرچیل^۲، فرانکلین روزولت^۳ و ژوزف استالین^۴، در سفارت تهران بر روی سیاهه و طرح اولیه‌ی عملیات فریب توافق کردند.

اسم عملیات، عملیات حصار لقب گرفت. نام این عملیات یعنی حصار^۵، از روی دکترین چرچیل انتخاب شده بود. طبق دکترین او؛ «در دوران جنگ، واقعیت آن‌قدر گران‌قیمت است که باید همواره با حصار از دروغ‌ها از آن مراقبت شود».

شکست آلمان نازی ساده نبود، بنابراین آن‌ها باید به طور پنهانی عمل می‌کردند و زمان و محل حمله را از دید عوامل اطلاعاتی آلمان پنهان می‌کردند. متفقین یعنی انگلیس، آمریکا، شوروی و فرانسه، نورماندی را

^۱ کتابچه پدافند غیرعامل، انتشارات آموزش و پرورش / جنگ نرم، نوشته حسن امامی،

انتشارات امیرکبیر

^۲ Winston Churchill

^۳ Franklin D. Roosevelt

^۴ Joseph Stalin

^۵ Operation Bodyguard

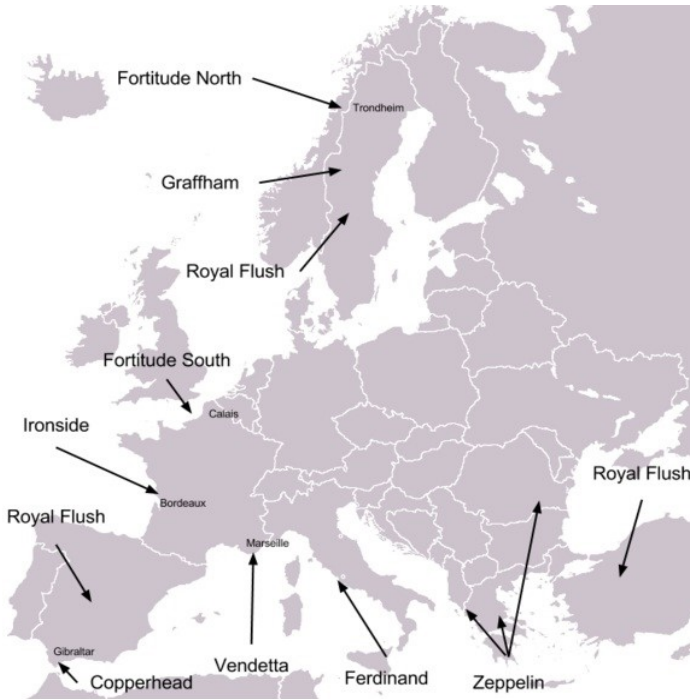
به عنوان نقطه حمله انتخاب کردند تا پس از تصرف ساحل نورماندی مثل پیکان باز شده و کل جبهه غرب را از چنگ آلمان بیرون بیاورند.

فتح نورماندی توسط متفقین آغازی بر پایان سلطه نازی‌ها بر بخش وسیعی از جهان بود و اندک زمانی پس از توسل به این فریب امپراطوری هیتلر رو به افول رفته و سرانجام در سال ۱۹۴۵ با خودکشی وی به پایان می‌رسد؛ تا جایی که گفته می‌شود اگر نورماندی سقوط نمی‌کرد شاید هیتلر هرگز شکست نمی‌خورد.

میدان عمل این عملیات، استراتژیک بود؛ قرار شد تا با یک فریب بزرگ آلمانی‌ها را گمراه کنند و در آن‌ها این تصور را ایجاد کنند که این حمله به نورماندی تنها یک تاکتیک انحرافی و نمادین است.

هیتلر می‌دانست در جبهه غرب، با توجه به شکستش در شرق، علیه او حمله وسیعی صورت می‌گیرد اما نمی‌دانست از کجا. در زمان حمله، دفاع ساحلی آلمان در طول سواحل شمال غربی اروپا کشیده شده بود و کل ساحل غربی اروپا در حصار دفاعی هیتلر بود. تاکتیک او این بود که از تمامی طول ساحل دفاع کند و در صورت حمله دشمن به سرعت قوای کمکی خود را به منطقه درگیری بفرستد.

متفقین با اطلاع از این تاکتیک، در جبهه‌های مختلف تعداد زیادی عملیات انحرافی انجام دادند. به واسطه این عملیات فریب گسترده، هیتلر نمی‌دانست که حمله واقعی از کجا صورت خواهد گرفت؛ آن‌قدر حجم این عملیات و پیچیدگی آن بالا بود که حتی زمانی که متفقین به نورماندی حمله کردند، هیتلر نمی‌توانست با خیال راحت نیروهای کمکی خود را به نورماندی بفرستد، چرا که احتمال می‌داد، حمله به نورماندی هم یک عملیات انحرافی باشد. همان‌طور که گفته شد، یکی از تعریف‌های عملیات فریب؛ ایجاد عدم اطمینان کاذب در حریف نسبت به موقعیت‌ها و بزنگاه‌های رزمی در جنگ است. این عدم اطمینان در هیتلر ایجاد شده بود و عملیات فریب گسترده غرب مؤثر واقع شده بود.



تصویر ۱۲- عملیات‌های گسترده و متعدد فریب که منجر به شکست آلمان نازی شد

عملیات‌های فریب به قرار زیر انجام پذیرفته‌اند:

۱. عملیاتِ وندِتا در جنوبِ شرقِ فرانسه؛
۲. عملیاتِ فردیناند در جنوب ایتالیا؛
۳. عملیاتِ زپلین در یونان و رومانی؛
۴. عملیاتِ فُورتیتودِ شمالی در سواحلِ نروژ؛
۵. عملیاتِ فُورتیتودِ جنوبی در نورماندی؛
۶. عملیاتِ رویال فلاش در دانمارک، اسپانیا و ترکیه؛
۷. عملیاتِ آبرون‌ساید در جنوبِ غربی فرانسه؛
۸. عملیاتِ کاپرهد در جنوب اسپانیا؛

این مناطق از مهم‌ترین عملیات‌های انحرافی متفقین علیه آلمان بودند.^۱

نتیجه اینکه برای از میان برداشتن یکی از ابرقدرت‌های جهان و تأسیس امپراطوری‌های جایگزین آن ابرقدرت، رهبران و سیاستمداران بر سر یک میز توافق، گرد آمده و طرح‌های «فریب بزرگ» را می‌ریزند. در حقیقت راز فروپاشی رایش سوم و حکومت نازی «فریب قرن پیش» بود نه برتری نظامی و اقتصادی متفقین؛ چرا که کارشناسان نظامی شرق و غرب جملگی بر برتری صنایع نظامی و دانش نظامی و فنی آلمانی‌ها معترفند و در نبرد میدانی همواره برتری نظامی با آلمانی‌ها بوده است (به جز مواردی معدود همچون استالینگراد و...؛ به همین خاطر ماشین جنگ آلمان‌ها تنها با فریب متوقف شده و به تبع فریب قرن، پیش سلطه نازی‌های به پایان رسیده است.

«فریب‌های هر قرن» آنقدر پیچیده و فنی و غامض هستند که در نگاه اول و دوم و حتی سوم به واقعیت شبیه می‌باشند؛ همانگونه که فریب قرن پیش که منجر به سقوط یکی از قدرتمندترین امپراطوری‌های جهان یعنی حکومت نازی هیتلر شد، حتی برای نوابغ آلمانی و اتاق فکر رایش سوم نیز رنگ و بوی حقیقت یافته بود.

دلیل اصلی اینکه از فریب قرن پیش، مدد گرفتیم این است که اندکی به «گستره فریب» اشراف داشته باشیم چون مدتی پس از نشر مقاله «فریب قرن» بسیار با این سؤال مواجه شدم که چگونه ممکن است یک فریب «کل جهان» را در برگرفته و دامنه‌ای به وسعت کل کشورهای دنیا داشته باشد؟ گویا عده‌ای انتظار داشتند فریب قرن حاضر تنها در چند کشور و منطقه خاص صورت پذیرد و گزندی به کشورهای مدرن و ابرقدرت‌های اقتصادی و سیاسی نرسد! حال آنکه مرکز فریب (سازمان بهداشت جهانی) در تمام کشورهای دنیا شعبه‌های متعددی داشته و از طریق این مقرها (وزارات بهداشت و مراکز تحقیقاتی) برنامه‌های خود را در سراسر جهان اجرایی می‌کند.

^۱ حصاری از دروغ‌ها، به قلم Anthony Cav Brown

همانگونه که در فریب قرن پیش ملاحظه می‌کنید سه ابرقدرت عمده جهان یعنی شوروی و آمریکا و بریتانیا تنها برای فریب یک دشمن مشترک به نام هیتلر چند قاره و چند کشور را درگیر عملیات‌های فرعی و فریبی نمودند تا در نهایت نقطه اصلی عملیات از دیده آلمانی‌ها دور باشد.

پس به طور کلی دایره شمول بالای فریب با توجه به سابقه تاریخی فریب دهندگان، امر دور از ذهن و بعیدی نیست و این احتمال را به ذهن متبادر می‌کند که شاید کسی که قربانی اصلی فریب است این بار محدود در یک جغرافیا نیست و مانند هیتلر در پشت میز کار خود در برلین به انتظار مرگ ننشسته است. شاید قربانی فریب، این بار نه یک رهبر که جمعیت چند میلیاردی زمین برای تن دادن به نوعی سلطه و مدیریت جهانی باشد! نسل نوینی از کنترل واحد و حکومتی نامحسوس، طرحی گسترده برای سلطه بر ساکنین زمین فارغ از مرزبندی‌های سیاسی، رویای دیرینه رهبری واحد بر تک تک انسان‌ها و در حاشیه آن ساقط کردن افرادی از قدرت و به زیر کشیدن "هیتلر عصر معاصر در زمین گلف" نیز می‌تواند اهداف فرعی این فریب به شمار رود.

حال فریب قرن حاضر چه میدان‌های نبرد کاذبی برای ما پدید آورده و چه میادین اصلی‌ای را از ما پنهان می‌کند؟

اگر شما هم از آن دسته افرادی هستید که با خود گفته‌اید چگونه می‌توان دست به کار فریبی شد که کل جهان را در برگیرد و لشکری از پزشکان و پیراپزشکان و متخصصان امر نه تنها بدان آگاه نشده بلکه خود قطعه‌ای از پازل آن باشند، کافی‌ست لحظه‌ای ژنرال‌های تیزهوش آلمانی و متفکرین و نوابغ آلمانی را تجسم کنید که به خیال دفاع از میهن و شکست دشمن در جبهه‌های کاذب جنگیده و پیکرشان در خاک می‌افتد حال آنکه کسی توجه چندانی به محل اصلی نبرد یعنی نرماندی ندارد (خطای مرجعیت).

هیچ یک از افسران و دانشمندان نازی هم لحظه‌ای تصور نمی‌کردند اسیر فریب قرن خودشان شده باشند و ناخواسته با انتقال قوای خود به مناطق کم اهمیت و مجاهدت در جبهه‌های کاذب تبدیل به کارکنان

جبهه متفقین شده باشند و ماهیت فریب نیز چنین است که تا مدت‌ها بعد، کمتر کسی بدان واقف می‌گردد و حتی بسیاری از کسانی که فریب خورده‌اند نیز بنابر غرور و شعور به عاریه رفته‌شان در مقابل آن مقاومت می‌ورزند(خطای شناختی هزینه هدر رفته).

دشواری توضیح فریب قرن پیش برای آن افسر نازی که به گمان دفاع از میهن در جبهه‌ای کاذب جنگیده و برادران و خانواده خود را از دست داده - غافل از اینکه این جانبازی وی نه تنها در دفاع از میهن و رهبرش مؤثر نبوده بلکه به زیان آن نیز بوده است - به همان اندازه است که از فریب قرن برای پزشک و پرستاری بگوییم که هم‌قطاران خود را در طی دوره شیوع از دست داده و یا توضیح فریب قرن برای افرادی که ماه‌ها خود را در خانه محبوس کرده و گالن‌های متعددی مواد شیمیایی را خریداری و مصرف نموده‌اند. چگونه می‌توان به گردانی از نازی‌ها قبولاند که مثلاً اگر به شرق فرانسه نمی‌رفتید و قوای خود را متوجه نرماندی می‌کردید (یا اصلاً اگر هیچ اقدامی نمی‌کردید و در جای خود می‌ایستادید) در جنگ نرماندی شکست نمی‌خوردید، در حالی که به نظر ایشان نبرد و مجاهدت در شرق فرانسه نیز به همان اندازه مقدس بوده است؟ این کار صبری زیاد می‌طلبد و زبانی فصیح و علمی که ویژه انبیاست و زبان الکن بشری حقیر همچون مؤلف، هرگز به اندازه شبکه تبلیغات مسببان فریب قرن قدرتمند نیست و از این رو به تمام منکرین و ناباوران فریب قرن حق می‌دهیم تا قبول نکنند اسیر فریب تاریخی شده‌اند.

اما آیا طراحان فریب دست به کار سرنگونی هیتلر دیگری هستند؟ آیا در جهان فردی ظهور کرده که معادلات و مناسبات عده دیگری را به هم ریخته باشد؟ آیا در جهان فردی با این اوصاف وجود دارد که هم در رأس یک قدرت جهانی(چیزی در حد و اندازه هیتلر) باشد و هم در جهت خلاف رودخانه منافع سایر رهبران شنا کند؟

باید به جغرافیایی اندیشید که شیوع رهبری را به مرز سقوط کشانده است. ایالات متحده آمریکا!...

آیا گلوبالیسم، آسمانی را گریانده تا گلی را بخنداند؟ جهانی را در شیوعی خودخواسته و بیمارسازی گرفتار ساخته تا هیتلر قرن جدید را این بار نه در دفتر برلین که در زمین گلف^۱ سرنگون سازد؟ پاسخ را باید در سازوکار برگزاری انتخابات به صورت غیرحضوری (به علت شیوع) جستجو کرد، درست همانجایی که در ایالاتی مانند پنسیلوانیا ادعا می‌شود مردگان نیز به لطف انتخابات مجازی توانسته‌اند به نامزد حسب دموکرات رأی دهند. آنجا که میلیون‌ها رأی‌های متعلق به دونالد ترامپ رئیس جمهور وقت آمریکا در سیستم‌های نرم‌افزاری شمارش آرا ناپدید شده‌اند. همانجایی که اگر شیوع و به دنبال آن انتخابات غیرحضوری رخ نمی‌داد دونالد ترامپ ۴ سال دیگر هم به اریکه قدرت تکیه می‌زد و اقتصاد کشورهایی که ویروس‌ها معمولاً از آن ظهور می‌کنند قدری ناموفق‌تر می‌شد و این تنها یک هدف از هزاران هدف طراحان این فریب عظیم بوده است؛ اما گناه سایر کشورها چه بوده که می‌بایست قربانی این طرح عظیم جهانی باشند؟ رفته رفته خواهیم دانست که سایر ممالک نیز به فراخور نیازمندی‌های روز خود از این مسئله بهره برداری سیاسی کرده و بر موج آن سوار شده‌اند. اما تا به این جای کار تاوان دشمنی با حکومت چین و سازمان بهداشت جهانی را بزرگترین چالش آنها یعنی رئیس جمهور آمریکا پرداخته است، اما فریب قرن تنها صندلی ریاست جمهوری ترامپ را نشانه نرفته است.

خطای شناختی شماره پنج: هزینه هدر رفته

”فیلم افتضاح بود! بعد از نیم ساعت در گوش همسرم گفتم پاشو به خانه برویم. گفت: به هیچ وجه قرار نیست سی دلار پول بلیط را دور بریزیم. با اعتراض گفتم این توجیه

^۱ در هنگامی که خبر پیروزی بایدن به دونالد ترامپ داده شد، وی در حال بازی گلف بود.

درستی نیست! پول ما همین الان هم خرج شده و اینجا با خطای هزینه تلف شده مواجهیم و این توجیه درست نیست. (بخشی از کتاب هنر شفاف اندیشیدن، رولف روبلی)

این خطای ذهنی یکی از شایع‌ترین خطاهای شناختی می‌باشد، چرا که افراد پس از اختصاص هزینه و انرژی نسبت به یک موضوع حتی با اثبات اشتباه بودن آن نیز اقدام به مقاومت و تعصب ورزی می‌کنند. گاهی هزینه‌های مادی و معنوی انسان را تبدیل به یک محافظ متعصب نسبت به آن موضوع می‌کند، مانند کسی که سهامی بی‌ارزش را خریداری کرده و حتی پس از اثبات سقوط ارزش آن سهام باز حاضر نیست اشتباه خود را بپذیرد، لذا در ارزش آن سهام پافشاری می‌کند به همین خاطر اثبات مسئله فریب به مردمی که هزینه‌های فکری، مادی و اجتماعی زیادی برای آن پرداخته‌اند، امری دشوار است و بی‌تردید اغلب افراد در مقابل آن جبهه خواهند گرفت، چرا که اسیر تله فکری هزینه هدر رفته شده‌اند و ابداً خوش ندارند بپذیرند هزینه‌های خود را دور ریخته‌اند.

زن خانه‌داری که روزانه چند مرتبه تمام منزل را با الکل و شوینده شستشو داده، مردی که تمام خانواده خود را مدت‌ها در منزل محبوس کرده، افرادی که از هراس مرگ و بیماری کسب و کار خود را تعطیل نموده‌اند و ماه‌ها فرزند خود را در آغوش نگرفته‌اند همگی در معرض خطای ذهنی هزینه هدر رفته هستند.

رفته رفته با ذکر سایر پرده‌های فریب تلاش می‌کنیم به انبوه سؤالات بی‌جواب در اذهان شما پاسخ دهیم و فریب قرن را به زیر میکروسکوپ و تیغ جراحی آورده و از بطن آن به انگیزه‌های احتمالی مسببان آن برسیم.

”ویروسی ساخته‌ام!

برای نشر آن به کمک خود مردم نیاز دارم، چگونه آنها را
فریب دهم که هم مجری طرح من باشند و هم حس دلاوری
و قهرمانی داشته باشند؟

یادم آمد روزی به ماهی‌ها گفته بودم قلاب‌های ماهیگیری
که به درون آب می‌آیند آنها را یک راست به بهشت خواهد
برد... من طراح فریب قرن هستم...”

بخش دوم: ساختار

پرده سوم فریب

سازمان بهداشت جهانی یا سازمان کشتار جهانی؟

”بشر از هر آنچه مجهول باشد خواهد هراسید“

”الفبای فریب عبارت است از منحرف کردن زاویه دید صحیح نسبت به موضوع، مثلاً به جای آنکه گرگ را روبرو ببینیم و بدانیم گرگ است، از کنار ببینیم و گمان کنیم سگ است.“

مؤلف

قبل از آنکه به پرده‌های فنی‌تر و ظریف‌تر فریب بپردازیم، نخست باید دید اصلاً سرچشمه اوصاف ویروس و بیماری کجاست؟ آنچه پیکره دانسته‌های ما از ویروس و بیماری را تشکیل می‌دهد از کجا آمده و از چه مرکزی به ما عرضه می‌گردد؟ (مجدداً فاجعه ویتنام را در ذهن آورید، باید بدانیم در خصوص شیوع کرونا چه کسانی مانند گردان سوم تجسس و تلویزیون آمریکا شرح حقایق را به ما خواهند گفت...) شفاف‌سازی این بخش از فریب گامی بزرگ در فهم مسیر پیدایش و پردازش فریب‌ها بوده و ممکن است لحظاتی مارا وادار به اندیشه کند. آیا ما در مورد مسئله شیوع، دچار خطای شناختی مرجعیت شده‌ایم؟

داستان فریب قرن این گونه آغاز می شود که یک میکروب^۱ از نوع ویروس ها ظهور کرده و قصد جان ابنای بشر دارد و ما برای اینکه جان سالم به در ببریم مکلف به انجام دستورالعمل هایی هستیم که «آنها» می گویند.

چرا ویروس؟ ویروس ها گروهی از ریز موجوداتی هستند که در کنار باکتری ها، قارچ ها، تک یاخته ها و... به طور کلی به آنها میکروب می گویم. موجوداتی که وجود دارند اما دیده نمی شوند و اگر دیده شوند تنها در محل های خاصی به نام آزمایشگاه، توسط افراد خاصی به نام دکترها و با استفاده از تجهیزات خاصی مانند میکروسکوپ ها دیده می شوند، جمعیتی که شاید یک درصد مردم زمین را تشکیل بدهند که یا عضوی از سازمان بهداشت جهانی هستند، یا می بایست مشاهدات خود را به این سازمان گزارش دهند و یا اگر عضوی از این دو گروه نباشد گزارشات آنها مردود و خارج از اعتبار خواهد بود. اینکه یک موجود قاتل، توسط نود و نه درصد از مردم دیده نشود و تنها یک درصد قادر به دیدن آن و وصف اوصاف آن باشند، خود فرصتی طلایی است برای فرصت طلبان؛ از این بابت که کافیست تنها یک درصد مردم جهان را یا فریب دهند و یا به استخدام خود درآورند (به خطای مرجعیت سوق دهند) و این یک درصد به مانند بلندگویی عظیم، فریب را به سمع و بصر ۹۹ درصد باقیمانده می رساند (مجدداً اجرای جنگ ویتنام را به خاطر آورید)

پس بدیهیست که طراحان فریب چنین انتخاب هوشمندانه و کم هزینه تری کرده باشند و این بار فریب قرن را برخلاف فریب های سابق از کسوت اسلحه و سرباز به هیبت موجوداتی کوچک درآورد که با چشم پوشی از ۱ درصد متخصصین مجهز به تکنولوژی رؤیت آن تقریباً کسی آن را ندیده است و این گروه هم اگر قصد داشنه باشند دانشی مربوط به این ویروس را به مردم جهان عرضه کنند ابزاری جز رسانه ها در اختیار ندارند که اتفاقاً این ابزار هم متعلق به همان گروه طراح فریب است.

^۱ میکروب، لفظ عامی است که دربرگیرنده تمام موجودات ریز بیماری زا اعم از ویروس، باکتری، قارچ، انگل ها و تک یاخته ها و... می باشد.

یک دور تسلسل!

چه کسی از ویروس اطلاعات موثق نشر می‌کند؟ نهادهای کلان بهداشتی مانند؛ WHO, CDC, NIH

چه کسی این اطلاعات را به مردم گزارش می‌دهد؟ رسانه‌ها !!

چه کسی حامی مالی سازمان بهداشت جهانی‌ست؟ همان رسانه‌ها به علاوه چند دولت، گروهی محدود از ثروتمندان و چند خانواده، که تصادفاً از محل شیوع به منافع مادی و معنوی بسیار زیادی هم رسیده‌اند.

در فریب قرن پیش، در یکی از مناطقی که قرار بود ارتش آلمان، فریب خورده و نیروهای خود را بدان منطقه گسیل کند از بادکنک‌ها و ماکت‌های مقوایی رنگ شده‌ای که به شکل تانک و تجهیزات نظامی درآمده بود استفاده می‌شد و در نتیجه نیروی هوایی آلمان با دیدن آن ماکت‌ها گمان می‌کرد دشمن در حال انجام تحرکات نظامی در این منطقه می‌باشد؛ با این وجود این شانس یا این بدشانسی وجود داشت که احدی از نیروهای هوایی تیزبین متوجه ساختگی بودن آن بشود و یا ستون پنجم دشمن و حتی مردم عادی ساکن منطقه گزارشی از ساختگی بودن جنگ افزارها به دستگاه‌های اطلاعاتی آلمان ارائه دهد.

اما در فریب قرن حاضر هیچکس قادر به دیدن ویروس نبود و تنها اوصاف و عوارض بالینی آن و گاهی اجزای کوچکی از آن در متدهای تخصصی و پیشرفته همچون کشت ویروسی و واکنش زنجیره‌ای پلی مرآز یا همان PCR قابل رؤیت بود که در پرده‌های بعد بدانها مفصل خواهیم پرداخت.

لحظه‌ای از این زاویه به موضوع بنگرید که عاملی که موجب این بحران جهانی شده است تقریباً توسط کسی دیده نمی‌شود! عاملی نامرئی و مرموز... آیا این فرصتی به دست نمی‌دهد که اوصاف آن را برای جهان آن گونه وصف کنیم که می‌خواهیم نه آن گونه که واقعاً هست؟

”بشر از هر آنچه مجهول باشد خواهد هراسید“

تصور کنید شما پدر یک خانواده روستایی هستید و شب‌ها برای زود خوابیدن فرزندان‌تان از حقه قدیمی ارتباط با اجنه و ارواح سرگردان یا موجودی نامرئی سخن می‌گویید؛ حال آن که جز شما (و در حقیقت

حتی شخص شما) کسی آن موجود را ندیده است، اگر اهل منزل مدعای شما را باور کنند هرروز می‌توانید روایتی جدید از روح سرگردان برای آنها بگویید مثلاً اگر کودکان به سبزیجات غذا بی‌میل شدند بگویید؛ روح سرگردان از نخوردن سبزی‌ها خشمگین می‌گردد و یا اگر بیداری شبانه کودکان خلوت عاشقانه والدین را برهم زند می‌توانید داستانی مشابه، ساخته و بگویید روح سرگردان وعده مجازاتی سخت به کودکانی داده که بلافاصله بعد از شام به خواب نمی‌روند، اگر فرزندان در شکستن هیزم به شما کمک نکنند نیز داستانی از انتقام ارواح سرگردان از کودک مزرعه کناری که از هیزم شکستن امتناع کرده بود خواهید ساخت؛ در واقع روح سرگردانی که ”دیده نمی‌شود“ و همه به وجود آن باور دارند، می‌تواند همانگونه باشد که ”شما می‌خواهید“، دست‌کم تا زمان رشد عقلی کودکان می‌توانید با این حقه قدیمی و پرکاربرد آنها را به هر امری که مطلوب شماست وادار کنید.

مثال ساده و بسیار ابتدایی فوق به القای این چارچوب در ذهن شما کمک خواهد کرد که وقتی صحبت از موجودی نامرئی‌ست که هیچکس آن را ندیده، طبیعتاً فرصتی برای گروهی فراهم می‌شود که مدعی دیدن آن هستند و شما خواه ناخواه تحت سلطه این گروه خواهید بود و در حقیقت مردم جهان در مقابل ویروس همانند کودکان روستایی در مقابل ارواح سرگردان قصه‌های پدر خواهند بود که تا زمانی که به رشد عقلی مکفی نرسند هرآنچه به آنها گفته می‌شود، می‌بایست باور کرده و تن به هر کاری بدهند که از آنها خواسته می‌شود. به همان اندازه که ترس از ارواح، کودک را به هیزم شکنی و خوردن سبزیجات وادار می‌کند، ترس از ویروس نامرئی نیز بشر را به انجام اموری وادار می‌کند که پدر بهداشت جهان (سازمان بهداشت جهانی) امر نموده؛ حال این امر ممکن است امر به شستن دست‌ها به تعداد زیاد باشد یا پوشیدن ماسک و خوردن یک دارو و تزریق واکسن... به هر حال تقریباً تنها یک مرجع رسمی در دنیا وجود دارد که مدعی‌ست ویروس را دیده، بررسی کرده و بهتر از دیگران آن را می‌شناسد و چون منبع دانسته‌های ما از ویروس تنها این مرجع و مجموعه‌های تحت نظارت آن است چاره‌ای جز اطاعت نخواهیم داشت.

کافی‌ست به تغییرات لیست علائم ویروس از تب و تنگی نفس گرفته تا سکسکه و اختلال حواس در طی یک سال شیوع بنگریم.

”بشر از هر آنچه مجهول باشد خواهد هراسید“

آیا ممکن است ما مستقلاً خود ویروس را یافته، به آزمایشگاه ببریم، بر روی محیط کشت سلولی کشت دهیم، ژن‌های آن را توالی‌یابی کنیم، رفتار آن در مقابل اجزای سیستم ایمنی را با میکروسکوپ‌های فوق پیشرفته بسنجیم؟

تصور کنید اگر در دنیا تنها یک سازمان فضایی باشد که مدعی سفر به کره ماه شده باشد با توجه به اینکه امکانات سفر به ماه برای شما مهیا نیست هر تصویر و هر تعریفی که این سازمان به شما ارائه دهد برای شما قابل باور خواهد بود، چون اساساً ابزار و زیرساخت‌های بررسی احتمال‌های نقیض برای شما مهیا نیست. مثلاً اگر این سازمان تصویری را نشر کند که گویای وجود یک چشمه آب نقره‌ای رنگ بر سطح ماه است، طبیعتاً این امکان برای ما فراهم نیست که به ماه سفر کنیم و بررسی کنیم که آیا این سازمان در ادعای خود صادق بوده یا خیر و به ناچار اکثراً آن را خواهیم پذیرفت و تنها عده بسیار اندکی ممکن است بدان تردید کنند که حتی امکان پرداختن به همین تردید هم برای آنها وجود ندارد؛ این موضوع حقیقت تلخ تک قطبی بودن مراجع علم نوین در جهان معاصر است که جملگی ساکنین زیست کره را محکوم به باور اجباری و اطلاعات تحمیلی نموده است. شوربخانه ما در مقابل بیماری کرونا و ویروس در شرایطی مشابه قرار داریم و رسمی‌ترین و معتبرترین مرجع در جهان سازمان بهداشت جهانی و مراکز اقماری زیرمجموعه و وفادار به آن، همچون CDC هستند.

حال از خود این سؤال را بپرسیم که امکانات بررسی وجود یک ویروس، بررسی توالی ژنتیکی یک ویروس نوظهور و تعیین ساختگی بودن یا نبودن آن در ید چه افرادی‌ست؟ در خوشبینانه‌ترین حالت چند مرکز محدود (یک مرکز در کشورهای در حال توسعه و چند مرکز محدود در کشورهای توسعه یافته) وجود دارد که اصلاً ابزار و تجهیزات بررسی کامل ساختار و رفتار ویروسی را در اختیار دارد که این مراکز همگی از

مراکز تحت نظر و تحت مدیریت مراکز کلان بهداشتی جهان هستند که شعبه‌های پراکنده همان ابرسازمان واحد به شمار می‌روند و هرگونه نتایج تحقیقاتی خود را می‌بایست به این مراکز تقدیم کنند و تقریباً مراکزی وجود ندارند که مستقلاً به این موضوع بپردازند چرا که حتی اگر به نتایجی برسند که برای سازمان بهداشت جهانی آزار دهنده باشد با عناوینی همچون اطلاعات غلط و یا برچسب محبوب توهم توطئه از صفحه روزگار به حاشیه رانده خواهند شد. فرض کنید شما در آزمایشگاه شخصی در زیرزمین خود به این نتیجه برسید که آب هویج موجب نابودی ویروس می‌گردد، شما همین یافته فرضی را نیز می‌بایست به تأیید این مراکز جهانی برسانید. اگر آنها از فروش هویج صاحب منفعت نشوند و هویج‌ها در مزرعه شما باشد آیا این اکتشاف شما مقبول واقع خواهد شد؟ نمی‌دانم.

حال دو احتمال پیش می‌آید:

۱. سازمان‌های کلان حوزه بهداشت، مانند بهداشت جهانی در حقیقت دلسوز نوع بشر هستند: که در این صورت حقایق را شفاف و بی‌پرده در اختیار جهانیان قرار خواهند داد و در راستای سلامت جهان تلاش خواهند کرد.

۲. سازمان‌های مذکور متعلق و متعهد به قدرت‌های سیاسی و نظامی بوده و بنده پول و قدرت هستند، نه خادمان صدوق بشر؛ که در این صورت حقایق را در اختیار اربابان خود می‌گذارند و طبیعتاً اربابان آنها از این اطلاعات بیشتر در راستای منافع خود بهره‌برداری خواهند کرد (فریب) و رفته رفته این سازمان‌ها به سازمان‌های فاسدی بدل می‌گردند که در استخدام قدرت‌های جهانی هستند نه در استخدام سوگند مقدس پزشکی.

اگر شما جزو گروهی هستید که احتمال دوم را مردود می‌دانید و منکر التزام و وابستگی سازمان‌هایی همچون بهداشت جهانی به صندلی اربابان سرمایه و اسلحه هستید، کافیست توجه شما را تنها به چند مثال کوچک در این خصوص جلب کنم تا ببینیم آیا این سازمان به مانند اسم

پرطمطراق خود سازمانی متعلق به بهداشت و سلامت انسان‌هاست؟ این سازمان تا به امروز چه کارنامه‌ای داشته است؟

۱. قطع بودجه سازمان بهداشت جهانی از سوی رئیس جمهور آمریکا (دونالد ترامپ) آنهم درست در اوج شیوع و بحران همه‌گیری کرونا، علت این قطع تأمین مالی از سوی کاخ سفید وابستگی سازمان بهداشت جهانی و هم‌راستایی آن با حکومت چین در انتشار ویروس و آسیب به کشور آمریکا اعلام شده است.

چگونه ممکن است سازمانی در این مختصات که محل استقرار بسیاری از شعبات آن در خاک آمریکاست^۱ از سوی صاحبخانه خود با چنین اتهامی مواجه گردد؟ آیا کاخ سفید برای این تصمیم تاریخی دلایل و مستندات قانع‌کننده‌ای نداشته تا در صورت هرگونه توضیح خواهی، به کنگره و حتی مردم آمریکا ارائه کند؟

پس حتی با فرض احتمال وابستگی سازمان جهانی بهداشت به یک قدرت سیاسی فرض فریب، بیش از پیش قوت می‌گیرد، چرا که در تاریخ دیده نشده اهداف سیاستمداران و اهداف عالی بشری همچون کرامت و سلامت و رفاه در یک راستا باشند. به قول مارکس^۲ سیاستمداران اگر باهم توافق کنند دارایی‌مان را می‌دزدند و اگر با هم به اختلاف برسند جانمان را. اگر فرض کنیم تشخیص ریاست جمهوری آمریکا در خصوص سازمان بهداشت جهانی صحیح بوده باشد و این کشور به استخدام چین درآمده باشد و از طرف دیگر چین را سازنده و نشر کننده ویروس بدانیم (فرضاً) این سازمان چه رسالتی را بر عهده خواهد گرفت؟ به باد دادن زحمات ارباب خود؟ تلاش برای مهار و درمان بیماری که ارباب خود برای آن هزینه سنگینی پرداخته و حتی یکی از استان‌های خود را قربانی نموده است؟ (توجه داشته باشید که از فرضیات و احتمالات سخن می‌گوییم و این جملات به معنی آن نیست که قطعاً حکومت چین چنین کرده است)

^۱ ساختمان اصلی سازمان بهداشت جهانی در شهر ژنو سوئیس قرار دارد

^۲ کارل مارکس: نویسنده، جامعه‌شناس، اقتصاددان و فیلسوف آلمانی

و یا اینکه بیشتر به نشر بیماری کمک می‌کنیم تا رضایت ارباب خود را جلب کرده باشیم؟ به نشر و ابتلای بیشتر مردمان جهان اهتمام می‌ورزیم؟ شرایط شیوع را تسهیل کرده و عمداً مردم جهان را بدان بیماری مبتلا خواهیم کرد؟ چرا که در فصل قبل دیدم که سرمایه‌گذاران در حوزه سازمان‌های دارویی و بهداشتی از جمله موفق‌ترین افراد در کسب ثروت از محل بیمارتر بودن مردم هستند.

اما آیا چنین چیزی ممکن است؟ مگر می‌شود سازمانی که عنوان پرطمطراق بهداشت جهانی را یدک می‌کشد، خود دست به کار بیمار کردن مردم جهان شده و مسیری خلاف نام خود انتخاب کند؟ آیا مردم جهان و سایر اولیای امر متوجه چنین امر خطیری نخواهند شد؟ پزشکان و اساتید دانشگاه‌ها متوجه چنین نیرنگی نخواهند شد؟ به همین خاطر در این فرض، راهکار اجرای این برنامه اندکی دشوار خواهد شد!

اگر سازمانی نام و رسالت خود را بهداشت و سلامت جهان قرار داده و حال بنا بر مصالح یک حکومت خاص قصد نشر یک بیماری خاص را داشته باشد، می‌بایست دست به فریب ببرد، یعنی اقداماتی انجام دهد که از بیرون شبیه نام و رسالت سازمان باشد اما در لایه‌های زیرین خود درست عکس این موضوع عمل کند و این امر به این سادگی نیست و نیاز به ظرافت‌های پزشکی و روانشناختی دارد. برای تحقق این هدف می‌بایست تمام مراحل پیدایش بیماری و شیوع و تشخیص و درمان در یک چارچوب بسته درآمده و تک تک وقایع از ذهن مردم جهان گرفته تا نتایج آزمایش و حال بیمار بر روی تخت آی.سی.یو تحت کنترل اتاق فکر فریب قرار گیرد.

تا در نهایت مانند فریب قرن پیش سازمان‌ها کاری کنند که مردم برای بیمار نشدن به اموری مبادرت ورزند که اتفاقاً آنها را بیمار می‌کند و یا دست‌کم در مقابل بیماری آسیب‌پذیر می‌کند.

چطور ممکن است این طرح شکل گرفته و به مرحله اجرا رسیده باشد؟ مادامی که تصور ما از سازمان بهداشت جهانی یک مرجع دلسوز و فداکار است که دغدغه آن سلامت انسان‌هاست ممکن است درک مفهوم

فریب قرن قدری دشوار شود اما با بررسی رویکرد و رفتارهای این سازمان خواهیم دانست که:

اولاً این سازمان، سازمان بهداشت است نه سلامت! و در فصول آتی (بحث میکروبیوتا و انتقال از سطوح) خواهیم دانست که بهداشت و سلامت آنقدرها هم مفاهیمی منطبق بر یکدیگر نبوده و گاهی بهداشت افراطی، خود دشمن سلامت است.

ثانیاً این سازمان با تعلق خاطر به حامیان مالی و معنوی خود بیشتر دغدغه حفظ منافع حامیان خود را دارد نه دغدغه سلامت.

آیا ممکن است سازمانی با این رسالت در عین حال که دچار فساد و زد و بندهای سیاسی است، ملزم به حفظ سلامت مردم جهان باشد؟ اگر سازمانی گرفتار فسادهای مالی و مسائلی منافی اساسنامه خود باشد تا چه اندازه قابل اعتماد است؟

سازمان بهداشت جهانی مانند بسیاری دیگر از سازمان‌های فراملیتی همچون سازمان ملل، صندوق بین‌المللی پول، سازمان تجارت جهانی و... از خاکستر جنگ جهانی دوم سر بلند کرده و در ۷ آوریل ۱۹۴۸ رسماً تأسیس می‌شود. صد البته تصور اینکه این سازمان‌ها، سازمان‌هایی منفک و مستقل از یکدیگر می‌باشند همانقدر صحیح است که تصور کنیم قلب به طور کامل مستقل از کبد و کلیه می‌باشد؛ این سازمان‌ها اگرچه مانند ارگان‌های مذکور ساختمان مجزایی دارند اما در واقع به هم پیوسته و در همکاری عمیقی در مقیاس جهانی به فعالیت خود ادامه می‌دهند و کارنامه سازمان چندان هم عاری از اتهامات و نقاط تیره نمی‌باشد.

۲. در سال ۲۰۰۹ این سازمان با اتهام فساد و تبانی با شرکت‌های داروسازی در زمینه کارزار واکسیناسیون روبرو می‌شود.

وابستگی مالی مشاورین WHO به شرکت‌های تولید کننده واکسن و فساد در صدور تأییدیه‌ها و مجوزهای واکسن‌های آنفولانزا نیز در اسناد متعددی نشر گردیده که بیانگر این است سازمان جهانی بهداشت به واسطه مناسبات اقتصادی و با دریافت مبالغ قابل توجه از سوی مشاورین خود به بسیاری از واکسن‌ها مجوز اعطا کرده است. این در حالی‌ست که شوراهای تصمیم‌گیرنده در این سازمان بنا بر اصل تضاد منافع و اصول

اخلاق پزشکی می‌بایست فارغ از هرگونه ملاحظات اقتصادی و صرفاً با اتکا به مصالح بهداشت بشر دست به صدور تأییدیه‌ها بزند. اما بررسی‌های انجام گرفته نشان می‌دهد که فساد در این سازمان به اندازه‌ای است که بسیاری از مسئولین آن به طور مستقیم از کمپانی‌های داروسازی مانند roche مبالغ هنگفتی دریافت نموده‌اند تا مسیر تولید و عرضه بسیاری از واکسن‌ها و داروها را برای آنها هموار سازند.^۱

مهم است بدانیم که این اتهامات مطرح شده اتهامات سنگینی هستند که کاملاً مورد بحث و گفتگو قرار گرفته‌اند و نهادهایی آنها را مطرح کرده‌اند که سابقه خوبی دارند و دانشمندان و روزنامه‌نگاران تحقیقی آنها را بیان کرده‌اند که معتبر و قابل اعتمادند که رد کردن تمام این افراد به عنوان مشتکی تئوری پرداز توطئه، کار سختی است.^۲

حتی تصور اینکه اعضای کمیته این سازمان با شرکت‌های دارویی وارد همکاری شوند بسیار هولناک است، چراکه در این صورت ممکن است قوانین و پروتکل‌هایی وضع شود که مثلاً تزریق یک واکسن نه چندان ضروری را برای همه مردم جهان اجباری ساخته و طبیعتاً تمام کشورهای جهان نیز مکلف به اطاعت از این سازمان خواهند بود. بنابراین مسئله فساد و زد و بندهای اقتصادی و سازمان بهداشت جهانی در رتبه‌های بالای این سازمان امری موهوم و خیالی نبوده و بارها این سازمان و اعضای آن مانند؛ خانم مارگارت چان (دبیر سابق سازمان

An article published in the BMJ alleged that some of the experts^۱ advising the WHO on the pandemic had declarable financial ties with drug companies that were producing antivirals and influenza vaccines. The article claimed that as a result, the WHO was unduly influenced to declare a pandemic and to exaggerate its potential severity, both of which resulted in "billions wasted on a swine flu pandemic that never came."

links:

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2988536/#b2-1821874

www.cmaj.ca/content/182/17/1874

^۲ به نقل از پاسکال اسکاره (Pascal Sacré)، خبرگزاری فارس

بهداشت جهانی) را در محاکم و محافل متعددی، وادار به توضیح و رفع ابهام کرده است.

۳. سال ۲۰۱۸ خبرگزاری آسوشیتدپرس در تحقیقی اعلام کرد، بیش از ۱۲ تن از امدادگران‌های سازمان ملل که با هدف رسیدگی به بحران انسانی در یمن در این کشور مستقر شده بودند، متهم به فساد از طریق بستن قراردادهای مشکوک، زد و بند با طرف‌های مختلف در یمن به منظور کسب منافع، تضعیف فرایندهای نظارت بر عملکردها و دزدی از محموله‌های کمک‌های بین‌المللی اعطایی به یمن شده‌اند؛ این در حالی‌ست که این افراد با هدف رفع بحران‌های انسانی به این منطقه اعزام شده بودند. در واقع چکیده این گزارش تکان دهنده این است که این سازمان در کشوری که درگیر جنگ بوده و همه روزه تعداد زیادی از کودکان آن بر اثر قحطی و گرسنگی و کمبود دارو جان خود را از دست می‌دهند محموله‌های کمک‌های بین‌المللی را به جای رساندن به دست مردم جنگ‌زده و بی‌خانمان به گروهی خاص فروخته است. در همین سال این سازمان به وجود فساد مذکور اذعان کرده و خبر از قطع همکاری و لغو قرارداد خود با برخی از شرکاء و طرفین محلی را می‌دهد.

پس وجود فساد و اعمال خلاف کرامت و سلامت انسان چندان هم با این سازمان بیگانه نیست، اما موردی جالب‌تر به دوران شیوع باز می‌گردد، زمانی که یکی از موفق‌ترین کشورهای در کنترل شیوع از جلسات کارشناسی این سازمان حذف می‌گردد؛ تایوان!

۴. حذف تایوان در دوره شیوع کرونا

تایوان کشوری‌ست که شاید بتوان آن را یکی از موفق‌ترین کشورها در کنترل شیوع نامید. این کشور با استفاده از دانش قبلی خود در دوره شیوع سارس در سال ۲۰۰۳ و بکارگیری از روش‌های مدیریتی متفاوت و استفاده از هوش مصنوعی و همچنین امور خلاقانه‌ای همچون پرونده الکترونیک سلامت عملکرد موفقی در مقابله با کرونا داشته است، اما در اقدامی عجیب زمانی که تایوان قصد داشت دانش و تجربه خود را در کنترل کرونا در اختیار سازمان بهداشت جهانی و سایر کشورهای جهان

قرار دهد، در جلسات کارشناسی این سازمان از نمایندگان تایوانی دعوت نشد.

چگونه کشوری با جمعیت حدود ۲۴ میلیونی که تا اردیبهشت امسال تنها ۴۴۰ مورد گزارش ابتلای به بیماری داشته و از این حیث موفق‌ترین کشور در کنترل شیوع به حساب می‌آید، به جلسه کلیدی کارشناسی سازمان بهداشت جهانی دعوت نمی‌شود؟

پاسخ کمی تلخ است! «فشار حکومت چین به بهانه‌های عجیب و غریب». این رخداد شاید نقاب از چهرهٔ این سازمان برداشته باشد و چهرهٔ پشت نقاب را به دیگر بار به جهان نشان داده باشد.

به نقل از اسپوتنیک، ایالات متحده به سازمان بهداشت جهانی هشدار داده است که حذف تایوان از مجمعی که به ویروس کرونا می‌پردازد، می‌تواند به بروز مسائل جدی در حوزه بهداشت عمومی، در جریان بحران کووید-۱۹ بیانجامد؛ ایالات متحده همچنین در نامهٔ اخیر خود به تدریس ادهانوم، دبیرکل سازمان بهداشت جهانی از متحدان اصلی خود کشورهای کانادا، استرالیا، فرانسه، آلمان، نیوزیلند، بریتانیا و ژاپن خواست تا این سازمان را به قرار دادن «کشور تایوان» در وضعیت ناظر در گردهمایی مجمع جهانی بهداشت برگزار می‌شود، وادار کنند. در این سند، آمریکا و متحدانش هشدار دادند حذف تایوان از کمیته بین‌المللی بهداشت «نه تنها یک نگرانی جدی در حوزه بهداشت است، بلکه مانعی بر سر راه اقدامات کنونی و آینده به حساب می‌آید».

در این نامه همچنین مطرح شد زمانی که اطلاعات مهم حوزهٔ بهداشت نتواند آزادانه و به آسانی جریان پیدا کند، جامعه جهانی آسیب می‌بیند. این سند ضمن ابراز تأسف از تصمیم سازمان بهداشت جهانی برای محرومیت تایوان از حضور در مجمع خود، از این کشور آسیای شرقی به عنوان یک بازیگر مسئول و دارای تخصص علمی و فنی «که می‌تواند به نجات جان‌ها در سراسر جهان کمک کند»، یاد کرده است.

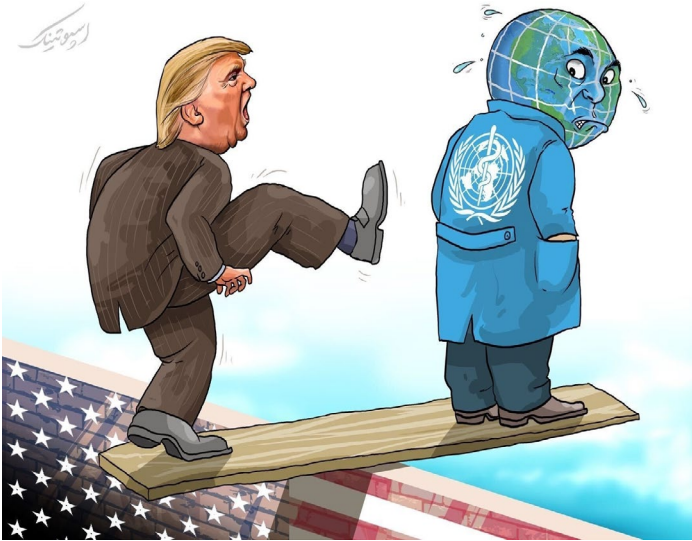
پکن به شدت با تلاش تایوان برای قرار گرفتن در جایگاه ناظر سازمان بهداشت جهانی مخالف است و این عمل را نقض اصل «چین واحد» می‌داند، چرا که چنین اقدامی تایوان را به عنوان یک ناحیه جدا شده در

نظر می‌گیرد. در همین حال، گزارشی از کمیسیون بررسی اقتصادی و امنیتی ایالات متحده و چین، یک آژانس کنگره که در مورد پیامدهای امنیت ملی تجارت با پکن مشاوره می‌دهد، ادعا کرده است که محرومیت تایوان از گردهمایی سازمان بهداشت جهانی، “به خطر انداختن سلامت جهانی” است.^۱

آیا این مسئله که در بحبوحه دوران شیوع سازمان بهداشت جهانی به خواسته حکومت چین یکی از کشورهای بسیار موفق را از حضور در این سازمان محروم می‌کند، خیانتی آشکار به حوزه بهداشت جهان نیست؟ و یا اصلاً چرا باید در سازمانی که صرفاً متولی سلامت و بهداشت است، اولویت‌های سیاسی و منطقه‌ای همچون استقلال یک منطقه وارد شود؟ آیا تمامیت ارضی بر بهداشت جهان ارجح است؟ پس شعار سلامت و کرامت انسانی چه می‌شود؟ در بخش پیش از سرانجام خوش سرمایه‌گذاری در بنگاه بهداشت جهانی نیز مختصری ذکر شد.

این قطعات پازل همگی این احتمال را به واقعیت نزدیک‌تر می‌سازد که شاید سازمان بهداشت جهانی در حقیقت بتواند سازمان حامی حکومت‌های خاص بوده و صندلی متهم و مظنون برای این سازمان، آنقدرها هم اقدام سختگیرانه‌ای نباشد. اتهامات و نقاط تیره در عملکرد این سازمان تا جایی پیش رفت که رابرت اوبراین مشاور امنیت ملی رئیس‌جمهور آمریکا، سازمان جهانی بهداشت را سازمانی فاسد و تحت کنترل حزب کمونیست چین نامید. به گزارش اسپوتنیک، رابرت اوبراین، مشاور امنیت ملی کاخ سفید، سازمان جهانی بهداشت را “سازمانی فاسد و تحت کنترل حزب کمونیست چین” نامید و اطمینان داد که قطع روابط آمریکا با این سازمان، در کمک واشنگتن به سایر کشورها تأثیر نخواهد گذاشت. به این ترتیب ایالات متحده آمریکا حمایت مالی خود از این سازمان را قطع کرده و این سازمان را همدست حکومت چین می‌نامد. اقدامی که برای دولت دونالد ترامپ چندان هم بدون تبعات منفی نبوده است.

^۱ ایسنا، گاردین



تصویر ۱۳- کاریکاتوری معنادار از تحریم سازمان بهداشت جهانی توسط ترامپ، وی معتقد بود شیوع کرونا و برگزاری انتخابات به صورت غیرحضوری و پستی دسیسه‌ای از جانب دموکرات‌ها برای سرقت رأی‌های او می‌باشد. نتیجه اینکه سازمانی که پرچمدار مبارزه با بیماری‌ست و به عنوان اولین مرجع حوزه بهداشت دستورالعمل‌های مربوطه را به پزشکان و پیراپزشکان سراسر جهان ارائه می‌دهد، یک فرشته آسمانی معصوم نبوده و سازمانی‌ست که نه تنها فساد و خیانت در آن مسبوق به سابقه است، بلکه حتی در حوزه همه‌گیری کرونا نیز اقداماتی مشکوک از جمله سانسور تایوان بیش از پیش فرضیه تعلق خاطر و علقه این سازمان به چین را تقویت می‌کند. کشوری که خود از جهاتی در جایگاه متهم قرار دارد.

لحظه‌ای تصور کنید که فرضاً چین سازنده و نشر دهنده ویروس است و این سازمان در استخدام چین و مدافع منافع آن است، تا جایی که گویا علاقه‌ای به مهار و کنترل شیوع با استفاده از تجربیات تایوان نداشته، حال در نظر بگیرید که تمام پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های مقابله با

بیماری از جانب این سازمان صادر می‌گردد، آیا این دستورالعمل‌های در خدمت بهداشت و سلامت انسان‌هاست یا در خدمت مسئله دیگری؟ اما ابهامات مطروحه در خصوص رویکرد سازمان بهداشت جهانی، محدود به این موارد نیست و شواهد متعددی حاکی از آن است که این سازمان حتی در نشر اطلاعات صحیح مربوط به ویروس نیز کوتاهی ورزیده و علیرغم اعلام محققین و ویروس‌شناسان مبنی بر شیوع این ویروس، این گزارش‌ها را سانسور نموده و از ارائه هرگونه هشدار و دستورالعملی خودداری نموده است.

۵. ویروس‌شناس چینی، خانم لی مینگ یان، که پیشتر بیان کرده بود که ویروس کرونا در آزمایشگاه ساخته شده است، در سپتامبر ۲۰۲۰ اعلام می‌کند که سازمان بهداشت جهانی در سرپوش گذاشتن و پنهانکاری بر این موضوع با دولت چین همکاری داشته است.

حساب توئیتری این محقق در ماه می سال ۲۰۲۰ درست همان زمانی که ادعا کرده بود ویروس دست‌ساز بوده و با دخالت حکومت کمونیست چین ساخته شده است مسدود شده و سازمان بهداشت جهانی قویاً ساختگی بودن ویروس را رد می‌کند (به هر حال رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی حامیان مالی و شرکای تجاری این سازمان هستند و هر اقدام منافی با اهداف سازمان را می‌بایست سانسور نمایند). لی مینگ یان که مدرک فوق تخصصی ویروس‌شناسی و ایمونولوژی خود را از دانشکده سلامت عمومی دانشگاه هنگ‌کنگ کسب کرده است، مدعی می‌شود حکومت چین پیش از آن که شیوع این بیماری رسماً اعلام شود از شیوع آن مطلع بوده و سازمان بهداشت جهانی نیز تعمداً و با هدف همکاری با چین نسبت به گزارش‌های شیوع این بیماری بی‌توجهی نموده است.^۱

پس به نظر می‌رسد دولت آمریکا در تنبیه سازمان بهداشت جهانی چندان هم سختگیرانه عمل نکرده است، معتبرترین مرجع نشر دانش و دستورالعمل‌های مرتبط با ویروس و شیوع کرونا سازمانی است که خود از

^۱ Dr. Li-Meng Yan reveals China's fake science and the COVID-19 cover-up. WION Washington Oct 09, 2020, 05.27 PM(IST) Written By: Lawrence Sellin

جهات بسيارى متهم به پنهانكارى و همكارى با همان حكومتى‌ست كه شيوع بيمارى از آن آغاز شده است و بدین ترتيب همانند ماجرای میلای ویتنام، کسانی که شاهد عینی ماجرا هستند، افرادی هستند که سابقه پنهانکاری و فساد و رانت در آنها به کرات دیده شده و به جهت نقض اصل بی‌طرفی، مغضوب بسیاری از نهادها و دولت‌ها بوده است؛ حال اعتماد به این سازمان امری معقول است؟

هزاران و شاید میلیون‌ها کارکنان حوزه بهداشت و سلامت در سراسر جهان منتظر هستند دستورالعمل جدیدی از این سازمان صادر شود تا بلافاصله آن را اجرایی سازند! مثلاً این سازمان اعلام نماید که داروی A به بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه تزریق گردد و یا شستشوی سطوح، راهی برای مقابله با نشر ویروس است، و کمتر کسی از خود سؤال می‌کند این سازمان اصلاً مشروعیت خود را چگونه به دست آورده و آیا ساختار آن و حامیان مالی و معنوی آن به علاوه سابقه آن در فساد نباید ما را اندکی به اهداف این سازمان مشکوک سازد؟ اصلاً به چه دلیل می‌بایست به رهنمودهای این سازمان اطمینان کرد؟ به این دلیل که سایرین چنین می‌کنند؟ به این دلیل که رسانه‌ها چنین می‌گویند؟ شاید لازم باشد فاجعه میلای ویتنام را مجدداً مطالعه کنیم و یا شاید به ۴ خطای شناختی پرده اول بازگردیم. سازنده و ناشر ویروس با در اختیارگرفتن این سازمان به راحتی می‌تواند اقدام به وضع مقرراتی کند که به نفع انتشار ویروس بوده و در راستای اهداف آنها باشد و احادی نیز با توجه به نام این سازمان به انگیزه‌های پشت پرده آن مشکوک نشود.

۶. تجارت سلاح توسط مدیرکل سازمان بهداشت جهانی در بحبوحه شیوع کرونا؛ در سال ۲۰۲۰ برهانو جولا، فرمانده ارتش اتیوپی در یک کنفرانس خبری رسماً اعلام می‌کند که دکتر تدروس آدهانوم مقادیر بسیار زیادی از سلاح‌های گرم را برای جبهه آزادی‌بخش مردم تیگرای تهیه نموده و به درگیری‌های مسلحانه در این منطقه دامن زده است...! این اتهام نیز در نوع خود جالب توجه است که مدیر کل این سازمان با اختیارات و امکاناتی که این جایگاه برای وی فراهم آورده، به جای آن که دست به کار بهداشت و نجات انسان‌ها باشد، دست به کار اقدامات

مسلحانه و یا اموریست که شباهت زیادی با نام سازمان جهانی بهداشت ندارد.

حال باید از خود این سؤال را بپرسیم که آیا این مرجع به عنوان اصلی‌ترین مرجع نشر اطلاعات در خصوص ویروس تا به چه اندازه قابل اعتماد است؟ در شرایطی که ۹/۹۹ درصد مردم جهان نه ویروسی را دیده‌اند و نه می‌دانند این ویروس چگونه عمل می‌کند و چه تعدادی را مبتلا کرده است و تنها گوش به دهان سازمانی دوخته‌اند که کارنامه اعمال آن از فساد و دروغ پاک نیست، چقدر این احتمال وجود دارد که این سازمان به خدمت حکومت‌ها یا افرادی درآمدی باشد که خود سازنده ویروس بوده و از محل شیوع بیماری ذی‌نفع هستند؟ حال با توجه به اینکه تمام یا دست‌کم اکثر سازمان‌ها و وزارتخانه‌های بهداشتی کشورهای جهان، اجرا کنندگان بی‌چون و چرای دستورالعمل‌های این سازمان هستند و قوانین دیکته شده توسط این سازمان را به جدی‌ترین شکل اجرا می‌کنند، اگر این سازمان به تصرف طراحان و ناشران ویروس درآمدی باشد، چه اتفاقی رخ خواهد داد؟

پاسخ: فریب قرن! تصویب قوانینی که در ظاهر به نفع بهداشت و در باطن خود عامل شیوع بیشتر بیماری باشد؛ چیزی شبیه همان حقّه قدیمی قرن پیش.

اکنون که دانستیم بیانیه‌ها و اعلامیه‌های صادر شده از سازمان بهداشت جهانی وحی منزل از جانب پروردگار نبوده و با توجه به عملکرد این سازمان این احتمال (هرقدر ضعیف) وجود دارد که این سازمان نیز جزئی از ساختار فریب قرن باشد، به خود ویروس کرونا می‌پردازیم.

حیرت‌آور اینکه موفق‌ترین کشورها در کنترل و مدیریت شیوع، در میان کشورهایی هستند که از پروتکل‌های سازمان بهداشت جهانی به طور تام اطاعت نکرده‌اند!

سوئد به عنوان نخستین کشوری که از اجرای قوانین قفل و قرنطینه، امتناع نمود در کنترل شیوع موفقیت بیشتری نسبت به کشورهای همجوار کسب کرده و در بخش‌های دیگری مورد بررسی قرار می‌گیرد.

ویتنام: کشوری با جمعیت ۱۰۰ میلیونی که تنها با ۲-۳ هفته قرنطینه و اقدامات جالب تعقیب بیمار توانست شیوع را تقریباً بدون تلفات، پشت سر بگذارد و جمعیتی ۱۰۰ میلیون نفری را در یک کشور نه چندان ثروتمند و در حال توسعه، شیوع را مهار کند. این در حالی است که پیشرفته‌ترین و ثروتمندترین کشورهای اروپایی که مجریان بی‌چون و چرای پروتکل‌های سازمان بهداشت جهانی بودند و تجهیزات و تکنولوژی غیرقابل توصیفی در اختیار داشتند، نتوانستند موفقیتی مشابه با این کشور فقیر و پرجمعیت کسب کنند و جملگی مدعی تلفات بالا در اثر این ویروس شده‌اند.

تایوان: این کشور نیز مانند ویتنام دستورالعمل‌های بومی و تجربیات خود در شیوع سارس را بر دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی ترجیح داده و حتی پیشنهاد اجرای آن را نیز به سازمان بهداشت جهانی ارائه داده است، اما در اقدامی حیرت انگیز از سوی سازمان جهانی بهداشت طرد و از مجمع کارشناسان این سازمان حذف می‌گردد.

ترکمنستان: کشوری بدون کرونا! ادعای این کشور مبنی بر عدم ثبت ابتلای به کرونا با اعزام هیئتی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و تحقیقی ۱۰ روزه در بیمارستان‌های این کشور مورد بررسی قرار می‌گیرد. در نهایت کرین سمالوود رئیس دفتر سازمان بهداشت جهانی در اروپا قاطعانه اعلام می‌کند که این کشور همچنان تنها کشوری است که در آن ابتلای به کرونا ثبت نشده است.^۱ علت موفقیت این کشور در چنین شاهکاری تاریخی چیست؟

منابع محلی، مردم ترکمنستان و خبرنگاران به نقل از نورمحمد امنیپساف (وزیر بهداشت و صنعت ترکمنستان) به طور غیر رسمی به یک رویکرد عجیب در این کشور اشاره کرده‌اند، ممنوعیت ماسک زدن و رسانه‌ای شدن ویروس کرونا...!!!

^۱ بسیاری از مخالفین، تاجیکستان را به دروغ‌گویی و پنهان کردن آمار تلفات خود متهم ساخته‌اند و عدم وجود سیستم تشخیص و آماری مدون در این کشور را دلیل این واقعه دانسته‌اند.

آیا شیوه مدیریتی و مراقبتی تایوان و ویتنام از سوی سایر کشورها قابل اجرا نبوده است؟ آیا در کشورهای دیگر جهان که هم ثروتمندتر و هم کم جمعیت‌تر از این کشورها هستند امکان انجام این راهکارها وجود نداشته است؟! تا شیوع با هزینه کمتری به درجه مهار برسد؟ یا اینکه مصالح و منافع عده‌ای در گرو این بوده که کشورهایی که عمده‌تاً بازار هدف کیت‌های تشخیصی، دارو و واکسن هستند بیشتر و شدیدتر درگیر شیوع باشند، تا اینکه با راهکارهای ساده‌تری شیوع را مهار کنند؟ پس چه دلیلی برای سانسور این کشورهای موفق و حذف آنها از شورای مشورتی سازمان بهداشت جهانی وجود دارد؟ جمیع این شواهد و دلایل است که این احتمال را تقویت می‌کند که سازمان بهداشت جهانی خود بسیار مایل به بحران بیشتر و اطاله آن بوده و در موارد بسیاری به آن دامن زده است. هر چه نباشد بخش عمده‌ای از حامیان مالی این سازمان کمپانی‌های ساخت دارو و کیت‌های تشخیصی هستند که گویی در سایه شیوع، درصدد کسب جایگاهی مهم در شطرنج اقتصادی - سیاسی جهان بوده و همین امر مقدمات تحولات عظیمی را در جهان فراهم آورد.

چرا باید سرنوشت شیوع دقیقاً به دست کسانی رقم زده شود که هر روز شیوع بیشتر، برای آنها به معنای ثروت بیشتری می‌باشد؟ چرا کمپانی‌های چینی، اروپایی و آمریکایی سازنده واکسن، اخبار موفقیت واکسن خود را تا پس از انتخابات ریاست جمهوری آمریکا به تعویق می‌اندازند؟ شاید لازم باشد با نوعی دیگر از خطاهای شناختی آشنا شویم.

خطای شناختی شماره شش: تمایل بیش از حد به پاداش‌ها

حاکمان مستعمرات فرانسه در هانوی برای مهار موش‌ها قانونی تصویب کردند؛ شکارچی به ازای هر موش مرده‌ای که به مسئولان تحویل دهد پاداش دریافت خواهد کرد. بله! بسیاری از موش‌ها نابود شدند اما بسیاری از موش‌ها به همین منظور پرورش داده شدند!

موش‌ها نه تنها ریشه‌کن نشدند بلکه عده بسیاری به پرورش و تکثیر موش‌ها روی آوردند و هرروز با تحویل چند موش به مسئولین پاداش می‌گرفتند.

هر روز طولانی‌تر شدن شیوع، مساوی‌ست با مصرف صدها میلیون دُز از دارو...

هر روز طولانی‌تر شدن شیوع، مساوی‌ست با فروش هزاران تُن، شوینده و ماسک و...

هر روز طولانی‌تر شدن شیوع، مساوی‌ست با انزوای بیشتر برخی از قدرت‌ها و جناح‌های سیاسی...

هر روز طولانی‌تر شدن شیوع، مساوی‌ست با خستگی و ناامیدی بیشتر مردم و تشنگی آنها به کشف واکسن و دارویی که می‌تواند از یک کمپانی فرشته‌ای آسمانی بسازد.

حال جالب‌تر اینکه همین کمپانی‌های دارویی و واکسن‌ساز، خود حامی مالی و به نوعی صاحبان نهادهای بهداشتی هستند. یک شطرنج تمام عیار قدرت و یک فستیوال فریب. زمانی که دکمهٔ پایان شیوع در دست کسانی‌ست که از هر روز طولانی‌تر شدن آن ثروتمندتر می‌شوند، آیا نباید مانند مستعمرات فرانسه به این فکر کنیم که موش‌ها، در جایی در حال پرورش هستند؟ لابراتوارهای ویروس‌سازی پس از کرونا تعطیل شده‌اند؟ کیت‌های تشخیصی مبهم و آمارسازی‌های مبهم چطور؟

چگونگی پیوند سازمان‌های عالی بهداشت با خانواده گیتس و راکفلر بیل گیتس: از مدیرعامل مایکروسافت تا آقای واکسن و بهداشت!

• چارت ارتباط بیل گیتس با نلسون را کفلر

FamousKin.com Relationship Chart of Bill Gates to Nelson Rockefeller



FamousKin.com
Relationship Chart of

Bill Gates

Founder of Microsoft

7th cousin 3 times removed of

Nelson Rockefeller

41st U.S. Vice-President



Stephen Gifford

Hannah Gore



تصویر ۱۴- ارتباط بیل گیتس با را کفلر

شجره‌ی خانوادگی گیتس و راکفلرها مشترک بوده و هر دو به خانواده گیلفورد منتهی می‌شود. بیل گیتس در یک خانواده ثروتمند به دنیا آمد، پدر وی جی دابلیو مکسول رئیس بانک ملی در شهر سیاتل بود. بیل گیتس را بیشتر با نام مایکروسافت می‌شناسند و عمده شهرت وی مرهون اختراع ویندوز است! اختراعی که گفته می‌شود در آن تقریباً نقشی نداشت. بیل جوان تنها یک سیستم عامل متعلق به محصولات رایانه سیاتل را خریداری کرده و پس از کمی تغییر مجوز آن را به نام شرکت IBM ثبت می‌نماید. بعدها شریک وی، پاول آلن در کتاب خود چنین می‌نویسد: ”من به راه اندازی شرکت کمک کرده و هنوز هم عضو فعال مدیریت بودم، هر چند به واسطه بیماری محدود شده بودم و در آن زمان شریک و همکارم (گیتس) قصد داشت مرا بدرد!... این یک فرصت طلبی پولکی، صاف و ساده بود.“

- صفحه ۱۶۵ کتاب *Idea Man*

shareholders. It was clear that they'd been thinking about this for some time.

Unable to stand it any longer, I burst in on them and shouted, "This is unbelievable! It shows your true character, once and for all." I was speaking to both of them, but staring straight at Bill. Caught red-handed, they were struck dumb. Before they could respond, I turned on my heel and left.

I replayed their dialogue in my mind while driving home, and it felt more and more heinous to me. I helped start the company and was still an active member of management, though limited by my illness, and now my partner and my colleague were scheming to rip me off. It was mercenary opportunism, plain and simple. That evening, a chastened Steve Ballmer called my house and asked Jody if he could come over. "Look, Paul," he said, after we

تصویر ۱۵ - صفحه ۱۶۵ کتاب *Idea Man* پاول آلن

اگرچه گیتس توانسته بود با استفاده از بیماری شریکش و غیبت او به موجب شیمی درمانی و رادیوتراپی سهم وی را خریداری کند، اما استراتژی تجاری او در عین ثروت اندوزی چندان هم با موفقیت پیش نرفت و در سال ۱۹۹۸ مایکروسافت از سوی دپارتمان دادگستری ایالات متحده متهم به نقض اعتماد تجاری و انحصار سازی می‌شود. کسب و کار گیتس با انحصار طلبی و بی‌رحمی و به شیوه‌ای که قوانین آن را اخلاقی و صحیح نمی‌دانستند رونق یافته بود و به عبارتی دیگر ثروتی توأم با بدنامی برای وی ارمغان آورده بود.

An official website of the United States government [Here's how you know](#)

 THE UNITED STATES DEPARTMENT OF JUSTICE

Search this site

ABOUT OUR AGENCY PRIORITIES NEWS RESOURCES CAREERS CONTACT

Home » Antitrust Division

Antitrust Division Home

What's New

- Press Room
- About the Division
- Public Documents
- Events
- Antitrust Case Filings
- Employment
- Antitrust FOIA
- Contact Information
- Report Violations

U.S. V. MICROSOFT: COURT'S FINDINGS OF FACT

This document is available in three formats: this web page (for browsing content), PDF (comparable to original document formatting), and WordPerfect 5.1. To view the PDF you will need Acrobat Reader, which may be downloaded from the Adobe site⁵. For an official signed copy, please contact the [Antitrust Documents Group](#).

You may also purchase this document from the **Government Printing Office** IN THE UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE DISTRICT OF COLUMBIA

UNITED STATES OF AMERICA, Plaintiff,	Civil Action No. 98-1232 (TPJ)
vs.	
MICROSOFT CORPORATION, Defendant.	Civil Action No. 98-1233 (TPJ)
STATE OF NEW YORK ex. rel. Attorney General ELIOT SPITZER, et al., Plaintiffs and Counterclaim-Defendants,	
vs.	
MICROSOFT CORPORATION, Defendant and Counterclaim-Plaintiff.	

SEARCH ANTITRUST DIVISION

Search

SEARCH

REPORT COVID-19 FRAUD

Procurement Collusion
★ Strike Force ★

SMALL BUSINESS
HELP CENTER

VII. THE EFFECT ON CONSUMERS OF MICROSOFT'S EFFORTS TO PROTECT THE APPLICATIONS BARRIER TO ENTRY PDF

FINDINGS OF FACT

These consolidated civil antitrust actions alleging violations of the Sherman Act, §§ 1 and 2, and various state statutes by the defendant Microsoft Corporation, were tried to the Court, sitting without a jury, between October 19, 1998, and June 24, 1999. The Court has considered the record evidence submitted by the parties, made determinations as to its relevancy and materiality, assessed the credibility of the testimony of the witnesses, both written and oral, and ascertained for its purposes the probative significance of the documentary and visual evidence presented. Upon the record before the Court as of July 28, 1999, at the close of the admission of evidence, pursuant to Fed. R. Civ. P. 52(a), the Court finds the following facts to have been proved by a preponderance of the evidence. The Court shall state the conclusions of law to be drawn therefrom in a separate Memorandum and Order to be filed in due course.

I.

BACKGROUND

1. A "personal computer" ("PC") is a digital information processing device designed for use by one person at a time. A typical PC consists of central processing components (e.g., a microprocessor and main memory) and mass data storage (such as a hard disk). A typical PC system consists of a PC, certain peripheral input/output devices (including a monitor, a keyboard, a mouse, and a printer), and an operating system. PC systems, which include desktop and laptop models, can be distinguished from more powerful, more expensive computer systems known as "servers," which are designed to provide data, services, and functionality through a digital network to multiple users.

Antitrust Sites Worldwide

Competition and Real Estate

تاریخ محاکمه شدن شرکت مایکروسافت

Leniency Program

Microsoft Case Filings

The Paramount Decree

Victims' Rights

To view PDF files on this website you need the free [Adobe Reader](#)⁶

Some photos, graphics, and other materials used on this website are copyrighted and used with permission or licensed for use on this website, but may not be copied and distributed without the copyright holder's permission.

تصویر ۱۶- سند محاکمه شرکت مایکروسافت از سایت دپارتمان دادگستری آمریکا

پس از این محکومیت گیتس برای بازیافتن شهرت خدشه یافته خود و به منظور ظاهر سازی و کسب وجهه‌ای مثبت و همچنین فرار از اتهامات مطبوعات با اختصاص بودجه‌ای ۱۰۰ میلیون دلاری بنیاد خیریه

بیل و ملیندا گیتس را با این شعار راه اندازی می‌کند: ”ما به فکر تمام مسائل مردم جهان هستیم، از آموزش تا بهداشت و...“ و بدین ترتیب وجهه خود را از یک انحصار طلب بی‌رحم در تکنولوژی که ثروت خود را از طرق غیراخلاقی به دست آورده است، به یک چهره نیکوکار و سخاوتمند تغییر می‌دهد.



ما به دنبال باز کردن بخش درونی هر فرد هستیم



ما در همه زندگی‌ها ارزش برابر می‌بینیم. و بنابراین ما خود را به بهبود کیفیت زندگی افراد در سراسر جهان اختصاص داده‌ایم. از تحصیل دانش آموزان در شیکاگو، تا بهداشت یک مادر جوان در نیجریه، ما همه جا کاتالیزور وعده‌های انسانی هستیم.

We seek to unlock the possibility inside every individual.

We see equal value in all lives. And so we are dedicated to improving the quality of life for individuals around the world. From the education of students in Chicago, to the health of a young mother in Nigeria, we are catalysts of human promise everywhere.

تصویر ۱۷- وب سایت بنیاد بیل و ملیندا گیتس

اما رفته رفته لایه‌های زیرین این اقدامات سخاوتمندانه و نیکوکارانه مشخص می‌شود. بیل گیتس در وال استریت ژورنال سودمندترین سرمایه‌گذاری خود را مربوط به حوزه واکسیناسیون و بهداشت می‌نامد. وی مدعی می‌شود که با اختصاص بخش بزرگی از ثروت خود فلج اطفال در جهان را ریشه کن کرده و توانسته واکسن‌های سلامتی بخش(!) را به دست محروم‌ترین مردم جهان از هند تا آفریقا برساند.

THE SATURDAY ESSAY

Bill Gates: The Best Investment I've Ever Made

Global health groups that buy and distribute medicines are a sure bet for saving lives, but their government funding is now in danger, and even the biggest philanthropies can't fill the gap

By [Bill Gates](#)

Jan. 16, 2019 7:01 pm ET

But طی دو دهه گذشته، من و همسرم ملیندا در مجموع ۱۰ میلیارد دلار برای سازمان‌هایی که این کار چالش برانگیز را انجام می‌دهند، از جمله سه سازمان بزرگ قرار داده‌ایم: اتحادیه واکسن (GAVI)؛ صندوق جهانی و طرح ریشه کنی فلج اطفال جهانی. هر یک از آنها فوق العاده موفق بوده‌اند، اما اکثر مردم نام آنها یا کارهایی که می‌کنند را نمی‌دانند.

Over the past two decades, my wife Melinda and I have put a total of \$10 billion into organizations that do this challenging work, including three big ones: Gavi, the Vaccine Alliance; the Global Fund; and the Global Polio Eradication Initiative. Each of them has been extremely successful, but most people don't know their names or what they do.

Even fewer are watching out for them, making sure they have the money they need to do their work. Without more funding over the next 18 months, all three of these institutions will have to dramatically scale back their efforts to fight disease and keep people healthy. This shouldn't be allowed to happen. These organizations are not trivial or expendable. In fact, they are probably the best investments our foundation has ever made.

حتی تعداد کمی از افراد حواسشان به آنها هست و مطمئن می‌شوند که پول لازم برای انجام کار خود را دارند. بدون بودجه بیشتر، طی ۱۸ ماه آینده، هر سه‌ی این مؤسسات باید تلاش‌های خود را برای مبارزه با بیماری‌ها و حفظ سلامت افراد به طور چشمگیری کاهش دهند. نباید اجازه داد این اتفاق بیفتد. این سازمان‌ها بی‌اهمیت و قابل مصرف نیستند. در واقع، آنها احتمالاً بهترین سرمایه‌گذاری‌هایی هستند که بنیاد ما تاکنون انجام داده است.

تصویر ۱۸- بهترین سرمایه‌گذاری بیل گیتس

همچنین اظهار نظر دیگر بیل گیتس در ۲۳ ژانویه ۲۰۱۹ که می گوید؛ تجارت واکسن برای او آورده بیست به یک را داشته است و این سرمایه گذاری بهترین سرمایه گذاری او بوده...



بیل گیتس:
بهترین سرمایه گذاری من، ده میلیارد دلار را به ۲۰۰ میلیارد دلار منفعت اقتصادی تبدیل کرد

DAVOS WEF

Bill Gates: My 'best investment' turned \$10 billion into \$200 billion worth of economic benefit

PUBLISHED WED, JAN 23 2019-7:13 AM EST UPDATED WED, JAN 23 2019-10:28 AM EST



Matthew J. Belvedere
@MATT_BELVEDERE

SHARE    

KEY POINTS

- Investing in global health organizations aimed at increasing access to vaccines creates a 20-to-1 return, the Microsoft co-founder and philanthropist says.
- Putting \$10 billion into the S&P 500 would have grown only to \$17 billion over 18 years, factoring in reinvested dividends, Gates tells CNBC in Davos.



تصویر ۱۹- تجارت واکسن، بهترین سرمایه گذاری بیل گیتس

اما مسئله از جایی پیچیده‌تر، متناقض و هیجان انگیزتر می‌شود که بیل‌گیتس بخش عظیمی از سرمایه خود را در اختیار صنایعی قرار می‌دهد که خود مسبب بروز بیماری‌ها هستند.

اگر امروز از متخصصین سرطان شناسی و ایمنی شناسی عمده دلایل بروز سرطان‌ها و بیماری‌های قلبی و عروقی را جویا شویم چه مواردی را ذکر خواهند کرد؟

اکنون توجه شما را به نمونه صنایعی جلب می‌کنیم که بیل‌گیتس مبالغ کلانی را به آنها پرداخته است؛ بالغ بر ۴۹ شرکت آمریکایی و کانادایی که بیش از سایر صنایع به آلوده کردن محیط زیست و زیست کره پرداخته‌اند^۱:

Walmart
Shell
PepsiCo
TacoBell
Burgerking
pizza hut
chevronmonsanto
KFC
Mc Donalds

در این لیست بیشترین عاملی که توجه‌ها را به خود جلب می‌کند این است که اغلب این برندها مرتبط با فست فود و نوشابه‌های گازدار است. حال شاید قدری این مسئله روشن شود که چرا سرمایه‌گذاری در صنعتی که بیمار بودن انسان‌ها موجب ثروتمندتر شدن سرمایه‌گذارها می‌شود، می‌بایست با رواج صنایعی توأم شود که خود مسبب بروز بیشتر بیماری‌هاست.

اما چنین اختیارات محدودی تمام انتظارات خانواده گیتس را برآورده نمی‌کرد. وی به چیزی بیش از یک سرمایه‌گذار بودن نیاز داشت، جایگاهی با اختیارات نامحدود!

ورود بنیاد گیتس به عرصه سیاست و قدرت بین‌المللی زمانی روی می‌دهد که این بنیاد بیشترین حمایت مالی از سازمان جهانی بهداشت و

^۱ Bill and Melinda Gates Foundation Trust ,EIN#91-

نهادهای عالی بهداشت مانند؛ CDC را بر عهده می‌گیرد و با توجه به وابستگی حقوقی این نهادها به هیئت حاکمه ایالات متحده، وزارت دفاع آمریکا و همچنین سازمان ملل از یک سو و پرداخت هزینه‌های مالی تحقیقات و توزیع واکسن به عنوان یکی از استراتژی‌ترین محصولات پزشکی در سراسر جهان از سویی دیگر، این بنیاد به جایگاهی تکرار نشدنی و پر قدرت در عرصه سیاسی تکیه می‌زند، جایگاهی که قرار است در آینده‌ای نه چندان دور و با ظهور ویروس‌های ناشناخته و همه‌گیری‌های مرگبار، حاکم بلامنازع افکار عمومی شود و آغازگر نسلی نوین از رهبری باشد.

بنیاد دیس حالا بزرگترین حامی WHO

Printed from
THE TIMES OF INDIA

Gates Foundation now WHO's biggest funder¹

TNN | Jun 2, 2020, 01:35 AM IST



Gates Foundation now WHO's biggest funder

NEW DELHI: With President Donald Trump announcing that the US will be "terminating" its relationship with the World Health Organisation (WHO), the Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF) is set to become the biggest funder of the organisation. A private foundation becoming the biggest funder, and hence the biggest influence, on a United Nations agency would be a first.

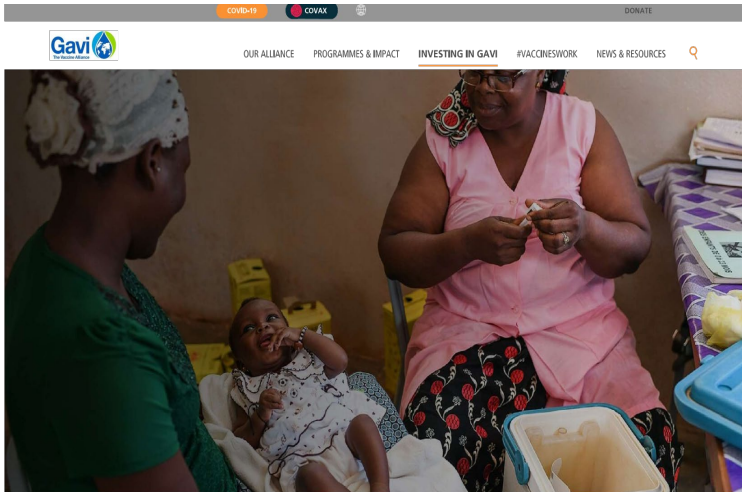
In fact, though the WHO is meant to be a body accountable to its members countries, among the top 10 donors to the organisation only four are member countries and one is the European Commission. The rest are all non-state actors or philanthropies. When the WHO was constituted, its constitution stipulated that it should primarily be financed through regular contributions from member countries, called "assessed contributions", relative to the country's wealth and population. However, the reluctance of member countries to increase the assessed annual contributions has made it increasingly dependent on voluntary contributions from countries and non-state actors, weakening its autonomy.

تصویر ۲۰- بزرگترین حامی سازمان بهداشت جهانی

این بنیاد با کمک خانواده راکفلر سازمانی موسوم به GAVI^۱ یا همیاری جهانی واکسن و ایمن‌سازی را پدید می‌آورد که این سازمان با سازوکاری موسوم به کوواکس (COVAX) وظیفه توزیع و تسهیل خدمات واکسیناسیون برای کشورهای عضو این کنسرسیوم را بر عهده می‌گیرد.

^۱ Global Alliance for Vaccine and Immunization

اکنون فقط یک قطعه از این پازل ناقص است، عاملی که تمام جهان را به این شبکه نیازمند سازد! چیزی شبیه یک همه‌گیری ویروسی...



Home > Investing in Gavi > Funding > Donor profiles

OUR DONORS

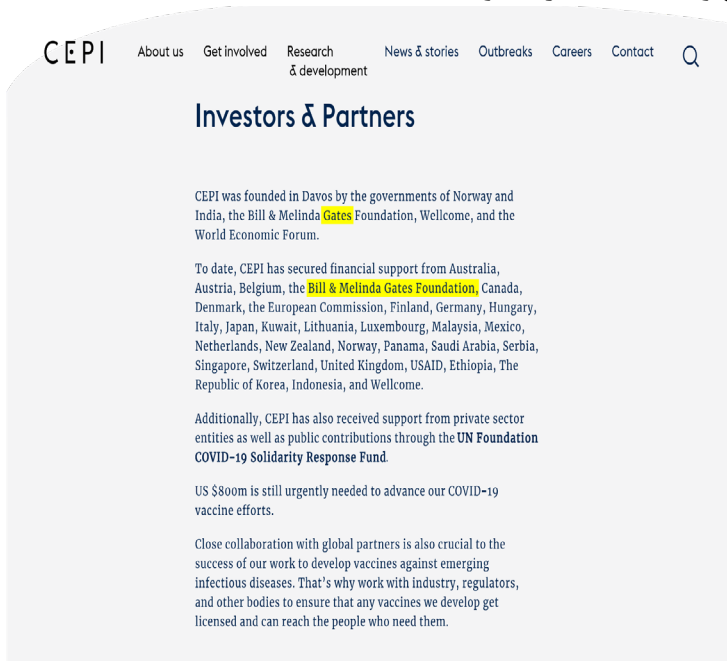
- Al Ansari Exchange
- Alwaleed Philanthropies
- Audacious Alliance
- Australia
- The Bill & Melinda Gates Foundation
- Brazil
- Canada
- Germany
- Girl Effect
- HH Sheikh Mohammed bin Zayed Al Nahyan
- Iceland
- India
- International Federation of Pharmaceutical
- Luxembourg
- Mastercard
- The Netherlands
- Norway
- Orange
- Other private donors
- Principality of Monaco
- Reckitt Benckiser Group

تصویر ۲۱- بنیاد بیل و ملیندا گیتس از مؤسسين و حامیان اتحادیه واکسن

GAVI

بدین ترتیب بنیاد بیل و ملیندا گیتس با عهده گرفتن تأمین مالی سازمان‌های عالی بهداشت و اعطای کمک‌های سخاوتمندانه به تحقیقات مربوط به واکسن‌ها، رفته رفته جایگاه خود در این حوزه را تثبیت می‌نماید، اما تنها این آژانس‌ها و این نهادها برای اهداف آنها کافی نیست. طرحی از رهبری نیاز به شبکه‌های به هم پیوسته از نهادهای عالی بهداشتی و اقتصادی - سیاسی دارد که می‌بایست فراهم گردد.

به عبارت دیگر مجموعه‌ای از سازمان‌ها و نهادهای کلیدی با اسامی مختلف که همگی توسط یک فرد تأمین مالی شده و براساس خط و مشی وی سیاست‌گذاری شود.



The screenshot shows the CEPI website with a navigation bar at the top containing links: About us, Get involved, Research & development, News & stories, Outbreaks, Careers, and Contact. The main heading is 'Investors & Partners'. The text below describes CEPI's founding in Davos by the governments of Norway and India, the Bill & Melinda Gates Foundation, Wellcome, and the World Economic Forum. It lists numerous countries and organizations providing financial support, including Austria, Belgium, Canada, Denmark, the European Commission, Finland, Germany, Hungary, Italy, Japan, Kuwait, Lithuania, Luxembourg, Malaysia, Mexico, Netherlands, New Zealand, Norway, Panama, Saudi Arabia, Serbia, Singapore, Switzerland, United Kingdom, USAID, Ethiopia, The Republic of Korea, Indonesia, and Wellcome. It also mentions support from the UN Foundation COVID-19 Solidarity Response Fund and a need for \$800m for COVID-19 vaccine efforts. The final paragraph states that close collaboration with global partners is crucial for developing vaccines against emerging infectious diseases.

تصویر ۲۲- مرکز ائتلاف نوآوری‌های آمادگی همه‌گیر (CEPI) توسط دولت‌های نروژ و هند، بنیاد بیل و ملیندا گیتس، Wellcome و مجمع جهانی اقتصاد در داووس تأسیس شد. این مرکز نیز جزو حمایت‌شوندگان توسط بنیاد بیل و ملیندا گیتس است.



How We're Funded

The Center for Global Development (CGD) is an independent, nonpartisan "think-and-do tank" that works to reduce poverty in developing countries. We do this by producing high-quality research and practical, evidence-based policy recommendations that inform the practices and policies of developed countries, major private sector actors, and global institutions.

We are deeply committed to the principles of independence, [transparency](#), and accountability, both as a means to foster better development outcomes and to maintain the integrity of our work. In keeping with this principle, we acknowledge our funding sources on our website.

Transparency ratings

CGD was awarded the highest possible ratings by GuideStar and Transparency, and Charity Navigator in their most recent reviews, in recognition of our commitment to transparency and open disclosure of funding.



We are thankful to our funders for their intellectual and financial support of our work to make the world more prosperous and equitable.

To view financial statements from our CGD and CGDE offices, [click here](#).

How We're Funded - Grants and contributions over \$100,000
 Partners Council - Corporate and individual contributions over \$5,000
 CGD Society - Individual contributions between \$150 - \$5,000

CGD Financial Transparency

Funding Agreements Active in 2020

Contributor	Total Grant Amount (USD)	Time Period	Project Title/Description
Australian Department of Foreign Affairs & Trade	\$2.37M	36 months July 2016 - June 2020	Support for multilateral engagement and innovative development finance, global health policy, humanitarian reform, accelerating access to energy, and gender and development
Australian Department of Foreign Affairs & Trade	\$1.40M	35 months August 2019 - July 2022	Support for multilateral engagement and innovative development finance, global health policy, humanitarian reform, accelerating access to energy, and gender and development
Australian Department of Foreign Affairs & Trade	\$790K	29 months February 2018 - June 2020	Support for research aimed at identifying practical evidence-based policy solutions and recommendations that can help unlock pathways to economic development in Papua New Guinea and Pacific Islands
Bill & Melinda Gates Foundation	\$15.8M	48 months November 2018 - November 2022	Support for the development of a research consortium that will study the biggest obstacles to delivering high-quality basic education in low and middle-income countries and highlight the most promising reform ideas to do so
Bill & Melinda Gates Foundation	\$14.75M	62 months October 2018 - December 2023	Support for IDSpplus, strengthening and scaling countries' institutional capacities to make better decisions for health
Bill & Melinda Gates Foundation	\$3.65M	36 months October 2017 - September 2020	Support for a project to use research, evidence, and thoughtful engagement to improve the quality of development finance
Bill & Melinda Gates Foundation	\$3.4M	36 months May 2020 - April 2023	Support for IDSpplus supplement, supporting health technologies assessments at central and state levels
Bill & Melinda Gates Foundation	\$2.98M	45 months August 2016 - April 2020	Support for a research project leveraging payments and identity systems to improve public service delivery and reduce poverty
Bill & Melinda Gates Foundation	\$2.83M	37 months September 2017 - September 2020	Support for research and education which will aim to reduce poverty by improving the quality and impact of UK aid

تصویر ۲۳- مرکز توسعه‌ی جهانی (CDG) نیز یکی دیگر از حمایت شونده‌گان مالی توسط بنیاد بیل و ملیندا گیتس می‌باشد.

Bill & Melinda Gates Foundation

Source Currency					USD Equivalent				
Period	Currency	Pledge	Contribution	Balance	Period	Currency	Pledge	Contribution	Balance
2001-2005	USD	150,000,000	150,000,000		2001-2005	USD	150,000,000	150,000,000	
2006-2007	USD	200,000,000	200,000,000		2006-2007	USD	200,000,000	200,000,000	
2008-2010	USD	300,000,000	300,000,000		2008-2010	USD	300,000,000	300,000,000	
2011-2013	USD	450,000,000	450,000,000		2011-2013	USD	450,000,000	450,000,000	
2014-2016	USD	502,773,488	501,473,488	1,300,000	2014-2016	USD	502,773,488	501,473,488	1,300,000
2017-2019	USD	639,526,860	639,226,860	300,000	2017-2019	USD	639,526,860	639,226,860	300,000
2020-2022	USD	760,000,000	8,854,885	751,145,115	2020-2022	USD	760,000,000	8,854,885	751,145,115
Total					Total	USD	3,002,300,348	2,449,555,233	

Catholic Relief Services

Source Currency					USD Equivalent				
Period	Currency	Pledge	Contribution	Balance	Period	Currency	Pledge	Contribution	Balance
2017-2019	USD	5,000,000	5,000,000		2017-2019	USD	5,000,000	5,000,000	
2020-2022	USD	3,000,000		3,000,000	2020-2022	USD	3,000,000		3,000,000
Total					Total	USD	8,000,000	5,000,000	

تصویر ۲۳- صندوق جهانی مبارزه با ایدز، سل و مالاریا




WHO WE ARE WHERE WE WORK RESULTS & IMPACT KNOWLEDGE & LEARNING PORTAL LIBRARY & NEWS

Our Response to COVID-19

Partnership

[Back to All](#)
Financiers
 Each dollar invested in the GFF Trust Fund brings together four sources of funding: domestic government resources, financing from the International Development Association (IDA) and the International Bank of Reconstruction and Development (IBRD), aligned external financing, and private sector resources.

The GFF Trust Fund is operationally connected to IDA or IBRD financing in each country. This increased availability of IDA financing creates a historic opportunity to use the financing for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition.

Contributors to the GFF Trust Fund include the Governments of Burkina Faso, Canada, Côte d'Ivoire, Denmark, Germany, Japan, the Netherlands, Norway, Qatar, and the United Kingdom; the Bill & Melinda Gates Foundation; the Susan T. Buffett Foundation; the European Commission; L'Oréal Global Health; MSD for Mothers and the Rockefeller Foundation; Other bilateral donors, including JICA and the United States; and multilateral financiers, including representatives of other governments, civil society organizations, WHO and other UN agencies, Gavi, the Vaccine Alliance, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and private sector organizations are aligning their financing with the priorities of each country's GFF investment case.

OUR PARTNERS













تصویر ۲۴- تسهیلات تأمین مالی جهانی GFF

بدین ترتیب سازمان‌ها و نهادهای متعدد و مرتبط با بهداشت، واکسن و دارو؛ اگرچه اسامی گوناگونی همچون WHO, CDC, GAVI, CEPI, CDG, GFF دارند، اما در نهایت همه آنها در یک عامل مشترک هستند و آن عامل وجود بنیاد بیل و ملیندا گیتس در پشت صحنه آنهاست. این بنیاد، گاه و بی‌گاه با اعطای کمک‌های خیره‌کننده به کمپانی‌های ساخت دارو و واکسن مانند؛ فایزر و مدرنا و... حمایت خود از این شرکت‌ها را علنی می‌کند تا در نهایت لقب "آقای بهداشت و یا آقای واکسن" برای بیل گیتس، لقبی مناسب به نظر برسد. اکنون بخش عظیمی از اختیارات قانونی و اخلاقی در سازمان‌های جهانی بهداشت و نهادهای زیر مجموعه، تنها در اختیار یک شخص است. به طور خلاصه در جهان یک مجموعه واحد برای مقوله بهداشت و واکسیناسیون وجود دارد که این مجموعه در الگویی تار عنکبوتی به بنیاد گیتس و خانواده راکفلر ختم می‌شود. کافی‌ست از این زاویه به مسئله نگاه کنیم که سازنده، تأیید کننده، مجوز دهنده، توزیع کننده و تبلیغ کننده واکسن‌ها و داروها همگی از یک منبع مالی مشترک به نام بنیاد گیتس، تأمین می‌شوند. اما علاقه‌مندی‌ها و خط و مشی فکری خانواده گیتس در این حوزه نیز در جای خود بسیار جالب توجه است که به برخی از آنها می‌پردازیم تا قدری با خط فکری و ایده‌های احتمالی آنها آشنا شویم.



MIT News

ON CAMPUS AND AROUND THE WORLD



SUBSCRIBE

▼ BROWSE



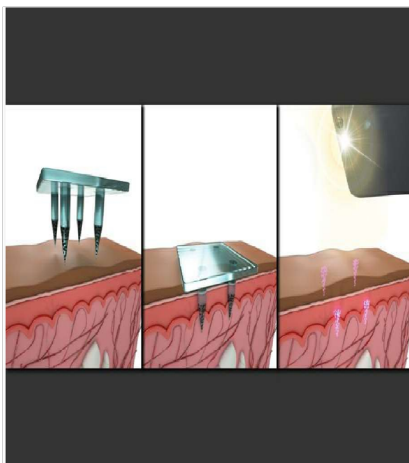
ذخیره سازی اطلاعات پزشکی زیر سطح پوست

Storing medical information below the skin's surface

Specialized dye, delivered along with a vaccine, could enable "on-patient" storage of vaccination history.

Anne Trafton | MIT News Office
December 18, 2019

▼ PRESS INQUIRIES



MIT engineers have developed a way to store medical information under the skin, using a quantum dot dye that is delivered, along with a vaccine, by a microneedle patch. The dye, which is invisible to the naked eye, can be read later using a specially adapted smartphone.

Image: Second Bay Studios

تصویر ۲۵- ذخیره سازی اطلاعات پزشکی زیر سطح پوست



(<https://www.labiotech.eu>)

بنفاد گففس و اوكسى فك با مالارفا به واسطه اصلاآ ژنتفك فشه مبارزه مف كنف

Gates Foundation and Oxitec Fight Malaria with Genetically-Modified Mosquitoes



CLARA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ (<https://www.labiotech.eu/author/clara/>) • 20/06/2018 • 2 MINS

- INDUSTRIAL (<https://www.labiotech.eu/industrial/>),



The Bill & Melinda Gates Foundation has partnered with Oxitec for the development of a new strain of genetically-modified mosquitoes that can help reduce the spread of malaria in America.

In its latest effort to free the world of malaria, the Bill & Melinda Gates Foundation has joined forces with Oxitec, a British company that genetically engineers insects to fight the spread of diseases such as Zika, dengue or chikungunya, as well as to protect crops from plagues.

Oxitec has developed a self-limiting technology that selects against female mosquitoes — the ones who bite and spread disease. When male mosquitoes carrying Oxitec's self-limiting gene are released, they mate with wild females. The females of their offspring will die before adulthood, while the surviving males can mate again with wild females. The self-limiting gene can survive for up to ten generations, after which no genetically-modified mosquitoes remain.

تصوئر ۲۶- مبارزه با مالارفا به وسفله اصلاآ ژنتفك فشه

در مسئله سرنگ‌های پرنده اخیراً یک مجوز آزمایشی برای شرکت اوکسی تک (Oxitec) تصویب شده است. شرکت اوکسی تک یک شرکت بیوتکنولوژی است که حامی مالی آن بنیاد گیتس و به دنبال مبارزه با مالاریا می‌باشد.



UNITED STATES ENVIRONMENTAL PROTECTION AGENCY
WASHINGTON, D.C. 20460

OFFICE OF CHEMICAL SAFETY
AND POLLUTION PREVENTION

April 30, 2020

Keith A. Matthews, Agent
C/O Oxitec, Ltd
Wiley Rein LLP
1776 K St. NW
Washington, DC 20006

Subject: Experimental Use Permit Issued for 93167-EUP-2 to Allow for Releases of *OX5034 Aedes aegypti* in Florida and Texas.

Experimental Use Permit No.: 93167-EUP-2

OPP Decision No.: 549240

Effective Dates: For *OX5034 Aedes aegypti*: Immediately until April 30, 2022 (pesticide applications and associated activities, e.g., post-release monitoring activities).

Quantity Authorized: 1,266,720,000 *OX5034 Aedes aegypti* mosquitoes, containing 0.012 pounds (5193.56 mg) of tTAV-OX5034.

Acres Involved: 6,600 acres

Dear Mr. Matthews:

On the basis of the information furnished by you, the subject Experimental Use Permit (EUP) under section 5 of the Federal Insecticide, Fungicide, and Rodenticide Act (FIFRA) is hereby issued for the release of *OX5034 Aedes aegypti* mosquitoes containing Tetracycline Trans-Activator Variant (tTAV-OX5034) protein and the genetic material (from vector pOX5034) necessary to produce the protein *in vivo*. The EUP, which is authorized only in the states of Florida and Texas, will evaluate efficacy of release of adult and eggs of *OX5034 Aedes aegypti* mosquitoes against wild *Aedes aegypti* mosquitoes within Monroe County, Florida and Harris County, Texas. Shipment and/or use under this permit are subject to the provisions of 40 CFR Part 172.

Prior to shipment and/or use of this material, you must consult with the pesticide regulatory officials of the states in which you will conduct your experimental program and obtain a state permit or license if such is required. Issuance of this Federal permit does not negate the need for permission from individual states. Prior to initiating this experimental program in any state, you are required to notify the lead agency of the states in which you will conduct your experimental program of the specific testing program (when, where, how much, etc.). Failure to obtain that permission may result in revocation or modification of the EUP.

You must provide notice to the state pesticide regulatory agency at least 72 hours prior to the application of this experimental pesticide product. You must also provide a copy of this authorization letter and the stamped, accepted EUP labeling to all cooperators, participants, and users prior to the initial pesticide application made in accordance with this EUP. The U.S. Environmental Protection Agency (EPA) will notify the relevant EPA

تصویر ۲۷- مجوز آزمایشی شرکت اوکسی تک، در زمینه سرنگ‌های پرنده

اولین بار وب سایت ساینس برای چنین تحقیقی عنوان "flying syringes" یعنی سرنگ‌های پرنده و واکسیناسیون به واسطهٔ پشه را مطرح کرد.

[Log In](#)
[ScienceMag.org](#)

[Contents](#)
[News](#)
[Careers](#)
[Journals](#)

Read our COVID-19 research and news.

SHARE

Researchers Turn Mosquitoes Into Flying Vaccinators

By Martin Esserink

Mar. 18, 2019, 8:00 PM

Here's a study to file under "unworkable but very cool." A group of Japanese researchers has developed a mosquito that spreads vaccine instead of disease. Even the researchers admit, however, that regulatory and ethical problems will prevent the critters from ever taking wing—at least for the delivery of human vaccines.

Scientists have dreamed up various ways to tinker with insects' DNA to fight disease. One option is to create strains of mosquitoes that are resistant to infections with parasites or viruses, or that are unable to pass the pathogens on to humans. These would somehow have to replace the natural, disease-bearing mosquitoes, which is a tall order. Another strategy closer to becoming reality is to release transgenic mosquitoes that, when they mate with wild-type counterparts, don't produce viable offspring. That would shrink the population over time.

The new study relies on a very different mechanism: Use mosquitoes to become what the scientists call "flying vaccinators." Normally, when mosquitoes bite, they inject a tiny drop of saliva that prevents the host's blood from clotting. The Japanese group decided to add an antigen-a compound that triggers an immune response to the mix of proteins in the insect's saliva.

A group by led by molecular geneticist Shigeto Yoshida of Jichi Medical University in Tochigi, Japan, identified a region in the genome of *Anopheles stephensi*-a malaria mosquito-called a promoter that turns on genes only in the insect's saliva. To this promoter they attached SP15, a candidate vaccine against leishmaniasis, a parasitic disease spread by sand flies that can cause skin sores and organ damage. Sure enough, the mosquitoes produced SP15 in their saliva, the team reports in the current issue of *Insect Molecular Biology*. And when the insects were allowed to feast on mice, the mice developed antibodies against SP15.

Antibody levels weren't very high, and the team has yet to test whether they protect the rodents against the disease. (Only very few labs have the facilities for so-called challenge studies with that disease, says Yoshida.) In the experiment, mice were bitten some 1500 times on average, that may seem very high, but studies show that in places where malaria is rampant, people get bitten more than 100 times a night, Yoshida points out. In the meantime, the group has also made mosquitoes produce a candidate malaria vaccine.

Other researchers are wowed by the achievement. "The science is really beautiful," says Jesus Valenzuela of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases in Bethesda, Maryland, who developed the SP15 vaccine. David O'Brochta, an insect molecular geneticist at the University of Maryland, College Park, calls it "a fascinating proof of concept."

So why won't it fly? There's a huge variation in the number of mosquito bites one person received compared with the next, as people exposed to the transgenic mosquitoes would get vastly different doses of the vaccine: it would be a bit like giving some people one meadles jab and others 500 of them. No regulatory agency would sign off on that, says molecular biologist Robert Sinden of Imperial College London. Releasing the mosquitoes would also mean vaccinating people without their informed consent, an ethical no-no. Yoshida concedes that the mosquito would be "unacceptable" as a human vaccine-delivery mechanism.

However, flying vaccinators-or "flying syringes" as some have dubbed them-may have potential in fighting animal disease, says O'Brochta. Animals don't need to give their consent, and the variable dosage would be less of a concern.

Posted in [Data Health Biology](#)

Martin Esserink

Martin is Science's International news editor. He is based in Amsterdam.

More from News

Protein found in fingertip "capsules" may be critical to our sense of touch

Development of unique Australian COVID-19 vaccine halted

FDA panel backs Pfizer's COVID-19 vaccine, paving way for emergency use in the United States

Science's extensive COVID-19 coverage is free to all readers. To support our nonprofit science journalism, please make a tax-deductible gift today.

Got a tip?

How to contact the news team

Related Jobs

Assistant Professor of Biology

Calvin Klein University, Orangeburg, SC

Manager, Development Business Operations-Vendor Outsourcing

Global Sciences, Inc. Foster City

Associate Director, Value and Access Liver and HIV, Eastern Europe 12

Global Sciences, Inc. London, Ontario

ScienceInsider

Development of unique Australian COVID-19 vaccine halted

BY DENNIS NORMALE | DEC. 11, 2020

FDA panel backs Pfizer's COVID-19 vaccine, paving way for emergency use in the United States

BY JOHN COHEN | DEC. 10, 2020

China launches gamma ray-hunting satellites to trace sources of gravitational waves

BY DENNIS NORMALE | DEC. 10, 2020

Mexico's coronavirus czar faces criticism as COVID-19 surges

BY RODRIGO PÉREZ ORTIGA | DEC. 9, 2020

Trump's new cost-benefit rule will curb EPA's regulatory power

BY BRIAN KILBICKI, ERIK MEYER | DEC. 9, 2020

More ScienceInsider

Sifter

Scientists are rethinking where life originated on Earth

BY LUCY HICKS | DEC. 10, 2020

These sharks can shrink and regrow their brains

BY LUCY HICKS | DEC. 4, 2020

تصویر ۲۸- سرنگ‌های پرنده

این بنیاد که اکنون اغلب سازمان‌های بهداشتی را در اختیار خود گرفته است، دست به کار طرح‌ها و پروژه‌هایی‌ست که برای مردم عادی بیشتر به فیلم‌های علمی - تخیلی شبیه است.

به عنوان یک نتیجه معقول از سیر تحول و پیشروی بنیاد گیتس از شرکت مایکروسافت تا بزرگترین حامی مالی واکسیناسیون و پیدایش "آقای بهداشت و واکسن" و همچنین ایده‌هایی بلند پروازانه و کمال‌گرایانه نظیر کد گذاری اطلاعات زیر پوست و واکسیناسیون به وسیله سرنگ‌های پرنده (پشه‌ها) جای تعجبی باقی نمی‌ماند که چرا در اقصی نقاط جهان تا به این اندازه نسبت به واکسن‌های ساخته شده توسط کمپانی‌هایی مانند؛ فایزر و مدرنا و... (که همگی تحت پوشش مالی و کمک‌های بنیاد گیتس هستند و واکسن‌های خود را در چارچوب ساز و کار کوواکس توزیع می‌نمایند، که باز هم متعلق به خانواده گیتس می‌باشد) بدبین بوده و حتی زمزمه‌هایی مبنی بر ورود میکروچیپ و کنترل افکار و کاهش جمعیت به گوش برسد.

اما این سرمایه‌گذاری پرسود که گیتس آن را موفق‌ترین سرمایه‌گذاری خود با ضریب سود دهی یک به بیست می‌نامند، در عمل چگونه بوده است و شاید بهتر باشد این گونه سوال خود را مطرح کنیم که این صنعت چگونه به تولید ثروت می‌پردازد؟

در سال ۲۰۰۹ در کشور هند جمعیتی حدود ۱۶۰۰۰ نفر از دختران بین ۹ تا ۱۵ ساله هندی در منطقه تلانگاتا مورد مطالعات مشاهده‌ای در مورد واکسن‌های سرطان دهانه رحم قرار گرفتند. واکسیناسیون HPV در سه نوبت و با استفاده از واکسن گارداسیل (Gardasil) ساخت شرکت مرک (Merck) انجام پذیرفت. با توجه به اینکه عمده این دختران در خوابگاه‌های دانش آموزی ساکن بودند، این واکسیناسیون آنها بدون اطلاع و رضایت والدین انجام پذیرفت.

پس از واکسیناسیون اتفاقات ناخوشایندی رقم می‌خورد، از جمله مجروحیت شدید، قاعدگی شدید، تشنج و ابتلا به سرطان و حتی مرگ ۷ نفر از دانش آموزان مورد مطالعه!

به علت بروز حوادث مذکور پارلمان هند در سال ۲۰۱۳ ادامه این
واکسیناسیون را متوقف می‌کند.



सत्यमेव जयते

**PARLIAMENT OF INDIA
RAJYA SABHA**

DEPARTMENT-RELATED PARLIAMENTARY STANDING COMMITTEE
ON HEALTH AND FAMILY WELFARE

SEVENTY SECOND REPORT

**Alleged Irregularities in the Conduct of Studies using Human
Papilloma Virus (HPV) Vaccine by Path in India (Department
of Health Research, Ministry of Health and Family Welfare)**

*(Presented to the Rajya Sabha on 30th August, 2013)
(Laid on the Table of Lok Sabha on 30th August, 2013)*



**Rajya Sabha Secretariat, New Delhi
August, 2013/Bhadra, 1935 (Saka)**

REPORT NO.
72

تصویر ۲۹- گزارش ۷۲ پارلمان هند

(English text in Persian script)

21. Coming to the instant case, it is established that PATH by carrying out the clinical trials for HPV vaccines in Andhra Pradesh and Gujarat under the pretext of observation/ demonstration project has violated all laws and regulations laid down for clinical trials by the Government. While doing so, its sole aim has been to promote the commercial interests of HPV vaccine manufacturers who would have reaped windfall profits had PATH been successful in getting the HPV vaccine included in the UIP of the Country. This is a serious breach of trust by any entity as the project involved life and safety of girl children and adolescents who were mostly unaware of the implications of vaccination. The violation is also a serious breach of medical ethics. This act of PATH is a clear cut violation of the human rights of these girl children and adolescents. It also deems it an established case of child abuse. The Committee, therefore, recommends action by the Government against PATH. The Committee also desires that the National Human Rights Commission and National Commission for Protection of Children Rights may take up this matter from the

با رسیدگی فوری به پرونده، مشخص شد که PATH با انجام آزمایشات بالینی واکسن HPV در آندرا پرادش و گجرات به (Para 7.13)

22. The Ministry of Health and Family Welfare should without wasting time report WHO and UNICEF so as to ensure that appropriate remedial action is initiated by these agencies worldwide. شده برای آزمایشات بالینی توسط دولت را نقض کرده است. (Para 7.14)

23. The Committee also desires that the Ministry of Health and Family Welfare may take up the matter through the Ministry of External Affairs with the US Government so as to ensure that appropriate action is taken against PATH under the laws of its country of origin in case of any violations of laws there. (Para 7.15)

1. PATH: Program for Appropriate Technology in Health (تکنولوژی مناسب در بهداشت)

2. HPV: Human Papilloma virus (ویروس پاپیلوما انسانی)

اما نمونه دیگر از عملکرد سازمان جهانی بهداشت و سازمان GAVI و سیستم کوواکس نیز در دسترس است.

در سال ۲۰۱۸ نیز یک مطالعه علمی توسط محققین هندی در ژورنال مجله بین‌المللی تحقیقات زیست محیطی و بهداشت عمومی در مورد واکسن فلج اطفال منتشر شد، نتیجه آن چنین بود که؛ بیش از ۴۹۰۰۰ نفر کودک در هند بیش از نرْم (۷۰۰۰ نفر در هر سال) دچار فلج اطفال شدند (از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۷).



International Journal of
Environmental Research
and Public Health



میزان فلج شدن حاد غیر فلج اطفال (فلج اطفال غیر عادی)

Article

Correlation between Non-Polio Acute Flaccid Paralysis Rates with Pulse Polio Frequency in India

Rachana Dhiman¹, Sandeep C. Prakash¹, V. Sreenivas² and Jacob Puliyel^{1,*} 

¹ Department of Pediatrics, St Stephens Hospital, Delhi 110054, India; dhimanrachna48@gmail.com (R.D.); sandeepcp25@gmail.com (S.C.P.)

² Department of Biostatistics, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi 110029, India; sreevishnubhatla@gmail.com

* Correspondence: puliyel@gmail.com; Tel.: +91-986-803-5091



Received: 6 July 2018; Accepted: 14 August 2018; Published: 15 August 2018

تصویر ۳۱- ارتباط میزان فلج شدن حاد غیرفلج اطفال (فلج اطفال غیرعادی) با میزان فلج اطفال

Table 1. Correlation of non-polio acute accid paralysis (NPAFP) rate to cumulative doses of OPV employed over six years in Uttar Pradesh (UP) and Bihar.

Serial No.	Number of Years of Cumulative Doses	NPAFP Rate Regression Coefcient R	p Value
1	1 Year	0.52	$p < 0.001$
2	2 Years	0.60	$p < 0.001$
3	3 Years	0.67	$p < 0.001$
4	4 Years	0.72	$p < 0.001$
5	5 Years	0.76	$p < 0.001$
6	6 Years	0.75	$p < 0.001$

Figures 1 and 2 show the non-polio AFP over the years in the states of UP and Bihar alongside the 5-year cumulative OPV doses. The fall in NPAFP rate for the rst time in 2012 with a decrease in the OPV doses is illustrated.

We calculated the number of paralyzed children each year which exceeded the expected numbers (assuming a NPAFP rate of 2/100,000) and the results are displayed in Table 2. A total of 640,000 children developed NPAFP in the years 2000/2017, suggesting that there were an additional 491,000 paralyzed children above our expected numbers for children with NPAFP.

در مجموع ۶۴۰,۰۰۰ کودک در سال‌های ۲۰۰۰-۲۰۱۷ دچار فلج اطفال غیر عادی شدند، که نشان می‌دهد ۴۹۱,۰۰۰ کودک فلج، بیشتر از تعداد مورد انتظار ما برای کودکان مبتلا به فلج اطفال غیر عادی، وجود دارد. تصویر ۳۲- ارتباط میزان فلج حاد غیر پولیووی در نتیجه تزریق مجموعه دُزهای واکسن خوراکی پولیوویروس که در طی ۶ سال در یوتار، پرادش و بیهار

اعتراف سازمان جهانی بهداشت مبنی بر اینکه واکسن‌های خوراکی عامل فلج اطفال شدند.


National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information



Advanced
User Guide

> Int J Environ Res Public Health. 2018 Aug 15;15(8):1755. doi: 10.3390/ijerph15081755.

Correlation between Non-Polio Acute Flaccid Paralysis Rates with Pulse Polio Frequency in India

Rachana Dhiman ¹, Sandeep C Prakash ², V Sreenivas ³, Jacob Puliyel ⁴

Affiliations + expand

PMID: 30111741 PMCID: PMC6121585 DOI: 10.3390/ijerph15081755

Free PMC article

Abstract

The last case of polio from India was reported in 2011. That year, the non-polio acute flaccid paralysis (NPAFP) rate in India was 13.35/100,000, where the expected rate is 1*2/100,000. A previous study of data from 2000 to 2010 has detailed the NPAFP rate in a state correlated with the pulse polio rounds conducted there, and the strongest correlation with the NPAFP rate was found when the number of doses from the previous 4 years were used. However, a simple association being found with regression analysis does not prove a causal relationship. After publication of those findings, as the threat of polio had lessened, the number of rounds of OPV administration was brought down. The present study has been done to look at data till the end of 2017, to see if the incidence of NPAFP declined with this reduction in polio immunization rounds. We used polio surveillance data acquired by the Government of India from 2000–2017. Correlation of the NPAFP rate to the number of polio rounds in the state was examined, and the cumulative effect of polio doses administered in previous years was sought. NPAFP rate correlated with the OPV pulse polio rounds in that year ($R = 0.46$; $p < 0.001$), and the NPAFP rate started to decrease from 2012 when the number of pulse polio rounds had decreased. NPAFP rates in the states of Uttar Pradesh (UP) and Bihar were the highest in the country. Looking at the high-NPAFP states of UP and Bihar, we found that the correlation coefficient was strongest when doses used over 5 years was considered ($R = 0.76$; $p < 0.001$). The response to the reduction in OPV rounds (de-challenging) adds credence to the assumption that OPV was responsible for the change in the NPAFP rate. Now that India has been polio-free for over 6 years, we propose that we may be able to reduce NPAFP by further reducing pulse polio rounds.

Keywords: AFP, Guillain Barre Syndrome, non-polio acute flaccid paralysis, oral polio vaccine, polio surveillance.

FULL TEXT LINKS



ACTIONS



SHARE



PAGE NAVIGATION

< Title & authors

Abstract

Conflict of interest statement

Figures

Comment in

Similar articles

Cited by

References

MeSH terms

Related information

LinkOut - more resources

واکسنش به کاهش در دوره‌های OPV، باور به
فرض بر اینکه OPV مسئول برای تغییر نرخ فلج
اطفال غیر عادی بود

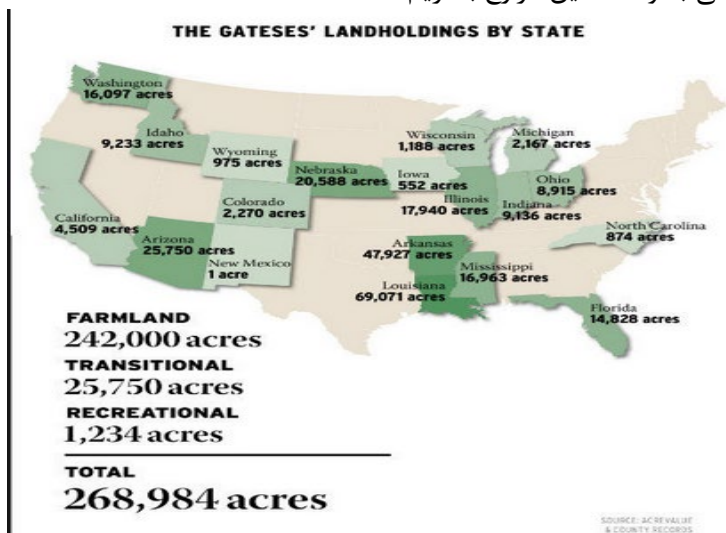
1. OPV: Oral poliovirus vaccines (واکسن فلج اطفال خوراکی)

NPAPF: Non-Polio Acute Flaccid Paralysis (فلج اطفال غیر عادی) فلج شدن شدید غیر فلج اطفال

تصویر ۳۳- رابطه نرخ فلج اطفال غیر عادی با میزان فلج اطفال

این مجموعه تاکنون با شعار واکسیناسیون، بسیاری از مردم کشورهای در حال توسعه را مورد آزمایش دارویی و واکسن قرار داده و مسبب بروز بیماری‌ها و مرگ و میر در تعداد زیادی از مردم شده است که در بخش‌های آتی مجدداً به آنها خواهیم پرداخت.

اما در دوران شیوع حوادث جالب توجه دیگری نیز به وقوع می‌پیوندد. سودای سلطه و کنترل توسط بنیاد گیتس این بار از حوزه بهداشت و سلامت فراتر رفته و با ثبت رکوردی بی سابقه در تملک مزارع کشاورزی آمریکا جامعه جهانی را در شوک دیگری فرو می‌برد. کفایت اندکی به وسعت این مزارع بنگریم:



توضیح تصویر: بیل گیتس اکنون مالک بزرگترین مزارع کشاورزی در آمریکا به شمار می‌رود

با این حساب اکنون بیل گیتس نه تنها عنوان "آقای بهداشت و واکسن" را به خود اختصاص داده بلکه رفته رفته مقدمات تملیک عنوان "آقای غذا" را نیز از ایالات متحده آمریکا اجرایی نموده است و درست همان زمانی که جهان در تکان‌های ویروس کرونا و تهیه دارو و واکسن آن بوده این

بنیاد به شکلی کاملاً خزانده اقدام به در اختیار گرفتن بخش عظیمی از مزارع کشاورزی آمریکا نموده است، اقدامی که در شرایط شیوع و بروز رکود اقتصادی در هر صنعتی جز صنعت دارو و بهداشت شاید قدری ما را در این اندیشه فرو ببرد که ایجاد یک بحران مصنوعی و تعمدی هر قدر هم برای جهان دردناک باشد برای گروهی که می‌تواند املاک و دارایی‌های را با قیمت‌هایی بسیار پایین‌تر از شرایط عادی خریداری کند آن قدرها هم غم انگیز نبوده است. در این میان و در گرماگرم زمزمه‌های معتقدین به تئوری توطئه که همواره از بابت ورود میکروچیپ‌ها از طریق واکسن و کنترل توسط هوش مصنوعی ابراز نگرانی می‌کردند، ثبت اختراع عجیبی از سوی شرکت مایکروسافت و ایادی بنیاد گیتس در صدر اخبار مرتبط با این خانواده قرار می‌گیرد! ثبت اختراع تراشه‌هایی که می‌تواند اطلاعات بدن میزبان را به یک سیستم مرکزی گزارش کند! این سیستم قادر است بسیاری از اطلاعات کلیدی اعم از دمای بدن، فعالیت‌های عصبی و سایر مؤلفه‌های فیزیولوژیک افراد را به یک سیستم سرور منتقل سازد!

Publication Number

WO/2020/060606

Publication Date

26.03.2020

International Application No.

PCT/US2019/038084

International Filing Date

20.06.2019

IPC

G06Q 20/06 2012.01

G06Q 20/32 2012.01

H04L 9/32 2006.01

G06Q 30/02 2012.01

G06N 3/08 2006.01

CPC

G06F 3/011

G06N 3/0454

G06N 3/0472

G06N 3/08

G06Q 20/18

G06Q 20/221

[View more classifications](#)**Applicants**

MICROSOFT TECHNOLOGY LICENSING, LLC

[US]/[US]

One Microsoft Way Redmond, Washington

98052-6399, US

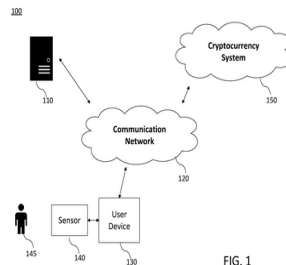
Title**[EN]** CRYPTOCURRENCY SYSTEM USING BODY ACTIVITY DATA**[FR]** SYSTÈME DE CRYPTOMONNAIE UTILISANT DES DONNÉES D'ACTIVITÉ CORPORELLE

FIG. 1

Abstract**[EN]**

Human body activity associated with a task provided to a user may be used in a mining process of a cryptocurrency system. A server may provide a task to a device of a user which is communicatively coupled to the server. A sensor communicatively coupled to or comprised in the device of the user may sense body activity

بسیاری از معتقدین به تئوری توطئه وجود سه عدد^۱ در عدد موجود در شناسنامه این محصول را رد پای از نفوذ قدرتهای پشت صحنه در این مسئله و به وقوع پیوستن پیش بینی های مربوط به مسئله میکروچیپ ها می دانند اما با توجه به اینکه این رویکرد برای جویندگان واقعی علم شاید قانع کننده به نظر نرسد می بایست به این نکته اشاره کرد که جهان در شرایط شیوع نتایج انحصار علمی و قانونی در یک سازمان را به تلخی هرچه تمام تر تجربه کرده است و اکنون حتی تصور اینکه این بار غذا و محصولات خوراکی نیز در انحصار گروهی خاص باشد به اندازه ای هولناک خواهد بود که نیازی به نظریه پردازی های نزدیک به تئوری توطئه نباشد. به ویژه اینکه مالک جدید مزارع آمریکایی در طی سنوات قبل با در اختیار گرفتن صنایع دارویی و بهداشتی تمامی امکانات تحقیقاتی و زیست شناختی که می توان در اقدامات شریانه از آن سواستفاده نمود و بواسطه آن و ایجاد تغییرات ژنتیکی در محصولات غذایی بر روی رفتارهای انسانی تغییر ایجاد کرد را نیز در دست دارد. قطعات این پازل به اندازه ای هنرمندانه در کنار یکدیگر قرار گرفته اند که شاید خوش بین ترین افراد نیز نتوانند به راحتی از کنار آن بگذرند. به نظر می رسد ابررهبری فراملیتی که با کودتای سفید و شیوع و واکسن آغاز شده است اکنون با حوزه گسترده تری بنام غذا در حال ادامه یافتن است.

ویروس

ویروس در زبان لاتین به معنای سم است و در ادبیات زیست شناسی برخلاف سایر میکروب ها مانند باکتری ها، اصلاً یک موجود زنده در نظر گرفته نمی شود. ساختمان ویروسی را پاکتی در نظر بگیرید که در آن چند رشته ژنتیکی DNA و RNA قرار گرفته است و به روی این پاکت گیرنده هایی جهت اتصال به سطوح مختلف وجود دارد؛ بدیهی است که ویروس غیرزنده به خودی خود توانایی حرکت و جابجایی ندارد مگر آنکه توسط عامل دیگری همچون آب و جریان هوا و عامل انسانی جابجا شود.

¹ -publication number :WO/2020/0"60606"

ویروس‌ها چون هیچ اندامک سلولی ندارند برای اینکه تکثیر شوند نیاز به یک سلول زنده دارند تا بدان وارد شده و پس از ورود با در اختیار گرفتن امکانات سلولی از جمله کارخانه‌های ساخت پروتئین (ریبوزوم‌ها) پروتئین‌ها و همچنین ماده وراثتی خود را به میزان زیاد تولید کرده و سپس این مواد ساخته شده در قالب یک ساختمان ویروسی جدید سرهم بندی شود و با تخریب سلول به خارج آن راه یابند. بدین ترتیب ویروس‌ها زندگی انگلی دارند و نگاه آنها به میزبان نگاه قاتل به مقتول نیست، بلکه نگاه یک بی‌خانمان فقیر و فرصت طلب، به یک آشیانه جهت استراحت و تجدید قواست که البته بنابر ذات ویروسی خود پس از اینکه مایحتاج خود را از این آشیانه تأمین کند آن را از بین خواهد برد.

به طور کلی میکروب‌ها عمری طولانی‌تر از بشر بر سطح زیست کره دارند و میلیون‌ها سال قبل از انسان و صدها هزار سال در کنار اجداد گونهٔ انسانی تا به گونه‌های متکامل امروزی وجود داشته‌اند.

آیا ماهیتاً میکروب‌ها بالای جان انسان‌ها هستند؟ آیا آنها تهدیدی بر بقای انسان‌ها به شمار می‌روند؟

این همان نکته‌ای است که می‌بایست امروز از زاویهٔ صحیحی بدان بنگریم و میکروب‌ها را آن گونه که واقعاً هستند ببینیم نه آن گونه که سازمان‌های بهداشت، برای ما وصف کرده‌اند.

تصویری که سازمان بهداشت جهانی از میکروب‌ها به ویژه ویروس‌ها برای ما ترسیم می‌کند، تصویری ست توأم با وحشت و نفرت از موجوداتی نامرئی که ما را سخت بیمار کرده و بعید نیست بتواند ما را از پای درآورد. موجوداتی که می‌بایست با هر روشی اعم از مواد شوینده و دترجنت‌ها نابود شوند، اما از نگاهی دیگر میکروب‌ها خود عامل تکامل و سازگاری بیشتر انسان به طبیعت بوده و به نوعی انسان تکامل و تطور خود را تا به امروز مدیون میکروب‌هاست. تصویری که چندان خوشایند ارگان‌های زیر مجموعهٔ جهانی نیست و چون موجی از وحشت و ترس در ذهن افراد ایجاد نمی‌کند، چندان مورد تبلیغ و ترویج قرار نمی‌گیرد.

در واقع تصویری که سازمان جهانی بهداشت و به تبع آن مراکز آموزش و ترویج آن از انسان و میکروب ارائه داده‌اند تصویر صحیحی

نیست. در نگاه بهداشتی انسان موجودی است تشکیل شده از سلول‌های انسانی که گاه و بی‌گاه در معرض حملات میکروب‌ها قرار دارد و سیستم ایمنی انسان دائماً در حال جنگ و ستیز با میکروب‌ها به منظور جلوگیری از ورود آنها به محدوده بدن انسان هستند. درحالی که انسان بیش از آنکه از سلول انسانی تشکیل شده باشد، از سلول‌های میکروبی تشکیل شده و به قول پروفیسور راب نایت^۱ استاد دانشگاه سن دیگو، ما در بدن خود در اقلیت هستیم. یعنی انسان بیش از انسان بودن در واقع یک مجموعه میکروبی است که به مقدار کمتری نیز سلول انسانی در پیکره خود دارد.

اگر چه این تصور ممکن است کمی با دیدگاه خود فرشته پنداری ما انسان‌ها، تفاوت داشته باشد و ما را از هیبت ملائکه سقوط کرده و پادشاه زمین، به موجودی که حتی ساختار جسمانی او بیشتر میکروبی است تا انسانی، تنزل دهد، اما خوشبختانه یا متأسفانه این یک اصل علمی غیر قابل انکار است که امروزه ذیل مفهومی به نام میکروبیوتا^۲ یا فلورمیکروبی^۳ در علوم پایه پزشکی تعریف شده است.

دانستن و تبلیغات بر این خصوصیت چندان مطلوب سازمان‌هایی که عنوان بهداشت دارند نبوده و تردیدی ندارم که خود شما هم با خواندن این سطور کمی متعجب شده و آن را اغراق و غیر واقعی پنداشته‌اید و این به آن سبب است که تاکنون رسانه‌ها و شبکه‌های تبلیغاتی بهداشتی چندان بر این وجه از وجوه انسانی نپرداخته و این بخش کانون برنامه‌ها و مطالب تلویزیونی و... نبوده است و فقط اشاراتی از آن به تلویزیون راه یافته باشد، چون رفته رفته با مطالعه فصول آینده خواهید دانست که این بینش چقدر طرح فریب را برای طراحان فریب دشوار کرده و اصلاً شکل‌گیری فریب منوط بر نگاه خصمانه افراد به میکروب‌ها به عنوان عاملی خارجی، مهاجم و تهدیدگر است و هر قدر افراد از واقعیت

^۱ Rob Knight

^۲ Microbiota

^۳ Normal Flora

میکروب‌ها آگاه شوند، سازمان‌هایی که عنوان آنها بهداشت است، کم‌اهمیت‌تر جلوه کرده و هیبت و پایگاه اجتماعی خود را از دست خواهند داد. درست مانند اینکه مردم جهان از حقوق خود مانند حق حیات آگاه شوند و حال در گوشه‌ای از جهان، سازمانی به نام سازمان جهانی اعدام وجود داشته باشد! به همان اندازه که آگاهی مردم از حق حیات و وجود سازمان جهانی اعدام در تناقض است، آگاهی افراد از ساختمان واقعی جسمانی خود، اهمیت میکروب‌ها در بقاء و تکامل نیز با وجود سازمان‌های کلان بهداشت در منافات است و بدیهی‌ست که تلاش شود این موضوع در لفافه‌ای از سانسورها و بی‌مهری‌های رسانه‌ای محدود به قفسه‌های غبار گرفته کتابخانه و آزمایشگاه‌ها گردد.

آیا میکروب‌ها ماهیتاً بالای جان انسان‌ها هستند؟

برای بیان اهمیت میکروب‌ها در شکل‌گیری یکی از مهمترین سیستم‌های بدن انسان یعنی سیستم ایمنی تنها به ذکر یک مثال می‌پردازیم؛ (در بخش دیگری به طور کامل اهمیت باکتری‌ها را بیان خواهیم کرد).

سیستم ایمنی انسان که امروزه قادر است هر ویروسی را شناسایی و نابود کند، بخشی این توانایی را از باکتری‌ها آموخته و در واقع با استخدام باکتری‌ها در طی روند تکامل به سیاست میکروب علیه میکروب روی آورده است. به طور مثال یکی از ساختارهای سیستم ایمنی موسوم به گیرنده‌های TIR^۱ است، که به وفور در سلول‌های انسانی موجود بوده و به محض اتصال به پیکره ویروس‌ها آغازگر فرایند مبارزه و حذف ویروس هستند (Innate Immunity). به طور جالبی توالی آمینواسیدی گیرنده‌های TIR در انسان و باکتری بسیار شبیه هم بوده و از نظر تکاملی در باکتری‌ها جزء ساختارهای محافظت شده (Conserved) می‌باشد که از زمان‌های بسیار دور این گیرنده‌ها با اتصال به ساختمان ویروس‌هایی که باکتری‌ها را آلوده می‌کنند (باکتریوفاژها) موجب مقابله و حذف این ویروس‌ها می‌شده. جالب اینکه این گیرنده‌ها امروزه به مقدار زیاد با همان ساختار و

^۱ Toll interleukin-1 Receptors

مکانیسم در انسان وجود دارد و مؤید این است که در طی هزاران و شاید میلیون‌ها سال تکامل و همزیستی این گیرنده‌ها از باکتری‌ها وارد انسان شده و به نوعی به سیستم ایمنی انسان شناسایی و مبارزه با ویروس‌ها را آموزش داده است. موارد مشابه متعددی وجود دارد که به ما نشان دهد سیستم ایمنی انسان که امروزه در زمره متکامل‌ترین و کارآمدترین سیستم‌های ایمنی است، تا حد زیادی توانایی رزمی و اطلاعات عملیاتی خود را از باکتری‌ها آموخته است.^۱ اما همیاری تکاملی میکروب‌ها محدود به آموزش نظامی و دفاعی نبوده و امروزه باکتری‌ها در بدن انسان امور مهم دیگری را نیز بر عهده دارند. از جمله تولید ویتامین‌ها در روده بزرگ، تولید پروتئین‌ها و اسیدهای چرب ضروری و از همه جالب‌تر تولید ترکیبات عصبی به نام نوروترانسمیترها که رفتار و خلقیات ما را تنظیم می‌کند. یعنی تغذیه و تفکر و ایمنی انسان تا حد زیادی وابسته به باکتری‌هایی‌ست که پروفیسور نایت معتقد است تعدادشان از سلول‌های انسانی بیشتر است و همانقدر که انسان از قطع شدن دست و پا یا با کور شدن چشم خود ممکن است دچار نقص و آسیب گردد با از دست دادن این میکروب‌ها به عنوان عضوی در سایه دچار نقص خواهند شد و شاید نگاه صحیح این باشد که ما با از بین بردن میکروب‌های موجود بر سطح و درون بدن خود در واقع خودمان با دست خودمان عضوی حیاتی مانند دست و چشم و حتی قلب را از خود جدا کرده‌ایم! و با مطالعه فصول بعد خواهید دید که این دیدگاه هر قدر در ابتدا اغراق‌آمیز و باور نکردنی باشد در نهایت حقیقی و مستند به یافته‌های علمی می‌باشد.

اما سیاست‌های کلان بهداشتی این دیدگاه صحیح و حقیقی را برنتابیده و ماحصل آموزش‌های این سازمان و مراکز زیرمجموعه آن نگاه خصمانه انسان به میکروب‌هاست. تا جایی که امروزه انسان حتی از شنیدن نام میکروب و باکتری نیز دچار هراس و وحشت می‌گردد، حال آن که با صحبت درباره باکتری‌ها مشغول به صحبت درباره قسمت اعظم بدن خود می‌باشد، قسمتی که برای او ایمنی و غذا و تفکر فراهم

می‌سازد، نه یک مهاجم خارجی! بعید است انسان اهمیت میکروب‌های همزیست را بداند و آنگاه از هراس یک ویروس، شبانه روز بدن و محیط خود را با مواد شیمیایی بشوید، همانقدر که ممکن است عضوی از بدن خود را به دلایلی مشابه قطع کند.

حال به ویروس‌ها بازگردیم، برخلاف باکتری‌ها که اصلاً انواع همزیست آن جزئی از بدن خودمان هستند ویروس‌ها چنین خصوصیتی ندارند و چون سلول زنده نیستند که بتوانند کمکی در راستای غذاسازی و... به انسان انجام دهند، نمی‌توانند مانند باکتری‌ها با انسان‌ها همزیستی کرده و جزئی از پیکره آنها باشند، به همین خاطر ویروس‌ها ذاتاً برای انسان بیماری‌زا در نظر گرفته می‌شوند و سیستم ایمنی بدن نسبت به ورود آن حساس است.

اما آیا صرف اینکه ویروس‌ها موجوداتی بی‌جان و از نظر اقتصاد بدن برای ما بی‌خاصیت هستند دلیلی بر این است که حتی همین میکروب‌ها خدمتی به بشر نکرده‌اند؟ در جواب باید گفت که حتی وجود همین ویروس‌های بیماری‌زا نیز برای تطور بشر ضروری‌ست و ما تا حد زیادی تطور خود به گونه پیشرفته امروزی را مدیون همین ویروس‌ها هستیم، که اتفاقاً این روایت نیز چندان خوشایند و مطلوب سازمان‌های کلان بهداشتی نبوده و شاید کمتر کسی شنیده باشد که ویروس‌ها نیز جزئی از خادمین نوع بشر هستند.

تحقیقات ثابت کرده است که تا به امروز چیزی در حدود ۱۰۰ هزار ویروس که منشأ انسانی ندارد توانسته است ژنوم خود را به ژن‌های انسانی متصل سازد و امروزه ۸ درصد ژنوم انسان را ژن‌هایی با منشأ ویروسی تشکیل می‌دهند. اما آنچه از این تحقیقات می‌توان نتیجه گرفت؛ اینکه ویروس‌ها رفته رفته می‌توانند ژن‌های خود را در ژن‌های انسانی وارد سازند.^۱

^۱ Ancient viruses are buried in your DNA. NYTimes. 2017/10/04

A mind blowing interview with Judy mikovits. naturalnews:

ژن synsytin-1: یا همان ژن ERvW1 (endogenous retrovirus group 1 envelope member W) که موجب ساخته شدن پروتئینی به نام پروتئین syncytine که به آن Enverin نیز گفته می‌شود.^۱ یکی از ژن‌های کلیدی در انسان است که منشأ ویروسی داشته و گمان می‌شود ۲۵ میلیون سال قبل از رتروویروس‌ها وارد ژنوم پستانداران شده و تا به امروز در ژنوم انسان حفظ شده است.^۲ این پروتئین نقش مهمی در شکل‌گیری ساختار جفت در زنان داشته و شکل‌گیری جنین در بحث باروری بسیار به وجود این پروتئین وابسته می‌باشد. این بدان معناست که حتی ژن‌هایی که در طی تکامل از ویروس‌ها وارد ژنوم انسانی شده‌اند، خود رکن مهمی از سیستم پیشرفته تولید مثل انسان هستند. این مسئله این سوال را به ذهن متبادر می‌کند که با این وجود آیا واکسن‌ها که خود ویروسی ضعیف شده یا کشته شده هستند (به استثناء واکسن‌های زیرواحدی) ممکن است منجر به ورود ژن‌های ویروسی به داخل ژن‌های انسانی شده و بدین ترتیب آغازگر تغییراتی در رفتار سلولی گردد؟

در سال ۲۰۰۹ دکتر جودی میکوویتس که سال‌های متمادی بر روی بیماران مبتلا به اوتیسم و اختلالات عصبی تحقیق کرده است در یک گزارش جنجالی اعلام می‌کند که تعداد زیادی از بیمارانی که به سرطان و سایر اختلالات دچار شده‌اند در ابتلای به یک نوع رتروویروس (ویروس‌هایی مانند ویروس HIV که ژنوم آنها از جنس RNA بوده و پس از ورود به سلول با آنزیم منحصربفردی به نام آنزیم نسخه‌بردار معکوس، از روی RNA خود اقدام به ساخت DNA و قرار دادن آن لابلای ژن‌های انسانی می‌کنند) مشترک بوده‌اند. در گزارش دیگری دکتر میکوویتس مدعی می‌شود که این ویروس به صورت کاملاً عمدی و از طریق واکسن‌ها به مردم آمریکا انجام شده است. این ادعا منجر به اخراج این

^۱ دلیل انتخاب این ژن ویروسی و این پروتئین این است که در بخش‌های مربوط به واکسن و ناباروری مجدداً بدان خواهیم پرداخت.

^۲ Chromosomal distribution and coding capacity of the human

endogenous retrovirus HERV-W family

DOI:10.1089/088922200308738Corpus ID: 3048491

محقق و حتی زندانی شدن وی می‌گردد. صرفنظر از اینکه این محقق در ادعاهای خود به خطا رفته است یا خیر، آنچه مسلم است؛ اینکه ویروس‌ها می‌توانند اثری با اهمیت بر حیات و تطور انسان‌ها داشته باشند. اما چگونه ویروس‌ها تا به امروز به بشر خدمت کرده‌اند؟ آیا چنین چیزی ممکن است؟

آیا این موجودات بی‌جان جز اینکه گاه و بیگاه با شیوع خود افرادی از بشر را از بین برده و افراد دیگری را مدت‌های قابل توجهی در بستر افکنده به امر دیگری نیز مبادرت ورزیده‌اند؟ برای پاسخ به این سؤال می‌بایست به دورانی پیش از کشف واکسن‌ها بازگردیم.

همه‌گیری‌ها دارای دو اثر هستند که یکی بر افراد گونه به صورت منفرد عارض شده و دیگری بر کل جمعیت آن گونه عارض می‌شود که نخستین اثر در لایه اول کمی دردناک و تراژیک بوده، اما اثر دوم نه تنها مضر نبوده بلکه خود چرخ دنده‌ای از ماشین تکامل است.

در واقع اگر به مدت چند دقیقه عواطف انسان را تعطیل، این بار در نگاهی دیگر به عنوان یک گونه حیوانی مانند سایر گونه‌های حاضر بر سطح زیست کره تصور کنیم، انسان هم از همان قوانین فرگشت و انتخاب طبیعی تبعیت می‌کند. به این معنا که ویروس‌ها نیز مانند سایر بیماری‌ها از جمله سرطان و... به مانند ماشین حرس باغبانی موجب شده‌اند انسان رفته رفته به ارگانیسمی متکامل و سازگار با محیط پیرامون خود تبدیل شوند.

امروزه بعد از شیوع ویروس کرونا افراد با این جمله به کرات مواجه شده‌اند که "ویروس برای افرادی که دارای بیماری‌های زمینه‌ای هستند، کشنده‌تر و خطرناک‌تر می‌باشد". در حقیقت هدف شیوع از بین بردن کل جمعیت گونه نیست و پاندمی‌ها در طول تاریخ حتی در دوران فقدان واکسن و دارو، درست همان زمانی که بشر برای رهایی از بلای همه‌گیری‌ها ابزاری جز ادعیه و قربانی کردن حیوانات و نوزدان خود نداشت نیز "درصدی" از جمعیت افراد را از بین می‌برده نه همه جمعیت را. گروهی که توسط ویروس‌ها از پای در می‌آیند، معمولاً دارای یک سری زمینه‌ها هستند که آنها را در مقابل ویروس آسیب‌پذیرتر کرده است، مثلاً

افراد مبتلا به سرطان و بیماری‌های خودایمن. حال باید کمی دقیق‌تر به مقوله بیماری‌های زمینه‌ای و اصلاً زمینه‌ها پردازیم. بیماری‌هایی از این دست معمولاً چند عاملی هستند یعنی پیدایش آنها منوط بر وجود عامل ژنتیکی در کنار عوامل محیطی مانند تغذیه و استرس و شیوه زندگی می‌باشد. در واقع یکی از اجزای لاینفک بیماری‌ها عامل ژنتیکی می‌باشد، به این معنا که افرادی که دچار این بیماری‌ها می‌شوند، در سلول‌های خود ژن خاصی یا تیپ ژنتیکی خاصی (جهش‌ها، پلی مورفیسم‌ها و...) را دارا هستند که این ژن عامل مستعد کننده بیماری به شمار می‌رود و از این بابت خطرناک است. بیشتر کسانی که دچار بیماری‌های زمینه‌ای می‌شوند، ابتدا ژن‌های مستعد کننده به آن بیماری را یا به طور مادرزادی در خود داشته‌اند و یا بعدها به واسطه تغییرات ژنتیکی متأثر از محیط آن را کسب نموده‌اند، سپس این عامل ژنتیکی در کنار عوامل محیطی به عنوان قطعه مکمل قرار گرفته و فرد در نهایت مبتلا به بیماری شده است.

به طور مثال؛ افرادی که به طور مادرزادی در ژن‌های خانواده سرکوبگر تومور^۱ از جمله BRCA1, BRCA2, P53 دارای نقص می‌باشند، در حقیقت نیمی از زمینه ابتلا به سرطان‌های سینه، پروستات، تخمدان و... را در خود دارا بوده و از این جهت داشتن این صفت ژنتیکی برای آنها عاملی خطر ساز به شمار می‌رود که چنانچه عوامل محیطی نیز در کنار این عامل قرار گیرد، قطعاً این افراد به سرطان مبتلا خواهند شد.^۲ حال

^۱ Tumor Suppressing Genes

^۲ Kuchenbaecker KB, Hopper JL, Barnes DR, et al. Risks of breast, ovarian, and contralateral breast cancer for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. JAMA 2017; 317(23):2402-2416. [PubMed Abstract]

Brose MS, Rebbeck TR, Calzone KA, et al. Cancer risk estimates for BRCA1 mutation carriers identified in a risk evaluation program. Journal of the National Cancer Institute 2002; 94(18):1365-1372. [PubMed Abstract]

تصور کنید این جمعیت که این صفت خطر ساز ژنتیکی (اصطلاحاً ژن معیوب) را در خود حمل می کنند در همه گیری های ویروسی، جان خود را از دست دهند، این رخداد هر قدر در نگاه عاطفی انسانی غم انگیز باشد (که می بایست نیز چنین باشد چون فرد خود در به دست آوردن این صفات نقشی نداشته است و لزوماً داشتن ژنتیکی معیوب در نگاه اخلاق مدارانه، دلیلی بر مرگ نباید باشد)، در نگاه تکاملی امری مطلوب است، چرا که گروهی را از جمعیت حذف نموده که ژن های خطرناکی را با خود حمل می کرده اند و با حذف این گروه از جمعیت ریسک انتقال این ژن ها به نسل بعد در نتیجه تولید مثل این افراد حادث می شود به حداقل خود می رسد (به شرطی که آمیزش و ازدواج زودتر از ویروس از راه نرسد). پس در واقع ویروس ها در این تعریف به مانند ماشین های اصلاح ژن های معیوب و خطر ساز را از جمعیت انسان ها (و سایر موجودات) حذف کرده و در انتهای شیوع افرادی که دارای زمینه نبوده اند و ژن های خطر ساز را در خود نداشته اند به عنوان بازماندگان شیوع می توانند ژن های سالم و سازگار خود را به نسل های بعد منتقل کرده و رفته رفته در طول حیات گونه، گونه از نظر ژنتیکی تبدیل به گونه ای سازگار و اصطلاحاً قوی گردد. اگر ویروس ها و سرطان ها ... نبودند، نه تنها بشر به گونه بی نظیر امروزی تبدیل نمی شد بلکه بسیار ممکن بود در میانه راه تکامل مانند بسیاری از انواع دیگر موجودات منقرض گردد.

این منطق بی رحم طبیعت و فرگشت است که همواره ضعیف ترها ناگزیر به نابودی اند و قوی ترها موفق به بقا و این بار قوی تر بودن در داشتن ژنتیکی مقاوم به ویروس ها معنا شده است و از آنجایی که انسان نیز یک پستاندار خردورز است، از نظر جسمی از قوانین طبیعت مستثنی نیست. اما انسان مدتی است از این منطق طبیعت فاصله گرفته و به سبب بهره مندی از عواطف و نوع دوستی با ابداع واکسیناسیون مجوز حیات یا مرگ افراد را از بسیاری از میکروب ها به خود تفویض نموده است. پس از

اختراع واکسیناسیون تنها تلفات ناشی از "بیماری‌های عفونی" به میزان زیادی کاهش یافت و حتی بسیاری از آنها همچون آبله به طور کامل ریشه‌کن شدند. در حقیقت انسان تصمیم گرفت، به جای آنکه طبیعت تعیین کند چه کسی زنده بماند و چه کسی زنده نماند - چه کسی واجد ژن‌های مناسب زیست در زمین است و چه کسی نیست و خلاصه چه چیز به صلاح بشر است - خود تصمیم بگیرد به چه کسی اجازهٔ حیات بدهد و به چه کسی ندهد. مثلاً اینکه اگر فرد دارای ژن‌های مستعدکنندهٔ سرطان هم پول کافی برای پرداخت درمان، مالیات و سرمایه‌گذاری و... را داشته باشد، سزاوار حیات است، اما فردی که ژن‌های مقاوم و مناسب زیستن را در خود دارد (و از نظر طبیعت ژنتیک برتر محسوب می‌گردد) اما به یکی از شخصیت‌های مذهبی کلیسا توهین نموده اعدام و از جمعیت حذف گردد و ژن‌های او به نسل‌های بعد منتقل نگردد. بدین ترتیب صفات منطبق بر تمدن جای صفات برتر زیست شناختی را گرفته است.

صرف نظر از اینکه این اقدام انسان‌ها عملی شایسته بوده یا اقدامی به زیان‌گونه بشر، بدون هیچ قضاوتی تنها از منظر سوم شخص به بیان دیدگاه‌ها می‌پردازیم.

حال این فرض به ذهن متبادر می‌گردد که اگر ویروس‌ها و حتی باکتری‌های بیماری‌زا دارای چنین نقش مهم تکاملی در راستای اصلاح و بهداشت ژنتیک بشر هستند، پس واکسیناسیون می‌بایست امری خلاف قوانین تکامل و طبیعت باشد و در حقیقت با دستوری در نظم تکامل به زیان بشر باشد تا به نفع او.

در پاسخ باید گفت؛ بنابر نظر بسیاری از کارشناسان اتفاقاً یکی از دلایل احتمالی سونامی سرطان‌ها و بیماری‌های روانی می‌تواند ریشه در همین موضوع داشته باشد و دانشمندان بسیاری نیز بر این عقیده‌اند که همزمان با رواج واکسیناسیون هرچند تعداد کمی از افراد از چنگال مرگ عفونی رستند، اما از آنجا که اولاً واکسیناسیون فرصت حذف ژنتیک‌های پرخطر و معیوب به واسطهٔ میکروب‌ها را از بشر سلب کرده است و هم خود حاوی اجزای خطرناک شیمیایی و زیستی است، افرادی که

منطقاً (طبق منطق طبیعت) به علت داشتن یک ژنتیک ناسازگار و ضعیف می‌بایست از جمعیت حذف می‌شدند نیز اجازه بقاء و تولید مثل یافته و ژن‌های خطرناک را بیش از پیش در خزانه ژنتیکی جمعیت نشر کرده و به نسل‌های دیگر انتقال داده‌اند (نظری که سوای صحیح یا غلط بودن بسیار محل تأمل است). یکی از برجسته‌ترین بیماری‌هایی که امروزه بیش از پیش فلسفه واکسیناسیون را به چالش کشیده است، اختلالات طیف اوتیسم می‌باشد که آمار آن در ایالات متحده به ۱ در ۴۸ نفر نیز می‌رسد؛ در حالی که در گذشته آمار این بیماری چیزی در حدود یک در چند هزار نفر بوده است و همین مورد به تنهایی موجب به راه افتادن نهضت‌های متعدد تحریم واکسن در جهان شده است. بررسی این موضوع نیاز به تحقیقات و بررسی‌های گسترده‌تری داشته، درک و راستی آزمایی این فرضیه هم به این سادگی نبوده و از همه مهمتر آمادگی افکار عمومی برای پذیرش اینکه جمعی از افراد و فرزندان خود را قربانی سلامت گونه کنند دست‌کم از این نسل و نسل‌های بعد ساخته نیست و حتی شخص نگارنده نیز حاضر نمی‌باشد به قیمت سلامت گونه بشر به فرزند خود واکسن فلج اطفال تزریق نکند! به همین جهت این مسئله در محافل علمی تا به امروز یک فرضیه صرفاً نظری مانده و بعید به نظر می‌رسد، چندان بدان پرداخته شود.



تصویر ۳۴- آمار اوتیسم در نوزادانی که طی سال‌های ۱۹۸۳، ۲۰۰۸ و ۲۰۱۳ واکسن دریافت کردند

این کارشناسان بر این عقیده‌اند که در سال ۱۹۸۳ انسان ۱۰ واکسن به کودکان تزریق می‌کرده و شیوع اوتیسم ۱ در ۱۰ هزار نفر بوده، در سال ۲۰۰۸ تقریباً ۳۶ واکسن به کودکان تزریق شده و شیوع اوتیسم به ۱ در ۱۵۰ نفر رسیده است، و در سال ۲۰۱۳ که تعداد واکسن‌ها به ۴۶ عدد رسیده، شیوع اوتیسم نیز به ۱ در ۸۸ نفر رسیده است! شایان ذکر است که هم اکنون شیوع اوتیسم در ایالات متحده آمریکا به ۱ در ۴۸ نفر رسیده اما هیچ تحقیقاتی در دست نیست که بیانگر ارتباط علمی میان اوتیسم و واکسیناسیون باشد و همچنین به این نکته نیز باید اشاره کرد که بیماری اوتیسم یک اختلال چند فاکتوری بوده که بروز آن متأثر از عوامل مختلفی از آلودگی هوا، آنتی بیوتیک‌ها، استرس، سموم و فلزات سنگین، داروهای روانگردان و... می‌باشد.

حقایق تلخ در مورد واکسن‌ها

”واکسن‌ها ستون فقرات دانش پزشکی هستند و با تزریق هر واکسن، فرد تبدیل به یک مشتری مادام‌العمر خواهد شد.“

(جمله‌ای متفاوت از دکتر شری تنپنی، کتاب **Saying NO**)

(to Vaccines)

واکسن چیست؟ از دیدگاه رسانه‌ها و بخش تجارت‌محور صنعت داروسازی، واکسن‌ها چیزی شبیه یک داروی تقویتی و یا همان مولتی ویتامین‌هایی هستند که با تزریق آن، بدن انسان قوی‌تر شده و توانایی مقابله با میکروب‌ها را کسب می‌کند. بشر بقاء و سلامتی خود را تا حد زیادی مدیون واکسن‌هاست و بدون وجود واکسن‌ها ممکن است به بیماری‌های مهلکی دچار شویم.

اگر بنا باشد یکسونگرانه و تک بُعدی به مقوله واکسن‌ها بپردازیم، باید قبول کنیم که واکسن‌ها با موفقیت توانسته‌اند میزان ابتلای به ”چند

بیماری‌های میکروبی“ را در جمعیت انسانی کاهش دهد و بیماری‌های مهلکی مانند آبله را ریشه کن سازد.

اما در نگاهی دیگر به نظر می‌رسد این راهکار چندان هم خالی از عوارض و آسیب نبوده است.

۱. در یک بررسی جامع و مستقل که به روی جمعیت دانش آموزان آمریکایی در سال ۲۰۲۰ به چاپ رسیده است، تفاوت‌های تکان دهنده‌ای میان کودکانی که مورد واکسیناسیون قرار گرفته‌اند و کودکانی که تاکنون واکسنی تزریق نکرده‌اند مشاهده شده است:

الف. میزان ابتلای به بیماری اوتیسم در کودکانی که واکسن زده بودند ۲/۴ برابر کودکانیست که واکسن نزده‌اند.

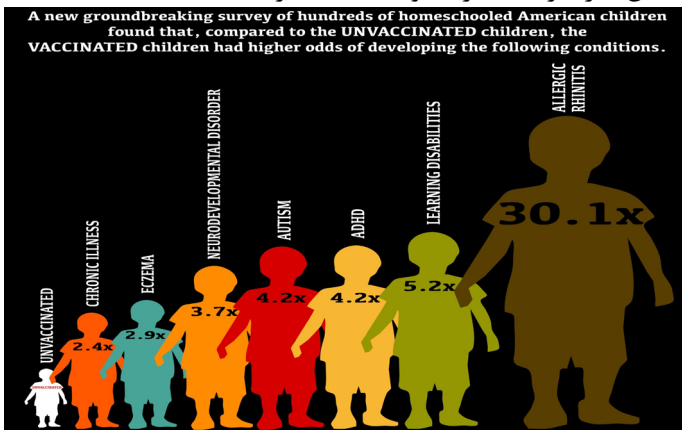
ب. میزان ابتلای به اختلالات سیستم ایمنی و به طور خاص اختلالات آلرژیک در جمعیت واکسیناسیون شده ۳۰ برابر جمعیت غیر واکسیناسیون شده می‌باشد.

ج. میزان ابتلای به بیماری‌های تکوینی سیستم عصبی (Neurodevelopmental disorders)

در کسانی که واکسن زده بودند ۴/۲ برابر بیش از افراد دیگر بوده است.

د. افزایش ۴ برابری ابتلای به اختلالات توجه و بیش فعالی و

همچنین افزایش ۴/۲ برابری ابتلای به بیماری‌های مزمن نیز در گروهی که واکسن‌ها را دریافت کرده بودند به ثبت رسیده است.



تصویر ۳۵- کودکانی که واکسن دریافت کرده‌اند، بیشتر مبتلا به بیماری‌های غیر عفونی شده‌اند.

بررسی‌های فوق بیانگر این است که گرچه واکسن‌ها منفرداً منجر به کاهش ابتلا به بیماری‌های عفونی نظیر فلج اطفال، سرخک، هاری، سیاه سرفه و... شده‌اند، اما در مقابل بیماری‌های مهلک دیگری نظیر اوتیسم و اختلالات عصبی در این افراد افزایش یافته است.

حال سوال اینجاست: اگر این افراد مورد واکسیناسیون قرار نمی‌گرفتند و فرضاً تمام آنها مبتلا به عفونت‌های میکروبی مذکور می‌شدند (که البته عمده واکسن‌ها برای عوامل باکتریایی‌ست که بر خلاف روزگاران قدیم برای آنها آنتی بیوتیک و داروهای موثری نیز در دسترس است) چند درصد از آنها جان خود را از دست می‌دادند؟ اگر بپذیریم که واکسن‌ها در ایجاد چنین اختلالات عظیمی دخیل بوده‌اند،

آیا برنامه واکسیناسیون تصمیم صحیحی در راستای سلامت بشر بوده است؟ اگر فرضیه فوق صحت داشته باشد، بدین معناست که ما سالانه مبالغ هنگفتی را تحت عنوان پژوهش‌های تولید و طراحی واکسن‌ها به کمپانی‌های داروسازی اختصاص می‌دهیم تا افراد به چند باکتری و ویروس مبتلا نشوند (که می‌دانیم حتی در صورت ابتلا و حتی در صورت عدم وجود خدمات درمانی و داروهای ضد میکروبی نیز درصد اندکی از آنها ممکن است جان خود را از دست بدهند) و در مقابل بیشتر به بیماری‌های عصبی و مزمن و ایمونولوژیک مبتلا شوند (که می‌دانیم بر خلاف مورد قبل این مورد در اکثر افراد رخ خواهد داد و تحقیق اخیر بیانگر این است که بیشتر افرادی که واکسن دریافت کرده‌اند، دست کم یکی از عوارض بالینی را بیش از افرادی که واکسن نزده‌اند تجربه می‌کنند).

با این وجود هم کمپانی‌های بزرگ دارویی به تولید واکسن ادامه داده و هم افرادی که ممکن است از محل واکسیناسیون دچار آسیب شوند، خود بزرگترین مشتری داروهای بیماری‌های مزمن، عصبی، متابولیک و ایمونولوژیک خواهند بود.

با فرض صحت داشتن ارتباط میان واکسیناسیون و افزایش نرخ بیماری‌ها، بیشتر به این جمله دکتر شری تنپنی تأمل خواهیم کرد که

چرا دریافت کننده واکسن تا آخر عمر یک مشتری ثابت برای همان کمپانی دارویی خواهد ماند که در ابتدا از وی واکسن خریداری نموده است؟! یا چرا سازمان‌های کلان بهداشتی تا این اندازه اصرار بر واکسیناسیون کودکان داشته و مفتخرانه سود سرمایه‌گذاری خود در این حوزه را موفق‌ترین سرمایه‌گذاری خود می‌نامند.

تولید بیماری و ساخت و فروش داروهای بیشتر برای همان اختلالاتی که به واسطه واکسن‌ها ایجاد کرده‌ایم، تصور هولناکی خواهد بود. فروش درد و فروش درمان با شعار سلامتی! اما این تمام ماجرا نیست...

۲. سازمان Generation Rescue در تحقیق گسترده‌ای بیش از ۹۰۰۰ کودک را مورد بررسی قرار می‌دهد و نتیجه تحقیقات خود را اینگونه اعلام می‌دارد که؛ احتمال ابتلای به اوتیسم و بیماری‌های عصبی در کسانی که واکسن زده‌اند ۱۵۵ درصد بیشتر از کودکانی است که واکسن نزده‌اند.^۱ این در حالی‌ست که مرکز مدیریت و پیشگیری از بیماری‌های عفونی یا همان CDC تاکنون تحقیق جدی در این خصوص انجام نداده است. جالب است بدانید در آمریکا قانون مهمی وجود دارد مبنی بر اینکه حتی اگر دریافت کنندگان واکسن جان خود را از دست بدهند، تولید کنندگان واکسن هیچ مسئولیتی در قبال عوارض آن نخواهند داشت.^۲ امتناع نهادهای عالی بهداشتی، مانند؛ بهداشت جهانی و CDC از انجام تحقیقاتی گسترده و مقایسه وضعیت سلامت بین کودکانی که واکسن دریافت کرده با گروهی که واکسن دریافت نکرده است رفته رفته به سکوای هولناک و مشکوک تبدیل شده است.

۳. در سال ۲۰۱۰ و طی یک برنامه همگانی برای واکسیناسیون کودکان در هند، ۱۲۸ کودک پس از اینکه چند قطره واکسن را به صورت

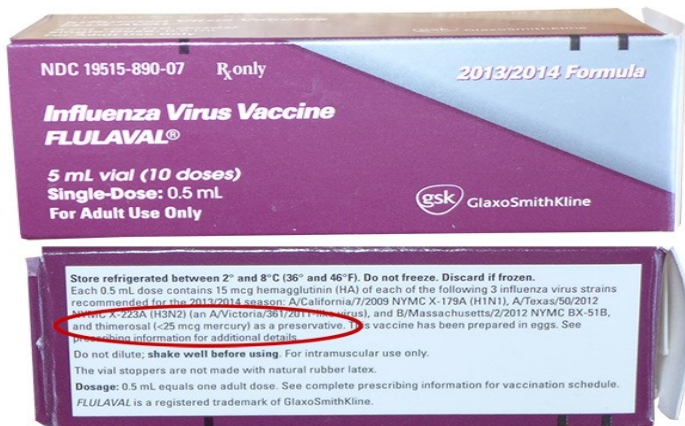
^۱ Cal-Oregon Unvaccinated Survey June 2006, 2007

^۲ این قانون در سال ۱۹۸۶ توسط رونالد ریگان رئیس جمهور آمریکا تصویب شد

خوراکی دریافت نموده بودند، جان خود را از دست دادند و جالب‌تر اینکه حتی با وقوع این فاجعه این برنامه واکسیناسیون متوقف نمی‌شود.^۱

۴. به نظر می‌رسد گرایش به مواد مخدر، رفتارهای غیرارادی و اختلالات رفتاری در دریافت کنندگان واکسن بیش از کسانی‌ست که واکسن دریافت نکرده‌اند.^۲

۵. در بسیاری از واکسن‌ها ترکیبات مشتق شده از جیوه به عنوان نگهدارنده به کار می‌رود که گر چه ادعا می‌شود مقدار آن بسیار اندک بوده و نمی‌تواند مسبب اختلالات شدیدی باشد، اما با توجه به سمیت قطعی جیوه به نظر نمی‌رسد وجود این ماده و بروز اختلالات عصبی - ایمنولوژیک چندان هم بی‌ارتباط به هم باشند.



تصویر ۳۶- بر روی پاکت واکسن آنفلانزا وجود مقداری جیوه قید شده است، مرکز کنترل عفونت‌ها و سازمان‌های بهداشتی این دُر از جیوه را برای بدن انسان بی‌خطر و قابل دفع دانسته‌اند.

^۱ 128 kids died after vaccine in 2010 govt cant say why, THE TIMES OF

INDIA

^۲ Some vaccines may cause involuntary muscle contraction and

abnormal behavior, Better health channel

در سال ۲۰۲۰ و در بحبوحه شیوع ویروس کرونا، ۹ نفر در کره جنوبی پس از تزریق واکسن آنفولانزا جان خود را از دست می‌دهند. و جالب‌تر اینکه حتی در مراکز درمانی داخل کشور نیز پس از انجام واکسیناسیون آنفولانزا در دوره همه‌گیری کرونا جمعیت زیادی از افراد واکسینه شده به یکباره به کرونا مبتلا می‌شوند. درحالی که در ۱۰ ماه قبل میزان ابتلای آنها بسیار کم بوده است.

۶. میزان ابتلای به سرطان، مشکلات گوارشی، آسم، عفونت‌های باکتریایی و تأخیر در رشد در کودکانی که واکسن دریافت کرده‌اند به میزان معناداری بیش از کودکانی‌ست که واکسن دریافت نکرده‌اند.^۱

به نظر می‌رسد تحقیقات مذکور برای توصیف ارتباط میان واکسیناسیون و افزایش بیماری‌های دیگر کافی باشد و اکنون ادعاهای مخالفین واکسیناسیون که نه تنها پزشکان و متخصصان بی‌شماری را به خود اختصاص داده، بلکه جمعی از سیاستمداران نظیر رابرت کندی جونیور (برادرزاده رئیس جمهور سابق آمریکا) را نیز در زمره مخالفین سرسخت واکسیناسیون قرار داده است را صرفاً یک ادعای بدون سند و مدرک و دور از ذهن قلمداد نکنیم. رابرت کندی جونیور که فرزند دادستان کل ایالات متحده آمریکا و برادرزاده جان اف کندی رئیس جمهور اسبق ایالات متحده است (که به طرز جالبی هم پدر و هم عموی وی ترور شده‌اند) در سلسله اظهارات جنجالی خود، خانواده گیتس و راکفلر را مسبب برنامه‌های واکسیناسیون و ایجاد بیماری‌هایی همچون اوتیسم، سرطان و... می‌خواند. جالب‌تر اینکه امروزه جمعیت قابل توجهی از یهودیان ساکن آمریکا به فرزندان خود هیچ واکسنی تزریق نمی‌کنند.

چنانچه اکنون مدعی شویم واکسن‌ها مسبب ایجاد اختلالات مذکور هستند، می‌بایست ادعای ما مستند بر تحقیقات و پژوهش‌هایی باشد که انجام آن به سختی از عهده مراکزی غیر از سازمان بهداشت جهانی و مرکز کنترل عفونت‌ها و... بر می‌آید. تاکنون این مراکز هیچ تحقیقاتی در

^۱ Analysis of health outcomes in vaccinated and unvaccinated children: Developmental delays, asthma, ear infection and gastrointestinsal disorders DOI:10.1177/2050312120925344, 2020

بررسی این موارد انجام نداده و تنها گواه ارتباط میان واکسن‌ها و بیماری‌هایی همچون سرطان، اوتیسم و... وجود نرخ بالای ابتلا به این بیماری‌ها در افرادی‌ست که واکسن تزریق کرده‌اند، که انکار کردنی نیست. هیچ پژوهش و تحقیق مستقیمی ارتباط میان واکسن و این بیماری‌ها را اثبات نکرده است. یعنی در این خصوص هنوز چیزی نوشته نشده است، و این بدین معناست که در ادبیات علمی امروز واکسن‌ها عاری از هر گونه مخاطرات هستند.

اما دانستن این موضوع و قرار دادن آن در گوشه‌ای از ذهن فواید دیگری دارد که در پازل فریب قرن بسیار راهگشاست. مقصود از بیان این مطالب این است که انسان موجودی‌ست که حیات و تکامل آن تا حد زیادی با ویروس‌ها و باکتری‌ها عجین شده است. باکتری‌ها که در واقع جزئی از پیکره خود او هستند و حتی ویروس‌هایی هم که بیماری‌زا بوده در طی روند تطور برای بشر دارای منافع بوده‌اند.

واکسیناسیون یک مثبت مطلق نبوده و دارای عوارض است، لذا انجام و اجبار آن برای بیماری‌های نه چندان مهم امری صحیح نمی‌باشد و به همین خاطر اگر بنا باشد طرح یک واکسیناسیون در جهان اجباری شود می‌بایست با توسل به فریب و تقلب، نخست آن بیماری را تبدیل به یک بیماری خوفناک کرده و با فریب از آن دیوی سفاک پدید آوریم.

پس از مطالعه این بخش ممکن است شما دیگر نگاه خصمانه سابق نسبت به دنیای میکروب‌ها را نداشته باشید و آنها را کمی دوست خود بدانید حتی آنهایی که اجداد ما را بر اثر تیفوس و وبا و مالاریا و طاعون از بین برده باشند. چرا که اگر یکی از آنها وجود نداشت شاید ما انسان تکامل یافته امروزی نبودیم.

اما این بدین معنا نیست که می‌بایست دائماً در آغوش میکروب‌ها باشیم و واکسیناسیون خالی از ارزش بوده و دیگر نیازی به رعایت حداقل‌های بهداشتی نداریم، یا اینکه می‌بایست ژنتیک‌های ضعیف و معیوب را به میکروب‌ها بسپاریم تا از خزانه ژنتیکی جمعیت حذف گردند؛ بلکه این مطلب به این منظور نگاشته شده که شما از زاویه صحیحی به جهان نامرئی پیرامون خود یعنی جهان میکروارگانیسم‌ها بنگرید و آن‌ها

را آنگونه ببینید که هستند نه آنگونه که توسط تاجران بهداشت انتخاب شده، و علاوه بر آن با دانستن اثرات واکسن‌ها به راحتی زیر بار واکسیناسیون‌های نه چندان ضروری نروید.

در جهانی که نیرو محرکه رهبری بر ذهن و جسم انسان عاملی به نام «ترس» بوده و رهبران جهان با مهندسی و القای ترس‌های مختلف، از ترس از مجازات، طرد، اخراج و توبیخ، جنگ، قحطی و بیماری بخشی از افکار شما را به مسیری می‌برند که متضمن منافع آنهاست لااقل یک بخش از این ترس که امروزه دست‌مایه رهبری سفید (رهبری بر افکار با استفاده از ترس ناشی از میکروب‌ها) شده است، بررسی گردیده و بدانیم که تا به امروز ما از زاویه‌ای غلط به موضوع میکروب‌ها می‌نگریستیم. ترس و وحشت مفرط ما از این موجودات نامرئی فرصتی طلایی به سازمان‌ها و ارگان‌های بهداشتی داده تا بر ناحیه‌ای از مغز ما و به تبع آن بخش بزرگی از وجود ما حکمرانی کنند.

درک صحیح ما از میکروارگانیسم‌ها و شناخت آنها در قالب حقایق زیستی آنها، ابداً مطلوب رهبری سفید نبوده و طراحان فریب و به همین خاطر دائماً تلاش می‌شود تصویری هولناک از میکروب‌ها به ما ارائه گردد و وحشت حاصله از آن صرف منافع رهبران گردد.

حال چه تفاوتی وجود دارد بین اینکه یک همه‌گیری ناشی از یک ویروس باشد یا ناشی از یک باکتری؟ چه عاملی ویروس را به کاندیدای مناسب‌تری برای فریب قرن تبدیل کرده است؟ پاسخ: وحشتناک‌تر بودن ویروس‌ها...!!!

همه‌گیری‌های ناشی از باکتری‌ها کمتر هولناک و رعب آور بوده چرا که؛ اولاً برای اغلب باکتری‌های مهلک واکسن‌های مؤثر در دسترس است و ثانیاً انبوهی از آنتی بیوتیک‌های اختصاصی و وسیع الطیف در دسترس است که به میزان فراوان و به صورت نه چندان انحصاری در اغلب کشورها حتی کشورهای در حال توسعه ساخته می‌شود.

اما اگر همه‌گیری ناشی از یک ویروس جدید باشد وضعیت قدری دشوارتر است، اولاً فقط چندین ویروس نظیر هپاتیت دارای واکسن مؤثر بوده و انبوهی از ویروس‌ها به علت تغییرات متعدد در ساختمان

خود(تغییرات آنتی ژنی) دارای واکسن نمی‌باشد و همچنین داروهای ضد ویروسی نیز به اندازه آنتی بیوتیک‌ها نبوده و یک همه‌گیری ویروسی جدید می‌تواند بشر را در وضعیت بدون دارو، بدون واکسن قرار دهد. در واقع همه‌گیری ویروسی برای طراحان فریب این فرصت را فراهم می‌کند که آنها را در موضع بی‌دفاع گذاشته و حال که بشر ابزاری از جنس دارو و واکسن برای مراقبت از خود در اختیار ندارد ناگزیر رو به چاره جویی از ابزار و ادوات جدید می‌آورد و چه کسی در این دوره بحرانی می‌تواند ابزارها و پروتکل‌های مقابله با ویروس را برای انسان‌های بی‌دفاع تعریف کند؟ سازمان بهداشت جهانی و ارگان‌های زیر مجموعه آن مانند؛ CDC و NIH. اکنون موقعیت پیچیده‌ای در جهان حادث می‌شود. جهان غرق در وحشت ویروسی که زمزمه‌های ساختگی بودن آن به گوش می‌خورد و سردرگمی بی‌دفاع بودن، چشم به دهان سازمان‌هایی می‌دوزد که گمان می‌کند این سازمان‌ها اکنون راهکارهایی برای بیمار نشدن آنها ارائه می‌دهد.

بشر در شرایط بحرانی جدید و بی‌دفاع‌تر از همیشه قرار می‌گیرد و تنها یک ناجی در جهان وجود خواهد داشت! یک ناجی با شعبه‌های متعدد و کمپانی‌های محدود...

مشروعیت و مرجعیت نهادهای بهداشتی زاییده همین شرایط جدید است. این سازمان‌ها مرجعیت و مشروعیت خود را از روش‌های اخلاقی به دست نیاورده‌اند، بلکه با قراردادن بشر در وضعیتی بی‌دفاع و بی‌اطلاع از آنچه خود بیش از هر کسی در مورد آن اطلاعات دارند، بشر را تسلیم اقتدار مستبدانه خود کرده است. شرایط را به گونه‌ای طراحی کرده‌اند تا تنها پناهگاه و امید بقای جهان یک مجموعه محدود از کمپانی‌های دارویی تحت لوای سازمان بهداشت جهانی باشد. جهان در تشنگی و چشمه امید در یک سازمان، جهان تماماً در بن‌بست و تعطیلی و محدودیت‌ها قرار می‌گیرد و کلید حل این بحران در سرنگ‌هایی به نام «واکسن» در دست یک گروه خاص خواهد بود. آیا اکنون این نهادها به مقام نیمه خدایی نخواهند رسید؟

حال گریزی به مطالب قبل می‌زنیم که این سازمان‌ها ممکن هست با کسانی هم پیمان شده باشند که خود سازنده و نشر کننده ویروس هستند و یا این صرفاً یک نظریه از تئوری توطئه می‌باشد؟ رفته رفته برخلاف گذشته که این دست مطالب زیر پرچم تئوری توطئه مطرح می‌گردید خواهیم دانست، این بار این موضوع چیزی آشکارتر از توطئه‌هایی‌ست که هواداران تئوری بر طبل آن می‌کوبند.

انتخاب یک ویروس فاقد دارو و واکسن این فرصت را برای طراحان فریب فراهم می‌کند که؛ اولاً تصویری دلخواه خود و هم پیمانان خود از ویروس ارائه دهند، ثانیاً با ژست‌های دلسوزانه و چهره‌های نگران راهکارهای برای مردم جهان ارائه کند که در حقیقت یک فریب است. یعنی بشر به خیال اینکه اقداماتی در راستای مقابله با بیماری انجام دهد تعمداً خود به تولید بیماری بپردازد و در نهایت با اخذ هزینه‌های سنگین از دولت‌ها و مردم عادی به مداوای موقت آنچه بپردازند که خود به وجود آورده‌اند.

”ویروسی ساخته‌ام

جهان را غرق وحشت کرده، چون صاحبان رسانه را پای میز توافق نشانده‌ام.

کسی آن را نمی‌شناسد، کسی آن را ندیده، انحصار آن را به سازمان دیگری در پای میز مذاکره می‌دهم.

رسانه از سازمان، فرشته‌ای منجی می‌سازد.

سازمان، رهبر بلامنازع جهان می‌شود.

رسانه و سازمان پای میز با من قهوه می‌نوشند... کار نیمه

تمام من را تمام می‌کنند... من طراح فریب قرن هستم“

پردهٔ چهارم فریب

”ویروسی ساخته‌ام

و حالا نوبت دوستان من است که بگویند من آن را
نساخته‌ام.“ من طراح فریب قرن هستم...

از خفاش‌ها و پنگولین تا ویروسی دست ساز

همانگونه که ذکر آن رفت هنگامی که تنها عده خاصی با عضویت در شبکه خاصی قادر باشند ویروسی را دیده و اوصاف و رفتار آن را به طور کامل بررسی نمایند و سپس آن را در اختیار سازمان‌های کلان بهداشتی قرار دهند تا به عنوان اصلی‌ترین تریبون نشر اطلاعات و دانش آن ویروس به جهانیان مخابره شود، این فرصت ایجاد می‌شود که روایت و داستان مطلوب این سازمان به جهان عرضه شود نه آنچه واقعاً وجود دارد، به دیگر کلام زمانی که یک تریبون و مرجع رسمی نشر اطلاعات از یک ویروس، فصل الخطاب جهان باشد، آن هم مرجعی که نتوانسته استقلال خود از حکومت‌های سیاسی را حفظ کند، چقدر این احتمال وجود دارد که این مرجع در خصوص شیوع، عملکرد سیاسی و اقتصادی داشته باشد نه یک عملکرد صرفاً پزشکی؟

درست در هنگامی که ویروس کرونا از شهر ووهان چین ظهور کرده و کشور به کشور دنیا را درنوردید و کمی پیش از آن که تعلق خاطر و جانبداری سازمان بهداشت جهانی از چین به واسطه رفتار این سازمان در قبال تایوان و خشم دولتمردان آمریکایی در اذهان ورود کند، این سازمان ویروس کرونا را ویروسی توصیف می‌کند که از خفاش‌ها به انسان‌ها منتقل شده و همین وصف کافی‌ست تا مسیر نظریه‌پردازی مبنی بر ساختگی بودن ویروس کمی صعب العبور گردد و هر نگاه مخالفی با برچسب تئوری توطئه مورد بی‌مهری قرار گیرد.

کروناویروس‌ها، ویروس‌های RNA داری هستند که موجب بروز عفونت‌های مجاری تنفسی در پستانداران و پرندگان می‌شود. علائم این ویروس در میزبان‌های مختلف متفاوت است، مثلاً در پستاندارانی مانند خوک و گاو موجب بروز اختلالات گوارشی، در موش‌ها موجب اختلال کبدی و اختلال عصبی و در انسان‌ها موجب بروز اختلالات تنفسی (ذات‌الریه) می‌گردد.

خانوادهٔ کرونا ویروس‌ها به چند دسته تقسیم می‌گردند:

۱. آلفا کرونا ویروس‌ها

۲. بتا کرونا ویروس‌ها

۳. گاما کرونا ویروس‌ها

۴. دلتا کرونا ویروس‌ها

ویروس کرونای ۲۰۱۹-۲۰۲۰ که به اختصار به آن COV2 می‌گوییم از دسته بتا کرونا ویروس‌ها می‌باشد که دارای یک ژنوم بزرگ با حدوداً ۳۰ کیلو باز می‌باشد.

این ویروس قدمتی چند صد هزارساله و شاید چند میلیون ساله دارد که هر سال اعضای خانواده این ویروس منجر به بروز سرماخوردگی فصلی در شما می‌گردیده و حتی خود شما در سال‌های پیش از این بارها به وسیله کرونا ویروس‌ها دچار سرماخوردگی‌های خفیف و متوسط شده‌اید. این ویروس هر سال با کسب تغییراتی در ژن‌های خود و تغییر در ساختمان خود نسخه‌ای جدید به طبیعت عرضه می‌کند که در ساختار خود با ویروس‌های سال قبل متفاوت می‌باشد. مثلاً سویه سال ۲۰۱۸ بیماری‌زایی خفیفی در حد سرماخوردگی داشته اما سویه سال ۲۰۲۰ و ۲۰۱۹ که به اختصار SARS-CoV-2 نیز خوانده می‌شود (سویه منحوس) قدرت سرایت و بیماری‌زایی بیشتری دارد و مشخص نیست که سویه سال ۲۰۲۱ و ۲۰۲۲ این ویروس نیز مانند سویه‌های قبل‌تر کم خطر باشد یا اصلاً خطرناک‌تر از سویه منحوس.

در حالت عادی این ویروس‌ها نمی‌توانند میزبان دیگری جز میزبان اصلی خود را آلوده کنند چون معمولاً گیرنده‌های ویروسی که محل اتصال ویروس به اجزای سلولی میزبان می‌باشد تنها در میزبان اصلی

موجود است به همین خاطر در حالت طبیعی بتاکرونا ویروس خفاشی قادر به آلوده کردن انسان‌ها نمی‌باشد. اما این ویروس‌ها قادرند با کسب قطعات ژنی جدید و بازآرایی ژنتیکی (Recombination) عفونت‌های میان گونه‌ای ایجاد کنند، بدین صورت که مثلاً ویروس کرونایی که پیشتر در پرندگان ایجاد بیماری‌های تنفسی می‌کرده است (مثلاً خفاش) در برخورد با کروناویروسی که در پستانداران بیماری‌زایی می‌کرده است (مثلاً شتر) برخی از قطعات ژنی را تبادل کرده و بدین ترتیب ویروس توانایی آلوده کردن میزبان دیگری را نیز کسب کند و از آنجا که گیرنده‌های ویروسی در پستانداران ممکن است به هم شبیه باشد، پس از میزبان واسطه این عفونت‌ها به انسان منتقل گردد. همانطور که پیشتر این اتفاق در خاورمیانه رخ داد و سویه‌ای دورگه (Hybrid) از بتاکرونا ویروس‌ها ابتدا از خفاش‌ها به شترها و سپس به انسان‌ها منتقل گردید و موجب شیوع بیماری MERS^۱ شد که در نتیجه آن تعداد زیادی از افراد بیمار و تعدادی نیز جان خود را از دست دادند.

اندک زمانی پس از شیوع بیماری کرونا در سال ۲۰۱۹ قطعات ژنی ویروس‌هایی که از بیماران به دست آمده بود (نه خود ویروس)! مورد بررسی دقیق ژنتیکی قرار گرفت تا منشأ آن مشخص گردد. در حدود ۴۳ توالی کامل ژنتیکی ویروس کرونای جدید مورد بررسی قرار گرفت تا شباهت آن با کرونا ویروس عامل سارس، کرونا ویروس‌های پرندگان و پستانداران مشخص گردد و نتیجه تحقیقات نشان داد که به طور کلی ژنوم کروناویروس جدید بیشترین شباهت را با ژنوم کروناویروس خفاشی BatG13 داشته و در درجه دوم برخی شباهت‌ها نیز با کرونا ویروس پنگولین‌ها Pan-SL-CoV-GD و Pan-SL-CoV-GX نیز مشاهده گردیده است. در این ویروس‌ها بیشترین شباهت مربوط به ویروس BatG13 خفاشی بوده که در دو ناحیه ژنوم ویروس کرونای جدید و کروناویروس خفاشی از

^۱ Middle East respiratory Syndrom

هم متفاوت شده و به نوعی انشقاق پیدا کرده‌اند. این دو ناحیه عبارتند از؛ ژن‌های ORF1^۱ و ناحیه بسیار مهمی به نام RBM.

اهمیت ناحیه RBM در این است که این ژن موجب ساخته شدن گیرنده‌های ویروسی می‌گردد که آنها را قادر می‌سازند به گیرنده‌های سلول پستانداران به نام ACE2^۲ متصل گردد و به بیان دیگر توانایی آلوده کردن انسان‌ها بسیار مرهون وجود این ژن می‌باشد.

حتی ژن‌های OFR1 که با کروناویروس خفاشی BatG13 متفاوت بود باز بیشترین شباهت را با سایر بتاکروناویروس‌های خفاشی مانند؛ ZXC21 و ZC45 داشته، اما ژن‌های RBM از نظر شباهت توالی ژنتیکی به ژن‌های ویروس کرونای شناسایی می‌شود.

نتیجه اینکه ویروس کرونای خفاشی RatG13 به واسطهٔ بازآرایی‌های ژنتیکی قطعه RBM را از ویروس کرونای پانگولین‌ها به دست آورده و بدین ترتیب می‌تواند به سلول‌های انسانی که غنی از گیرنده‌های ACE2 هستند متصل شده و بیماری‌زایی کند، اما در کنار بازآرایی‌های ژنتیکی و تبادل قطعات ویروسی کروناویروس جدید یک خصوصیت منحصر به فرد و غیر قابل انکار نیز در خود دارد که قدرت انتقال آن را بسیار بیشتر کرده و توانایی آن برای اتصال به گیرنده‌های ACE2 را بسیار افزایش داده است.^۳ و با توجه به اینکه خفاش‌ها و پنگولین‌ها هر دو جزئی از سبد غذایی مردم چین به ویژه ساکنین ووهان بوده و به وفور در بازارها و غذاخوری‌های آن شهر به فروش می‌رسد، توانسته خود را به میزبان انسانی رسانده و افرادی را آلوده سازد و به همین ترتیب این افراد نیز افراد دیگری را آلوده کرده تا اینکه موجب بروز یک همه‌گیری در سطح جهان شده است.

^۱ ACE2 receptor Binding motif

^۲ Angiotensin Converting Enzyme 2

^۳ Pangolin Coronavirus analysis finds high similarity to CoV2-

توضیحات فوق منطقی به نظر می‌رسد و بیانگر یک سیر طبیعی و زیست‌شناسانه از تبادل قطعات ژنتیکی بین ویروس‌های یک خانواده و پیدایش یک سویه دورگه بوده که اکنون قادر است میزبانی را آلوده کند که پیش از این نمی‌توانسته است و همین توجیه از سوی سازمان بهداشت جهانی و سازمان‌های زیر مجموعه آن به عنوان مسیر پیدایش کرونا ویروس جدید اعلام می‌گردد و موجی از خشم و نفرت جهانیان نسبت به رژیم غذایی مردم ووهان و سوپ خفاش را برانگیخته می‌نماید. اما آیا تمام ماجرا همین بود؟ ویروسی خفاشی توانایی آلوده کردن انسان را از ویروس پنگولین‌ها کسب کرده و به طور “تصادفی” سرعت انتقال خود را از جهش‌ها کسب کرده و اکنون دست به کار بیماری‌زایی بشر است؟

سؤال نخست: آیا کسی از این رخداد غافلگیر شده است؟ آیا چنین ترکیب ویروسی که قادر به بیمار کردن انسان‌ها باشد، پیشتر توسط خود انسان تولید نشده؟ یعنی نخستین ظهور آن تصادفی و محصول بازآرایی ژنی در ویروس‌های خفاش و پنگولین در طبیعت بوده؟ با اینکه این دورگه ویروسی در آزمایشگاه‌ها نیز تولید شده؟ اسناد و مدارک در این خصوص کمی تکان دهنده است. (در انتهای این بخش به طور کامل بررسی خواهد شد).

حدود چهار سال پیش از شیوع کرونا در یک طرح تحقیقاتی چند محقق بر روی این موضوع تحقیقات می‌کردند که آیا ممکن است کروناویروس خفاشی بتواند به گیرنده‌های انسانی ACE2 متصل شده و در انسان‌ها نیز ایجاد بیماری کند؟

میکروپشناس‌ها در این تحقیقات با استفاده از روش‌های پیشرفته مهندسی ژنتیکی تبادل و بازآرایی قطعات ژنتیکی بیان کروناویروس خفاشی و پنگولینی را به نوعی به صورت نو ترکیب شبیه‌سازی نمودند و از موش‌های آزمایشگاهی به عنوان یک پستاندار میزبان استفاده نمودند (که مانند انسان‌ها مقدار زیادی از گیرنده‌های ACE2 را بر سطح سلول‌های خود بیان می‌کند). نتیجه آزمایش بسیار تکان دهنده بود. ویروس جدیدی که از این روش حاصل شده بود موجب بروز درگیری‌های

ریوی شدید در موش‌ها شده و تعداد زیادی از آنها را از پای درآورده است. ویروس حاصله قدرت سرایت بسیار بالاتری از کرونا ویروس‌های خفاشی داشته (دقیقاً مشابه کروناویروسی که ۴ سال بعد ظهور می‌کند) و قدرت اتصال به گیرنده‌های ACE در آنها بسیار بالاتر از بتاکرونا ویروس‌های سابق در پستانداران می‌باشد (دقیقاً مشابه کروناویروسی که ۴ سال بعد ظهور می‌کند).^۱

محققین مذکور نه تنها نتیجه تحقیقات خود را در ژورنال‌های معتبر به چاپ می‌رسانند، بلکه بسیار نگران و وحشت‌زده امکان ظهور ویروسی شبه سارس از جمعیت خفاش‌ها را هشدار می‌دهند.

- حال این آزمایشگاه در کجا واقع بوده؟ ووهان چین

- محققین چه ملیتی داشته‌اند؟ آمریکایی و چینی (کلمه آمریکا و چین را به خاطر داشته باشید، زیرا در بخش تکمیلی بسیار به آنها نیاز خواهیم داشت).

این بدان معناست که دقیقاً شبیه اتفاقی که سازمان بهداشت جهانی مدعی‌ست به واسطه نوترکیبی و بازآرایی ژنتیکی میان ویروس‌ها و از سوپ خفاش آغاز شده است، چهار سال قبل با دست ورزی ژنتیکی توسط محققین ساخته شده است.

چگونگی پیدایش این افراد و این آزمایشگاه‌ها، حامیان مالی آنها و سیر انتقال ویروس و اعتبارات مالی بین آمریکا و چین در انتهای بخش مفصلاً بحث خواهد شد. پس این احتمال وجود دارد که فرد یا افرادی این ویروس را در مقادیر مکفی در اختیار داشته باشند و یا آن را در اختیار بیوتروریست‌ها و قدرت‌های سیاسی قرار دهند و اینکه تصادفاً محل چنین اکتشافی محل شیوع ویروس کرونای جدید می‌باشد نیز قابل تأمل می‌باشد.

به عنوان نتیجه می‌توان گفت ویروس کرونای جدید چندان هم جدید نبوده و شواهد و دلایل گویای آن است که این ویروس پیش از این هم

^۱ A SARS-like cluster of circulating bat coronaviruses shows potential for human emergence- vineet D Menachery

توسط خود محققین به وجود آمده است و از همین جهت داستان قانع کننده و کمی طنزآمیز سوپ خفاش مورد تردید قرار می‌گیرد.

اما این پرده از فریب به همین جا ختم نمی‌شود.

تحقیقات دیگری خط بطلان را بر پرده چهارم فریب یعنی افسانه خفاش و پنگولین کشیده و تکلیف زمان ظهور بیماری را یکسره می‌کند. ویروس کرونا خفاشی که قادر به آلوده کردن انسان‌ها بوده است، در سال ۲۰۱۲ یعنی ۷ سال قبل از ظهور کروناویروس جدید در یک معدن واقع در چین موجب مرگ تعدادی از کارکنان معدن که به نظافت مدفوع خفاش‌ها پرداخته بودند شده است. الگوی درگیری ریوی و علائم بیماری دقیقاً مشابه با کروناویروس جدید بوده و نشر این تحقیقات در تمام خبرگزاری‌ها موجب رد فرضیه ظهور ویروس از بازار ووهان می‌شود.^۱

ذکر نکته‌ای در این بخش خالی از لطف نیست که در سنوات گذشته در شهرها و استان‌های سراسر کشور عده‌ای با ادعای وجود جیوه در مدفوع و محل زندگی خفاش‌ها اقدام به خریداری مدفوع خفاش‌ها با قیمتی گزاف کرده و در نظرسنجی‌هایی که در شبکه‌های اجتماعی به عمل آورده‌اند متوجه شدیم افراد بسیاری در شهرهای مختلف شاهد این موضوع بوده‌اند که گروهی ناشناس با وعده‌های وسوسه کننده آن‌ها را به جستجوی خفاش‌ها و فروش مدفوع آن‌ها تشویق که مشخص نیست انگیزه‌های احتمالی چه چیزی بوده و آیا این موضوع به همه‌گیری کرونا مربوط می‌باشد یا خیر.

پس برخلاف ادعای سازمان‌های جهانی ما با یک ویروس جدید و نوظهور که طبیعت آن را در سال ۲۰۱۹ از خفاش و پنگولین پدید آورده باشد، سر و کار نداشته و وجود این ویروس با اسناد و شواهد محکمی در ۷ تا ۴ سال قبل مسبوق به سابقه است. آیا سازمان بهداشت جهانی از چنین موضوعی بی‌خبر بوده است؟ چگونه می‌شود در دنیای ارتباطات امروز که هر یافته علمی و هر اکتشافی ولو جزئی در پایگاه‌های عظیم اطلاعات زیست‌شناسی و پزشکی ثبت می‌گردد، چنین موضوعی از چشم

مسئولان این سازمان دور مانده باشد و اخباری خلاف واقع و نوعاً خنده‌آور درخصوص ظهور ویروس جدید منتشر نماید؟ آیا می‌توان این موضوع را خیرخواهانه و یا حتی تصادفی قلمداد کرد؟ آیا ممکن است این سازمان تعمداً به منظور دور کردن احتمال بیوتروریسم در افکار عمومی این مطالب را عنوان کرده باشد؟ چرا که پس از اعلام ساختگی بودن و آزمایشگاهی بودن ویروس سؤال بعدی و سؤال‌های بعدی به این قرار خواهد بود که: چه کسی آن را ساخته؟ به چه انگیزه‌ای این کار کرده است؟ چه کسانی از آن سود خواهند برد؟ با مطرح شدن چنین پرسش‌هایی کدام کشورها به زیر ذره‌بین کمیته‌های حقیقت‌یاب رفته و مورد تشکیک واقع خواهند شد؟ اگر ویروس ساختگی باشد، قطعاً دارو و واکسن آن نیز تهیه شده است!

بی‌تردید سرزمین چین، به عنوان محل ظهور ویروس و محل وقوع ابتلای کارگران معدن و همچنین محل استقرار آزمایشگاهی که سابقاً دست به تولید ویروسی مشابه زده است مورد ظن جهانیان قرار خواهد گرفت و پس از آن "دولتی" (استفاده از لفظ دولت به جای کشور تصادفی نیست) که هزینه این تحقیقات را پرداخته مورد پرسش قرار خواهد گرفت، اما سازمان بهداشت جهانی به کرات نشان داده که میل چندانی به اقداماتی که به نحوی از انحا خوشایند حکومت چین نباشد، نداشته و در مواضع خود به اولویت‌های حکومت چین بسیار احترام می‌گذارد تا جایی که برای جلب رضایت حکومت چین یکی از موفق‌ترین کشورهای جهان مانند؛ تایوان را از جلسات کارشناسی خود حذف می‌نماید و محققینی که به همکاری چین و این سازمان اشاره‌ای کرده باشند با شدیدترین سانسورها و طردشدگی‌های علمی مواجه خواهند شد.

پس اگر فرض کنیم ویروس ساختگی بوده و در آزمایشگاه‌های بشری توسط عده‌ای ساخته شده باشد، طبیعتاً این افراد با هر ملیت و هر گرایش سیاسی، بسیار باید متشکر سازمان بهداشت جهانی باشند، چرا که دست کم به مدت چند ماه این سازمان با ارائه آمارهای علمی، از ساختگی نبودن ویروس برای آنها حاشیه امنی ایجاد نموده است.

اما منطق حاکم بر محافل علمی این گونه استنباط می‌کند؛ برای اعلام ساختگی بودن ویروس نیاز به مدارک و مستندات بیشتری می‌باشد که تا پیش از احراز آن می‌بایست فرض را بر ساختگی نبودن ویروس گذاشت و چندان هم دور از ذهن نیست که برای اثبات چنین ادعای بزرگ و مهمی که ممکن است محکومیت‌های عظیم بین‌المللی را برای یک کشور به ارمغان آورد، می‌بایست کمیته‌های حقیقت‌یاب ویژه‌ای متشکل از متخصصین تشکیل گردد و هر احتمالی را با ابزارهای علمی بررسی نماید...

اما مشکل اینجاست که در شرایط اعلام پاندمی از سوی سازمان بهداشت جهانی و اعلام وضعیت فوق‌العاده‌ای که تمام جهان را مدتی در خانه‌ها حبس نموده و تمامی فرودگاه‌ها و ایستگاه‌های قطار در جهان را تعطیل نموده و رسماً ادارات و سازمان‌هایی که می‌بایست انجام چنین اموری را آغاز کنند، تشکیل تیم‌های تحقیقات و انجام تحقیقات گسترده‌ای که مستلزم اعزام نفرات زیادی از متخصصین به سراسر جهان جهت تحقیقات بوده، عملاً میسر نیست. اما این موانع نتوانست دانشمندان و محققین کنجکاو و پرسشگری که به وقوع این رخداد مشکوک بوده‌اند را از تلاش بازدارد.

دکتر بینگ لیو استاد چینی تبار ۳۷ ساله دانشگاه پیتسبورگ آمریکا، یکی از افرادی‌ست که به تحقیق در این خصوص می‌پردازد و به گفته همکارانش در بخش زیست‌شناسی دانشگاه پیتسبورگ به شواهد و اسناد مهمی نیز دسترسی پیدا می‌کند. اما این محقق در منزل خود به ضرب گلوله به قتل می‌رسد و تمامی اسناد و تحقیقات وی نیز ناپدید می‌گردد. ضارب در خودروی شخصی خود اقدام به خودکشی می‌کند تا زنجیره تحقیقات از عوامل دخیل در این اقدام غیرانسانی منقطع گردد. با قتل این محقق پیام روشنی از جانب طراحان فریب به سراسر جهان ابلاغ می‌شود و این هشدار است برای تمام کسانی که بخواهند در این موضوع کنجکاو کرده باشند.

محقق دیگری به نام دکتر شی‌ژنگ لی، که به واسطه تحقیقات متعدد خود بر روی کروناویروس‌های خفاشی به او لقب “زن خفاشی” داده‌اند نیز

اظهارات جالب توجهی در خصوص منشأ ویروس کرونای جدید داشته است. وی معتقد است ویروس از یک آزمایشگاه در ووهان چین به بیرون نشت کرده است. اظهاراتی که توسط نقل و قول‌های منابع ارشد اطلاعاتی مبنی بر توافق ۱۷ سازمان امنیتی بر آزمایشگاهی بودن منشأ ویروس کرونای جدید بیشتر به حقیقت نزدیک می‌شود.^۱

اظهارات زن خفاشی قویاً از سوی مسئولان حکومت چین رد شده و این ادعاها مورد توجه سازمان بهداشت جهانی قرار نمی‌گیرد و این سازمان کما فی سابق بر مواضع خود مبنی بر طبیعی بودن این ویروس باقی می‌ماند.

زن خفاشی از سفارت آمریکا در پاریس تقاضای پناهندگی کرده و مدعی می‌شود که برخلاف اظهارات حکومت چین این ویروس به طور غیر عمدی از آزمایشگاه‌های شهر ووهان وارد جامعه شده است، که در این صورت این پرسش مجدداً به ذهن می‌رسد که اصلاً چنین ویروسی که بالقوه توانایی آلوده کردن بشر را دارد از چه بابت می‌بایست در آزمایشگاه ساخته شود و چه لزومی دارد چنین عامل خطرناکی در آزمایشگاه‌ها نگهداری شود؟

توجیه محققین چینی در این خصوص استفاده تحقیقاتی از این سویه کروناویروس چنین بوده که با استفاده از این سویه قصد داشته‌اند بر روی امکان طراحی واکسن‌های HIV مطالعه کرده باشند. توجیهی که بعدها با اظهار نظر جنجالی دیگری همراه می‌شود.

این بار پروفیسور لوک مونتآگنی^۲ برنده جایزه نوبل پزشکی سال ۲۰۰۸ قاطعاً اعلام می‌دارد که ویروس کرونا ساختگی بوده و قطعاتی از ژنوم ویروس HIV نیز در آن به کار رفته است. مونتآگنی نیز محل نشت ویروس به جمعیت انسانی را آزمایشگاه‌های چین دانسته، اما این اقدام را مانند، زن خفاشی غیرعمدی تلقی می‌کند. اما ادعای این دانشمند برجسته ویروس‌شناس که بسیاری از دانسته‌های مربوط به ویروس HIV

^۱ John Roberts-FOX news

^۲ Luc Montagnier

مرهون تحقیقات وی بوده و به همین سبب بزرگترین جایزه علمی جهان نیز به اون اهداء گردیده است نیز مورد مهر و عطوفت رسانه‌ها و سازمان بهداشت جهانی قرار نمی‌گیرد و این دانشمند به سرنوشتی به مراتب دردناکتر از بینگ لیو دچار می‌شود. محافل علمی او را فاقد سلامت عقل و خارج از دایره اعتبار علمی نامیده و اظهارات وی را شبه علمی و برخاسته از توهم توطئه می‌نامند.

دانشمند ۴۵ ساله روسی به نام الکساندر ساشا کاگانسکی که یکی دیگر از محققین حوزه ویروس کرونا و واکسن آن بود، نیز در خانه خود در شهر سن پترزبورگ به طرز فجیعی با ضربات چاقو به قتل می‌رسد! محقق دیگری در ایران به نام محسن فخری‌زاده که مدیریت سازمان پدافندهای هسته‌ای و میکروبی نهادهای امنیتی ایران را عهده‌دار بوده و شدیداً نسبت به واکسن‌های ساخته شده توسط کمپانی‌های فایزر و مدرنا ابراز نگرانی می‌کرده (و واکسن غیرفعال شده را تا به مرحله تست انسانی می‌رساند) نیز در یک عملیات تروریستی در تهران، جان خود را از دست می‌دهد.

بدین ترتیب علیرغم تمام اسناد محکم و اظهارات دانشمندان و محققین متعدد مبنی بر طبیعی نبودن و نوظهور نبودن ویروس کرونا، جدید رسانه‌ها و سازمان‌های وابسته به بهداشت جهانی این ویروس را ویروسی طبیعی و ماحصل فعل و انفعالات زیست‌شناسی دانسته و بدین ترتیب حکومت‌های مظنونی که ممکن است مورد اتهام و پرسش قرار بگیرند را در زیر چتر مواضع علمی خود محافظت می‌نماید. این سازمان‌ها اینگونه استدلال می‌کنند که؛ همانطور که در هنگام آتش سوزی جنگل نخست باید به خاموش کردن آتش پرداخت و بعد به یافتن کسی که جنگل را آتش زده، در وضعیت فعلی می‌بایست نخست به مهار شیوع پرداخت و این بیماری را کنترل و به واسطهٔ واکسیناسیون ریشه کن نمود و سپس به تفحص و جستجوی احتمالاتی از این قبیل پرداخت. این استدلال شاید در ظاهر قانع کننده به نظر برسد اما باید توجه کرد زمانی که ویروس در دست گروهی خاص بوده و این گروه همچنان آزادانه می‌توانند به فعالیت خود بپردازند و هر زمان که بخواهند با نشر عمدی

ویروس در هر نقطه‌ای از جهان آمار مبتلایان را افزایش دهند، این دیدگاه قدری نابخردانه می‌نماید. چرا که نشر ویروس به مانند آتش زدن جنگل امری یکباره نبوده که نشرکننده ویروس پس از آن دست از کار خود کشیده و شما و ویروس را به حال خود رها کند تا زحمات وی را نقش بر آب کنید. بلکه نشرکننده ویروس قادر است به موازات تلاش شما برای ریشه کنی؛ اولاً با امکاناتی که چنین ویروسی پدید آورده ویروس جدیدتری پدید آورد و ثانیاً با نشر ویروس در هر منطقه موجب اطاله و به درازا کشیده شدن دوره شیوع بپردازد. یا اینکه پس از موفقیت بعضی واکسن‌ها نوع جدید از ویروس را عرضه کند که دقیقاً در همان نقطه‌ای دچار جهش باشد که ممکن است واکسن‌ها را بی‌اثر کند! پس نتیجه می‌گیریم نپرداختن به این احتمال می‌تواند تمامی تلاش‌های ما در راستای مهار بیماری را تبدیل به امری عبث و بی‌فایده کند. چیزی شبیه اینکه کشتی سوراخ شده‌ای را که با کاسه‌های آبی که از داخل کشتی به بیرون می‌ریزیم نجات داده باشیم. تنها در صورتی کشتی نجات می‌یابد که همانقدر که آب به داخل می‌آید همانقدر آب از کشتی خارج کرده تا در نهایت جریان آب مارا به ساحل برساند. درست شبیه اینکه ویروس از سمتی دیگر در جمعیت نشر شود و در سمتی دیگر با مشقت فراوان در بیمارستان‌ها درمان گردد تا در نهایت یکی از مراکز بهداشتی خبر تولید واکسن را اعلام کند.

پس تلاش برای شناسایی عوامل ساخت و نشر ویروس لازمه مقابله با آن می‌باشد، مگر اینکه سازنده و نشرکننده ویروس، سازمان‌های بهداشتی جهان را به استخدام خود درآورده باشد. و این سازمان‌ها در راستای منافع سازندگان ویروس گام بردارد. که اگر این فرض هم صحت نداشته باشد، سازندگان و نشرکنندگان ویروس، خود رأساً به تسویه حساب شخصی با محققینی از جمله بینگ لیو خواهند پرداخت.

در حقیقت سکوت جهان در خصوص ساختگی بودن ویروس و مقاومت در پذیرش آن خود پرده مهمی از فریب قرن می‌باشد، چرا که با اعلام این خبر خواه ناخواه کشورهایی در ردیف متهمان قرار خواهند گرفت، در حالی که بخشی از طرح فریب، تجارت جهانی با استفاده از

فروش واکسن و دارو از جانب همین کشورها می‌باشد و بدیهی‌ست که با افشای این طرح کمتر کسی حاضر به خرید واکسن و دارو از کشوری خواهد بود که خود ویروسی را ساخته و نشر کرده است. پس بهتر است عامل بیماری یک ویروس طبیعی باقی بماند که تصادفاً از سوپ خفاش و بازار ووهان ظهور کرده است. قرار است ویروس طبیعی بماند تا عده‌ای ثروتمندتر شوند.

و دیگر دلیل احتمالی بر مقاومت مقامات سازمان بهداشت جهانی در خصوص ساختگی بودن ویروس می‌تواند احتمالات ذهنی جامعه بشر مبنی بر وجود واکسن می‌باشد، چرا که اگر قرار باشد ویروسی در آزمایشگاه توسط گروهی ساخته و سپس نشر شود شرط عقل برای سازندگان و عوامل پخش کننده این است که نخست واکسن آن را ساخته و لااقل جمعیت مشخصی را مورد واکسیناسیون قرار دهد. بدیهی‌ست که هیچکس مایل نیست خود و خانواده او توسط ویروسی که تولید کرده است آلوده شود. و اگر بانیان ساخت ویروس یک حکومت خاص باشد بدیهی‌ست که به فکر سلامت پیکره خود و سرمایه‌های انسانی خود بوده و لااقل جمعیت مورد علاقه خود را از گزند ویروس حفظ کند.

چنین فرضی چقدر به واقعیت نزدیک است؟ آیا ممکن است یک گروه خاص و یا یک حکومت خاص که دست به ساخت ویروس زده است، واکسن آن را نیز قبلاً ساخته باشد؟ برای پاسخ به این پرسش لازم است نخست تصور صحیحی از ساز و کار کارآزمایی‌های بالینی واکسن‌ها داشته باشیم.

واکسن‌ها برای اینکه بتوانند در جمعیت‌ها انسانی مورد استفاده قرار بگیرند می‌بایست چند مرحله اساسی را گذرانده باشند:

۱. مرحله کتابخانه‌ای و تحقیقاتی: در این مرحله با تحقیق و تفحص دقیق بر روی ژنوم میکروب، ساختمان میکروب، بخش‌هایی از ساختمان میکروب که بتواند در بدن میزبان منجر به ساخته شدن پادتن‌ها(آنتی

بادی) شود - که به آن آنتی ژن^۱ می‌گوییم - به طور دقیق بررسی می‌گردد. چرا که واکسن‌ها انواع مختلفی دارند. گروهی از واکسن‌ها عبارتند از؛ میکروب کشته شده، مانند واکسن ویروس هاری، گروهی دیگر حاوی میکروب‌های ضعیف شده و تخفیف حدت یافته هستند، مانند واکسن سل، گروهی دیگر واکسن‌های ساب یونیت هستند که حاوی قطعه‌ای از ساختمان ویروس هستند که می‌تواند موجب ساخته شدن آنتی بادی‌ها گردند و گروه‌های دیگری نیز از جمله DNA واکسن‌ها امروزه کاربرد گسترده‌ای در عالم ایمونولوژی پیدا کرده‌اند. امروزه به جای استفاده از ویروس کشته شده و یا ویروس ضعیف شده در واکسن‌ها (که ممکن است در افراد مبتلا به نقص ایمنی به علت فعال شدن مجدد ویروس بیماری‌زایی کنند) از توالی‌های پروتئینی ساختمان میکروب‌ها در ساختن واکسن استفاده می‌کنند. به این شکل که مثلاً بخشی از پوشش میکروب مانند کپسول و یا اجزای دیواره سلولی میکروب را وارد بدن فرد می‌کنند و بدن میزبان به گمان اینکه ویروس کامل وارد بدن شده است اقدام به ساختن آنتی بادی می‌کند. بدین منظور امروزه توالی خاص پروتئینی از میکروب‌ها موسوم به اپی توپ^۲ هایی که توانایی اتصال به گیرنده‌های سیستم ایمنی میزبان و به دنبال آن ساخته شدن پادتن‌ها را داشته باشد، در پایگاه‌های اطلاعاتی همچون NCBI^۳ جستجو شده و به جای اینکه یک میکروب کامل را وارد بدن میزبان کنیم تنها یک توالی کوچک پروتئینی را انتخاب کرده و با روش‌های مختلفی از جمله روش نو ترکیب^۴ این قطعه را در میزبان باکتریایی و یا یوکاریوتی تولید کرده و به فرد تزریق می‌نماییم. مرحله کتابخانه‌ای مرحله‌ای است که این بررسی‌ها مبنی بر انتخاب چگونگی ساختار و سازوکار واکسن در آن انجام

^۱ Antigen: Anti+Gen, Antibody Generator (یعنی بخشی از ساختمان ویروس که

منجر به ساخته شدن آنتی بادی شود)

^۲ Epitop

^۳ National Center of biotechnology information

^۴ Recombinant

گرفته و حسب مورد یکی از روش‌ها و یکی از انواع واکسن‌ها به عنوان کاندیدای واکسیناسیون انتخاب و وارد مرحله بعد می‌شود. این مرحله معمولاً چند روز تا چند هفته بنابر حجم آنالیزهای بیوانفورماتیکی و نرم‌افزاری به درازا خواهد کشید.

۲. در مرحله بعدی واکسن مذکور می‌بایست بر روی محیط‌های کشت و رده‌های سلولی و به طور کلی در محیط آزمایشگاهی مورد بررسی قرار گیرد و مراحل به نام کنژوگاسیون (متصل کردن واکسن به ترکیباتی که به تزریق و جذب آن کمک کند) و انتخاب ادجوانت (ترکیباتی که موجب می‌شوند واکسن‌ها در بدن میزبان تخریب نشده، روند آزاد شدن آن آنقدر کوتاه نشود که مورد شناسایی سیستم ایمنی قرار نگیرد و جذب و شناسایی آن برای گلبول‌های سفید تسهیل گردد) برای آن صورت پذیرد و واکسن آماده تزریق شود. این مرحله نیز چند روز تا چند هفته به درازا خواهد کشید.

۳. در مرحله بعدی، واکسن به حیوانات آزمایشگاهی (معمولاً موش و سپس میمون و...) تزریق می‌شود تا پس از تزریق واکسن بتوان اولاً تأثیر واکسن بر رفتار و سلامت حیوان مشخص شود و ثانیاً با نمونه‌گیری از خون موش‌های آزمایشگاهی بتوان فهمید واکسن مذکور چقدر در القای پاسخ‌های ایمنی موفق بوده، چقدر موجب ساخته شدن آنتی بادی در بدن موش شده، چقدر موجب افزایش جمعیت لنفوسیت‌های اختصاصی شده و چنانچه واکسن موجب ساخته شدن آنتی بادی و القای لنفوسیت‌های اختصاصی شده باشد، آیا این میزان برای موش‌های ایمنی‌زا بوده و در صورت مجاورت آنها با میکروب، از آنها محافظت خواهد کرد یا خیر.

چنانچه نتایج فوق برای واکسن موفقیت آمیز باشد واکسن وارد مرحله حساس داوطلب انسانی خواهد شد.

۴. در این مرحله واکسن به افراد داوطلب تزریق شده و علاوه بر اینکه تمام مراحل قبل نظیر بررسی میزان آنتی بادی‌ها و توانایی واکسن در القای لنفوسیت‌های اختصاصی مورد بررسی قرار می‌گیرد، عوارض احتمالی واکسن نیز بررسی می‌گردد. از آنجا که تزریق واکسن ممکن

است عوارضی قابل توجه بر روی سیستم عصبی، قلبی و عروقی، گوارشی، تولید مثل و حواس فرد و یا حتی پوست و رفتار فرد داشته باشد، افراد داوطلب می‌بایست تا مدت بسیار زیادی به صورت تخصصی توسط متخصصین تحت نظر قرار بگیرند. حتی امور با اهمیتی از جمله تغییر در سیستم تناسلی و تولید مثل نیز باید بررسی گردد و مشخص گردد که فرد پس از تزریق واکسن هیچ عوارضی از جهت آسیب‌های فیزیولوژیک، آناتومیک و رفتاری را تجربه نکرده و از همه مهمتر اینکه می‌تواند فرزندان سالمی به دنیا آورد (چون یکی از چالش‌های واکسیناسیون این است که افراد بسیاری معتقدند واکسیناسیون موجب بروز آسیب‌های عصبی بر توانایی تولید مثل و سلامت ذهنی فرزندان می‌گردد، تاجایی که جنبش‌های متعددی با اعتقاد به اینکه واکسیناسیون عامل بروز اختلالاتی همچون اوتیسم و... می‌باشد سعی در تحریم آن دارند). این مرحله طولانی‌ترین مرحله کارآزمایی بالینی واکسن‌ها می‌باشد که دستکم ده ماه تا هجده ماه به طول می‌انجامد و در برخی موارد تا دو سال نیز به درازا خواهد کشید.

مقصود از مطالب فوق این است که یک واکسن سالم، امن و کارآمد دستکم باید از اولین روز طراحی آن چیزی حدود یکسال گذشته باشد تا در درجه اول مطمئن شویم که هیچ آسیبی بر جسم و رفتار فرد داوطلب نمی‌شود، مثلاً داوطلبین به دنبال تزریق آن دچار اختلالات قلبی و کلیوی و عصبی نشده‌اند، و در درجه دوم تأثیر آن را بر روی زاده‌های نسل اول جمعیت داوطلبین بررسی کنیم که آیا فرزندان کسانی که واکسن را دریافت کرده‌اند تفاوتی از نظر وضعیت سلامت با سایر فرزندان (افراد) که واکسن نزده‌اند) داشته‌اند یا خیر. هرچند بررسی‌های ابتدایی به روی سیستم جنسی - تناسلی داوطلبین نظیر بررسی هورمون‌های جنسی، شمارش تعداد سلول‌های جنسی مانند؛ اسپرم، بررسی کیفیت اسپرم‌ها و تخمک‌ها که همگی شاخصی بر سلامت جنسی - تناسلی فرد می‌باشند، انجام می‌شود، اما بخش بسیار مهمتر راستی آزمایی واکسن‌ها مشاهده تبعات و آثار تزریق آن در عالم واقعیت و نه زیر لنز

میکروسکوپ‌ها می‌باشد تا اینکه فرزندان سالم داوطلبین شاهدهی بر بی‌ضرر بودن واکسن‌ها بر روی داوطلبین باشند.

بدیهی‌ست که حذف هر یک از مراحل فوق ممکن نبوده و چنانچه مرحله آخر کوتاه و یا حذف شود، مشخص نیست با تزریق ترکیبی که آثار آن مجهول است بر روی افراد آنها را در معرض خطری بزرگتر از میکروب‌ها قرار داده‌ایم. چون می‌دانیم میکروب‌ها نهایتاً جمعیت مشخصی از افراد را مبتلا کرده و حتی در گذشته دور در دورانی که خبری از واکسن‌ها و داروها نبود میکروب‌های مهلک و خطرناکی مانند آبله و وبا و طاعون‌ها تنها درصدی از افراد را آلوده و درصد کمی را به کام مرگ می‌کشیدند، اما واکسیناسیون امری همگانی بوده و تمام آحاد جامعه در آن شرکت خواهند کرد و اگر قرار باشد واکسن عوارض جانبی جدی داشته باشد، همان بهتر است که اصلاً ساخته نشود، چرا که در این صورت عده کمتری آسیب خواهند دید.

در نتیجه تولید و استفاده از یک واکسن از نظر علمی حتی با وجود کسب مجوز تزریق اضطراری (زمانی که اوضاع به گونه‌ای باشد که حفظ جان بر هر چیز دیگری واجب بوده باشد و ریسک بروز عوارض را برای جلوگیری از یک فاجعه بزرگتر بپذیریم و اینگونه فرض کنیم که حتی اگر واکسن موجب بروز عوارض شود، بهتر است نخست زنده بمانیم، چرا که اگر زنده بمانیم شانس تحقیقات و درمان عوارض را خواهیم داشت و به دیگر کلام یک زنده ناقص بهتر از یک مرده بدون نقص است) نیاز به یک سال زمان دارد و در زمانی کوتاهتر از این مثلاً زمانی ۵-۶ ماهه هیچ واکسنی از نظر علم پزشکی امن محسوب نمی‌شود.

حال به پاندمی کرونا باز گردیم.

اگر ویروس توسط گروهی ساخته شده باشد و انگیزه آنها استفاده از ویروس به عنوان یک سلاح بیولوژیک باشد، منطقاً می‌بایست این گروه به ساخت واکسن نیز مبادرت ورزند و این پروسه امری زمان‌بر است. با توجه به اسناد و شواهدی که در بخش‌های قبلی مبنی بر وجود این ویروس در گذشته و ساخته شدن آن در آزمایشگاه‌ها ارائه گردید، بدیهی‌ست که اگر

برای این همه‌گیری عامل بیوتروریست را دخیل بدانیم این گروه زمان و فرصت کافی برای ساختن واکسن را در اختیار داشته‌اند.

و مسئله‌ای تکان دهنده در این زمان باز قابل تأمل است. در ماه آگوست سال ۲۰۲۰ و چیزی در حدود ۷ ماه پس از ورود ویروس به کشور روسیه، مقامات این کشور خبر از کشف واکسن مؤثر کرونا می‌دهند. واکسنی که با مشارکت "وزارت دفاع و مؤسسات نظامی روسیه" ساخته شده، ادعا می‌شود بر روی فرزندان سیاستمداران تزریق شده و اثربخشی آن این بار به جای یک تریبون علمی از تریبون یک سیاستمدار جنجالی و یکی از قدرتمندترین کشورهای جهان یعنی ولادیمیر پوتین اعلام می‌شود. خبر کشف واکسن Sputnik روسیه سرآغاز رخدادهای مهمی می‌باشد.

چند روز بعد فیلم‌ها و تصاویری از برگزاری جشن‌های ۱۵-۲۰ هزار نفره در شهر ووهان چین (خاستگاه کووید-۱۹) در رسانه‌ها منتشر می‌شود که نه تنها کسی ماسکی بر صورت ندارد، بلکه هیچ فاصله‌گذاری اجتماعی نیز رعایت نشده و انبوه جمعیت با کمترین فاصله و بدون هیچ پروتکلی در حال جشن و شادی هستند! این رخداد حیرت انگیز تا چندین روز دوربین خبرنگارها و اذهان کنجکاو را به سمت ووهان معطوف می‌کند و پرسش اینجاست که چگونه در برهه‌ای حساس که در سراسر جهان هنوز آماری‌های پرشمار از مبتلایان و فوتی‌های کرونا سرتیتر اخبار است، شهری که خود محل ظهور ویروس کرونای جدید است، خالی از هر ویروسی شده و مردم به زندگی عادی خود بازگشته‌اند؟ این رخداد با تصویری هولناک که بهداشت جهانی از کرونا ویروس قاتل و مهلک به جهان داده بود بسیار در منافات بوده و اگر گزاره‌های توصیفی در خصوص ویروس از جمله قدرت بالای سرایت آن، سرایت از سطوح و ناقل بی‌علامت صحت داشته باشد، در شهر پرجمعیت و جنجالی همچون ووهان وجود حتی یک ناقل بی‌علامت و یا حتی چند عدد ویروس در این فستیوال منجر به فاجعه بشری باید می‌شد! اما چنین نشد.

گویا حکومت چین با این فستیوال، قصد دهان کجی به رقبا و سایر کشورهای دنیا دارد.

این رخداد موجب برانگیخته شدن موجی از خشم و نفرت مردم جهان می‌شود که چرا در دورهٔ اعلام پاندمی آن هم کشور و شهری که خود محل ظهور و نشر ویروس است، آن هم در ۷ ماه پس از گزارش همه‌گیری دست به چنین اقدامی زده است؟

هنگامی که متخصصین برای این امر توجیهات متعددی از جمله همت و جدیت چینی‌ها در قوانین قرنطینه و امکان بررسی تست‌ها غربالگری برای ۱۵ هزار نفر را به مانند فریبی خودخواسته برای خود خلق می‌کنند، دولت چین جهان را با جمله‌ای عجیب غرق حیرت می‌کند:

- مردم ووهان حدوداً یک ماه پیش واکسینه شده‌اند!

یعنی چیزی زودتر از واکسن روسیه. گویا این فستیوال قرار است تبلیغاتی متفاوت برای کیفیت واکسن‌ها باشد. درست زمانی که ولادیمیر پوتین برای اثبات کارایی و امنیت واکسن آن را بر روی دختر خود و ژنرال‌های ارشد ارتش آزمایش می‌کند تا حال مدتی سپری شود و نتیجه آن مشخص شود، چین قبلاً این کار را گویا زودتر انجام داده و نتیجه محصول خود را در تعداد انبوده و یک نمایش خیره کننده به جهان عرضه می‌کند.

این واقعه یادآور ضرب المثلی قدیمی‌ست که؛ مهم نیست چه کسی زودتر شروع می‌کند، برنده کسی‌ست که زودتر از خط پایان عبور می‌کند. و اکنون چینی‌ها با اقدامی شجاعانه عقب افتادن از روسیه را جبران کرده و حتی بازه زمانی آن را به یک ماه قبل‌تر جابجا می‌کند و در عین حال نتیجه آن را در مقیاسی ۱۵ هزار نفری به نمایش می‌گذارد.

شاید آن زمان که روس‌ها قهرمانانه موفقیت واکسن خود را جشن گرفته بودند، این اقدام هوشمندانهٔ چینی‌ها به ذهنشان هم خطور نمی‌کرد که کشور دیگری با برگزاری یک فستیوال موسیقایی هم‌گوی تقدیم زمانی را ربوده باشد، هم‌گوی کیفیت و ارائه نمونه کار را. پیام چینی‌ها متفاوت و کمی هم تحقیر کننده بود! یعنی تمام چیزی که

کمپانی‌های بزرگ همچون آسترازنکا و فایزر و مدرنا و... در تکاپوی ساختن آن هستند و روسیه در اوج ناباروری مدعی ساختن آن شده را نه تنها ما زودتر ساخته‌ایم، بلکه بدون اطلاع جهانیان و پنهانکارانه بر روی جمعیت مردم خود تزریق نموده‌ایم و نتیجه آن هم در تصاویر و ویدئوها هویدا است.

حال چند پرسش اساسی پیش می‌آید:

۱. به فرض که چینی‌ها اندک زمانی پس از شیوع کرونا دست به تحقیقات و ساخت واکسن زده باشند و واکسنی را به این مرحله رسانده‌اند که پس از کارآزمایی‌های بالینی و بررسی داوطلبین (مراحل طولانی آن) آن را بر روی مردم خود تزریق نموده است. چرا این اقدام می‌بایست پنهانی و بدون اطلاع مراجع سلامت بوده باشد؟ آیا حکومتی که در مورد چنین امر مهمی دست به پنهانکاری می‌زند و چنین یافته مهمی را از سایر کشورهای جهان دریغ می‌ورزد در سایر ادعاهای خود صادق است و می‌تواند مورد اعتماد و وثوق جهان قرار گیرد؟
۲. آیا این واکسن مراحل انتهایی را به طور کامل طی کرده است؟ چگونه ممکن است به فاصله ۷ ماه پس از شیوع واکسنی را تهیه و آزمایش کرد و آن را به مردم تزریق نمود. این بدان معناست که حکومت چین دست به ریسک بزرگی زده و بدون بررسی کامل عوارض جانبی واکسن آن را به مردم خود تزریق کرده، که اولاً این امر اخلاقی و معقول نمی‌نمایند و ثانیاً حکومتی کمونیست مانند چین که سرمایه اصلی آن نیروی انسانی بوده و به افراد و فرزندان آنها به چشم سرمایه می‌نگرد، بر سر مردم خود دست به قمار تاریخی شده است؟ در این صورت با توجه به اینکه فاصله پکن (پایتخت چین) از ووهان بسیار کمتر از فاصله سایر کشورهای جهان از ووهان می‌باشد، چگونه سایر شهرها و استان‌های چین درگیر همه‌گیری نشده و تنها ووهان قربانی این فاجعه شده است؟ آیا اقدامات مشابه چین تنها در مورد ووهان بوده و یا سایر ساکنین سرزمین پهناور چین نیز واکسن دریافت کرده‌اند؟

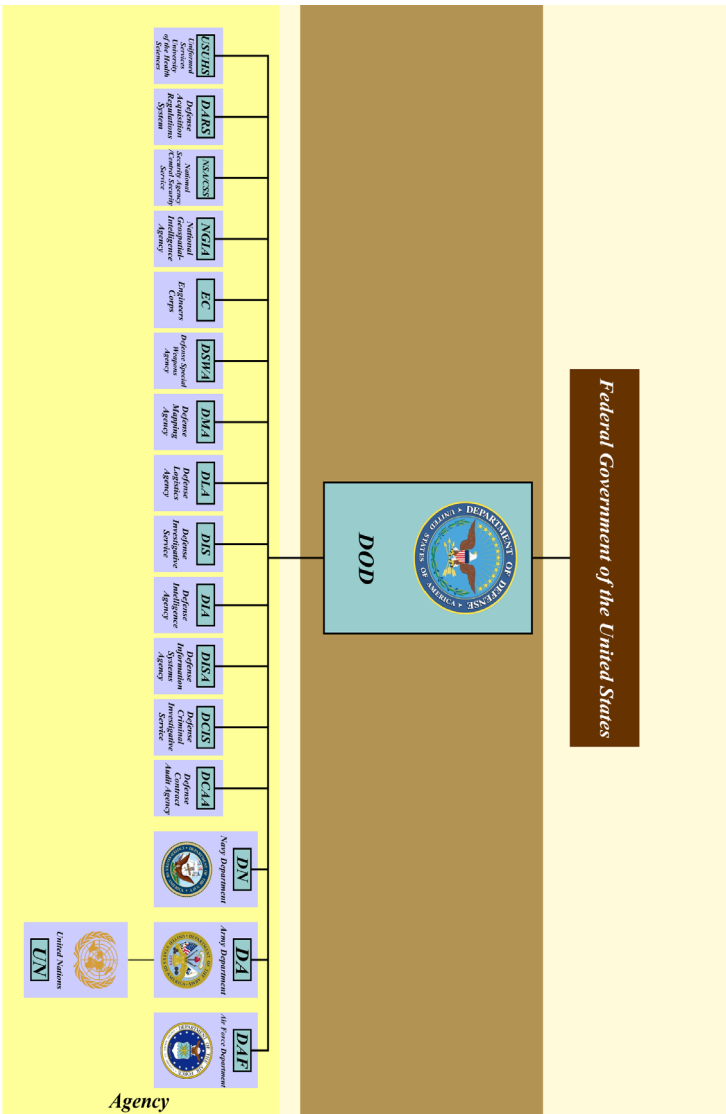
۳. آیا ممکن است چینی‌ها از مدت‌ها قبل واکسن را در اختیار داشته باشند و بر خلاف فرض قبلی دوره کارآزمایی بالینی آن را از سال‌های پیش آغاز و به سرانجام رسانیده باشد و در دوره شیوع و کمی بعد از آن با اطمینان خاطر این واکسن را به مردم تزریق کرده باشند؟ در این صورت و با پذیرش این احتمال می‌بایست پذیرفت که سازنده وپروس چند محقق کنجکاو و یک لابراتور خصوصی نبوده که وپروس غیر عمدی از آن نشر شده باشد، بلکه این امر یک اقدام سازمان یافته و پروژه‌ای عظیم از جانب حکومت چین و متحدان احتمالی او می‌باشد. (کسانی که منافعی هم راستا با حکومت چین داشته باشند، مثلاً یک جناح سیاسی که خواهان شکست جناح رقیب خود در انتخابات است. حال اگر بگوییم بودجه تحقیقات بر روی این پروژه در ووهان توسط حزب دموکرات آمریکا در دوران ریاست جمهوری باراک اوباما پرداخته شده و این حزب توانسته به لطف شیوع، رئیس جمهور وقت را در انتخابات شکست دهد، نخستین سؤالی که به ذهن متبادر می‌شود چیست؟ آیا چینی‌ها و دموکرات‌ها و سایر دوستان از محل شیوع دچار زیان شده‌اند؟ آیا از آنها کسی جان خود را از دست داده است؟ به چه علت چین تنها اقتصاد جهان با رشد مثبت است؟ به چه علت ثروتمندان آمریکایی که وفادار به دموکرات‌ها هستند، پس از شیوع ثروتمندتر شده‌اند؟ این افراد در لیست حامیان مالی همان سازمان بهداشت جهانی، CDC و NIH هستند که قویاً منکر ساختگی بودن وپروس می‌شوند.)

با پذیرش هر فرض و بررسی موضوع از هر زاویه‌ای نمی‌توان نگاهی مثبت و عاری از ظن و تردید به چین داشت.

و حال می‌توان قدری به این موضوع با چشم باز نگریست که چرا سازمان بهداشت جهانی قطعاً مخالف آزمایشگاهی بودن وپروس بوده و بر طبیعی بودن آن تأکید می‌ورزد. چرا که با پافشاری بر غیر ساختگی بودن آن؛ اولاً بازار گسترده و مناسبی برای چین از بابت عرضه و فروش واکسن باز می‌شود. این کشور به عنوان موفق‌ترین سازنده واکسن که مارائن ساخت آن را زودتر از روسیه و انگلیس و آمریکا به پایان برده و درست هنگامی که جهان درگیر کارآزمایی‌های بالینی واکسن‌هاست، این کشور

واکسن خود را ساخته و تزریق کرده برنده این شطرنج خواهد بود. جهان وحشت زده و هراسیده از مرگ و بیماری شاید هرگز فرصت اندیشیدن به این مسئله را نخواهد یافت که فروشنده واکسن همان کشوری ست که ویروس از آن ظهور کرده است، چرا که "سازمان بهداشت جهانی" ظهور ویروس را امری طبیعی و زیستی معرفی می‌کند که احدی از حکومت چین در پیدایش آن نقشی نداشته و حتی در امری خیرخواهانه و تلاشگرانه با صرف هزینه‌های بسیار، برای آن واکسنی نیز ساخته و حاضر است آن را در اختیار سایرین نیز قرار دهد. اما با رد واکسن‌های ارسالی از چین به برزیل معادلات کمی به هم می‌ریزد و رقیب غربی مدعی موفقیت ۹۰ درصدی واکسن فایزر شده و در عین حال ادعا می‌کنند واکسن چینی منجر به بروز حوادثی ناگوار در داوطلبین شده است.

و دلیل دیگر بر مقاومت سازمان بهداشت جهانی در مقابل ساختگی بودن ویروس را شاید بتوان اینگونه بیان کرد که ویروس دست ساز نمی‌تواند آن مقدار هراس و وحشتی که یک ویروس طبیعی فاقد دارو و واکسن ایجاد می‌کند را تأمین کرده و اگر ظن به ساختگی بودن ویروس به یقین تبدیل گردد، قطعاً وجود واکسن و دارو مقدم بر دوره شیوع خواهد بود و چنانچه مردم به مقولۀ شیوع به چشم یک تجارت و شطرنج قدرت نگاه کنند کمتر دچار هراس خواهند شد تا اینکه گمان کنند ویروسی مرموز و جدید ظهور کرده که هیچ کجای دنیا واکسن و دارویی برای آن وجود ندارد و یگانه راه بقاء انجام پروتکل‌هایی ست که سازمان بهداشت جهانی ارائه می‌دهد.



تصویر ۳۷- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

در ادامه نام چند آژانس در اسناد به کرات دیده می‌شود که جایگاهشان را در ساختار حکومتی ایالات متحده آمریکا به شکل زیر است:

الف. آژانس Centers for Disease Control and Prevention - مرکز کنترل و پیشگیری بیماری با نام اختصاری CDC می‌باشد. رابرت ری. ردفیلد^۱ مدیریت این سازمان را بر عهده دارد. این آژانس ذیل دپارتمان بهداشت (HHS) معرفی می‌شود.

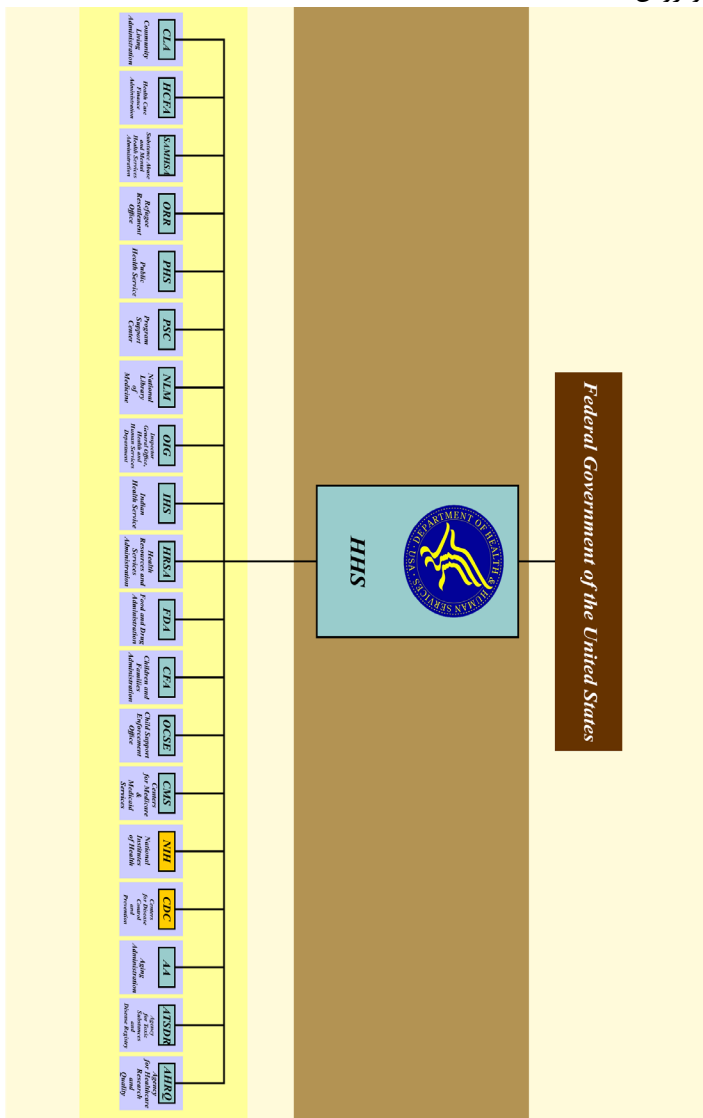
ب. آژانس National Institutes of Health - مؤسسه‌های ملی بهداشت با نام اختصاری NIH می‌باشد. فراتسیس سیلر کالینز^۲ مدیریت این سازمان را بر عهده دارد. این آژانس نیز ذیل دپارتمان بهداشت (HHS) معرفی می‌شود و خود دارای ۲۷ مرکز و مؤسسه است که یکی از آنها مؤسسه ملی آلرژی و بیماری‌های عفونی با نام اختصاری NIAID با مدیریت دکتر آنتونی فائوچی^۳ است.

ج. آژانس The World Health Organization - سازمان جهانی بهداشت با نام اختصاری WHO می‌باشد. تدروس ادهانوم^۴ مدیریت این سازمان را بر عهده دارد. این سازمان یکی از آژانس‌های سازمان ملل متحد (United Nations) است.

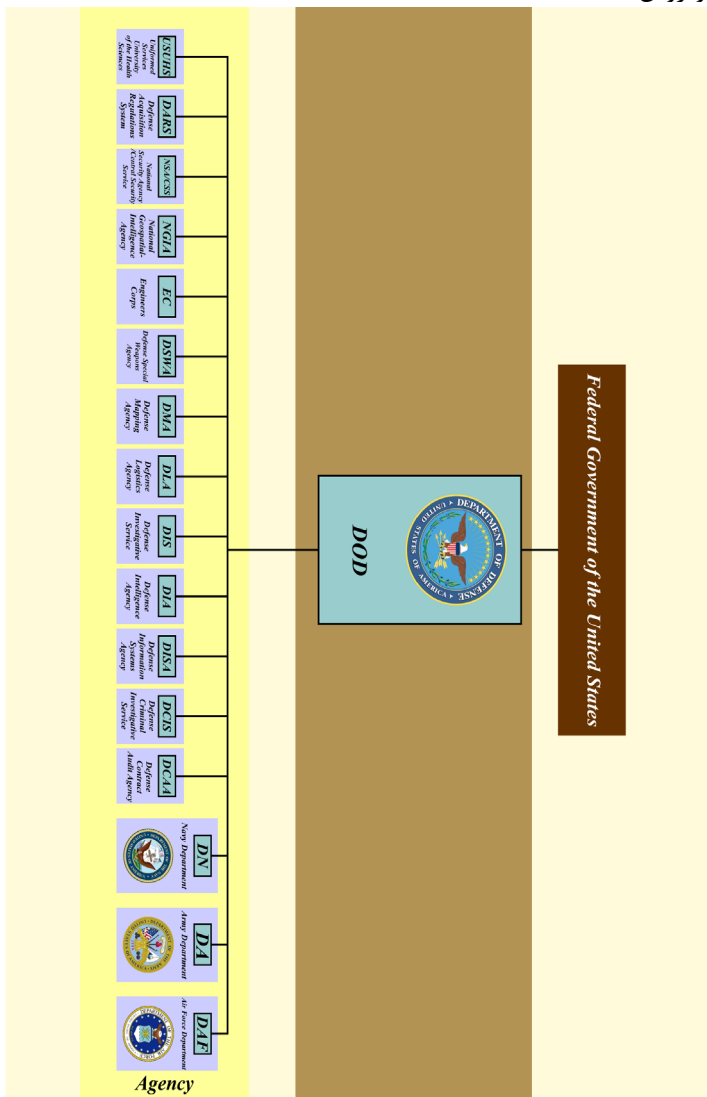
با استفاده از شناخت کلی پیرامون ساختار حکومتی ایالات متحده آمریکا، در اسناد مربوطه دقیق خواهیم شد.

1. Robert Ray Redfield Jr
2. Francis Sellers Collins
3. Anthony Stephen Fauci
4. Tedros Adhanom Ghebreyesus

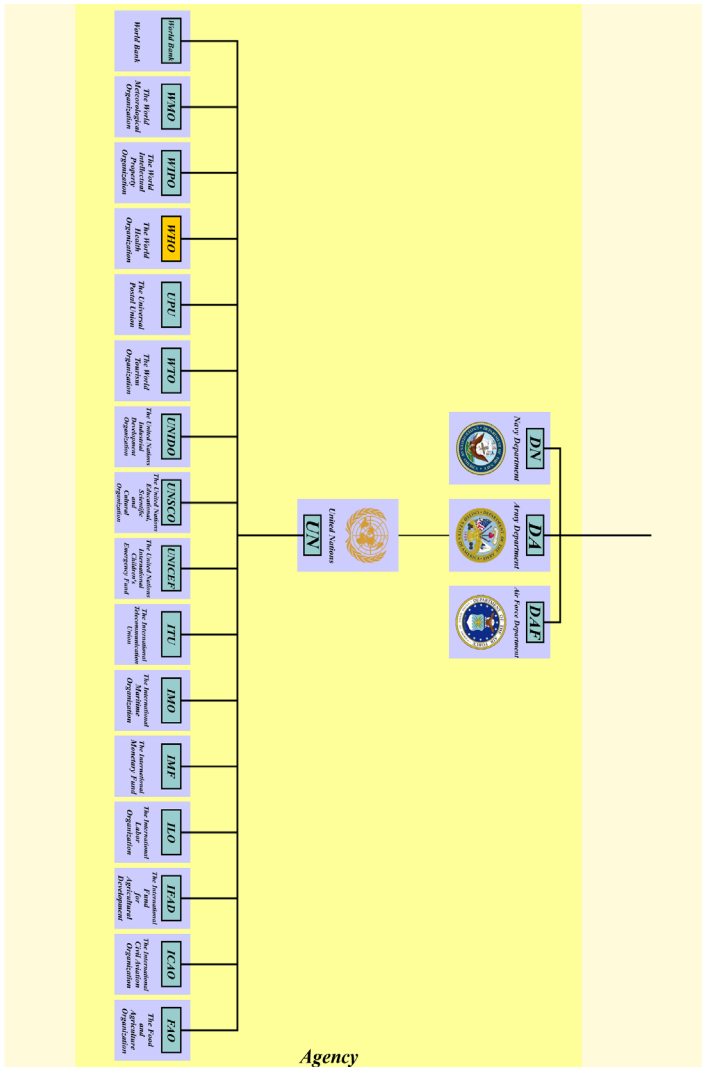
تصویر ۳۸- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)



تصویر ۴۰- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)



تصویر ۴۱- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کرونا ویروس)



تصویر ۴۲- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

توضیحات و سند شماره (۱)

بررسی جدی پیرامون ویروس کرونا از دهه ۹۰ میلادی در رده سلولی حیوان آغاز شد. اولین مقالات مهم راجع به این موضوع در مجله ویروس‌شناسی (*Journal of Virology*) در سال ۱۹۹۰ با عنوان «انتقال درون سلولی پروتئین خوشه‌ای ویروس نو ترکیب کرونا» در رده سلولی گربه منتشر شده است.

تصویر ۴۳- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

ضمیمه (۱)

JOURNAL OF VIROLOGY, Jan. 1990, p. 339-346
0022-538X/90/001339-08\$02.00/0
Copyright © 1990, American Society for Microbiology

Vol. 64, No. 1

انتقال درون سلولی پروتئین خوشه‌ای ویروس نو ترکیب کرونا:
مقایسه مربوط به اجتماع ویروس

Intracellular Transport of Recombinant Coronavirus Spike Proteins: Implications for Virus Assembly

H. VENNEMA, L. HEUNEN, A. ZUIDERVELD, M. C. HORZINEK, AND W. J. M. SPAAN*

Institute of Virology, Department of Infectious Diseases and Immunology, Veterinary Faculty, State University, Yalelaan 1, P. O. Box 80.165, 3508 TD Utrecht, The Netherlands

Received 14 July 1989/Accepted 25 September 1989

Coronavirus spike protein genes were expressed in vitro by using the recombinant vaccinia virus expression system. Recombinant spike proteins were expressed at the cell surface and induced cell fusion in a host-cell-dependent fashion. The intracellular transport of recombinant spike proteins was studied. The half time of acquisition of resistance to endo- β -N-acetylglucosaminidase H was approximately 3 h for the recombinant feline infectious peritonitis virus S protein. The S protein in feline infectious peritonitis virus-infected cells was found to have a half time of acquisition of resistance to endo- β -N-acetylglucosaminidase H of approximately 1 h. This difference can be explained by the fact that coronavirus budding takes place at intracellular membranes and that the oligosaccharides of the spike protein are modified after budding. Apparently, spike protein incorporated into budded virions is transported faster through the Golgi apparatus than is spike protein alone. These findings provide new insights into the mechanism of coronavirus budding and are discussed in relation to current models of intracellular transport and sorting of proteins.

Coronaviruses are enveloped positive-stranded RNA viruses. Virions of most coronaviruses contain three proteins: the phosphorylated nucleocapsid protein N, a small glycoprotein, M, which is largely embedded in the membrane; and a large glycoprotein, S, which forms petal-shaped peplomers (26). Both glycoproteins are synthesized on ribosomes bound to the rough endoplasmic reticulum (RER) (18).

An interesting aspect of coronavirus replication is the intracellular budding of virions, which takes place in transitional elements of the endoplasmic reticulum, Golgi apparatus, and pre-Golgi (21). The S protein is concentrated in the budding apparatus and is believed to determine the site of budding (28). Intracellular accumulation of S protein is a property of the M protein and does not require the presence of other viral components (3, 24).

The S protein mediates binding of virions to the host cell receptor, causes cell fusion, and is the major target for virus-neutralizing antibodies. Analysis of the primary nucleotide sequence and the predicted amino acid sequence of S proteins of several coronaviruses revealed features typical of type I membrane proteins (26). The biosynthesis of S has only been studied in coronavirus-infected cells. The S protein is cotranslationally glycosylated (26, 29). During virus maturation the N-linked oligosaccharides of S undergo Golgi-specific modifications (18). Mature virions are released from the cell through the constitutive exocytic pathway (30). A proportion of S that is not incorporated into virions is transported to the plasma membrane, where it induces cell-to-cell fusion (28). Hence, two populations of S protein are transported through the exocytic pathway: S protein anchored in cellular and S protein anchored in viral membranes. Neither the ratio nor the kinetics of intracellular transport of these two populations of S protein are known.

In the present study we have used vaccinia virus recombinants expressing S genes of three different coronaviruses to study the biosynthesis of S protein in the absence of virus budding. We found that it reached the plasma membrane and that it induced cell fusion but that transport through the

Golgi apparatus occurred with extremely slow kinetics. Comparison with results from coronavirus-infected cells showed that S protein was transported much faster once it had been incorporated into virions. The implications of these findings are discussed in relation to models of coronavirus budding and protein targeting.

MATERIALS AND METHODS

Cells and viruses. Coronavirus strains used were feline infectious peritonitis virus (FIPV) strain 79-1146 (16), mouse hepatitis virus (MHV) strain A59, and infectious bronchitis virus (IBV) strain M42.

Cells were maintained as monolayer cultures in Dulbecco modified Eagle medium (DMEM) (Gibco Laboratories) containing 10% heat-inactivated fetal bovine serum and 100 IU of penicillin and 100 μ g of streptomycin per ml. For FIPV infections, *Felis catus* whole fetus (few-D), Norden Laboratories feline kidney (NLFK), and Crandell feline kidney (CrFK) cells were used. For MHV infections Sac- and L cells were used, and Vero cells were used for IBV. Vaccinia virus (strain WR) infections were performed with the same cell lines and in addition using HeLa, human 143 thymidine kinase-negative (TK-), and rabbit kidney (RK-13) cells.

Recombinant DNA techniques. Cloning procedures were as described by Maniatis et al. (15). Enzymes were used according to the specifications of the manufacturers (Pharmacia, New England BioLabs, and Boehringer Mannheim Biochemicals).

Cloning of full-length spike protein genes in vaccinia virus infection vectors. The S genes of FIPV 79-1146, MHV A59, and IBV M41 have been cloned and sequenced in our laboratory (3, 12, 20).

The coding sequence of the FIPV S gene was recombined from cDNA clone B1 as described previously (4). The complete coding sequence was isolated as a 4.5-kilobase (kb) *Bam*HI fragment and ligated to *Bam*HI-cut transfer vector pG20 (14).

The full-length coding region of the S gene of MHV A59 was reconstructed from two overlapping cDNA clones, B24 and F11 (12). Sequences upstream of the initiation codon

* Corresponding author.

تصویر ۴۴- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

توضیحات و سند شماره (۲)

در سال ۱۹۹۸-۱۹۹۹ جهت و مسیر مباحث پیرامون **ویروس کرونا**، به سمت استفاده درمانی ویروس به عنوان تقویت سیستم ایمنی و واکسن سوق داده شده است.

* این موارد در "معاهده همکاری ثبت اختراع"؛ ثبت اختراع یا اصطلاحاً **پتنت** شده است.

تصویر ۴۵- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

ضمیمه (۲)

معاهده همکاری ثبت اختراع

PCT WORLD INTELLECTUAL PROPERTY ORGANIZATION
International Bureau

INTERNATIONAL APPLICATION PUBLISHED UNDER THE PATENT COOPERATION TREATY (PCT)

(51) International Patent Classification: C07K 14/165, C12N 7/04, 15/86	A1	(11) International Publication Number: WO 98/49195 (43) International Publication Date: 2 November 1998 (98/49195)
(21) International Application Number: PCT/NL98/00217		(84) Designated States: AL, AM, AT, AU, AZ, BA, BB, BG, BR, BY, CA, CH, CN, CU, CZ, DE, DK, EE, ES, FI, GB, GR, HU, IL, IN, JP, KE, KG, KP, KR, KZ, LC, LG, LU, LT, LV, LY, MD, MG, MK, MN, MW, MX, NO, NZ, PL, PT, RO, RU, SD, SE, SG, SI, SK, SL, TM, TR, TT, UA, UG, US, UZ, VN, YU, ZA, ZW, ZY. International patent (AU, CA, CH, CL, CN, CU, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GB, GR, HU, IL, IN, JP, KE, KG, KP, KR, KZ, LC, LG, LU, LT, LV, LY, MD, MG, MK, MN, MW, MX, NO, NZ, PL, PT, RO, RU, SD, SE, SG, SI, SK, SL, TM, TR, TT, UA, UG, US, UZ, VN, YU, ZA, ZW, ZY). International patent (AM, AZ, BY, BG, BR, CA, CH, CL, CN, CU, DE, DK, EE, ES, FI, FR, GB, GR, HU, IL, IN, JP, KE, KP, KR, KZ, KG, LG, LU, LT, LV, LY, MD, MG, MK, MN, MW, MX, NO, NZ, PL, PT, RO, RU, SD, SE, SG, SI, SK, SL, TM, TR, TT, UA, UG, US, UZ, VN, YU, ZA, ZW, ZY).
(22) International Filing Date: 29 April 1998 (29.04.98)		
(30) Priority Date: 27/02/96 29 April 1997 (29.04.97) 1/41 Countries for which the regional or international application was filed: NL, et al.	EP	
(71) Applicant (for all designated States except US): VIRTECH LTD (NL); Virtech Ltd, Huddersfield, 100, NI-3584 CA Utrecht (NL).	US	
(72) Inventor and (73) Inventor/Applicant (for US only): ROTHIER, Peter, Joseph, Marie [NL]; Virtechan 45, NL-3737 RG Groningen (NL).		
(74) Agent: SMULDERS, Th. A. H., J., Vermeijde Oosthoorn, Nieuwe Parkweg 95, NL-2087 BX The Hague (NL).		
Published With international search report. Before the expiration of the time limit for amending the claims and for presenting observations.		
(54) Title: CORONA VIRUS-LIKE PARTICLES AS TOOLS FOR VACCINATION AND THERAPY (57) Abstract: ذرات شبه ویروس کرونا به عنوان ابزاری برای واکسناسیون و درمان The present invention provides virus-like particles (VLPs) derived from coronavirus which are modified in various ways, genetically or in their protein composition, thereby exposing at their surface various biological or target molecules and/or carrying within the particle molecules with biological activity which need to be protected or shielded and/or containing genomes from which parts of nucleic acid sequences have been removed or altered or into which foreign genes or sequences have been incorporated. The VLPs can for example be used as systems for the targeted delivery of therapeutic agents in the body or can be used as vaccine or as antigen in diagnostic tests.		

سیستمی برای بازخورد هدفمند درمان در بدن

واکسن

استفاده شود به عنوان

نستهای تشخیصی آنتی ژن

دو هدف

تصویر ۴۶- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

توضیحات و سند شماره (۳)

در سال ۲۰۰۲ از جانب دانشگاه کارولینای شمالی در چاپل هیل توسط سه تن از دانشمندان از جمله رالف بریک، تحقیقی با عنوان "روش‌هایی برای تولید کردن کرونا ویروس نوترکیب" منتشر شد که در سال ۲۰۰۷ ثبت اختراع شد.
در این بررسی ادعا شد که با استفاده از سلول‌های کمکی که شامل سلول‌های مجاز ویروس نیزه که خود شامل *RNA* ریپلکان و *RNA* کمکی بود قادر است یک سلول را آلوده کند و در غیاب *RNA* کمکی قادر به تکثیر ویروسی نیست.

* این بدان معنی است که مخترعین مدعی هر گونه ثبت اثر و استفاده از جمله ثبت بیماری ناشی از ویروس کرونا نوترکیب شده‌اند.

تصویر ۴۷- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

توضیحات و سند شماره (۴)

CDC در سال ۲۰۰۳ ادعای مالکیت ویروس نوترکیب سارس را اعلام می کند.

تصویر ۴۹- از سند دسیسه آژانس های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)



AP Associated Press

updated: 11/4/2003 7:59:59 PM ET

تاریخ

Print | Font: A + -

SAN FRANCISCO — Researchers around the world are racing to patent the SARS virus and its genetic material, rekindling criticism of laws that allow people to claim intellectual property rights on living things.

Several biotechnology and pharmaceutical companies, the U.S. government and researchers in Canada and Hong Kong have filed SARS-related patent applications in recent weeks, claiming ownership of everything from bits of genetic material to the virus itself.

Nonprofit and government agencies said their applications are intended to keep the SARS work in the public domain, while private companies said patents will protect their research and development, and possibly lead to drug royalties.

ادعای مالکیت CDC از ویروس نوترکیب کرونا به نام سارس

CDC claims ownership of virus

The Centers for Disease Control and Prevention, for instance, claims ownership of the virus and its entire genetic content. Rather than trying to profit if such a patent were awarded, the CDC says its application is to prevent others from monopolizing the field.

تصویر ۵۰- از سند دسیسه آژانس های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

توضیحات و سند شماره (۵) - ۱/۲

آژانس *CDC* به عنوان یکی از آژانس‌های دیارت‌مان خدمات بهداشت و بشری ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۳ ثبت اختراعی را با عنوان "**ویروس کرونا مشتق شده از انسان**" درخواست می‌کند که ۲ مرتبه در سال‌های ۲۰۰۷ و ۲۰۱۰ ثبت اختراع می‌شود.

در این اختراع چند چیز به نام *CDC* ثبت می‌شود:

۱. خود ویروس کرونا در رده سلولی انسان
۲. بیماری ناشی از آن که سندرم حاد تنفسی شدید است
۳. ساختار ویروس کرونا در رده سلولی انسان با بیان میکروب‌های موجود در ژنوم ویروس مذکور
۴. روش شناسایی و معیار اندازه‌گیری ویروس مذکور از جمله کیت‌های اندازه‌گیری و ...
۵. معیار تشخیص عفونت ناشی از ویروس مذکور
۶. تجویز درمان و مقابله با ویروس از حیث ایمنی بدن انسان و همچنین چگونگی استفاده از آن‌ها

تصویر ۵۱- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)



US007220852B1

United States Patent
Rota et al.

تاریخ ثبت اختراع
US 7,220,852 B1
(10) Patent No.:
(45) Date of Patent: **May 22, 2007**

ویروس کرونا مشتق شده از انسان
(54) **CORONAVIRUS ISOLATED FROM HUMANS**

FOREIGN PATENT DOCUMENTS

WO WO 2004/065633 * 10/2004
WO WO 2004/092360 * 10/2004

OTHER PUBLICATIONS

GenBank Accession No. AY274119, "SARS Coronavirus Tor2, complete genome," version AY274119.1, Apr. 14, 2003.*
GenBank Accession No. AY278487, "SARS coronavirus B802, partial genome," version AY278487.1, Apr. 21, 2003.*
GenBank Accession No. AY278554, "SARS coronavirus CUHK-W1, complete genome," version AY278554.1, Apr. 18, 2003.*
GenBank Accession No. AY278091, "SARS Coronavirus HKU-1/9846, complete genome," version AY278091.1, Apr. 18, 2003.*
SARS-associated Coronavirus. Genomic Sequence Availability. [online] [retrieved on Aug. 8, 2005]. Retrieved from the Internet <URL: <http://www.hgcac.ca/bioinfo/SARS>>.*
GenBank Accession No. AY274119, Apr. 14, 2003.
GenBank Accession No. AY278741, Apr. 21, 2003.

*Update: Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in Hong Kong
اختیار از این ویروس الکترونیک شده است که ویروس کرونا
مشتق شده از انسان یا عنوان (SARS-COV)
Diseases 16 (1) 218 (2004)
Goldsmith et al. (SARS)
است.
Katzek et al. "A Novel Coronavirus Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-COV) از ویروس کرونا
Luo and Liu. "SARS-COV از ویروس کرونا
and Using a SARS-CoV Antigen Assay for the Detection of SARS-CoV Infection. New Zealand Society for Infectious Diseases (NZSID) 2004.
Marra et al. "The Genome Sequence of the SARS-Associated Coronavirus (SARS-CoV) از ویروس کرونا
sciencescience.org/cgi/content/full/10839/1/11
Rota et al. "Characterization of a Novel Coronavirus Associated with Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-COV) از ویروس کرونا
with Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-COV) از ویروس کرونا
(2003).
Supplemental Content: SARS-CoV-1
org/cgi/content/full/1085952.DC/1-50
* cited by examiner

Primary Examiner—Mary F. Mosher
(74) Attorney, Agent, or Firm—Klarquist Sparkman LLP

(57) **ABSTRACT**

Disclosed herein is a newly isolated human coronavirus (SARS-CoV), the causative agent of severe acute respiratory syndrome (SARS). Also provided are the nucleic acid sequence of the SARS-CoV genome and the amino acid sequences of the SARS-CoV open reading frames, as well as methods of using these molecules to detect a SARS-CoV and detect infections therewith. Immune stimulatory compositions are also provided, along with methods of their use.

1 Claim, 7 Drawing Sheets

References Cited

U.S. PATENT DOCUMENTS

2005/0181357 A1 * 8/2005 Paris et al. 435/5

(75) Inventors: **Paul A. Rota**, Decatur, GA (US); **Larry J. Anderson**, Atlanta, GA (US); **William J. Bellini**, Lilburn, GA (US); **Cara Carithel Burns**, Avondale Estates, GA (US); **Raymond Campagnoli**, Decatur, GA (US); **Qi Chen**, Marietta, GA (US); **James A. Comer**, Decatur, GA (US); **Shannon L. Emery**, Lasika (ZM); **Dean D. Erdman**, Decatur, GA (US); **Cynthia S. Goldsmith**, Lilburn, GA (US); **Charles D. Humphrey**, Lilburn, GA (US); **Joseph F. Levenegle**, Atlanta, GA (US); **Thomas G. Kitazek**, Lilburn, GA (US); **Stephan S. Monroe**, Decatur, GA (US); **William Allan Nix**, Bethlehem, GA (US); **M. Steven Oberste**, Lilburn, GA (US); **Teresa C. T. Peret**, Atlanta, GA (US); **Pierre C. Rollin**, Lilburn, GA (US); **Mark A. Pallansch**, Lilburn, GA (US); **Anthony Sanchez**, Lilburn, GA (US); **Suxiang Tong**, Alpharetta, GA (US); **Sherif R. Zaki**, Atlanta, GA (US)

(73) Assignee: **The United States of America as represented by the Secretary of the Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention**, Washington, DC (US)

(*) Notice: Subject to any disclaimer, the term of this patent is extended or adjusted under 35 U.S.C. 154(b) by 0 days.

(21) Appl. No.: **10822,904**

(22) Filed: **Apr. 12, 2004**

تاریخ درخواست
Related U.S. Application Data

(60) Provisional application No. 60/465,927, filed on Apr. 25, 2003.

(51) Int. Cl. **C12N 15/00** (2006.01)
C12N 7/00 (2006.01)

(52) U.S. Cl. **536/23.72**; **435/235.1**
(58) Field of Classification Search **536/23.72**; **514/44**; **435/235.1**, **320.1**

See application file for complete search history.

References Cited

U.S. PATENT DOCUMENTS

2005/0181357 A1 * 8/2005 Paris et al. 435/5

از CDC یکی از
HHS های

تصویر ۵۲- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

توضیحات و سند شماره (۵) - ۲/۲

در طول پژوهش ما با تغییر و تحول بخشی از اسناد، در فضای سایبر (مجازی) روبرو بودیم؛ یکی از موارد کوچکی که توسط رسانه سانسور شده است همین سند به ضمیمه (۴) است.

خبری که مشاهده نمودید در تاریخ ۱۱ آوریل ۲۰۰۳ (ماه چهارم سال میلادی) در سایت رسمی *NBCnews* ثبت گردیده است، اما به تازگی وقتی مراجعه نمودیم تاریخ انتشار مطلب تغییر یافته بود. در جستجوگر گوگل تاریخ به ۴ نوامبر ۲۰۰۳ (ماه دهم سال میلادی) تغییر پیدا کرده است.

جالب است در ضمیمه (۵) - ۱ تاریخ درخواست *CDC* در ۲۵ آوریل ۲۰۰۳ بوده است و خبر ادعای مالکیت *CDC* چهارده روز قبل از تاریخ درخواست که با توجه به محتوای عنوان درج شده خبر مذکور که حاکی از ثبت نشدن ویروس در زمان خبر می باشد، منطقی است اما تاریخ جدید در سایت، ۶ ماه بعد از تاریخ درخواست می باشد و به چه علتی باید ۶ ماه بعد از درخواست، چنین خبری داده شود چون خبر در آن زمان یک خبر سوخته محسوب می شود، چون ادعایی دیگر موضوعیت ندارد و *CDC* درخواست کرده و درخواستش طبقه بندی شده است.

تصویر ۵۳- از سند دسیسه آژانس های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

Google

Scientists race to patent SARS virus

× 🔊 🔍

🔍 All 📰 News 📺 Videos 🖼️ Images 📖 Books ⋮ More ⚙️ Settings 🛠️ Tools

About 632,000 results (0.58 seconds)

www.nbcnews.com > health-infectious_diseases > scient... ▾

Scientists race to patent SARS virus - Health - Infectious ...

4 Nov 2003 — SAN FRANCISCO — Researchers around the world are racing to patent the SARS virus and its genetic material, rekindling criticism of laws that ...

law.unimelb.edu.au > __data > assets > pdf_file > Rimmer ▾ PDF

the race to patent the sars virus: the trips agreement and ...

At 4am, 12 April 2003, scientists at the Genome Sciences Centre of the BCCA completed the first publicly available draft sequence for a coronavirus implicated in ...

by M RIMMER · Cited by 31 · Related articles

apnews.com > article ▾

Race to Patent SARS Virus Renews Debate - AP News

5 May 2003 — SAN FRANCISCO (AP) — Scientists have yet to find a treatment for the SARS virus, but already a race is on to patent it.

go.gale.com > i.do

The race to patent the SARS virus: the TRIPS agreement and ...

It contends that there is a need to reform the patent system to accommodate the global nature of scientific inquiry, the unique nature of genetics, and the pace of ...

by M Rimer · 2004 · Cited by 31 · Related articles

eprints.qut.edu.au > ... ▾

The race to patent the SARS virus: The TRIPS ... - QUT ePrints

16 Oct 2020 — Rimmer, Matthew (2004) The race to patent the SARS virus: The ... the patent system to accommodate the global nature of scientific inquiry, the ...

by M Rimmer · 2004 · Cited by 31 · Related articles

www.wsj.com > articles

Scientists' Hunt for SARS Cure Turns to Race for Patent Rights ...

5 May 2003 — A patent battle is breaking out among scientists who helped discover the SARS

تصویر ۵۴- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

ضمیمه (۵) - ۲/۲-۲

NEWS NBC NEWS NOW NIGHTLY NEWS MEET THE PRESS DATELINE NEWS TODAY

NBC NEWS DECISION 2020 POLLING HQ CORONAVIRUS U.S. NEWS OPINION BUSINESS WORLD

HEALTH NEWS

Scientists race to patent SARS virus

Oct. 16, 2003, 1:04 PM +0330 / Source: The Associated Press

Researchers around the world are racing to patent the SARS virus and its genetic material, rekindling criticism of laws that allow people to claim intellectual property rights on living things.

Several biotechnology and pharmaceutical companies, the U.S. government and researchers in Canada and Hong Kong have filed SARS-related patent applications in recent weeks, claiming ownership of everything from bits of genetic material to the virus itself.

Nonprofit and government agencies said their applications are intended to keep the SARS work in the public domain, while private companies said patents will protect their research and development, and possibly lead to drug royalties.

CDC claims ownership of virus

The Centers for Disease Control and Prevention, for instance, claims ownership of the virus and its entire genetic content. Rather than trying to profit if such a patent were awarded, the CDC says its

Sponsored Stories by Taboola

THE GRUNT MASK
Help Protect Our N95 By Wearing Masks Like These (They 1 Just We One Away!)

UNUSUALLY WELL SPONSORED
Enjoy Insane 97% WiFi Speed Boosts Incredible Range Extension

Oct. 16, 2003, 1:04 PM +0330 / Source: The Associated Press

۴۸

تصویر ۵۵- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

توضیحات و سند شماره (۶) - ۱/۳

این اختراع بدین معنی است که CDC توانسته ویروس کرونا را در رده سلولی انسان کشف کند یعنی بعد از سیزده سال که به صورت جدی این ویروس فقط در حیوان شناسایی شده بود در انسان نیز کشف شد.

اما سوال مطرح می شود:

آیا CDC در اثر انتقال طبیعی از رده سلولی حیوان به انسان، ویروس مذکور را کشف نموده یا خود آن را از رده سلولی حیوان به انسان جهش داده است؟

برای پاسخ به این پرسش یک سری از قوانین ایالات متحده و قوانین بین المللی را مرور کنیم و سعی می کنیم بر اساس داده های حقوقی ادعا و ثبت اختراع CDC را اعتبارسنجی نماییم؛

در بررسی مسئله دو احتمال مفروض است:

۱. ویروس کرونا به صورت طبیعی از رده سلولی حیوان به انسان جهش یافته است.
۲. ویروس کرونا به صورت آزمایشگاهی از رده سلولی حیوان به انسان جهش یافته است.

* اگر احتمال اول صحیح باشد:

بر اساس قانون دادگاه عالی ایالات متحده در سرفصل انجمن پاتولوژی مولکولی در صفحه دوم سند صراحتاً اعلام شده که ثبت اختراع در موارد اشتقاقی غیر قانونی است.

تصویر ۵۶- از سند دسیسه آژانس های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

ضمیمه (۶) - ۱-۱/۳

(Slip Opinion)

OCTOBER TERM, 2012

1

Syllabus

NOTE: Where it is feasible, a syllabus (headnote) will be released, as is being done in connection with this case, at the time the opinion is issued. The syllabus constitutes no part of the opinion of the Court but has been prepared by the Reporter of Decisions for the convenience of the reader. See *United States v. Detroit Timber & Lumber Co.*, 200 U. S. 321, 337.

SUPREME COURT OF THE UNITED STATES

دادگاه عالی ایالات متحده آمریکا

انجمن پاتولوژی مولکولی

Syllabus

ASSOCIATION FOR MOLECULAR PATHOLOGY ET AL.

v. MYRIAD GENETICS, INC., ET AL.

CERTIORARI TO THE UNITED STATES COURT OF APPEALS FOR
THE FEDERAL CIRCUIT

No. 12–398. Argued April 15, 2013—Decided June 13, 2013

Each human gene is encoded as deoxyribonucleic acid (DNA), which takes the shape of a “double helix.” Each “cross-bar” in that helix consists of two chemically joined nucleotides. Sequences of DNA nucleotides contain the information necessary to create strings of amino acids used to build proteins in the body. The nucleotides that code for amino acids are “exons,” and those that do not are “introns.” Scientists can extract DNA from cells to isolate specific segments for study. They can also synthetically create exons-only strands of nucleotides known as composite DNA (cDNA). cDNA contains only the exons that occur in DNA, omitting the intervening introns.

Respondent Myriad Genetics, Inc. (Myriad), obtained several patents after discovering the precise location and sequence of the BRCA1 and BRCA2 genes, mutations of which can dramatically increase the risk of breast and ovarian cancer. This knowledge allowed Myriad to determine the genes’ typical nucleotide sequence, which, in turn, enabled it to develop medical tests useful for detecting mutations in these genes in a particular patient to assess the patient’s cancer risk. If valid, Myriad’s patents would give it the exclusive right to isolate an individual’s BRCA1 and BRCA2 genes, and would give Myriad the exclusive right to synthetically create BRCA cDNA. Petitioners filed suit, seeking a declaration that Myriad’s patents are invalid under 35 U. S. C. §101. As relevant here, the District Court granted summary judgment to petitioners, concluding that Myriad’s claims were invalid because they covered products of nature. The Federal Circuit initially reversed, but on remand in light of *Mayo Collaborative Services v. Prometheus Laboratories, Inc.*, 566 U. S. ___, the Circuit found both isolated DNA and cDNA patent eligible.

۵۰

تصویر ۵۷- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

2 ASSOCIATION FOR MOLECULAR PATHOLOGY v.
MYRIAD GENETICS, INC.
Syllabus

Held: A naturally occurring DNA segment is a product of nature and not patent eligible merely because it has been isolated, but cDNA is patent eligible because it is not naturally occurring. Pp. 10-18.

(a) The Patent Act permits patents to be issued to "[w]hoever invents or discovers any new and useful ... composition of matter," §101, but "laws of nature, natural phenomena, and abstract ideas" "are basic tools of scientific and technological work" that lie beyond the domain of patent law. *Myriad*, at 13. The Court has repeatedly held that patent law is not a rule against patents on naturally occurring things has limits, however. Patent protection stimulates the creation of new inventions, incentives that lead to the flow of information that might permit, indeed spur, invention." *Id.*, at _____. This standard is used to determine whether Myriad's patents claim a "new and useful ... composition of matter," §101, or claim naturally occurring phenomena. Pp. 10-11.

(b) Myriad's DNA claim falls within the law of nature exception. Myriad's principal contribution was uncovering the precise location and genetic sequence of the BRCA1 and BRCA2 genes. *Diamond v. Chakrabarty*, 447 U. S. 303, is central to the patent-eligibility inquiry whether such action was new "with markedly different characteristics from any found in nature," *id.*, at 310. Myriad did not create or alter either the genetic information encoded in the BRCA1 and BRCA2 genes or the genetic structure of the DNA. It found an important and useful gene, but groundbreaking, innovative, or even brilliant discovery does not by itself satisfy the §101 inquiry. See *Funk Brothers Seed Co. v. Kalo Inoculant Co.*, 333 U. S. 127. Finding the location of the BRCA1 and BRCA2 genes does not render the genes patent eligible "new ... composition[s] of matter," §101. Myriad's patent descriptions highlight the problem with its claims: They detail the extensive process of discovery, but extensive effort alone is insufficient to satisfy §101's demands. Myriad's claims are not saved by the fact that isolating DNA from the human genome severs the chemical bonds that bind gene molecules together. The claims are not expressed in terms of chemical composition, nor do they rely on the chemical changes resulting from the isolation of a particular DNA section. Instead, they focus on the genetic information encoded in the BRCA1 and BRCA2 genes. Finally, Myriad argues that the Patent and Trademark Office's past practice of awarding gene patents is entitled to deference, citing *J. E. M. Ag Supply, Inc. v. Pioneer Hi-Bred Int'l, Inc.*, 534 U. S. 124, a case where Congress had endorsed a PTO practice in subsequent legislation. There has been no such endorsement here, and the United States argued in the Federal Circuit and in this Court that isolated DNA was not patent eligible under §101. Pp. 12-16.

ذیل قانون ۱۰۱ § ثبت اختراع اشتقاق DNA مجاز نیست.

توضیحات و سند شماره (۶) - ۲/۳

❖ اگر احتمال دوم صحیح باشد:

در قوانین حقوق بین الملل، در سال ۱۹۲۵، ۱۲۳ کشور ابتدا معاهده ممنوعیت سلاح‌های شیمیایی و بیولوژیکی را امضا نمودند.

در مفاد این معاهده، ممنوعیت استفاده از سلاح‌های بیولوژیکی و شیمیایی آمده است و سپس در سال ۱۹۷۲ در کنوانسیون (معاهده) سلاح‌های بیولوژیکی (BWC) و در سال ۱۹۹۱ کنوانسیون سلاح‌های شیمیایی (CWC) علاوه بر موضوعیت استفاده، تولید، ارتقا و ذخیره‌سازی آن نیز ممنوع شد.

در نتیجه اگر احتمال دوم صحیح باشد؛ خلاف حقوق بین‌المللی و معاهدات جهانی در حوزه‌ی سلاح‌های بیولوژیک و شیمیایی عمل نموده است.

تصویر ۵۹- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

ضمیمه (۶) - ۲/۳ - ۲

Science

Biological Weapons and International Law

Thomas Graham Jr.

Science 295 (5564) 2325

DOI: 10.1126/science.295.5564.2325

ARTICLE TOOLS

<http://science.sciencemag.org/content/295/5564/2325>

RELATED
CONTENT

<http://science.sciencemag.org/content/sci/296/5571/1235.3.full>

PERMISSIONS

<http://www.sciencemag.org/help/reprints-and-permissions>

Use of this article is subject to the [Terms of Service](#)

Science (print ISSN 0036-8075; online ISSN 1095-9203) is published by the American Association for the Advancement of Science, 1200 New York Avenue NW, Washington, DC 20005. The title Science is a registered trademark of AAAS.

© 2002 American Association for the Advancement of Science

تصویر ۶۱- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

پروتکل ممنوعیت استفاده از (گاز) خفه کننده، (گاز) سمی،
و گازهای دیگر در جنگ و (ممنوعیت استفاده) روش‌های جنگ باکتریالوژیکال

**PROTOCOL FOR THE PROHIBITION OF THE USE IN
WAR OF ASPHYXIATING, POISONOUS, OR OTHER
GASES, AND OF BACTERIOLOGICAL METHODS OF
WARFARE (GENEVA PROTOCOL)**

Opened for Signature: 17 June 1925.

Entered into force: For each signatory as from the date of deposit of its instrument of ratification or accession.

Number of Parties: 133 States.

Depositary: France.

Protocol Obligations: The Geneva Protocol prohibits the use in war of asphyxiating, poisonous, or other gases, and of bacteriological methods of warfare.

Verification and Compliance: The Protocol recognizes the significance of bringing together controls on chemical and biological weapons. While it prohibits the use of such weapons, it does not prohibit their production, development, and stockpiling, gaps covered by later treaties, as the 1972 Biological Weapons Convention and the 1991 Chemical Weapons Convention. There is no verification mechanism contained within the Geneva Protocol and compliance is voluntary.

The Geneva Protocol, implicitly, does not cover internal or civil conflicts. Moreover, a sizeable fraction of its parties have reserved a right to retaliate in kind if chemical and/or biological weapons should ever be used against them by enemies or allies of enemies. This, and the contractual character of the Protocol, has rendered it a no-first-use agreement.

Background: The Geneva Protocol of 1925 was drawn up and signed at the Conference for the Supervision of the International Trade in Arms and Ammunition, which was held in Geneva under the auspices of the League of Nations from 4 May to 17 June 1925. The conference adopted a Convention for the Supervision of the International Trade in Arms, Munitions and Implements of War, which has not entered into force and, as a separate document, a Protocol on the use of gases. The earlier treaties prohibiting the use of gases to which the Protocol refers are in particular the Hague Declaration concerning asphyxiating gases of 1899 and the Treaty of Versailles of 1919.

Responding to the extensive use of chemical weapons between belligerents in the Iran-Iraq War and the increasing number of chemical weapon-capable states, a Conference on Chemical Weapons Use was held in Paris in January 1989. At the conference the States recognized the importance of the Geneva Protocol, reaffirmed the prohibitions as established in it, and called upon all States which had not yet done so to accede to the Protocol.

The Protocol provided the basis for the 1972 [Biological and Toxin Weapons Convention \(BTWC\)](#) and the 1993 [Chemical Weapons Convention \(CWC\)](#) as well as some regional arms control agreements.

Reservations: Upon ratification or accession to the Protocol, some States declared that the provisions of the Protocol would cease to be binding on them if their enemies, or the allies of their enemies, failed to respect the prohibitions of the Protocol. In recent years, however, many of the reservations have been withdrawn, especially following the entry into force of the BTWC and the CWC.

Countries that continue to hold reservations to the Protocol are: Algeria, Angola, Bahrain, Bangladesh, China, Fiji, India, Iraq, Israel, Jordan, Democratic People's Republic of Korea, Republic of Korea, Kuwait, Libya, Nigeria, Papua New Guinea, Portugal, Syria, the United States, Vietnam, and Serbia.

پروتکل با اهمیت تجمیع، سلاح‌های شیمیایی و بیولوژیکال را کنترل کند، نسناخته می‌نماید در حالی استفاده این دست سلاح‌ها را ممنوع می‌کند که تولید و ارتقا و ذخیره‌سازی آن را ممنوع نکرده است. البته این شکاف در کنواسیون (۱۹۷۲) CWC دیده می‌شود. کنواسیون (۱۹۹۱) CWC پوششی داده شده است. هیچ مکانیسم راستی آزمایی مشمول پروتکل زان نمی‌شود و رعایت آن داوطلبانه می‌باشد.

ضمیمه (۶) - ۴-۲/۳

دومین کنفرانس آزمایشگاه‌های مرجع OIE و مراکز همکاری

Second Global Conference

of OIE Reference Laboratories and Collaborating Centres

Paris (France), 21-23 June 2010

THE BIOLOGICAL AND TOXIN WEAPONS CONVENTION

R. Lennane

Biological and Toxin Weapons Convention Implementation Support Unit, United Nations Office for Disarmament Affairs, Palais des Nations, CH-1211 Geneva 10, Switzerland

The 1972 Biological and Toxin Weapons Convention (BTWC or BWC) is an international treaty that prohibits its 113 member states from developing or otherwise acquiring biological weapons, or from assisting anyone else to do so. It covers biological weapons affecting humans, animals or plants. For much of the BWC's history, member governments were chiefly concerned about the threat of state-based covert biological weapons programmes. They discussed compliance, verification and response in similar terms as for nuclear or chemical weapons: on-site inspections, regular monitoring of high-risk facilities, restrictions on transfer of certain materials, and so on.

Since 2001, international concern about the threats posed by terrorism, coupled with the very rapid pace of development in biological science and technology, has resulted in a reorientation of the activities of BWC members. Members recognised both that traditional arms control approaches could not hope to effectively monitor thousands of small biotechnology laboratories around the world, and that the deliberate development and use of a biological weapon was one end of a continuous spectrum of biological risk that also included naturally occurring disease, unintended consequences, accidents, lack of awareness, and negligence.

Through a work programme conducted since 2003, BWC member governments have attempted to harmonise and coordinate efforts across this spectrum of risk. The programme has brought defence and security experts together with representatives of the public health, veterinary, agriculture, law enforcement, and education sectors, as well as with the international scientific community and commercial industry. The work programme includes topics highly relevant to OIE Reference Laboratories and Collaborating Centres, such as biosafety/biosecurity, education and awareness-raising, and codes of conduct.

کنوانسیون سلاح‌های بیولوژیکی و سمی ۱۹۷۲
(BTWC یا BWC) یک معاهده بین‌المللی است که
۱۱۳ کشور عضو آن راه از تولید یا دستیابی به
سلاح‌های بیولوژیکی یا کمک برای این کار منع
می‌کند این معاهده سلاح‌های بیولوژیکی اثرگذاری بر
انسان، حیوان یا گیاه را پوشش می‌دهد.



Organisation
Mondiale
de la Santé
Animale

World
Organization
for Animal
Health

Organización
Mundial
de Sanidad
Animal

تصویر ۶۳- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

Review Conference of the Parties to the
Convention on the Prohibition of the Development,
Production and Stockpiling of Bacteriological
(Biological) and Toxin Weapons
and on their Destruction

FINAL DOCUMENT

سند نهایی پروتکل ژنو - ۱۹۸۰

این سند شامل ۱۷۸ صفحه می‌باشد که به طور کامل
تمامی موارد پیرامون ممنوعیت ارتقا، تولید و
ذخیره‌سازی سلاح‌های باکتریولوژیکال (بیولوژیکال) و سمی،
مطرح شده و تبصره‌ها به صورت مبسوط توضیح داده شده است.

Geneva, 1980

تصویر ۶۴- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

توضیحات و سند شماره (۶) - ۳/۳

من حیث المجموع در این موضوع می توان گفت جهش **ویروس کرونا** از رده سلولی حیوانی به انسان؛

یک. اگر طبیعی بوده باشد پس ثبت اختراع *CDC* در مورد اشتقاق ویروس کرونا غیرقانونی بوده پس چه بهرهای و منفعتی و چه برنامه‌ای و نقشه‌ای از قبل آن دارد که دست به چنین اقدامی می‌زند؟ و با عجله خود ویروس و تمام متعلقاتش را به نام خود ثبت می‌کند؟!

دو. اگر آزمایشگاهی بوده باشد پس نقض معاهدات بین‌المللی است و مجدداً همین سوال مطرح می‌شود که پس چه بهرهای و منفعتی و چه برنامه‌ای و نقشه‌ای از قبل آن دارد که دست به چنین اقدامی می‌زند؟ و با عجله خود ویروس و تمام متعلقاتش را به نام خود ثبت می‌کند؟!

در هر دو صورت، خلاف قوانین ایالات متحده آمریکا و تعهدات بین‌المللی عمل کرده است و کسی که خلاف قوانین و معاهدات بین‌المللی عمل می‌کند قابل اعتماد نیست.

تصویر ۶۵- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کرونا و ویروس)

توضیحات و سند شماره (۷)

از سال ۲۰۰۳ به بعد می‌توان به رفتارهای مراکز بهداشتی آمریکا دقت نمود از جمله آژانس‌های *CDC* و *NIH* که در مرکزیت این قضیه قرار دارند.

به عنوان نمونه سال ۲۰۱۴ در اثر فشارهای اجتماعی به فعالیتهای مراکز زیرمجموعه‌ای *NIH* در مورد ویروس سارس و مرس، آژانس *NIH* برای کم کردن فشارها اعلام می‌کند بودجه آن مراکز را برای فعالیتهای مذکور مختل یا به طور کلی قطع نموده است.

تصویر ۶۶- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

ضمیمه (۷) - ۱



۶۰

تصویر ۶۷- از سند دسیسه آژانس های ایالات متحده آمریکا (بازی
کرونا ویروس)

U.S. Government Gain-of-Function Deliberative Process and Research Funding Pause on Selected Gain-of-Function Research Involving Influenza, MERS, and SARS Viruses

Gain-of-function studies, or research that improves the ability of a pathogen to cause disease, help define the fundamental nature of human-pathogen interactions, thereby enabling assessment of the pandemic potential of emerging infectious agents, informing public health and preparedness efforts, and furthering medical countermeasure development. Gain-of-function studies may entail biosafety and biosecurity risks; therefore, the risks and benefits of gain-of-function research must be evaluated, both in the context of recent U.S. biosafety incidents and to keep pace with new technological developments, in order to determine which types of studies should go forward and under what conditions.

In light of recent concerns regarding biosafety and biosecurity, effective immediately, the U.S. Government (USG) will pause new USG funding for gain-of-function research on influenza, MERS or SARS viruses, as defined below. This research funding pause will be effective until a robust and broad deliberative process is completed that results in the adoption of a new USG gain-of-function research policy. ^۱

New USG funding will not be released for gain-of-function research projects that may be reasonably anticipated to increase transmissibility or pathogenicity of SARS viruses such that the virus would have enhanced pathogenicity and transmissibility in mammals via the respiratory route. The research funding pause would not apply to characterization or testing of naturally occurring influenza, MERS, and SARS viruses, unless the tests are reasonably anticipated to increase transmissibility and/or pathogenicity.

In parallel, we will encourage the currently-funded USG and non-USG funded research community to join in adopting a voluntary moratorium on gain-of-function research.

The deliberative process that will ensue during the period of the research pause will explicitly evaluate the risks and potential benefits of gain-of-function research with pandemic pathogens. The presumptive benefits that are generally identified in the literature for this type of research are stated in terms of enhanced understanding of the biology of naturally occurring dangerous pandemic pathogens or in the development of medical countermeasures.

However the relative merits of gain-of-function research compared to other approaches, the deliberative process will offer recommendations for risk mitigation, potential benefits, and other considerations. Those methodologies for the objective and rigorous assessment of risks and potential benefits that might be applied to the approval and conduct of gain-of-function research of experiments. Although the gain-of-function studies that fall within the scope of research subject to the funding pause will be a starting point for deliberations, the suitability of other types of gain-of-function studies will be discussed. It is feasible that the discussion could lead to suggestions of broadening the funding pause to include research with additional pathogens.

¹ An exception from the research pause may be obtained if the head of the USG funding agency determines that the research is urgently necessary to protect the public health or national security.

مهلث تحقیق بیرامون جهش گونه

Moratorium on Gain-of-Function Research

In the wake of a handful of biosafety lapses at federal research facilities, the US government temporarily halting funding for new studies aiming to give novel functions to influenza, SARS and MERS viruses.



Jef Akst

Oct 21, 2014

تاریخ

به دنبال چند مورد از خطاهای ایمنی - زیستی در تأسیسات پژوهشی فدرال، دولت ایالات متحده به طور موقت بودجه را برای مطالعات جدید با هدف دستیابی به عملکردهای بدیع ویروس‌های آنفولانزا، سارس و مرس مختل کرده است.



WIKIMEDIA, R. BEKTAEV

The White House Office of Science and Technology Policy (OSTP) and Department of Health and Human Services last week (October 17) announced it was launching a detailed review into so-called gain-of-function research, in which pathogens are manipulated to alter their capabilities. Such research made headlines in 2012 after two groups instilled the avian influenza virus H5N1 with the ability to transmit between ferrets through the air—a feat that prompted a year-long moratorium on H5N1 research. Now, in the face of threats like influenza, SARS, and MERS, which have killed scores in the Middle East and Asia, the government is instituting a pause to gain-of-function funding for experiments involving these deadly viruses.

"NIH has funded such studies because they help define the fundamental nature of human-pathogen interactions, enable the assessment of the pandemic potential of emerging infectious agents, and inform public health and preparedness efforts," National Institutes of Health Director Francis Collins said in a statement. "These studies however, also entail biosafety and biosecurity risks, which need to be understood better."

The move comes after as many as 75 scientists at the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) were exposed to anthrax in June and, a few weeks later, US Food and Drug Administration (FDA) employees found forgotten vials of smallpox in storage. Last month, the government released new regulations regarding dual-use research, but interestingly, gain-of-function research was omitted from the report. Now, the government is specifically reviewing such experiments, and in the meantime is pausing funding for gain-of-function research projects "that may be reasonably anticipated to confer attributes to influenza, MERS, or SARS viruses such that the virus would have enhanced pathogenicity and/or transmissibility in mammals via the respiratory route," according to an OSTP statement.

In addition, the government is encouraging leaders of ongoing gain-of-function projects involving these viruses to voluntarily stop their research until the risks and benefits are more fully addressed by the newly revamped National Science Advisory Board for Biosecurity (NSABB) and the National Research Council (NRC) of the National Academies. The NSABB will meet tomorrow (October 22) to discuss oversight of this type of research and how it fits with federal rules and regulations. Meanwhile, the NRC will organize two scientific symposia—to further understand gain-of-function research, then later on in the deliberative process, to discuss the NSAE

تصویر ۶۹- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

ضمیمه (۷) - ۴



CENTER FOR ARMS CONTROL AND
NON-PROLIFERATION
BIOLOGICAL AND CHEMICAL WEAPONS CONTROL PROGRAM

Written comments in advance of the NSABB meeting on October 22, 2014

To: Contact Person: Carolyn Mosby, The National Science Advisory Board for Biosecurity Program Assistant (e-mail: carolyn.mosby@nih.gov)

From: The Scientists Working Group on Biological and Chemical Weapons,
Center for Arms Control and Non-proliferation, 322 4th St., NE | Washington, D.C. 20002 |
202.546.0795

Date: **October 20, 2014**

Dear NSABB Committee,

نگرانی جدی ما، خطر شیوع (پندمیک) از انتشار (فرار) یک
پاتوژن شیوع (پندمیک) پتانسیلی است

I am writing on behalf of The Scientists Working Group on Biological and Chemical Weapons at the Center for Arms Control and Non-proliferation. We fully support the [Cambridge Working Group Consensus Statement](#) on the Creation of Potential Pandemic Pathogens (PPPs) [<http://www.cambridgeworkinggroup.org/>].

Our grave concern is the risk of a pandemic from release (escape) of a potential pandemic pathogen (PPP) from a laboratory. Risk has two components, the likelihood of release and the consequences of release. While the likelihood of release from a single laboratory in a single year is small, likelihood of release from one of several laboratories over several years is intolerably high. A potential consequence of a release is a pandemic with millions of deaths. As it stands, there is no proactive oversight nor regulations for this PPP research, so any and all of the world's nations can carry out this dangerous work without regard to consequences. But consequences would be shared by all of us.

The Center's Scientists Working Group has published or issued several papers on the risk of PPP research and documented escapes of deadly pathogens in the past, which have led to considerable fatalities. As an integral part of this comment, the titles of our key papers are listed below along with web addresses to access the papers.

The Human Fatality and Economic Burden of a Man-made Influenza Pandemic: A Risk Assessment
[http://armscontrolcenter.org/The_Human_Fatality_Burden_of_Gain_of_Function_Flu_Research_v1-5-14.pdf]

Laboratory Escapes and "Self-fulfilling prophecy" Epidemics
[http://armscontrolcenter.org/Escaped_Viruses-final_2-17-14.pdf]

The consequences of a lab escape of a potential pandemic pathogen
[<http://journal.frontiersin.org/Journal/10.3389/fpubh.2014.00116/full>]

Biological threats: A matter of balance [<http://thebulletin.org/biological-threats-matter-balance>]

The unacceptable risks of a man-made pandemic [<http://www.thebulletin.org/unacceptable-risks-man-made-pandemic>]

ضمیمه (۷) - ۵

NEWS IN FOCUS

POLITICS US election campaign promises dim funding prospects **p.412**ANTHROPOLOGY Oldest modern human genome casts light on African exodus **p.413**ASTRONOMY Planet-hunting mission long over, Kepler keeps going **p.414**ARCHAEOLOGY Remembering the day that Homo floresiensis was found **p.422**

Outbreaks of influenza have prompted research into strains with pandemic potential.

BIOSECURITY

ایالات متحده تحقیق در مورد بیماری بر خطر را متوقف کرد

US suspends risky disease research

Government to cease funding gain-of-function studies that make viruses more dangerous, pending a safety assessment

BY SARA REARDON

The US government surprised many researchers on 17 October when it announced that it will temporarily stop funding new research that makes certain viruses more deadly or transmissible. The White House Office of Science and Technology Policy is also asking researchers who conduct such 'gain-of-function' experiments on influenza, severe acute

respiratory syndrome (SARS) and Middle East respiratory syndrome (MERS) to stop their work until a risk assessment is complete, leaving many unsure of the government's intentions.

"I think it's really an excellent new development," says David Lipstich, an epidemiologist at the Harvard School of Public Health in Boston, Massachusetts, who has long called for more oversight for gain-of-function research. "I think it's common sense to deliberate before you act."

Critics of such work argue that it is unnecessarily dangerous and risks accidentally releasing viruses with pandemic potential — such as an engineered H5N1 influenza virus that easily spreads between ferrets breathing the same air^{1,2}. In 2012, such concerns prompted a global group of flu researchers to halt gain-of-function experiments for a year (see *Nature* <http://doi.org/wgxs>; 2012). The debate reignited in July, after a series of lab accidents involving mishandled pathogens at the US Centers for Disease Control and Prevention in Atlanta, Georgia.

The White House's abrupt move seems to be a response to renewed lobbying by gain-of-function critics who wanted such work suspended and others who sought to evaluate its risks and benefits without disrupting existing research. Arturo Casadevall, a microbiologist at the Albert Einstein College of Medicine in New York City, calls the plan "a knee-jerk reaction". "There is really no evidence that these experiments are in fact such high risk," he says. "A lot of them are being done by very respectable labs, with lots of precautions in place."

Some researchers are confused by the moratorium's wording. Viruses are always mutating, and Casadevall says that it is difficult to determine how much mutation deliberately created by scientists might be "reasonably anticipated" to make a virus more dangerous — the point at which the White House states research must stop. The government says that this point will be determined for individual grants in discussions between funding officers and researchers.

One of the most prominent laboratories conducting gain-of-function studies is run by Yoshihiro Kawaoka, a flu researcher at the University of Wisconsin-Madison. In 2012, Kawaoka published a controversial paper³ reporting airborne transmission of engineered H5N1 flu between ferrets. He has since created an H5N1 flu virus using genes similar to those from the 1918 pandemic strain⁴, to show how such a dangerous flu could emerge. The engineered H5N1 was transmissible in mammals and much more harmful than the natural strain. "Scientists are often given the green light to do what they want to do," he says. "But now we have to discuss openly and constructively so that important research will not be delayed completely," he says.

But it seems that the freeze could be lengthy. The White House says that it will wait for ▶

تاریخ

23 OCTOBER 2014 | VOL 514 | NATURE | 311

© 2014 Macmillan Publishers Limited. All rights reserved

تصویر ۷۱- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کرونا ویروس)

توضیحات و سند شماره (۸)

اقدام بعدی که در همین روزها آژانس *NIH* انجام می‌دهد این است که یکی از مراکز زیرمجموعه‌ای آژانس *NIH* به نام *NIAD* (مؤسسه ملی بیماری‌های آلرژی و عفونی) در طی نامه‌هایی به پژوهشگران خود اعلام می‌کند که بودجه متوقف می‌شود، اما این توقف داوطلبانه است!!!

تصویر ۷۲- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

ضمیمه (۸)



DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Public Health Service

National Institutes of Health
National Institute of Allergy
and Infectious Diseases
Bethesda, Maryland 20892

October 21, 2014

Ms. Sherrie Settle
Director, Proposal Management
University of North Carolina at Chapel Hill
Office of Sponsored Research
Administrative Office Bldg, Suite 2200
104 Airport Drive #1350
Chapel Hill, NC 27599-1350

RE: SU19 AI107810-02

Dear Ms. Settle:

NIAID has determined that the above referenced grant may include Gain of Function (GoF) research that is subject to the recently-announced U.S. Government funding pause (<http://www.phe.gov/s3/dualuse/Documents/gain-of-function.pdf>), issued on October 17, 2014. The following specific aims appear to involve research covered under the pause:

Project 1: Role of Uncharacterized Genes in High Pathogenic Human Coronavirus Infection - Ralph S. Baric, PhD- Project Leader

- Specific Aim 2. Novel functions in virus replication in vivo
- Specific Aim 3. Novel functions in virus pathogenesis in vivo

Project 2: Determining the functions of novel genes for Influenza A and Ebola viruses (EBOV) - Yoshihiro Kawaoka, PhD- Project Leader

- Specific Aim 2. To determine the significance of uncharacterized IAV and EBOV genes in viral replication.
- Specific Aim 3. To determine the significance of uncharacterized IAV and EBOV genes in virus pathogenicity.

As your grant is currently funded, this pause is voluntary. Organizations conducting GoF research supported by the NIH have an opportunity to transition the applicable research to research that is not covered by the funding pause; halt the applicable GoF research until the outcome of the deliberative process is known; or continue to conduct the applicable GoF research until the end of the currently active budget period.

از اینجا که حقوق و کمک هزینه شما اخیراً بودجه‌بندی شده، لذا این توقف داوطلبانه است.

تصویر ۷۳- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

توضیحات و سند شماره (۹)

در این فاصله تا سال ۲۰۱۵ به دلیل عدم اقدامات و فعالیت‌های آزمایشگاهی پیرامون ویروس‌های مذکور، فشار اجتماعی - علمی بر روی دولت آمریکا شدت گرفت.

تصویر ۷۴- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

ضمیمه (۹)

nature.com Sitemap Login Register

nature International weekly journal of science

Home **News & Comment** Research Careers & Jobs Current Issue Archive Audio & Video For Authors

News & Comment News 2019 May Article

NATURE | NEWS **ویروس خفاش مهندسی شده، مباحثه پیرامون تحقیق بر خطر را داغ می‌کند**

Engineered bat virus stirs debate over risky research

Lab-made coronavirus related to SARS can infect human cells. **ویروس کرونا ساخته از مایشگاه، مرتبط با سارس، می‌تواند سلول‌های انسان را آلوده کند**

Editors' note, March 2020: We are aware that this story is being used as the basis for unverified theories that the novel coronavirus causing COVID-19 was engineered. There is no evidence that this is true; scientists believe that an animal is the most likely source of the coronavirus.

Declan Butler تاریخ 12 November 2015

محققان ویروس شیمیایی ساختند که از:
۱. پروتئین تراز از SHC014
۲. از ستون فقرات ویروس سارس ساخته شده است

An experiment that created a hybrid version of a bat coronavirus — one related to the virus that causes SARS (severe acute respiratory syndrome) — has triggered renewed debate over whether engineering lab variants of viruses with possible pandemic potential is worth the risks.

In an article published in *Nature Medicine*¹ on 9 November, scientists investigated a virus called SHC014, which is found in horseshoe bats in China. **The researchers created a chimaeric virus, made up of a surface protein of SHC014 and the backbone of a SARS virus** that had been adapted to grow in mice and to mimic human disease. The chimaera infected human airway cells — proving that the surface protein of SHC014 has the necessary structure to bind to a key receptor on the cells and to infect them. It also caused disease in mice, but did not kill them.

Although almost all coronaviruses isolated from bats have not been able to bind to the key human receptor, SHC014 is not the first that can do so. In 2013, researchers reported this ability for the first time in a different coronavirus isolated from the same bat population².

تصویر ۷۵- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

توضیحات و سند شماره (۱۰)

بودجه‌ای که *NIH* برای یکی از مؤسسات تحقیقاتی به نام *NIAID* تحت عنوان "فهمیدن خطر خروج ویروس کرونای خفاش" از سال ۲۰۱۴ اختصاص داده بود به مؤسسه‌ی ویروس شناسی ووهان چین منتقل می‌شد.

مجموع دریافتی بودجه و هزینه کرد مؤسسه‌ی *NIAID* بر روی این تحقیق از سال ۲۰۱۴ تا ۲۰۲۰ به مبلغ ۳,۷۴۸,۷۱۵ دلار بود که مجموع این مبلغ به مؤسسه ویروس شناسی ووهان چین پرداخت شد. و به همین دلیل در اکتبر ۲۰۱۴ با بالا گرفتن اعتراضات، آژانس *NIH* بودجه‌ی مجموع تحقیقاتی که مربوط به جهش ویروس آنفولانزا، سارس یا مرس می‌شد را در کشور خود مختل کرد و تا انتهای سال ۲۰۱۵ تمرکز فعالیت‌ها به سمت ووهان چین رفت و بودجه *NIH* در تحقیقات مذکور در کشور آمریکا متوقف شد.

اولاً، از طرفی بودجه پیرامون ویروس کرونا برای محققین ایالات متحده آمریکا متوقف شد. ثانیاً، پیرامون ویروس کرونا آژانس *NIH* به مؤسسه‌ی *NIAID* برای تحقیق پیرامون ویروس کرونا از سال ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۹ به مبلغ ۳,۷ میلیون دلار اختصاص داده شده است. جمع این دو مورد گویای این است که این مقدار بودجه به محققین، غیر از محققین ایالات متحده داده شده است و گزارش *NLM* نیز شاهد بر تخصیص این بودجه به مؤسسه‌ی ووهان چین است.

تصویر ۷۶- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)



دولت آمریکا ۳.۷ میلیون دلار
به آزمایشگاه ووهان چین اعطاء
کرده است

REVEALED: U.S. government gave \$3.7million grant to Wuhan lab at center of coronavirus leak scrutiny that was performing experiments on bats from the caves where the disease is believed to have originated

- The US National Institutes of Health, a government agency, awarded a \$3.7million research grant to the Wuhan Institute of Virology
- The lab is the center of several conspiracy theories that suggest it is the original source of the coronavirus outbreak
- The institute experimented on bats from the source of the coronavirus
- They were captured more than 1,000 miles away in Yunnan
- Sequencing of the Covid-19 genome has traced it to bats to Yunnan's caves
- The U.S. government funded research on coronavirus transmission in the lab over the past decade
- Here's how to help people impacted by Covid-19

By GLENN OWEN FOR THE MAIL ON SUNDAY
PUBLISHED: 01:49 GMT, 12 April 2020 | UPDATED: 13:19 GMT, 16 May 2020



The Chinese laboratory at the center of scrutiny over a potential coronavirus leak has been using U.S. government money to carry out research on bats from the caves which scientists believe are the original source of the deadly outbreak.

The Wuhan Institute of Virology undertook coronavirus experiments on mammals captured more than 1,000 miles away in Yunnan which were funded by a \$3.7 million grant from the US government.

Sequencing of the COVID-19 genome has traced it back to bats found in Yunnan caves but it was first thought to have transferred to humans at an animal market in Wuhan.



ADVERTISEMENT



ADVERTISEMENT

DON'T MISS

(آژانس دولتی آمریکا) **NIH** کمک هزینه
تحقیق ۳.۷ میلیون دلاری را به مؤسسه ویروسی
شناسی ووهان چین تقدیم کرده است.

تصویر ۷۷- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی
کروناویروس)

ضمیمه (۱۰) - ۲


National Library of Medicine
National Center for Biotechnology Information



[Advanced](#)
[User Guide](#)

> *Viral Sin.* 2018 Feb;33(1):104-107. doi: 10.1007/s12250-018-0012-7. Epub 2018 Mar 2.

Serological Evidence of Bat SARS-Related Coronavirus Infection in Humans, China

Ning Wang ^{1,2}, Shi-Yue Li ³, Xing-Lou Yang ³, Hui-Min Huang ³, Yu-Ji Zhang ³, Hua Guo ^{1,2}, Chu-Ming Luo ^{1,2}, Maureen Miller ⁴, Guangjian Zhu ⁴, Alekssei A Chmura ⁴, Emily Hagan ⁴, Ji-Hua Zhou ⁵, Yun-Zhi Zhang ^{5,6}, Lin-Fa Wang ⁷, Peter Daszak ⁴, Zheng-Li Shi ⁸

Affiliations + expand

PMID: 29500691 PMCID: PMC6178078 DOI: 10.1007/s12250-018-0012-7

[Free PMC article](#)

No abstract available

Conflict of interest statement

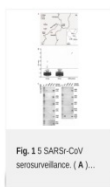
Conflict of interest

The authors declare that they have no conflict of interest.

Animal and Human Rights

This study was approved by the Wuhan Institute of Virology Institutional Review Board (China) and by Hummingbird IRB (USA).

Figures



این مطالعه توسط مؤسسه‌ی ویروس شناسی IRB ووهان چین و HIRB آمریکا آزمایش شده است.

Similar articles

Coronavirus antibodies in bat biologists.

Stockman LJ, Haynes LM, Miao C, Harcourt JL, Rupprecht CE, Ksiazek TG, Hyde TB, Fry AM, Anderson LJ. *Emerg Infect Dis.* 2008 Jun;14(6):999-1000. doi: 10.3201/eid1406.070954. PMID: 18507931 [Free PMC article](#). No abstract available.

Retrospective serological investigation of severe acute respiratory syndrome coronavirus antibodies in recruits from mainland China.

Yu S, Qiu M, Chen Z, Ye X, Gao Y, Wei A, Wang X, Yang L, Wang J, Wen J, Song Y, Pei D, Dai E, Guo Z, Cao C, Wang J, Yang R. *Clin Diagn Lab Immunol.* 2005 Apr;12(4):552-4. doi: 10.1128/CDLI.12.4.552-554.2005. PMID: 15817966 [Free PMC article](#).

FULL TEXT LINKS



ACTIONS



SHARE



PAGE NAVIGATION

< Title & authors

Conflict of interest statement

Figures

Similar articles

Cited by

References

Publication types

MeSH terms

Substances

Related information

Grant support

LinkOut - more resources

تصویر ۷۸- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کروناویروس)

پرده چهارم فریب / ۲۱۱

ضمیمه (۱۰) - ۳

U.S. Department of Health & Human Services

NIH Research Portfolio Online Reporting Tools (RePORT)

Search

HOME | ABOUT REPORT | FAQs | GLOSSARY | CONTACT US

QUICK LINKS RESEARCH ORGANIZATIONS WORKFORCE FUNDING REPORTS

10038 > SUPPORTED > Project Information

RePORT: 11 Login | Register | RePORTER Manual | System Health | GREEN

Project Information 2R01AI110964-06

Back to Matchmaker History Matchmaker First Version

EXPORT

DESCRIPTION DETAILS RESULTS HISTORY SUBPROJECTS SIMILAR PROJECTS NEARBY PROJECTS LINKS NEWS AND MORE

Project Number: 2R01AI110964-06 Title: UNDERSTANDING THE RISK OF BAT CORONAVIRUS EMERGENCE Contact PI / Project Leader: DASZAK, PETER Awardee Organization: ECOHEALTH ALLIANCE, INC.

Total project funding amount for 6 projects is \$3,748,715* Only NIH, CDC, and FDA funding data

مجموع بودجه از ۲۰۱۴ تا ۲۰۲۰

فهمیدن خطر خروج ویروس کرونای خفاشی

Project Number	Sub #	Project Title	Contact PI / Project Leader	Organization	FY	Admin IC	Funding IC	FY Total Cost by IC
2R01AI110964-06		UNDERSTANDING THE RISK OF BAT CORONAVIRUS EMERGENCE	DASZAK, PETER	ECOHEALTH ALLIANCE, INC.	2019	NIAD	NIAD	\$661,980
2R01AI110964-05		UNDERSTANDING THE RISK OF BAT CORONAVIRUS EMERGENCE	DASZAK, PETER	ECOHEALTH ALLIANCE, INC.	2018	NIAD	NIAD	\$581,646
2R01AI110964-04		UNDERSTANDING THE RISK OF BAT CORONAVIRUS EMERGENCE	DASZAK, PETER	ECOHEALTH ALLIANCE, INC.	2017	NIAD	NIAD	\$597,112
2R01AI110964-03		UNDERSTANDING THE RISK OF BAT CORONAVIRUS EMERGENCE	DASZAK, PETER	ECOHEALTH ALLIANCE, INC.	2016	NIAD	NIAD	\$611,090
2R01AI110964-02		UNDERSTANDING THE RISK OF BAT CORONAVIRUS EMERGENCE	DASZAK, PETER	ECOHEALTH ALLIANCE, INC.	2015	NIAD	NIAD	\$630,445
2R01AI110964-01		UNDERSTANDING THE RISK OF BAT CORONAVIRUS EMERGENCE	DASZAK, PETER	ECOHEALTH ALLIANCE, INC.	2014	NIAD	NIAD	\$566,442

U.S. Department of Health & Human Services

NIH Research Portfolio Online Reporting Tools (RePORT)

Search

HOME | ABOUT REPORT | FAQs | GLOSSARY | CONTACT US

QUICK LINKS RESEARCH ORGANIZATIONS WORKFORCE FUNDING REPORTS

10038 > SUPPORTED > Project Information

RePORT: 11 Login | Register | RePORTER Manual | System Health | GREEN

Project Information 1R01AI110964-01

Back to Query Form First Version

PI PROFILE LINKS

DESCRIPTION DETAILS RESULTS HISTORY SUBPROJECTS SIMILAR PROJECTS NEARBY PROJECTS LINKS NEWS AND MORE

Project Number: 1R01AI110964-01 Title: UNDERSTANDING THE RISK OF BAT CORONAVIRUS EMERGENCE Contact PI / Project Leader: DASZAK, PETER Awardee Organization: ECOHEALTH ALLIANCE, INC.

Contact PI / Project Leader Information: Name: DASZAK, PETER Email: Click to view Contact PI / Project Leader email address Title: PRESIDENT Program Official Information: Name: STEMMY, ERIK J Email: Click to view PO email address Other PI Information: Not Applicable Profile Exists No Profile

Organization: Name: ECOHEALTH ALLIANCE, INC. City: NEW YORK Country: UNITED STATES (US) Department Type/ Organization Type: Unavailable Other Domestic Non-Profits Congressional District: State Code: NY District: 12

Other Information: FOA: DA-11-250 Study Section: Clinical Research and Field Studies of Infectious Diseases Study Section (CRFSI) DUNS Number: 077090968 Project Start Date: 1-JUN-2014 Budget Start Date: 1-JUN-2014 CFDA Code: 855 Project End Date: 31-MAY-2019 Budget End Date: 31-MAY-2015 Fiscal Year: 2014 Award Notice Date: 27-MAY-2014

Administering Institutes or Centers: NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES

Project Funding Information for 2014:

Year	Funding IC	FY Total Cost by IC
2014	NATIONAL INSTITUTE OF ALLERGY AND INFECTIOUS DISEASES	\$666,442

Categorical Spending by IC: Click here for more information on NIH Categorical Spending

تصویر ۷۹- از سند دسیسه آژانس‌های ایالات متحده آمریکا (بازی کرونایروس)

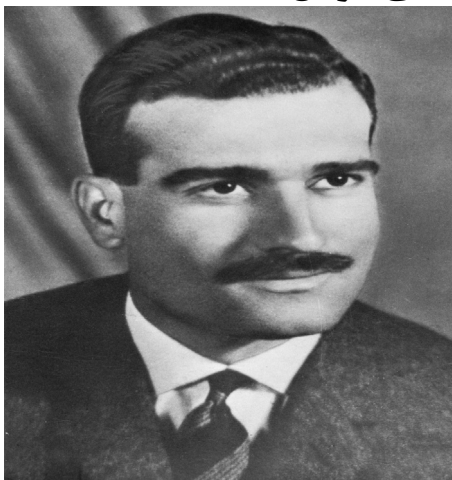
نتیجه گیری نهایی:

ویروس کرونای خفشی در اختیار ارتش آمریکا (و به طور غیرمستقیم در زمره اموال نهادهای نظامی آمریکا) بوده و در دولت باراک اوباما به همراه مقادیر هنگفتی از اعتبارات مالی جهت ادامه تحقیقات به ووهان چین منتقل شده است.

به نظر می‌رسد منافعی همسو، هم راستا میان حزب دموکرات آمریکا و حکومت چین در نشر و شیوع این بیماری دخیل بوده است. دموکرات‌ها در آستانه سرنوشت سازترین انتخابات تاریخ آمریکا، حکومت چین در آستانه سقوط اقتصادی و کمترین رشد اقتصادی در سی سال اخیر، سازمان جهانی بهداشت و غول‌های داروسازی نیز در تدارک یک مازاتن سرمایه‌گذاری...! به نظر می‌رسد عاملی مشترک متفقین را در یک جبهه قرار داده است، اول دونالد ترامپ، هیتلر عصر جدید... و آغاز فریب قرن جدید، دوم بازگشت چین به رتبه نخست اقتصاد جهان، و سوم تجارتی که بیل گیتس آن را پرسودترین تجارت جهان می‌نامد و سودای دیرینه رهبری واحد.

بخش سوم: مهندسی شیوع و بحران حساب شده، اپیدمی مصنوعی و صحنه‌سازی بیمارستانی

داستان الی کوهن، یک روایت جالب تاریخی



تصویر ۸۰- الیاهو (الی) بن شائول کوهن (Eli Cohen - ۱۹۲۴-۱۹۶۵)
احتمالاً صاحب تصویر فوق را نخواهید شناخت. اما وی یکی از
عجوبه‌های تاریخ خاورمیانه است. نام او الیاهو(الی) بن شائول کوهن است
که در سوریه به امین ثابت مشهور است. وی یک جاسوس کارآزموده
اسرائیلی بود که با نفوذ به دستگاه حکومتی سوریه بسیار زود پله‌های
ترقی را طی کرده و خود را تا مقام مشاور وزارت دفاع سوریه نیز
می‌رساند. اما راز موفقیت این جاسوس اسرائیلی چه چیزی بود؟
عمده شهرت وی مرهون نطق‌های آتشین و سخنرانی‌های شورانگیز
در وصف جنایتکار بودن اسرائیلی‌ها و صهیونیسم بود و شاید به جرأت
بتوان گفت کسی به اندازه الی کوهن اسرائیلی شعار ضد اسرائیلی در آن
زمان سر نمی‌داد.

در مجلس ملی سوریه فریاد می‌زد و اسرائیل را به هزار جنایت متهم می‌کرد. دستورالعمل هر شب از تل آویو برای او می‌رسید؛ شلوغ کن و وانمود کن دشمن قسم خورده اسرائیل هستی! چیزی نمانده بود که امین ثابت میهن پرست و ضد صهیونیسم، حتی به مقام نخست وزیری هم برسد که ناگهان شنود تصادفی پیامهایش جاسوس بودن وی را احراز می‌کند و وی را به طنابدار نزدیک می‌کند.

اما چگونه دستگاه‌های اطلاعاتی و امنیتی به این اعجوبه جاسوسی مظنون شده و وی را تحت نظر گرفتند؟

پاسخ بسیار ساده بود: حتی در اوج نفرت و ناسزا تمامی سخنان و اقدامات و خواسته‌های وی در نهایت به سود اسرائیل بود. هنر این مرد آن بود که خواسته‌ها و منافع اسرائیل را در قالبی ضد اسرائیلی و قهرمانانه محقق می‌کرد و به آن جامه میهن پرستانه نیز پوشانده بود! نتیجه اینکه با وجود شعار و ژست ضد اسرائیلی رفته رفته هرآنچه مطلوب اسرائیل بود را فراهم آورده بود.

چیزی شبیه حقه قدیمی اسب تروا فقط با یک تفاوت؛ مغایرت در شعار و رسالت واقعی.

ذکر این مثال در شناخت ماهیت سازمان‌های کلان بهداشتی و کمپانی‌های داروسازی بسیار راهگشاست. اینکه چگونه می‌توان با شعار سلامتی و خدمت صادقانه به بشر تولید بیماری کرده و از محل بیمارتر بودن مردم، سرمایه‌های کلان به دست آورد. و این مسئله زمانی آشکار می‌شود که پس از اجرای پروتکل‌های سازمان جهانی بهداشت و قوانین سخت قفل و قرنطینه آمار قربانیان این بیماری بیشتر می‌شود، درحالی که کشورهایی که به این قوانین تن نداده‌اند و یا به هر دلیلی از اجرای آن امتناع کرده‌اند، موفق‌ترین کارنامه در کنترل شیوع را به نام خود ثبت می‌کنند.

پرده پنجم فریب

اوصاف و علائم بیماری کرونا

”اگر کرونا فریب قرن است، علت این همه بیمار و مرگ و میر چیست؟“

خطای شناختی تأیید:

در خطای شناختی تأیید ما اطلاعات و داده‌های جدید را به گونه‌ای تفسیر می‌کنیم که با الگوها و اعتقادات ما هماهنگ باشد. مثلاً شما اگر از قبل اعتقاد داشته باشید که دیدن یک کلاغ پس از بیداری موجب بروز بدشانسی می‌شود و تصادفاً صبح یک کلاغ مشاهده کرده باشید، در تمام طول آن روز لنزهای دوربین‌های مغز خود را بر روی بدشانسی‌ها باز کرده‌اید تا بلافاصله آن را به حساب کلاغ بخت برگشته بگذارید، مثلاً قبض جرمه افسر راهنمایی و رانندگی و یا پنچر شدن لاستیک ماشین و... می‌تواند یکی از همین بدشانسی‌ها باشد. در عالم واقعیت هیچ رابطه‌ی علیت معقولی بین کلاغ، افسر و لاستیک وجود ندارد، اما ذهن شما توانسته فریب بخورد و ارتباطی غیر واقعی میان این سه عامل برقرار کند و به عبارت دیگر یکی از بزرگترین قوانین فلسفی یعنی قانون علیت را در ذهن شما مغلوب کند.

چه چیزی موجب شده تا بنیادی‌ترین قانون علم و فلسفه - یعنی قانون علیت - در ذهن شما کارایی خود را از دست بدهد و شما دچار خطای شناختی تأیید شوید؟

پاسخ: آموزه‌ای ذهنی که به شما قبولانده است دیدن کلاغ موجب بدشانسی می‌شود! (سخت‌ترین مرحله ایجاد این خطای شناختی)

در واقع کسی که توانسته این باور غلط را در ذهن شما تعبیه کند بی آن که خودتان متوجه باشید توانسته مسیر عقلانیت و تفکر منطقی را در شما مسدود کند. پس اگر یک باور و اعتقاد نادرست در ذهن شما پدید آید، شما ناخودآگاه تمایل دارید تمام اتفاقات و رخدادها بعد از آن را نیز در تأیید این اعتقاد تفسیر کنید. خطای شناختی تأیید قادر است از انسان موجودی کمتر اندیشه‌ورز، کمتر پرسشگر، کمتر کنجکاو و خردورز پدید آورد، اما قسمت دشوار ماجرا تعبیه کردن باور و اعتقاد اولیه در ذهن انسان است. یعنی مرحله اصلی این جاست که به انسان بقبولانیم کلاغ‌ها بدشانسی می‌آورند. چنین کاری ابداً ساده نیست، اما می‌توان از سایر خطاهای شناختی مدد گرفت و این باور را با خطای شناختی مرجعیت و تأیید اجتماعی و اخبار و... در ذهن افراد تعبیه کنیم. بدیهی‌ست که اگر افراد احساس کنند مراجع متعددی تأیید کرده‌اند که کلاغ‌ها بدشانسی می‌آورند و همچنین افراد زیادی در جامعه نیز بر این اعتقادند و اخبارها مدام از بدشانسی آوردن کلاغ‌ها می‌گویند، دچار خطای شناختی تأیید می‌شود (طراحان فریب همواره از مجموعه‌ای از خطاهای شناختی برای اجرایی کردن طرح‌های خود استفاده می‌کنند). در این شرایط کمتر کسی (شاید هم هیچکس) ممکن است به شک بیفتد و از خود سؤال کند آیا اصلاً ارتباطی معقول بین کلاغ و اتفاقات بد وجود دارد؟

در بخش پیش اشاره کردیم که منافع بروز یک پاندمی بر دو قسم است: نخست منافع حاصل از فروش دارو و واکسن و دوم منافع ناشی از جنگ روانی و هراس از ویروس که موجب می‌شود سیاستمداران بدون جلب توجه تحولات بزرگی را رقم بزنند و پروژه‌هایی را آغاز یا تمام کنند که در حالت عادی ممکن نبوده است. مسائل مهمی می‌تواند در هاله وحشت و جنگ روانی شیوع از دیده‌ها پنهان شده و از زیر ذره بین مطبوعات و افکار عمومی بگریزند. که معتقدیم انگیزه اصلی بزرگنمایی و اغراق در خصوص ویروس کرونا نیز چنین بوده، از انتخابات آمریکا گرفته تا خروج انگلستان از اتحادیه اروپا و سند اروپای جدید و تحولات دیگر.

برای آنکه وحشت بر یک جمعیت عظیم جهانی مستولی شود و در پرتو این وحشت نسل نوینی از رهبری بر جهان را رقم زد، می‌بایست طوری عمل کرد که فرد فرد مردم جهان تهدید ناشی از ویروس را نزدیک‌تر از رگ گردن خود ببینند و به نوعی به خطای تأیید دچار شوند. به همین خاطر اوصاف و علائم این بیماری به گونه‌ای عجیب تعریف می‌شود که به بررسی تک تک آن خواهیم پرداخت:

۱. ویروس از سطوح منتقل می‌شود: این بدان معناست که حتی اگر خود را از سایر افراد نیز جدا کنید باز در معرض ویروس خواهید بود و این دشمن نامرئی در اطراف شما به کمین نشسته تا ذره‌ای اهمال و بی‌احتیاطی از شما سر بزند و از خودکار روی میز و پاکت چیپس گرفته تا دستگیره درب و فرش زیر پا ویروس خود را به ریه‌های شما برساند. این در حالی‌ست که در فصل‌های بعد (پرده فریب سطوح) خواهیم دید که اصلاً ویروس قابلیت انتقال از سطوح را نداشته و پس از تهیه سواب‌های از سطوح آلوده‌ترین اماکن (یعنی بیمارستان‌ها مرکز کرونا) و کشت ویروس در محیط کشت سلولی مشخص شد هیچ ویروسی در این محیط‌ها رشد نکرده است و در نتیجه انتقال از سطوح در حد و اندازه یک افسانه فریبنده باقی می‌ماند، چرا که هیچ تحقیقی تا به امروز نتوانسته انتقال از سطوح را اثبات نماید.

حال سؤال اینجاست به چه دلیل هنگامی که ویروس قابلیت انتقال از سطوح را ندارد می‌بایست این موضوع به عنوان یک اصل توسط سازمان‌های بهداشت اعلام گردد و این حجم از تبلیغات رسانه‌ای برای ضد عفونی سطوح انجام گردد؟ تبلیغات شیوع با صحنه‌های آخرالزمانی از ضد عفونی کردن خیابان‌های ووهان با دستگاه‌های بزرگ بخار و مواد شیمیایی آغاز می‌شود. آیا این به این دلیل نیست که وحشت ناشی از حضور و انتقال ویروس از خود ویروس با اهمیت‌تر بوده و طراحان فریب بسیار مایل بوده‌اند مردم جهان حتی از یک شیء بی‌جان نظیر خودکار و لیوان و کفش هم دچار وحشت شوند؟

سوای اینکه می‌توان این موضوع را ذیل مافیای تجارت مواد شوینده و ضد عفونی کننده نیز بررسی کرد، مسئله انتقال از سطوح می‌تواند به

عنوان عاملی در نظر گرفته شود که افراد ویروس را یک قدمی خود و در قالب همه جا و همه چیز تلقی نموده و اسیر جنگ روانی آن شوند. سؤال دیگر اینجاست که آیا محققین و سازمان‌های بهداشتی از این موضوع بی‌اطلاع بوده‌اند که ویروس توانایی انتقال از سطوح را نداشته؟ اگر این چنین است پس به چه علت حتی پس از اثبات این موضوع توسط محققین و نشر آن باز هم نسبت به انتقال از سطوح روشنگری نکرده و کماکان ضدعفونی سطوح را در ردیف راه‌های پیشگیری از انتقال قرار دادند؟ انجام یک تحقیق برای بررسی انتقال از سطوح به چه میزان زمان احتیاج دارد؟ شاید ده روز!

اگرچه ما برای پافشاری این سازمان مبنی بر انتقال از سطوح دلیل دیگری هم داریم که در بخش اپیدمی مصنوعی بررسی خواهیم کرد، اما در این بخش به همین خلاصه اکتفا می‌کنیم که این سازمان بر خلاف تمام یافته‌های علمی انتقال از سطوح را به عنوان یکی از راه‌های اصلی انتقال در نظر گرفته و مردم را تشویق به شستشوی مفرط اشیا و محیط می‌کند (که خواهیم دید خود یکی از ترفندهای ایجاد اپیدمی مصنوعی و بیمارسازی‌ست).

۲. ویروس از ناقل بی‌علامت نیز منتقل می‌شود: این بدان معناست که این بار شما نه تنها از اجسام بلکه از افرادی که در جوار شما زندگی می‌کنند و سالم نیز به نظر می‌رسند، دچار هراس و وحشت شوید و هم‌نوعان خود را نه یک هم‌نوع که حامل ویروس و پستیچی مرگ قلمداد کنید. این در حالی‌ست که باز هم انتقال از ناقل بی‌علامت، مانند انتقال از سطوح درهاله‌ای از ابهام قرار داشته و این فرض با جمعیت چند میلیونی عزاداران خاورمیانه‌ای و معترضین بلاروسی و آمریکایی که بدون هیچ رعایتی در کنار هم ساعت‌ها شعار سر داده‌اند، کمی مشکوک به نظر می‌رسد. انتقال از ناقل بی‌علامت در پرده دیگری از فریب به طور کامل بررسی خواهد شد. با این فرض تفاوتی میان یک بیماری که در حال سرفه است و شدت تب وی از قطرات عرق روی پیشانی وی مشهود است و کودکی که سرخوش و فارغ از تمام مسائل جهان در حال بازی با عروسک‌های خود است، وجود ندارد؛ هردو می‌توانند ناقل ویروس باشند.

۳. ویروس دارای دوره نهفتگی ۱۰-۱۴ روزه می‌باشد: این بدان معناست که شما از بابت خود نیز باید دچار وحشت شوید و حتی به سلامت امروز خود نیز دچار تردید شوید؛ چرا که اگر امروز سالم و بی‌علامت هستید، تضمینی بر سلامت شما نیست و بعید نیست فردا و پس فردا علائم بیماری آغاز گردد. پس شما نه تنها از افراد و اجسام می‌بایست وحشت کنید بلکه لازم است از خودتان نیز دچار وحشت شده و با فرض ذهنی نهفتگی بیماری و ناقل بودن آن حتی از در آغوش کشیدن فرزند خود نیز دست بکشید. توهّم خود بیمار پنداری و تبعات روانی و ایمنولوژیک آن نیز در بخش مخصوص به خود مفصلاً بررسی خواهد شد.

۴. ویروس در هر فصل علائم رایج‌ترین بیماری‌های آن فصل را خواهد داشت: ویروس در زمستان بسیار مشابه با سرماخوردگی و ذات‌الریه بوده و علائم آن شامل تب و درد بدن و سرفه و... خواهد بود، در فصل بهار علائم کمی شبیه حساسیت‌ها و آلرژی‌ها می‌شود و علائمی مانند از دست دادن بویایی و چشایی و تغییر رنگ در ملتحمه چشم (کنژکتیویت) و راش‌های پوستی و کپهر و خارش نیز بدن افزوده می‌گردد، علائم ویروس در فصل تابستان بسیار شبیه عفونت‌های تابستانی می‌شود که در آنها علائم عمدتاً گوارشی و بدون درگیری ریوی است و به کرات به شوخی اذعان داشتیم که هیچ بعید نیست در فصل پاییز که مقارن با غمزدگی‌های بی‌دلیل و دلگیری‌های ناشی از برگ‌ریزان است، افسردگی نیز به لیست علائم این بیماری اضافه شود، که البته در اوایل پاییز در اوج ناباوری و حیرت همگان همین علامت نیز به لیست علائم این بیماری اضافه شد و رفته رفته هذیان و اختلالات عصبی نیز در این لیست قرار گرفتند.

هنوز هم این سؤال بی‌پاسخ مانده که چرا در هر فصل علائم بیماری کرونا می‌بایست شبیه رایج‌ترین بیماری‌های آن فصل باشد؟ آیا این از هوشمندی ویروس است و یا از این بابت که طراحان فریب خوش دارند مردم جهان هر نارسایی و اختلالی را که تجربه کرده‌اند به حساب کرونا بگذارند؟ علائم بیماری الزاماً باید از آن دسته علائمی باشند که یک

انسان به طور طبیعی بارها در هر فصل تجربه می‌کند؟ آیا این موارد زمینه‌ساز خطای شناختی تأیید هستند؟
در سال ۲۰۱۸ و قبل از شیوع کرونا تا به چه اندازه این علائم را در خود تجربه می‌کردیم؟

با القای این کلیشه‌ها در اذهان عمومی به راحتی می‌توان مردم را در دام خطای شناختی تأیید گرفتار کرد؛ هر قدر هم افراد در رعایت بهداشت اهتمام ورزند باز هم در طول روز ممکن است لحظه‌ای ماسک از صورت خود برداشته باشند و یا لحظه‌ای غفلت ورزیده و لیوانی را که ضد عفونی نشده را به دست گیرند. حال سرنوشت آنها مانند همان فردی خواهد بود که صبحدم هنگام خروج از منزل کلاغی را مشاهده کرده‌اند.

از این لحظه به بعد هر دردی در هر کجای بدن مرتبط با بیماری کروناست، هر خارش و سوزشی علائم این بیماری‌ست و هر خستگی و بی‌حالی ناشی از کار نیز می‌تواند مقدمات ابتلا باشد و هر سرفه‌ای برای صاف کردن گلو، هر گرفتگی عضلانی و خلاصه تمام علائمی که سال‌های پیش به وفور آنها را تجربه می‌کرده و چندان جدی نمی‌گرفته است، اکنون می‌تواند زنگ خطری برای وی باشد.

عبور از کنار یک رهگذر بدون ماسک، لمس یک دستگیره بدون دستکش، سرفه یک همکار در اثر پریدن غذا در گلو، به همراه نیاوردن شیشه الکل همه و همه مانند کلاغ شوم داستان می‌تواند ذهن شما را بر روی علائم بیماری حساس سازد؛ درحالی که در گذشته شاید در طول هفته چندبار دچار افزایش دمای بدن ناشی از استرس و خستگی و حتی سرماخوردگی می‌شدید و یا آلاینده‌های هوا و آلرژی‌ها شما را به تنگی نفس و چند سرفه کوتاه وامی‌داشت، یا حتی چندین روز سرفه و تب نیز با استراحت و جوشانده‌های خانگی قابل درمان بود، ولی اکنون با مشاهده نخستین علائم بلافاصله دچار ترس و استرس شده و رهسپار مراکز تشخیص و درمان خواهید شد. جایی که تست‌های آزمایشگاهی و رادیولوژی در انتظار شما هستند...

همه چیز برای بروز خطای شناختی تأیید مهیاست.

دست‌های پنهان پشت فریب بسیار مایلند هر فرد با بروز هر علائمی خود را مبتلا به کرونا بدانند؛ این در حالی‌ست که حتی پیش از شیوع کرونا همه افراد این علائم را در زندگی خود تجربه می‌کردند. فردی را در جهان نمی‌یابیم که در طی یک سال تب، گلو درد، کوفتگی و درد بدن و حتی سرفه و تنگی نفس را تجربه نکرده باشد، اما آن هنگام که رسانه‌ها دیوی به نام کرونا را پدید نیاورده بودند این علائم با مدت کوتاهی استراحت، چند درمان خانگی نظیر عرقیجات و حتی خود درمانی و مصرف خودسرانه آنتی بیوتیک (روشی غلط) و مسکن برطرف می‌شد، اما پس از ظهور کرونا حتی یک تب و سرفه ساده نیز به ظن کرونا می‌بایست مورد بررسی دقیق رادیولوژی و سרولوژی و ایمنولوژی قرار گیرد و فرد رهسپار مراکز درمانی گردد؛ محلی که از وی نمونه خون و حلق (هر دو حاوی اطلاعات ژنتیکی فرد) اخذ می‌گردد و جواب تست مثبت ممکن است وی را به تخت بیمارستانی نزدیک کند که او نمی‌داند قرار است مورد انبوهی از آزمایشات دارویی قرار گیرد.

این موارد مصداقی بارز از خطای ذهنی تأیید است! لیستی از علائم بیماری ارائه می‌دهیم و سپس لیستی از دستورالعمل‌هایی که هیچکس “نمی‌توان” ادعا کند قادر به رعایت همه آن است، کافی‌ست یک روز فرد در شستن دست‌ها اهمال ورزد و به جای ۳۰ بار شستشوی دست ۲۸ بار این کار را انجام داده باشد و یا به شک بیفتد که دستگیره درب سرویس بهداشتی را خوب ضدعفونی نکرده و در جمع همکاران خود یکی از آنها قهقهه زده است (چرا که سازمان‌های بهداشتی اعلام کرده‌اند، صحبت کردن با صدای بلند و قهقهه بیشتر موجب نشر ویروس در محیط می‌شود) و در آن لحظه شما در فاصله سه متری وی قدری ماسکتان از بینی‌تان پایین‌تر آمده است. از این لحظه شما به طور ناخودآگاه منتظر مشاهده علائم در خود هستید و ذهن خود را به روی آن حساس‌تر کرده‌اید در حالی که این علائم به طور طبیعی نیز ممکن است بروز کند. در این شرایط خود دست به خلق علائم بیماری زده‌اید و چنانچه نارسایی در گلوی خود احساس کنید که دلیل واقعی آن محتویات ترشی ناهار امروز بوده است، آن را به حساب بیماری گذاشته و در اولین اتفاق دچار

ترس و استرس خواهید شد که این امر موجب افزایش هورمون‌های استرس و تضعیف سیستم ایمنی شما خواهد شد. به همین راحتی با خطای تأیید شما مهمترین خطوط دفاعی خود در مقابل میکروب‌ها را به حالت نیمه تعطیل درآورده و دروازه‌های بدن را برای ورود میکروب‌ها خواهید گشود! (توضیحات بیشتر در بخش استرس). حتی اگر خوش شانس باشید به واسطه ترس و استرس و تضعیف سیستم ایمنی بیمار هم نشوید، احساس خود بیمار پنداری که تاکنون تجربه کرده‌اید و اضطراب ناخودآگاه ناشی از آن مدتی در شما پدید آمده است که خواهیم دید خود یکی از اهداف فریب قرن می‌باشد.

آیا این فرضیه که علائم بیماری (یا ویروس کاندیدا) بگونه‌ای انتخاب شده که هر فرد به طور طبیعی در طول سال آن را به کرات تجربه می‌نماید، دور از ذهن است؟ اگر در سنوات قبل نیز هر کس با یک تب و چند سرفه و بدن درد راهی مطب متخصصین و آزمایشگاه و رادیولوژی می‌شد آمار تشخیص درگیری‌های ریوی و بستری‌ها افزایش نمی‌یافت؟ اگر در سال‌های قبل نیز به صورت اجباری مردم را به آزمایشگاه و مراکز تصویر برداری می‌کشاندیم، در تصاویر سی.تی.اسکن چند درصد مردم لکه‌های سفید (شاخصی برای بروز التهاب و درگیری ریوی) مشاهده می‌کردیم بی آنکه فرد علائمی داشته باشد؟ و این پاسخی‌ست به آن دسته از افرادی که می‌گویند؛ چرا در سال‌های قبل تا به این اندازه نتایج سی.تی.اسکن مشکوک به عفونت مشاهده نمی‌شده است. چون ما در ۱۰۰ سال اخیر مردم را به این اندازه وحشت زده نکرده بودیم که با یک سرفه و خارش و تب به زیر انبوهی از تشعشعات دراز بکشند تا از آنها تصویربرداری قفسه سینه انجام پذیرد.

برای روشن شدن موضوع به این مثال توجه کنید: با راه اندازی و توزیع دستگاه‌های آزمایشگاهی جدید که قادر به ردیابی تومورمارکرها بودند (شاخص‌های سرطان) به یکباره آمار سرطان‌های پروستات و سینه افزایش می‌یابد، با بررسی بیشتر مشخص می‌شود بیشترین موارد جدید پرسنل کادر تشخیص و درمان بوده‌اند که قصد داشتند با این تکنولوژی

سلامت خود را ارزیابی کنند. آمار سرطان افزایش نیافته بود بلکه این ابداع مردم را کنجکاو ساخته و به آزمایش واداشته بود.

خطای ذهنی تأیید موجب شد تا حتی افرادی که به واسطه سایر بیماری‌های تنفسی، آلرژیک، آلودگی هوا و استنشاق مواد شیمیایی دارای علائم مشابهی بودند به مراکز درمانی کشانده شوند و بسیاری از آنها بنابر پروتکل‌های دوره پاندمی (مثلاً در دوره شیوع حتی سرماخوردگی ساده هم نداریم بلکه هر علائمی کروناست!) مبتلا به کرونا در نظر گرفته شوند.

دستمایهٔ صنعت فریب، ترس و وحشت است و با تعریف اوصاف شگفت انگیز و غیر واقعی از بیماری کرونا طراحان فریب شرایط را به سمتی بردند که افراد نه تنها از همه چیز و همه کس دچار وحشت شوند، بلکه حتی با احساس خود بیمار پنداری با هر بیماری ساده‌ای نیز رهسپار مراکز تشخیص شوند، جایی که کیت‌های تشخیصی و تشعشعات رادیولوژی در انتظار آنهاست (که در بخش دیگری بررسی می‌گردد و خواهیم دید که تا چه اندازه دارای خطا و صحنه آرای‌های متقلبانه هستند).

آیا اگر علائم بیماری کرونا مشاهده کردن لکه‌های خون در خلط و یا قرمز شدن چشم‌ها و تیره شدن پوست بود (علائمی که به طور طبیعی افراد تجربه نمی‌کنند و مختص بیماری‌های خاصی است) باز هم جهان دچار چنین حجم عظیمی از وحشت می‌شد؟ یا اگر علائم بیماری مانند؛ ذات الریه ناشی از سل، سرفه‌های خشک و خلط خونی مشهود بود باز هم این وحشت بر جهان مستولی می‌شد؟ اصلاً چرا می‌بایست علائم بیماری شبیه سرماخوردگی و اسهال و... باشد؟ تنها چند لحظه به این موضوع تأمل کنید. شاید پس از لحظاتی اندیشیدن در این خصوص توجیهی بر علائم عجیب و غریب کرونا بیابیم که به چه علت مسئولین این سازمان‌ها هشدار می‌دهند حتی افراد فاقد علائم نیز جان خود را از دست داده‌اند، یا اینکه مثلاً فردی جوان تنها با علائم "خستگی" پس از دو هفته جان باخته است.

یعنی طراحان فریب حتی به بروز علائم رایج بیماری‌های ساده مانند؛ تب و سرفه و بدن درد نیز اکتفا نکرده‌اند و می‌خواهند بگونه‌ای این بیماری را توصیف کنند که حتی افراد سالم و فاقد این علائم نیز خود را بیمار تلقی کنند و این دلیل موجهی جز نیاز طراحان فریب به وحشت و هراس جهان نخواهد داشت. طرحی که به موفقیت نیز رسید.

اما تولید وحشت به این سادگی‌ها هم نیست و برای تشدید آن نیاز به قربانیان واقعی نیز می‌باشد، چرا که اگر صرف وحشت رسانه‌ای از یک بیماری یاد شود و مردم پس از مدتی آن را تجربه نکرده و یا در نزدیکی خود نبینند به فریب بودن آن پی خواهند برد. پس لازم است فریب، قربانیان واقعی نیز داشته باشد و مردم جهان افزایش بیماری را این بار نه در رسانه که در محل کار و زندگی خود نیز به عینه مشاهده کنند و علائمی را که به آن بیماری منتسب است را در عالم خارج نیز مشاهده کرده باشند؛ برای تحقق این هدف این بار نوبت پرده دیگری از فریب است. پرده‌ای شوم و بی‌رحمانه به نام تولید بیماری و اپیدمی مصنوعی و پازل فریب تقریباً از این بخش رو به تکمیل می‌رود و به تدریج خواهیم دانست، مردم جهان چگونه با فریبی گسترده از ترس ابتلای به یک بیماری به تولید بیماری‌هایی پرداختند که بسیار شبیه همان بیماری منحوسی بود که از آن هراس داشته‌اند.

”ویروسی ساخته‌ام

باید چنان کنم که هرکس گمان کند بدان مبتلا شده است.

و شاید خوش شانس باشم و واقعاً هم بدان مبتلا شوند... پس می‌بایست چنان کنم که ابتلای به آن تسهیل گردد! جهان باید ویروس و بیماری را مانند تیغ شمشیر هر لحظه بر گردن خود احساس کند.

تنها در این صورت موفق خواهم بود... من طراح فریب قرن هستم“

پرده ششم فریب

خطای شناختی علت وارونه (علیت اشتباه)

اگر کرونا فریب قرن است، علت این همه بیمار و مرگ و میر چیست؟

برای ساکنین جزایر هبرایدز در اسکاتلند شپش‌های سر، بخشی از زندگی بودند. ساکنین جزیره معتقد بودند اگر شپش‌ها سر آنها را ترک کنند بلافاصله تب کرده و دچار بیماری خواهند شد. این قضیه تا جایی پیشرفت که مردم برای برطرف شدن تب، شپش در سر خود قرار می‌دادند و به محض آنکه شپش‌ها در سر آنها مستقر می‌شدند، تب آنها قطع می‌شد.^۱ تا مدت‌ها این مسئله به حساب دیوانگی ساکنین این منطقه گذاشته می‌شد اما حقیقت چه بود؟

بر خلاف آنچه در نگاه اول به ذهن متبادر می‌گردد (و بر خلاف خطای شناختی قبل در خصوص کلاغ و بدشانسی) اتفاقاً رابطه معقولی میان شپش‌ها و تب وجود دارد. اگر شپش‌ها سر افراد بیمار را ترک می‌کنند، به این دلیل است که آنها اصلاً دچار تب شده و پای شپش‌ها صرفاً داغ شده است. و هنگامی که تب برطرف شود آنها باز خواهند گشت؛ به بیان دیگر در این مسئله جای علت و معلول تغییر کرده و به جای آن که دلیل رفتن شپش‌ها را بروز تب بدانیم، بروز تب را ناشی از ترک شپش‌ها قلمداد می‌کنیم، یعنی علیتی وارونه!

در واقع در این خطای فکری ما در یافتن علت و معلول دچار اشتباه می‌شویم و بروز یک واقعه را ناشی از واقعه‌ای می‌دانیم که در حقیقت واقعه دوم علت بروز واقعه نخست بوده، اما چرا ساکنین جزایر اسکاتلندی هرگز متوجه نشده بودند که تب علت رفتن شپش‌ها بوده؟ چون احتمالاً

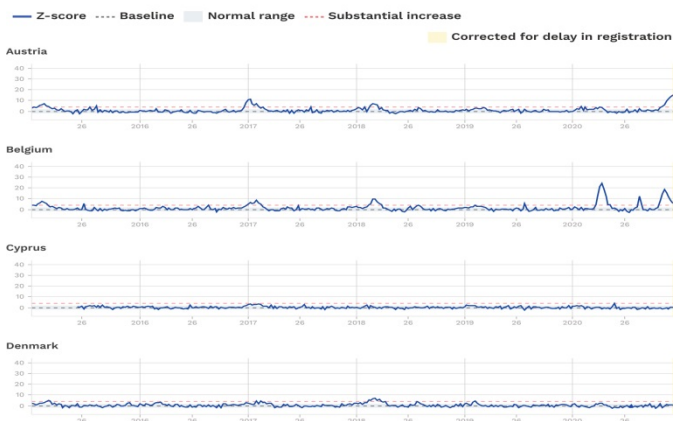
^۱ به نقل از اساتید فیزیک آلمانی هانس پیتریک، هانس هرمان دوبن

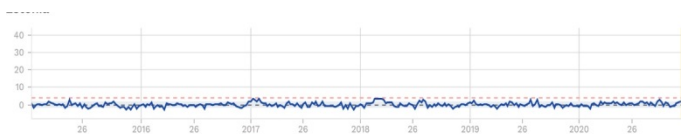
اطلاع دقیقی از حساسیت پاهای شپش به گرمای پوست نداشته‌اند، یعنی غفلت از یک مسئله "صرفاً فنی و علمی" آن‌ها را به این خطای شناختی سوق داده است.

حال مسئله شیوع را در نظر بگیرید، عفونتی ویروسی که در طی یک سال منجر به مرگ تعداد زیادی از افراد شده است و اگر چنین چیزی حقیقت داشته باشد می‌بایست مرگ این تعداد کثیر در مراکز ثبت آماری مشاهده شود. یعنی انتظار داریم آمار افرادی که در سال ۲۰۲۰ جان خود را از دست داده‌اند نسبت به سال قبل بیشتر باشد. مگر نه اینکه همه روزه اخبار مرگ و میر انسان‌ها در سراسر جهان را در رسانه‌ها شنیده‌ایم؟ مگر نه اینکه کابوس آنفولانزای اسپانیایی تکرار شده و تابوت‌ها انقلاب کرده‌اند؟ پس منطقاً می‌بایست این جمعیت عظیمی که قربانی این ویروس بی‌رحم شده‌اند، جایی در آمار خود را نشان دهند.

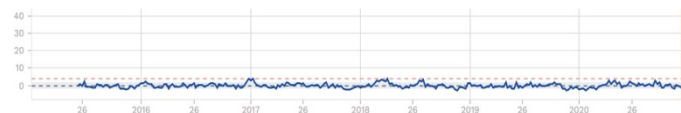
Z-scores by country

Graphs of the weekly z-score at the national level in the EuroMOMO participating countries from week 1, 2015 until today.

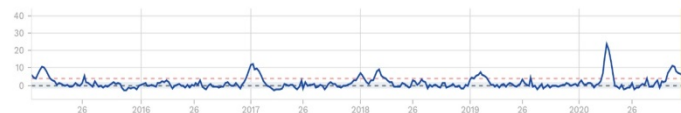




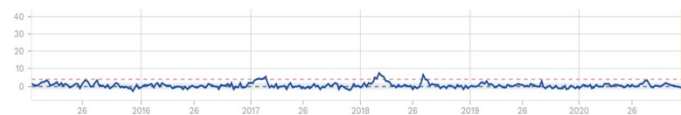
Finland



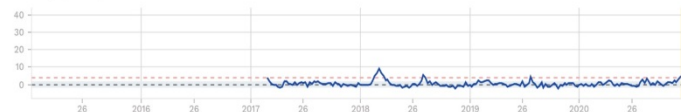
France



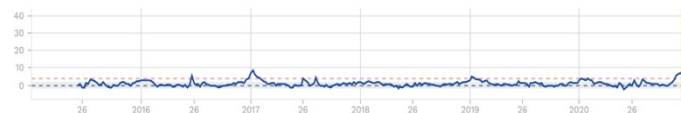
Germany (Berlin)



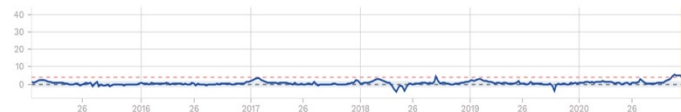
Germany (Hesse)

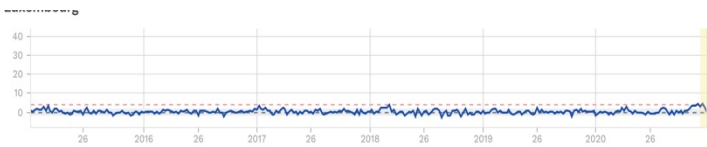


Greece

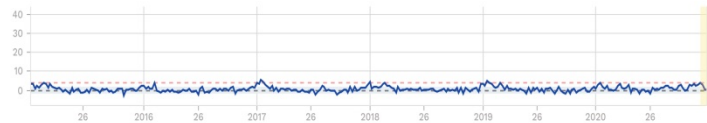


Hungary

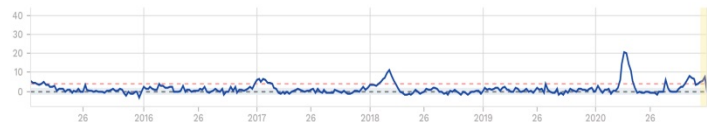




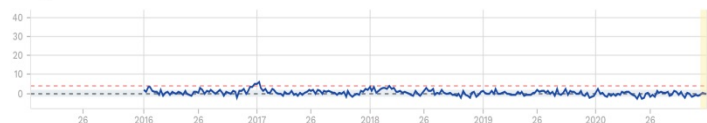
Malta



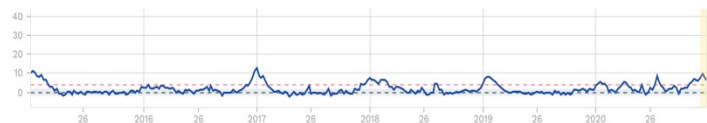
Netherlands



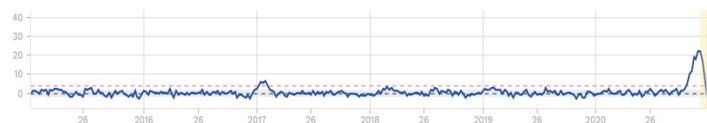
Norway



Portugal



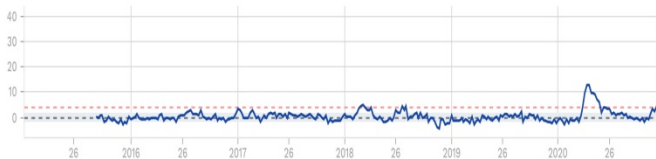
Slovenia



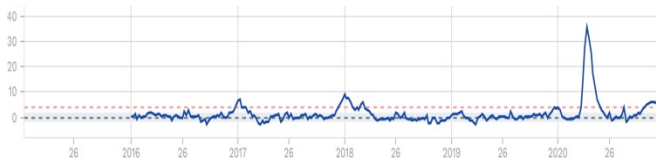
Spain

مثال شپش‌ها و تب این مسئله نیز کمی مضحک به نظر برسد، اما گویا ویروس دارای شعوری سیاسی و اقتصادی بوده و بیشتر در کشورهایی که معترضینی در خیابان داشته و یا در بحران شدید اقتصادی بوده و خروج آنها از اتحادیه اروپا محل مخالفت‌ها بوده بیماری‌زایی کرده و تلفات گرفته است! اندکی پیش از شیوع فرانسه غرق آشوب و اعتراض جلیقه زردها، اسپانیا در بحران کاتالونیا و تجزیه، ایتالیا در بحران شدید اقتصادی و انگلستان در پس لرزه‌های خروج از اتحادیه اروپا و از همه مهمتر آمریکا در ملتهب‌ترین سال خود در ۵۰ سال اخیر (آمارهای مربوط به آمریکا در بخش دیگری بررسی خواهد شد) بوده و در نگاه اول به نظر می‌رسد هر قدر کشورهای اروپایی بیشتر در بحران بوده‌اند، تلفات ویروس در آنها بیشتر بوده است.

UWUUGU



UK (England)



تصویر ۸۱

در یکی از جالب‌ترین مقایسه‌ها مشاهده می‌کنیم حتی سوئد که از نخستین روزهای شیوع تن به قرنطینه و قوانین اجباری نداده است، دارای آمار کمتری در کشته‌شدگان نسبت به کشورهایی می‌باشد که قوانین سخت قرنطینه و اجبار در آنها لحاظ شده است! اما آیا ممکن است ما نیز دچار خطای شناختی علیت وارونه شده باشیم؟ یعنی مانند ساکنین جزایر اسکاتلند علت و معلول را جابجا فرض

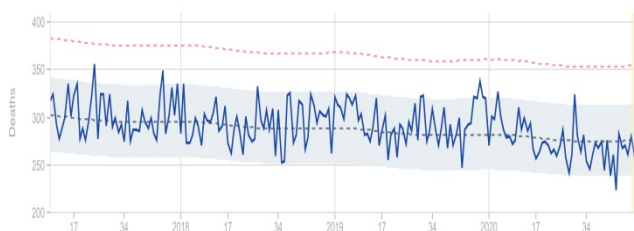
کرده باشیم؟ آیا واقعاً شپش‌ها علت تب هستند یا تب باعث فرار شپش‌ها از سر می‌شود؟

برای پاسخ به این سؤال می‌بایست کمی در جزئیات دقیق‌تر شویم و فرضیاتی تخصصی‌تر و فنی‌تر ارائه کنیم. مثلاً به این یافته علمی برسیم که پای شپش‌ها از گرمای پوست سر آسیب می‌بیند، شاید پای انسان‌ها نیز از جایی سوخته و یا قطع شده باشد.

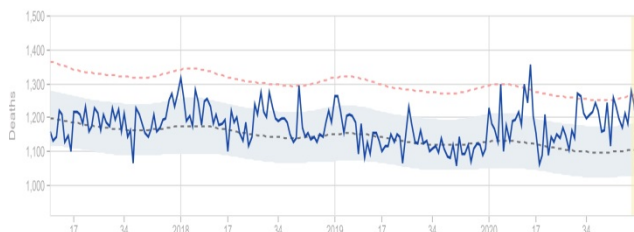
لازم است تلفات این بیماری در قاره اروپا را بر اساس گروه‌های سنی

بررسی کنیم.

۷-۱۴ years



15-44 years



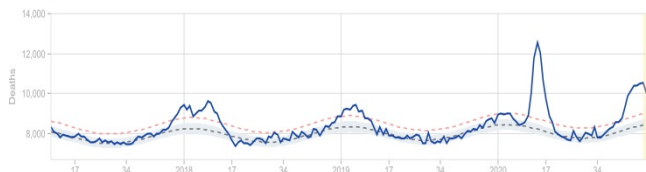
تصویر ۸۲- نمودار سیر مرگ و میر در کشورهای اروپایی بر حسب گروه‌های سنی

در گروه‌های سنی زیر ۱۵ سال هیچ تفاوتی در آمار مرگ و میر مشاهده نمی‌شود، اما با عبور از سن ۴۰ سال، رفته رفته آمار مرگ و میر افزایش یافته و در سنین بالای ۶۵ سال به اوج خود می‌رسد.

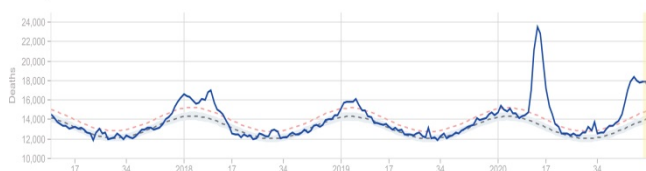
65-74 years



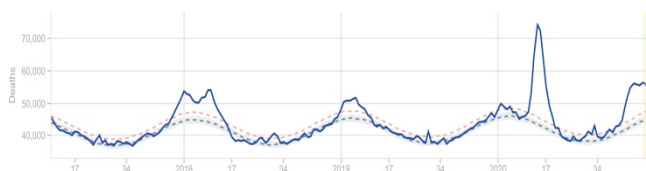
65-74 years



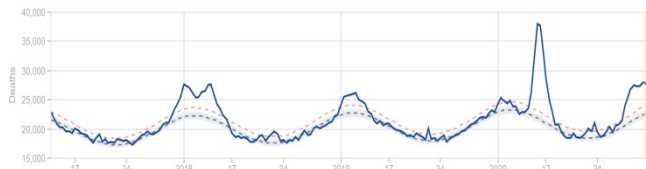
75-84 years



65+ years



85+ years



تصویر ۸۳- نمودار سیر مرگ و میر در کشورهای اروپایی بر حسب گروه‌های سنی

این بدان معناست که در دوره شیوع ویروس کرونا گروه‌های سنی بالای ۴۰ سال اروپایی نسبت به سال‌های قبل بیشتر جان خود را از دست داده‌اند (هرچند اکنون می‌دانیم در بسیاری از کشورها که ظاهراً دارای ثبات اقتصادی و سیاسی بوده‌اند، اصلاً چنین چیزی رخ نداده و آمار مرگ و میر به اندازه سال‌های قبل بوده است و حتی در کشورهایی آمار مرگ و میر نسبت به سال‌های قبل کمتر بوده است و در مقابل کشورهایی که دچار مشکلات عدیده سیاسی و اقتصادی بوده‌اند، به دلایلی نامعلوم بیشتر از این بیماری لطمه جانی دیده‌اند).

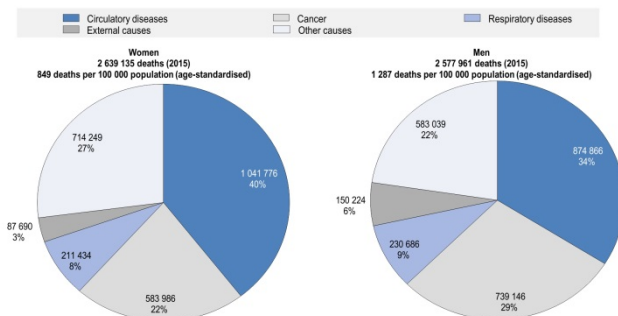
حال می‌بایست مسئله مرگ را کمی بیشتر بررسی کنیم. در پاسخ به اینکه اصلاً افراد در قاره اروپا بیشتر به چه دلیلی جان خود را از دست می‌دهند؟ آیا صرفاً ویروس کرونا مسئول مرگ و میر این جمعیت بوده است؟

Figure 3.7. Main causes of mortality among women and men in EU countries, 2015

Chapter 3
Version 1 - Last updated: 09-Nov-2018

Disclaimer: <http://oe.cd/disclaimer>

3.7. Main causes of mortality among women and men in EU countries, 2015



Note: External causes of death include accidents, suicides, homicides and other causes.

Source: Eurostat Database.

	Women
Circulatory diseases	1,041,776
Cancer	583,986
Respiratory diseases	211,434
External causes	87,690
Other causes	714,249

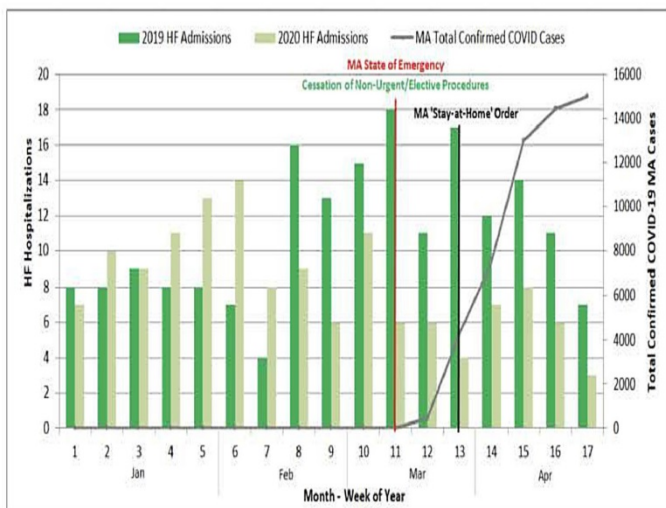
	Men
Circulatory diseases	874,866
Cancer	739,146
Respiratory diseases	230,686
External causes	150,224
Other causes	583,039

تصویر ۸۴- علل اصلی مرگ و میر در زنان و مردان در کشورهای اروپایی

در سال ۲۰۱۵-۲۰۱۶ به طور میانگین حدود ۵/۸ درصد افراد جان خود را به علت بیماری‌های تنفسی از دست داده‌اند و علل اصلی مرگ بیماری‌های قلبی، عروقی، سکته‌های مغزی، بیماری‌های متابولیک مانند؛ دیابت، سرطان، عفونت‌های غیر تنفسی بوده است. نکته جالب توجه اینکه تمامی افرادی که مبتلا به این بیماری‌ها می‌باشند دارای شرایط ویژه درمانی بوده و می‌بایست در مراکز درمانی و یا تحت نظارت آنها در حال درمان باشند. اما وقوع همه‌گیری و شرایط قرنطینه در درجه اول بسیاری از این افراد را از دسترسی به مراکز درمانی محروم ساخته و در درجه دوم هول و هراس ویروس کرونا و بیان اینکه این ویروس برای افراد دارای بیماری زمینه‌ای کشندگی بیشتری دارد، موجب شده این افراد حتی در صورت مهیا بودن شرایط نیز از ترس جان خود به بیمارستان‌ها و مطب پزشکان مراجعه نکنند و یا اینکه ازدحام و شلوغی بیمارستان‌ها و اختصاص منابع و زیرساخت‌ها به بیماران کرونایی بسیاری از بیماران را از خدماتی شایسته محروم ساخته است و جمیع این موارد، بیماران را در قرنطینه خانگی با دیو وحشت و استرس محبوس کرده است؛ به بیان دیگر وقوع پاندمی بیش از هر کس به بیماران دارای بیماری زمینه‌ای لطمه زده است و مشخص نیست از جمعیت عظیم مبتلایان به سرطان و بیماری‌های قلبی و... چه میزان از آنها به علت عدم دسترسی به مراکز تشخیص و درمان جان خود را زودتر از دست داده‌اند. مضاف بر اینکه هول و هراس و وحشت ناشی از شیوع، خود یکی از عوامل تشدید کننده بیماری‌های زمینه‌ای بوده و می‌تواند شرایط آنها را رو به وخامت ببرد (اثرات استرس بر تشدید بیماری‌ها).

به طور مثال آمار بستری در بیماران قلبی (که می‌دانیم شایع‌ترین علل مرگ و میر می‌باشد) در دوره شیوع به میزان قابل توجهی کاهش یافته است.^۱

The Decrease in Hospitalizations For Heart Failure During the Covid-^۱
19 Pandemic: A Community and Academic Hospital Comparison
Study
Amanda R. Vest



تصویر ۸۵- آمار کاهش بستری شدن بیماران قلبی در طی همه‌گیری Covid-19

در تصویر ۸۵؛ میله‌های سبز کمرنگ، نشان دهنده تعداد پذیرش و بستری بیماران در سال ۲۰۲۰ در بیمارستان‌های ایالات متحده را نشان می‌دهد و نمودار سبز پر رنگ، نشان دهنده همین جمعیت در سال ۲۰۱۹ می‌باشد. همزمان با شیوع کرونا میزان بستری بیماران قلبی کاهش یافته و به طرز جالبی نمودار سکتة قلبی در مبتلایان به کرونا، صعودی شده است که خود این موضوع بسیار جای تحقیق و بررسی دارد. در جهان، لحظه‌ای خود را به جای بیماری مبتلا به سرطان بگذاریم که اخبار و جراید دائم از آسیب‌پذیر بودن آنها می‌گویند و مراجعه به بیمارستان ممکن است منجر به ابتلا به ویروس شود! در این شرایط قطعاً ما ترجیح می‌دهیم حتی برای مداوای بیماری خود، راهی مراکز درمانی نشویم و چه بسا که حتی اگر بخواهیم چنین کنیم مراکز درمانی به علت ازدحام، قادر به ارائه خدمات به ما نباشد. آیا این فرضیه دور از ذهن است که شیوع موجب شده بسیاری از مبتلایان به بیماری زمینه‌ای از خدمات

تشخیصی و درمانی محروم شده و زودتر جان خود را از دست داده باشند؟

نکته طلایی اینکه بخش عمده تلفات ناشی از کرونا در قاره اروپا مربوط به خانه سالمندان بوده است! جمعیتی عمدتاً دارای بیماری‌های زمینه‌ای پر هزینه برای دولت‌ها. اگر چنین فرضی صحت داشته باشد از این شرایط چه کسانی نفع اقتصادی برده‌اند؟

پاسخ: شرکت‌های بیمه! (به طور غیر مستقیم دولت‌ها) چون در این صورت حجم عظیمی از هزینه‌های درمانی که می‌بایست به این بیماران اختصاص می‌دادند، صرفه‌جویی شده و بیمار چه از روی عمد چه از روی جبر بخش پرهزینه و زمانگیری از درمان خود را به علت شیوع کرونا به این شرکت‌ها بخشیده است.

حذف جمعیتی پرهزینه از مستمری بگیران و دریافت‌کنندگان حق بیمه درمانی، حتی اگر امری تصادفی و برخاسته از یک شیوع زیستی بدون دخالت انسان‌ها باشد، کمک اقتصادی بزرگی در حق شرکت‌های بیمه بوده است، چرا که جمعیت قابل توجهی که مصرف‌کننده سرمایه این شرکت‌ها بوده‌اند، اکنون به خواست خود در قرنطینه مانده و پیگیر درمان خود نمی‌شوند و یا اگر هم در صدد چنین اقدامی باشند، مشخص نیست تختی خالی، پزشکی راغب، دارویی مناسب و یا مرکزی بدون آلودگی برای این اقدام یافت گردد.

اکنون همین مطلب، فرصتی طلایی به هواداران تئوری توطئه خواهد داد که بلافاصله دلیلی بر این امر ارائه کنند که چرا بیشتر مرگ و میرها در کشورهایی بوده که در بحران اقتصادی به سر می‌برده‌اند و یا در تنش‌های سیاسی بوده‌اند (در بخش‌های بعد از دیگر مزایای شیوع، از جمله اعطای تسهیلات و مجوز چاپ اسکناس و کمک‌های مالی عظیم به کشورهای اروپایی سخن خواهیم گفت). پس شرایط شیوع به همان اندازه که برای گروهی دردناک است، می‌تواند برای گروهی سودمند باشد و قضاوت در این مورد که آیا انسانیت بدان درجه سقوط کرده که گروهی

برای منافع اقتصادی، تعمداً زمینه مرگ جمعیتی بودجه‌خوار و پرهزینه را فراهم کرده باشند، به خوانندگان واگذار می‌نماییم.

لذا می‌بایست حتی در حد تئوری نیز به این مسئله بیندیشیم که مانند شپش‌های سر در ساکنین جزایر اسکاتلند ما نیز دچار خطای شناختی علیت وارونه شده‌ایم یا خیر؟ آیا ویروس کرونا موجب افزایش مرگ و میر در برخی از کشورها شده است یا اینکه خود مسئله شیوع، قرنطینه و بحران در مراکز درمانی، بسیاری از مردم بالای ۵۰ سال را که مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای بوده از خدمات تشخیصی و درمانی محروم کرده است و آنها را به کام مرگ فرو کشانده است؟ یک جنایت نرم.

با یک تفاوت ظریف، اکنون که شرایط بحران و همه‌گیری حاکم است، می‌توان هر مرگی را به ویروس کرونا نسبت داد و اگر بنابر فرض فوق، افرادی جان خود را به این دلیل از دست داده باشند و ما آنها در آمار متوفیان کرونا وارد کنیم، دروغ هم نگفته‌ایم! علت مرگ کروناست! اما نه ابتلای به کرونا، بلکه هول و هراس جنگ روانی آن و شرایط بحران ناشی از شیوع کرونا که این بیماران را از خدمات تشخیصی و درمانی محروم و به مرگ زودهنگام کشانیده است؛ پس نصب برچسب کرونا بر این افراد که ممکن است موجب شود امتیازاتی نیز از قبیل هزینه رایگان کفن و دفن و... نصیب خانواده‌های آنها گرداند، در حقیقت کمترین جبران این اتفاق به شمار می‌رود اقدام چندان بی‌پایه و اساسی هم نمی‌باشد.

اما هنوز پاسخ به این سؤال تا به این لحظه ممکن نیست و می‌بایست به سایر ابعاد ماجرا نیز بپردازیم.

”ویروسی ساخته‌ام
می‌بایست برایش شناسنامهٔ مرگ بسازم.
جهان باید باور کند که ویروسِ من بسیاری از انسان‌ها را
کشته است

حتی به قیمت اینکه مرگ را به پیش از موعد خود بیاورم.
حتی به قیمت جعل برچسب‌های سایر مرگ‌ها
به قیمت کشتار ضعیف‌ترها و بودجه‌خوارترین قشر جامعه!
برچسب شوم، ویروس خود را به روی تابوت‌ها
می‌چسبانم... من طراح فریب قرن هستم“

پرده هفتم فریب

کرونا، وارث بدنمی

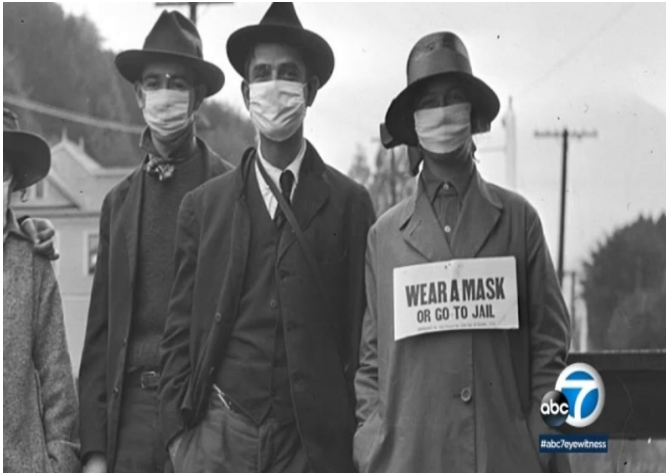
“مفهوم عفونت ثانویه و شناسنامه مرگ ویروسی”

به منظور اینکه کتاب گزارشی کسالت آور از داده‌های دشوار پزشکی و روان‌شناسی نباشد گاه و بی‌گاه کمی از وقایع و مستندات تاریخی چاشنی روایت فریب می‌کنیم و بدین منظور نگاهی به یکی دیگر از پاندمی‌های مرگبار که بسیار نیز با پاندمی کرونا مقایسه شده است می‌اندازیم: آنفولانزای اسپانیایی! یک بیماری با یک قرن فاصله از کرونا. یک قرن قبل از فریب قرن^۱.

کمترین یادگار این پاندمی در تاریخ کتبی و شفاهی جهان اینگونه خلاصه می‌شود که؛ “بیماری آنفولانزا در سال ۱۹۱۹ همه‌گیر شد و ۵۰ میلیون قربانی گرفت!” کلیشه‌ها و کلیدواژه‌های عمده‌ای که در ذهن هر کس وجود دارد عمدتاً همین سه کلمه است: ویروس، ۵۰ میلیون، قربانی! حال قصد داریم چارچوب‌های ذهنی و کلیشه‌هایی را که رسانه‌ها در اذهان عموم ایجاد کرده‌اند، قدری تغییر دهیم تا بدون خطای شناختی و اثر داویننگ کروگر به این مسئله بنگریم.

این بیماری از جهات دیگری نیز با بیماری کرونا مقایسه می‌شود از جمله وجود موج‌های دوم و سوم و همچنین لزوم قوانین سفت و سخت رعایت بهداشت! و تصویر کهنه و مخوفی از روزهای شیوع این بیماری که بسیار شبیه اوضاع و احوال امروزه جهان در بحبوحه شیوع کرونا می‌باشد. رفته رفته شیوع کرونا تبدیل به تکرار غم انگیز شیوع آنفولانزای اسپانیایی می‌گردد.

^۱ شیوع آنفولانزای اسپانیایی بین سال ۱۹۱۸ و ۱۹۲۰ گزارش شده است، یعنی صد سال قبل از شیوع کرونا در سال ۲۰۱۹



تصویر ۸۶- دوران شیوع آنفولانزای اسپانیایی و حمله‌ای تهدید آمیز با این مضمون: «با ماسک بزن یه به زندان برو»

روایت غیر پزشکی از پاندمی خونبار آنفولانزای اسپانیایی تصویری هولناک از ویروس آنفولانزا به ذهن متبادر می‌کند که گویی مسئول کشته شدن هر ۵۰ میلیون انسان در طول این پاندمی ویروس آنفولانزا است. در حالی که در واقع چنین نیست و عوامل دیگری نیز در لابلای کتب تاریخی و گزارشات پزشکی پنهان شده است که هر قدر هم در روایات تاریخی ذکر نگردد، امروزه تبدیل به رویه‌ای در درمان عفونت‌های ویروسی گردیده است. مفهومی به نام عفونت توأمان یا عفونت ثانویه^۱. عفونت ثانویه به این معناست که ابتدا عفونتی ویروسی به وجود می‌آید و فرد را بیمار می‌سازد و این عفونت ویروسی چنان تأثیری بر سیستم ایمنی و جمعیت میکروب‌های همزیست انسان می‌گذارد که شرایط را برای بروز یک عفونت ثانویه از جنس باکتری تسهیل می‌کند و در حالی که دیگر خطر چندانی از جانب ویروس متصور نباشد، عفونت باکتریایی وارد عمل شده و منجر به درگیری شدید و حتی مرگ بیمار می‌شود.

^۱ Coinfection

در توضیح این موضوع گزارشی از پزشک بیمارستان نظامی آمریکایی در بحبوحه جنگ جهانی اول و اوج شیوع آنفولانزا در ۲۰ سپتامبر ۱۹۱۸ بسیار جلب توجه است:

”به یکباره تعداد زیادی از سربازان با علائم تنفسی مشابه آنفولانزا به بیمارستان آورده شده‌اند، اما درگیری تنفسی (پنومونی) آنها از آنچه تا به امروز دیده بودم، شدیدتر است؛ به فاصله دو ساعت پس از مراجعه حال آنها رو به وخامت گذاشته و لکه‌هایی بر پوستشان پدیدار می‌گردد. پس از چند ساعت دچار سیانوز شده و تیرگی از اطراف پوست آنها شروع شده و به تدریج کل صورت آنها را می‌پوشاند به طوری که سربازان سفیدپوست از رنگین پوستان قابل تشخیص نیستند؛ مبتلایان در مدت کوتاهی جان خود را از دست می‌دهند و هر روز شاهد مرگ دست‌کم صد نفر از افراد هستیم. تردیدی ندارم که نوع جدید از عفونت (به جز آنفولانزا) وجود دارد اما نمی‌دانم چه عفونتی^۱“

پزشک نظامی وجود نوعی میکروب ثانویه و کشنده‌تر از آنفولانزا را گزارش می‌کند که هنوز ناشناخته است، اما با توجه به روند بیماری تردیدی نمی‌کند که این پنومونی ناشی از آنفولانزا نبوده و عاملی دیگر در حال کشتن نظامیان می‌باشد.

محققین بخش‌هایی از ریه سربازان را ضمن کالبد شکافی به منظور یافتن عامل ثانویه پنومونی مورد بررسی بیشتر قرار می‌دهند و نتیجه کمی تکان دهنده است.

«باکتری‌ها» عامل ایجاد بسیاری از پنومونی‌ها به صورت ثانویه و همچنین عامل اصلی ایجاد حالتی خطرناک به نام Organizing Pneumonia بودند و در واقع بخش بزرگی از مرگ و میرها در اثر “عفونت ثانویه باکتریایی” ایجاد شده بود. این بدان معناست که برخلاف تصور رایج که آنفولانزا مسئول این مرگ و میر عظیم است، در واقع میکروب

^۱ Death from 1918 pandemic influenza during the FirstWorld War: a perspective from personal and anecdotal evidence

دیگری از جنس باکتری‌های استرپتوکوک و... سبب ایجاد ذات الریه و مرگ افراد شده است.

سرانجام در سال ۲۰۰۸ Brondage و Shank با بررسی بر هم کنش‌های ویروسی و ایمونولوژیک در پاندمی آنفلانزا فرضیه عفونت ثانویه را ارائه داده و آن را عامل مرگ و میر جمعیت زیادی از کشته شدگان پاندمی آنفلانزا دانستند.

بررسی‌های انجام شده بر روی ریه بیمارانی که در سال ۲۰۰۹ جان خود را بر اثر آنفلانزا H1N1 از دست دادند نشان داد که حدوداً ۳۰ درصد این بیماران به عفونت همزمان باکتریایی عمدتاً پنوموکک مبتلا بوده‌اند.^۱ به همین خاطر در دارو درمانی عفونت‌های تنفسی ناشی از ویروس‌ها معمولاً آنتی بیوتیک‌ها که داروی ویروس نبوده و داروی ضد باکتری می‌باشد نیز تجویز می‌گردد تا مانع (پروفیلاکسی) عفونت‌های همزمان یا ثانویه باکتریایی شوند. (به همین دلیل برای مبتلایان به کرونا نیز آنتی بیوتیکی مانند آزیترومایسین تجویز می‌گردد!)



تصویر ۸۷- ریهٔ یک سرباز آمریکایی که در دورهٔ شیوع آنفلانزای اسپانیایی تصور می‌شد بر اثر آنفلانزا جان خود را از دست داده.

^۱ Bacterial coinfections in lung tissue specimens from fatal cases of 2009 pandemic influenza A (H1N1) - United States, May-August 2009

بررسی‌های کشت میکروبی نشان داد علت ایجاد پنومونی باکتری استرپتوکوکوس همولیتیکوس بوده است.

یکی از پرتکرارترین سؤال‌ها و عمده‌ترین ابهامات مطروحه در خصوص کرونا این موضوع بوده که اصلاً چرا یک آنتی بیوتیک ضد باکتری توانسته در بیماران مبتلا به یک عفونت ویروسی مؤثر واقع شود؟

آنتی بیوتیک: از ترکیب دو واژه آنتی به معنای ضد و بیوتیک به معنای زنده به وجود آمده که واژه زنده در اینجا اشاره به زنده و جاندار بودن گروهی از میکروب‌ها به نام «باکتری» دارد که آنتی بیوتیک‌ها داروی مبارزه با این گروه از میکروب‌ها بوده و بر روی میکروب‌های بی‌جان و غیر زنده مانند ویروس‌ها اثری ندارد، چرا که ویروس‌ها موجود زنده در نظر گرفته نمی‌شوند و مادامی که در داخل سلول‌های میزبان وارد نشده و امکانات سلول میزبان را به تصرف خود در نیاورد قادر به اموری همچون رشد و تکثیر و ساختمان سازی پیکره خود نمی‌باشد.

آنتی بیوتیک‌ها به گروه‌های مختلفی تقسیم می‌شوند که به طور کلی یا اثر باکتری کشی دارند (باکتریوساید) و یا مانع تکثیر و رشد باکتری‌ها می‌شوند (باکتریو استاتیک) و برخی از آنها طیف وسیع اثر بخشی داشته و بر روی تعداد زیادی از باکتری‌ها اثر می‌گذارند (مانند تتراسایکلین و پنی سیلین) و برخی دیگر اینگونه عمل نکرده و بر روی انواع محدودی از باکتری‌ها اثر بخش هستند (مثلاً سفتریاکسون).

مکانیسم عمل آنتی بیوتیک‌ها نیز متنوع و گسترده است:

۱. برخی از آنها مانع ساخته شدن و شکل‌گیری دیواره سلولی باکتری شده و به این ترتیب باکتری را از بین می‌برد، مانند؛ پنی‌سیلین، سفالوسپورین و بتالاکتام

۲. برخی از آنها مانع ساخته شدن ترکیبات ضروری باکتری مانند؛ فولیک اسید می‌شوند. مانند تری متوپریم

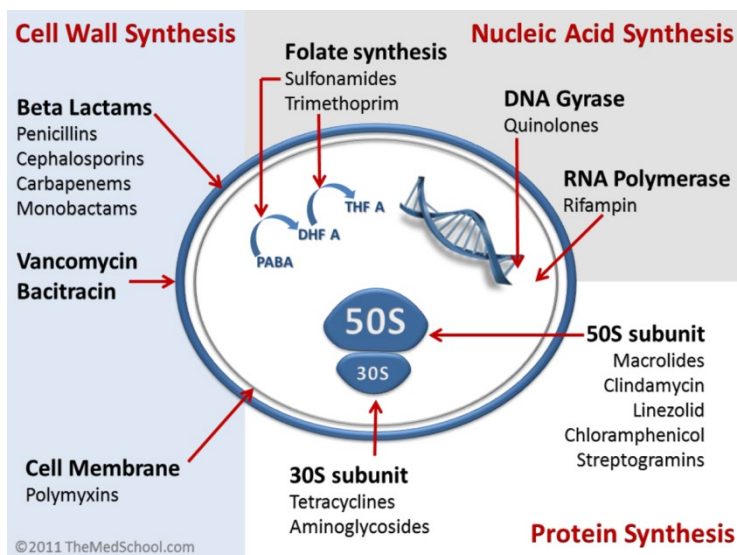
۳. برخی مانع ساخته شدن ماده وراثتی و ژنتیکی باکتری‌ها می‌شوند، مانند؛ ریفامپین و کوئینولون

۴. گروه بزرگی از آنها مانع ساخته‌شدن پروتئین‌ها در باکتری می‌شوند که با اختلال در روند پروتئین سازی سلول باکتری قادر به ادامه

بقاء و رشد نخواهد بود، ماکرولیدها (خانواده آزیترومایسین) در این گروه قرار می‌گیرند.

هم در سلول انسانی و هم در سلول باکتری پروتئین‌سازی بر عهده اندامکی به نام ریبوزوم می‌باشد که این اندامک مهم و حیاتی در انسان و باکتری ساختمان متفاوتی دارد. به طوری که ریبوزوم انسانی از دو زیر واحد ۴۰ s و ۶۰ s تشکیل شده اما ریبوزوم‌های باکتری از دو زیر واحد ۳۰ s و ۵۰ s تشکیل شده. تعداد ریبوزوم در یک سلول انسانی از چند صد تا پانصد هزار عدد بوده و در سلول باکتری نیز گاهی تا چند هزار و چند صد هزار می‌رسد.

آزیترومایسین عمدتاً در درمان عفونت‌های گوش میانی و درمان پنومونی‌های باکتریال به کار می‌رود و مکانیسم عمل آزیترومایسین به عنوان یک ماکرولید ورود به داخل سلول باکتری و اتصال به قطعه ۵۰ S ریبوزوم‌های باکتری می‌باشد؛ به دیگر کلام گیرنده اختصاصی این آنتی‌بیوتیک قطعه بزرگ ریبوزوم باکتریایی می‌باشد که با اتصال به آن مانع روند طبیعی پروتئین‌سازی و در نتیجه مرگ باکتری می‌شود. با توجه به اینکه ریبوزوم انسانی چنین قطعه‌ای نداشته و فاقد گیرنده این آنتی‌بیوتیک است مصرف این دارو به سلول‌های انسانی آسیبی نرسانده و بدون آنکه موجب اختلال در پروتئین‌سازی سلول‌های انسانی شود (که قطعاً امری خطرناک و مرگبار خواهد بود) به طور اختصاصی به ریبوزوم باکتری‌ها متصل می‌گردد. بدیهی‌ست که این آنتی‌بیوتیک هیچ گیرنده‌ای بر روی ویروس‌ها نداشته و به همین جهت داروی ضد ویروس محسوب نمی‌شود، چرا که از نظر علمی بر روی ویروس کاملاً بی‌اثر است. حال آنکه این دارو یکی از پر تجویزترین و پر مصرف‌ترین داروها در طی دوره شیوع کرونا بوده است، تا جایی که حتی مقامات سیاسی از اثربخشی و تأثیر چشمگیر آن در بیماران مبتلا به کرونا سخن گفته‌اند و بنا بر گفته مراجع بهداشتی درصد زیادی از افرادی که مبتلا به کرونا تشخیص داد شده‌اند بدون نیاز به بستری و با دارو درمانی در منزل که آزیترومایسین و ناپروکسن جزء لاینفک این رژیم دارویی بوده است بهبودی خود را به دست آورده‌اند.



تصویر ۸۸- مکانیسم عمل آنتی بیوتیک‌ها: آزیتروماکسیم مانع تولید پروتئین در باکتری‌ها شده و هیچ گیرنده‌ای در ویروس‌ها ندارد، با این حال یکی از پرتجویزترین داروها در درمان مبتلایان به کرونا محسوب می‌شود.

سؤال‌ی که ذهن هر انسان کنجکاوی را به خود مشغول می‌کند این است که چگونه یک آنتی بیوتیک ضد باکتری که اکنون می‌دانیم گیرنده اختصاصی آن کجاست و هیچ تأثیری بر ساختمان و عملکرد ویروسی مانند کرونا ندارد، سبب بهبودی این بیماران می‌شود؟

پس از ذکر موارد فوق اکنون می‌دانیم که در یک پاندمی و همه‌گیری که عامل آن یک ویروس تنفسی نظیر کرونا یا آنفولانزا می‌باشد در حقیقت علت مرگ در جمعیت بسیاری از بیماران خود ویروس اولیه نبوده بلکه عفونت ثانویه یا توأمان یک باکتری موجب بروز پنومونی و مرگ بیماران می‌شود که دلیل این پدیده اگرچه هنوز به طور کامل شناسایی نشده است، اما موارد متعددی در ارتباط با آن شناخته شده است که به ذکر برخی از آنها می‌پردازیم.

۱. بروز عفونت ویروسی در نتیجه آن بروز التهاب در مجاری تنفسی که با افزایش پاسخ‌های ایمنی همراه است سبب تغییر در جمعیت میکروب‌های همزیست و بی‌خطر (میکروبیوتا) در مجاری تنفسی می‌گردد که در نتیجه، کاهش جمعیت برخی میکروب‌های مفید که در حالت عادی از میزبان در مقابل سایر میکروب‌های بیماری‌زا محافظت می‌کنند، برخی میکروب‌های فرصت طلب رشد و تکثیر یافته و موقعیت مساعدی جهت بیماری‌زایی پیدا می‌کنند. باکتری‌های ایجاد کننده پنومونی از جمله استرپتوکوک، استافیلوکوک، موراکسلا و هموفیلوس آنفولانزا، به طور طبیعی در مجاری فوقانی و تحتانی تنفسی انسان ساکن هستند و به طور عادی توانایی بیماری‌زایی ندارند چون اولاً جمعیت آنها توسط سیستم ایمنی و سدهای ایمنی ذاتی سرکوب و محدود می‌شود و ثانیاً سایر میکروب‌های همزیست که در جوار آنها زندگی می‌کنند با رقابت بر سر منابع غذایی اجازه رشد و تکثیر جمعیت به این باکتری‌ها نمی‌دهند، اما کافی‌ست فرد در شرایطی قرار گیرد که یا سیستم ایمنی وی تضعیف گردد و یا شرایط محیطی از جمله تغییر دما و کاهش جمعیت سایر میکروب‌های مفید اجازه رشد و تکثیر به این باکتری‌ها بدهد، بلافاصله این باکتری‌ها می‌توانند تکثیر و تقویت شده و بیماری‌زایی کنند.

اما منشأ این باکتری کجاست؟

این باکتری از چه طریقی به انسان منتقل شده و موجب مرگ وی شده است؟

همه ما کم و بیش نوعی از سرماخوردگی را پس از اینکه یک شب خسته و عرق کرده در جلوی کولر دراز کشیده‌ایم و یا پس از اینکه بلافاصله پس از حمام در جلوی کولر به خواب رفته‌ایم را تجربه کرده‌ایم. در این شرایط ما "اصطلاحاً" به سرماخوردگی و گلودرد و... مبتلا می‌شویم بی آنکه اصلاً با فردی که بیمار باشد برخورد کرده باشیم. پس سؤال اینجاست؛ میکروبی که موجب بیماری ما شده از کجا آمده؟

و پاسخ این گونه است؛ میکروب مذکور در بدن شما حضور داشته و تا قبل از آن قادر به ایجاد بیماری نبوده. حال بنابر شرایط مساعدی که از جهت برودت دما و یا از بین رفتن سایر میکروب‌های مفید محدودکننده

و یا تضعیف سیستم ایمنی برای میکروب فراهم شده وی قادر به تکثیر و بیماری‌زایی شده است. پس می‌توان با ملاحظات خاصی همان میکروب‌هایی که به صورت همزیست در مجاری تنفسی زندگی می‌کنند را به اصطلاح شعله‌ور ساخته و قادر به بیماری‌زایی نمود.

“حتی بیماری‌های میکروبی نیز از جایی در درون انسان آغاز می‌گردد”

عفونت ثانویه و یا همزمان نیز مقوله‌ای از همین سنخ است. باکتری ایجاد کننده این بیماری از جایی خارج از بدن وارد بدن نشده بلکه به طور طبیعی در جمعیت کم و بی‌خطر در داخل دستگاه تنفسی ما حضور دارد اما چون در کنار این باکتری هزاران و میلیون‌ها باکتری و قارچ دیگر نیز حضور دارند که خود را مالک آن ریزمحیط می‌دانند اجازه تکثیر بیش از اندازه نداشته و جمعیت آن مدام توسط سایر باکتری‌ها محدود می‌گردد. در کنار این عامل سیستم ایمنی انسان به هیچ یک از این میکروب‌های همزیست اجازه رشد و تکثیر بیش از حد نمی‌دهد و دائماً با نظارت و سرکشی جمعیت آنها را محدود می‌کند. به این گروه از میکروب‌ها اصلاً میکروبیوتا نیز گفته می‌شود.

اما ویروس‌ها برخلاف باکتری‌ها نمی‌توانند به عنوان میکروبیوتا بدن انسان باشند و در هر حال توسط سیستم ایمنی محکوم به نابودی هستند، یعنی برخلاف باکتری‌های همزیست که سیستم ایمنی به آنها به دیده اغماض نگاه کرده و مادامی که سر به طغیان و تکثیر بیش از اندازه نگذارند سیستم ایمنی آنها را کاملاً نابود نمی‌کند، ویروس‌ها از نگاه سیستم ایمنی جای هیچ چشم پوشی نداشته و بلافاصله برای نابودی آنها التهاب (اصلی‌ترین واکنش برای نابودی مهاجمین) راه اندازی می‌گردد.

بروز عفونت ویروسی و تلاش سیستم ایمنی برای نابودی ویروس سبب بروز دو واقعه در مجاری تنفسی می‌گردد: نخست اینکه التهاب خواه ناخواه به سایر باکتری‌های همزیست نیز آسیب وارد می‌کند، به طوری که جمعیت گروهی از باکتری‌های همزیست بی‌خطر و کم خطر ممکن است کاهش یابد و در نتیجه ضعیف شدن آنها باکتری‌های پر

خطر از جمله عوامل پنومونی فرصت رشد و تکثیر یابند. دوم اینکه معمولاً پس از ایجاد التهاب می‌بایست در محل التهاب حالت تعادل برقرار شود و به اصطلاح التهاب خاموش شده و سیستم ایمنی از حالت جنگ و ستیز وارد حالت آرامش و تعادل شود که این فرایند به واسطه موادی به نام "سایتوکاین‌های مهاری" انجام می‌گیرد که این مواد ذاتاً تضعیف کننده سیستم ایمنی هستند و به صورت موقت در موضع التهاب موجب تضعیف اجزای سیستم ایمنی می‌شوند که این امر به نوبه خود موجب حذف بازوی نظارتی سیستم ایمنی شده و فرصت رشد و تکثیر به گونه‌های پرخطر باکتریایی می‌دهد.^۱

۲. فراورده‌های ویروسی و برخی آنزیم‌های ویروسی موجب بروز یکسری تغییرات در سلول‌های انسانی می‌شود که شرایط را برای بیماری‌زایی باکتری‌ها فراهم می‌کند. مثلاً نورآمیداز ویروسی باعث از بین رفتن موسین در مخاطات تنفسی می‌گردد (موسین ماده‌ایست که سراسر مخاطات تنفسی و گوارشی وجود داشته و میکروب‌ها را به دام انداخته و حتی با داشتن آنزیم‌هایی مانند لیزوزیم آنها را نابود می‌کند) و بدین ترتیب موجب فرار باکتری‌های فرصت‌طلب از این دام ایمنولوژیک می‌شوند و یا موجب از بین رفتن سیالیک اسید در مخاط سیستم تنفسی می‌شود که با شکست این ماده باکتری‌ها می‌توانند با اتصال به آن برای فرد میزبان بیماری‌زایی کنند.

۳. عفونت‌های ویروسی مانند؛ آنفولانزا و پاراآنفولانزا و RSV موجب افزایش گیرنده‌های باکتریال در سلول‌های اپیتلیال تنفسی می‌شوند: این ویروس‌ها موجب می‌شوند نوعی گیرنده به نام PAFR^۲ در دستگاه تنفسی افزایش یابند که این گیرنده به برخی اجزای سلولی باکتری‌ها به نام فسفوریل کولین^۳ متصل شده و به تهاجم باکتری‌ها کمک کند.^۱

^۱ The microbiota of the respiratory tract: gatekeeper to respiratory

health Wing Ho Man, Wouter A.A. de Steenhuijsen Piters

^۲ Platelet Activating Factor Receptor (PAFR)

^۳ Phosphorylcholine

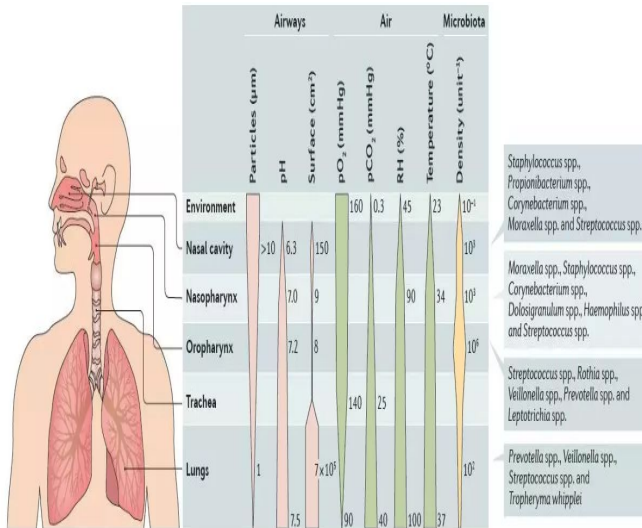
۴. عفونت‌های ویروسی باعث افزایش نوع دیگری از گیرنده‌ها بر سطح سلول‌های تنفسی به نام ICAM و CEACAM می‌شوند که این گیرنده‌ها نیز موجب تسهیل اتصال باکتری‌ها به سلول و افزایش تهاجم آنها می‌گردد.^۱

۵. ویروس‌ها قادرند بر جمعیت گلبول‌های سفید خاصی به نام ماکروفاژهای آلئولار که به طور طبیعی ساکن سیستم تنفسی هستند، اثر گذاشته و آنها را تضعیف کنند به طوری که این ماکروفاژها قادر به بلعیدن و نابودی باکتری‌ها نبوده و همچنین نتوانند در هنگام حمله میکروبی سایر اجزای سیستم ایمنی مانند؛ نوتروفیل‌ها را به محل حمله دشمن فراخوانی کنند، به این شکل که تولید مواد جاذب گلبول‌های سفید به نام کموکاین‌ها (CXCL1, CXCL2) را کاهش می‌دهند.^۲

به طور کلی می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که عواملی ایجاد کننده پنومونی ویروسی و باکتریایی در یک همکاری و تعامل گروهی هستند و هر یک می‌توانند کار ایجاد درگیری ریوی را برای دیگری تسهیل کنند که رایج‌ترین همکاری آنها در هنگام پاندمی‌های ویروسی می‌باشد که ویروس در واقع هموار کننده راه باکتری در ایجاد پنومونی بوده و معمولاً به علت شرایط ویژه دوره شیوع، قاتل اصلی از حاشیه دور مانده و ویروس، وارث بدن‌امی مرگ و میر خواهد بود، حال آنکه ویروس در حقیقت تنها تسهیل‌گر پنومونی بوده است. در جدول زیر چند مورد از ویروس‌هایی که عفونت ثانویه در آنها رایج است آورده شده است که

-
- ^۱ Cundell DR, Gerard NP, Gerard C, et al. Streptococcus pneumoniae anchor to activated human cells by the receptor for platelet-activating factor. *Nature* 1995;377(6548):435-8.
 - ^۲ Avadhanula V, Rodriguez CA, Devincenzo JP, et al. Respiratory viruses augment the adhesion of bacterial pathogens to respiratory epithelium in a viral species- and cell type-dependent manner. *J Virol* 2006;80(4):1629-36.
 - ^۳ Didierlaurent A, Goulding J, Patel S, et al. Sustained desensitization to bacterial Toll-like receptor ligands after resolution of respiratory influenza infection. *J Exp Med* 2008;205(2):323-9.

کرونا ویروس ها با عفونت های ثانویه پنومونی باکتریایی یکی از این موارد می باشد.



تصویر ۸۹- باکتری های زیادی ساکن مجاری تنفسی هستند که می توانند در صورت فعال شدن ایجاد بیماری های تنفسی کنند. از میان این باکتری ها، استرپتوکوک، استافیلوکوک، موراکسلا، هموفیلوس آنفولانزا می توانند ذات الریه های کشنده ایجاد کنند. عفونت ویروسی، بیماری زایی برای این باکتری ها را تسهیل می کند و در اکثر مواقع به دنبال عفونت ویروسی، عفونت ثانویه باکتریایی رخ می دهد.

Table 1 Common viral-bacterial coinfections and their associated clinical infections in human hosts		
Virus	Known Bacterial Coinfections	Associated Secondary Infections
Influenza	<i>S pneumoniae</i>	Pneumonia
	<i>S aureus</i>	Otitis media
	<i>S pyogenes</i>	Sinusitis
	<i>H influenzae</i>	Meningitis
	<i>Moraxella catarrhalis</i>	
	<i>Neisseria meningitidis</i>	
Respiratory syncytial virus	<i>S pneumoniae</i>	Pneumonia
		Bronchitis/bronchiolitis
Adenovirus	<i>S pneumoniae</i>	Pneumonia
	<i>H influenzae</i>	
	<i>M catarrhalis</i>	
Coronavirus	<i>H influenzae</i>	Pneumonia
Human rhinovirus	<i>S pneumoniae</i>	Pneumonia
	<i>H influenzae</i>	Sinusitis
	<i>S aureus</i>	Otitis media
	<i>M catarrhalis</i>	
Parainfluenza virus	<i>S pneumoniae</i>	Pneumonia
	<i>M catarrhalis</i>	
Human metapneumovirus	<i>S pneumoniae</i>	Pneumonia
		Bronchitis
Measles virus	<i>S pneumoniae</i>	Otitis media
	<i>S aureus</i>	Pneumonia
	<i>H influenzae</i>	Tracheobronchitis

تصویر ۹۰- عفونت‌های باکتریایی که معمولاً متعاقب عفونت‌های ویروسی به عنوان عفونت ثانویه رخ می‌دهند و همگی تظاهرات بالینی مشترک به نام پنومونی(ذات الریه) مشابه با همان ویروس دارند؛ ذکر این نکته که این باکتری‌ها به صورت دائم در مجاری تنفسی ما زندگی می‌کنند قدری هولناک است.

حال به پاندمی کرونا بازگردیم؛ برای پاندمی کرونا نیز عفونت ثانویه و توأمان امری بدیهی و غیر قابل انکار است و هیچکس نمی‌تواند مدعی شود که در این بیماران باکتری‌ها ایجاد پنومونی نکرده‌اند و محل پرسش در اندازه و مقیاس آن است. چند درصد از فوتی‌های این بیماری بر اثر عفونت‌های ثانویه و Organizing Pneumonia ناشی از باکتری‌ها جان خود

را از دست داده‌اند؟ یا بهتر بگوییم مسئول چند درصد از مرگ و میرهای منتسب به کرونا پنومونی‌های باکتریالی هستند که عفونت ثانویه ناشی از ویروس کرونا بوده‌اند؟

اما آیا همانند پاندمی آنفولانزای اسپانیایی فرد یا افرادی به بررسی این موضوع پرداخته‌اند و این موضوع در رسانه‌ها اعلام شده است؟ خیر! تمام این تلفات به اسم ویروس کرونا ثبت شده است.

آیا ریه افرادی که به اصطلاح بر اثر کرونا جان خود را از دست داده‌اند (یعنی تست کرونای آنها مثبت بوده) پس از کالبد شکافی مورد بررسی قرار گرفته است تا مشخص شود چند درصد این افراد بر اثر پنومونی‌های باکتریایی که عفونت ثانویه کروناویروس بوده‌اند، جان خود را از دست داده‌اند؟ به هر حال این موضوع تفاوتی در اصل قضیه ایجاد نمی‌کند که افرادی جان خود را در طی شیوع از دست داده‌اند اما تفکیک کشته‌شدگان بر اساس عامل منجر به فوت و رسانه‌ای نشدن آن چه دلیلی می‌تواند داشته باشد؟ اصلاً دانستن اینکه مبتلا به یک ویروس را در نهایت یک باکتری ثانویه و پنومونی سازمان دهنده آن کشته باشد چه فرقی در اصل مطلب دارد؟

تحقیقات علمی، کالبد شکافی و بررسی بافت ریه در مبتلایان نشان داده که؛ اولاً عفونت ثانویه باکتریال و Organising Pneumonia^۱ (که به اختصار OP نیز خوانده می‌شود) در اکثر بیماران مبتلا به کرونا مشاهده شده است. این تحقیقات در ضمن تحقیقاتی بوده که به بررسی اثر داروهای مهار کننده سیستم ایمنی (مانند دگزامتازون) بر روی بیماران نیز می‌پرداخته و به علت اینکه مرگ و میر در گروه کنترل (گروهی که دگزامتازون دریافت نکرده‌اند) بیشتر بوده، متوقف می‌شود. این تحقیقات دربرگیرنده دو موضوع جالب است:^۲

^۱ مسدود شدن مجاری هوایی ریه در اثر التهاب و پر شدن آن توسط بافت همبند، فیبروز

^۲ SARS-CoV-2 organising pneumonia: 'Has there been a widespread failure to identify and treat this prevalent condition in COVID-19-
PMCID: PMC7509945

۱. اول اینکه داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی عاملی بسیار حیاتی بوده و می‌بایست در خط مقدم داروهای بیماران مبتلا به کرونا قرار بگیرد، اثر این داروها از داروهای ضد ویروسی رایج (رمدسیویر، لوپانوویر و...) بیشتر بوده است! و گویا زمانی این موضوع را فهمیده‌ایم که انبارهای داروهای ضد ویروسی مذکور خالی شده و با اینکه با قیمت گزافی در بازار به فروش رسیده، فاقد هرگونه اثری بوده است (به طور مثال رمدسیویر در بازار آزاد ایران تا هر ویال ۵۰ میلیون تومان نیز معامله می‌شود و در بعضی مراکز بیمارستانی تا ۲۰ میلیون تومان به دست بیمار می‌رسیده است! در حالی که پس از این مطالعه اثربخش بودن آن منتفی شده است). جالب است بدانیم چندین ماه قبل کمپانی سازنده این دارو در یک تحقیق علمی اعلام کرده بود که داروی رمدسیویر بر روی حدود ۱۳۰ بیمار بستری با علائم شدید آزمایش شده و حدود ۱۱۳ نفر آنها بهبودی یافته‌اند (در بخش آتی بدان خواهیم پرداخت!) و اکنون خود سازمان بهداشت جهانی ناکارآمدی و عدم اثربخشی آن را قویاً اعلام می‌کند اما مسئله، جایی جالب‌تر می‌شود که این دارو در ایالات متحده آمریکا به عنوان اولین داروی رسمی کرونا از سازمان غذا و داروی آمریکا تأییدیه می‌گیرد. حد فاصل ادعای اثربخشی دارو و ادعای عدم اثربخشی آن را باید با رشد ارزش سهام این شرکت سنجید. در مقام تحقیق توجیهات متعددی می‌توان برای این مسئله "تراشید" که اصلاً چرا یک دارو در یک تحقیقات جزو موفق‌ترین داروها شناخته می‌شود، اما در تحقیقات دیگری اثر بخشی آن در حد آب خالص کاهش می‌یابد! مسائلی از جمله ویژگی شرکت کنندگان در طرح، تفاوت‌های ژنتیکی و فیزیولوژیک آنها، تغییرات ژنتیکی ویروس و... اما بر کسی پوشیده نیست که مسئله بزرگتری به نام شطرنج مافیای دارو نیز در این زمینه حکم فرماست. مثلاً در یک مطالعه، چند محقق ادعا کردند که داروی اینترفرون بر روی بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه دارای اثر بخشی بسیار حیرت انگیزی بوده، اما در مطالعات بعدی با جامعه آماری بزرگ‌تر مشخص می‌شود که این دارو نه تنها اثربخشی مساعدی نداشته بلکه بسیاری از بیماران پس از تزریق آن رو به وخامت

نیز رفته‌اند؛ حد فاصل این دو تحقیق چیزی نیست جز رکورد فروش این دارو! یکی از مزایای تفکیک علل منتج به پنومونی نیز همین موضوع دارو درمانی می‌باشد، به همین خاطر کمپانی‌های دارویی (که منابع مالی را برای تحقیقات در اختیار محققین قرار می‌دهند) ترجیح می‌دهند این موضوع قدری مسکوت بماند و بیماری کرونا کماکان یک بیماری ویروسی فاقد دارو و واکسن باشد تا اینکه مشخص شود درصد کثیری بر اثر عفونت ثانویه باکتریال جان باخته‌اند و اصلاً داروهای گران قیمت این شرکت‌ها اثری بر سرنوشت آنها نداشته است.

۲. بروز عارضه OP در عفونت ویروس کرونا بسیار قابل توجه بوده و با اطلاع از اهمیت عفونت‌های ثانویه باکتریال و مفهوم OP و بررسی آن در بیماران مبتلا به کرونا روند درمان تا حد زیادی تغییر خواهد کرد. به طوری که دُزهای بالاتری از داروهای مهارکننده ایمنی مورد نیاز بوده و کاهش این دارو می‌بایست بسیار با احتیاط صورت پذیرد (یعنی روندی غیر معمول در درمان بیماری‌های ویروسی). این یافته‌ها بدین معناست که در بیشتر موارد صرفاً خود ویروس کرونا عامل غایی منجر به تمام آسیب‌ها نبوده و “عوامل در سایه” در آسیب شناسی این ویروس نقش عمده‌ای ایفا می‌کند و در یک کلام روند بیماری‌زایی آن و برنامه درمان آن متفاوت با پروتکل‌های درمان ویروسی می‌باشد، به همین خاطر در تحقیقات متعدد داروهای ضد ویروسی در این بیماری اثر چندانی بر روی بیماران نداشته و مؤثرترین دارو بر بیماران بستری از سوی سازمان بهداشت جهانی داروهای مهار کننده سیستم ایمنی مانند دگزامتازون و پردنیزولون شناخته شده است.^۱ به همین سادگی با روشن شدن علت نهایی پنومونی بسیاری از داروها از سبد فروش خارج شده و درمان بر مبنای داروهای قدیمی‌تر و ارزان قیمت‌تر انجام خواهد پذیرفت.

پیش از اینکه به این بحث و پرده بعدی فریب وارد شویم، می‌بایست مجدداً ذهن را از کلیشه‌های رسانه‌ای بیماری کرونا قدری رها سازیم. آیا

^۱ Solidarity” clinical trial for COVID-19 treatments, WHO

برای شما نیز سؤال بوده که چرا آزیترومایسین که ذاتاً یک آنتی بیوتیک و داروی اختصاصی ضد باکتری است موجب بهبودی در بیماران کرونایی شده است؟ اصلاً چرا باید به یک بیمار مبتلا به عفونت ویروسی یک آنتی بیوتیک ضد باکتری تجویز شود؟

پاسخ متخصصان به این تجویز همان است که در بحث عفونت ثانویه و همزمان گفته شد (هم به منظور پیشگیری^۱ و هم درمان عفونت ثانویه باکتریال) اما مسئله اصلی هنوز لاینحل باقی مانده است که چرا آزیترومایسین تبدیل به یک از پرکاربردترین و اثربخش‌ترین داروی برنامه درمانی بیماران کرونایی شده است، در حالی که هیچ کدام از داروهای ضد ویروسی اثری مناسب از خود نشان نداده‌اند؟ پس نمی‌توان کاربرد و ثمربخش بودن آن را تنها متوجه کاربرد آن به عنوان درمان کننده عفونت ثانویه دانست، مگر اینکه بپذیریم مسئله اصلی در بسیاری از بیماران اصلاً همان عفونت باکتریایی و Organising Pneumonia ناشی از آن بوده و لازم است در تقسیم‌بندی اهمیت عفونت اولیه و ثانویه تجدید نظر کنیم، چرا که در بخش‌های بعد خواهیم دید که این قطعه از پازل بیماری‌زایی بیشتر زائیده بهداشت افراطی است و اگر قرار باشد عمده عامل منتج به بروز درگیری‌های ریوی و پنومونی عامل باکتریایی باشد، دستورالعمل‌های افراطی که خود منجر به تقویت این عارضه شده‌اند بیش از ویروس در بیماری‌زایی نقش ایفا کرده‌اند. یعنی مسئله اصلی در مرگ و میر آسیب‌هایی‌ست که ما خود مسبب آن شده‌ایم نه ویروس کرونا.

چه عاملی موجب پنومونی و مرگ مبتلایان می‌شود؟ ویروسی ناشناخته فاقد واکسن و دارو (که می‌تواند آغازگر OP باشد) و یا عفونت‌های باکتریایی که هم با وجود ویروس و هم بدون وجود ویروس حادث می‌شوند و دارای دارو هستند و هم اینکه شیوه جدید درمان بر پایه مهار کننده‌های سیستم ایمنی در بهبودی آنها مؤثر بوده است؟ تفاوت این دو عامل در مقدار وحشت و جنگ روانی آن در نزد مردم عادی‌ست که اطلاعات چندانی از جزئیات درمان ندارند و صرف تست

^۱ پروفیلاکسی

مثبت کرونا، این “ویروس” را عامل مرگ می‌دانند. چرا که اگر بدانیم اهمیت باکتری‌ها و عفونت‌های ثانویه در این مسئله به چه اندازه است ممکن است به دستورالعمل‌های بهداشت جهانی قدری مشکوک شویم (در بخش ماسک و شستشوی افراطی خواهیم خواند). همین قدر که در این بخش بدانیم در بسیاری از بیماران مبتلا به کرونا که به آنها برچسب مرگ ناشی از ویروس زده‌ایم بر اثر عفونت‌های باکتریال جان خود را از دست داده‌اند، بسیار ارزشمند است. چون قرار است در بخش‌های بعد ببینیم که ما چگونه این عامل در سایه را “پرورش داده‌ایم” و قوی‌تر ساخته‌ایم!

نتیجه اینکه نیمه پنهان پاندمی کرونا، عفونت‌های ثانویه باکتریایی می‌باشد که در سایه عفونت ویروسی می‌تواند بیماری‌زایی کند. اما این مورد با اینکه یکی از بدیهی‌ترین اصول علم پزشکی می‌باشد تا به امروز به چه میزبان در رسانه‌ها عنوان شده است و آیا فرد یا افرادی بررسی نموده‌اند چه مقدار از تلفات ناشی از ویروس کرونا به علت عفونت ثانویه باکتریایی بوده است؟ همانگونه که در خصوص آنفولانزا این عدد به ۳۰ درصد و حتی گاهی به ۴۰ درصد می‌رسد، یعنی با اندکی ارفاق مسئول نیمی از کشته شدگان شیوع آنفولانزای اسپانیایی یک باکتری بوده است و ما تمام این تلفات را به پای ویروس آنفولانزا نوشته‌ایم، در حالی که می‌دانیم عفونت‌های ثانویه در اکثر بیماران مبتلا به کرونا نیز وجود خواهد داشت که روند درمان آن با روند درمان عفونت ویروسی متفاوت است. فهم این مسئله که حتی در پاندمی‌های ویروسی نیز یک عامل غیر ویروسی مسئول مرگ و میر در جمعیت عظیمی از مبتلایان به همان ویروس بوده است چه سودی دارد؟

شاید راهگشای پاسخ به این پرسش این مسئله باشد که باکتری‌های عامل عفونت‌های ثانویه هم دارای داروهای متعدد هستند (آنتی بیوتیک) و هم برخی از آنها دارای واکسن می‌باشد و علم به این موضوع با پروژه جهانی ترس و وحشت از ویروسی فاقد واکسن و دارو در منافات است؛ چرا که قرار است پروژه جهانی به نام یک ویروس مرموز کشنده فاقد دارو و واکسن کلید خورده باشد نه ویروسی که درصد عظیمی از تلفات آن با

پروفیلاکسی، واکسیناسیون باکتریال، درمان آنتی بیوتیکی و داروهای مهارگر سیستم ایمنی ممکن است درمان شوند!

بحث عفونت‌های ثانویه را به این علت مطرح نمودیم که با درک مفهوم عفونت ثانویه ذهن از چارچوب بسته "مرگ صرفاً ویروسی" خارج شده و فهم این مسئله آسان‌تر خواهد بود که معمولاً در دوره همه‌گیری‌های ویروسی "ویروس‌ها می‌توانند وارث بدنامی مرگ باشند" و سایر تلفات را ذیل عنوان هولناک خود جمع کنند و برچسب خود را بر روی تابوت متوفیان بچسبانند و این مسئله چندان مسئله غریبی نیست که نیاز به موشکافی‌های تخصصی داشته باشد، چون به هر حال مرگ همان مرگ است و برای فرد متوفی تفاوتی ندارد علت مرگ چه چیزی باشد، مگر آن که عده‌ای بخواهند از آمار و ارقام تلفات استفاده ابزاری کرده و قربانی این مصادره به مطلوب نیز همان مردم باشند، در آن صورت است که لازم می‌آید علل مرگ با ریزینی تفکیک گردد، به ویژه آنکه در این میان صنعت دارویی نیز وارد شود!

درست شبیه اینکه در دهکده‌ای یک سارق حرفه‌ای وارد شده باشد و صرف وجود آن سارق در دهکده هر سرقتی که به وقوع می‌پیوندد را به حساب وی بگذاریم. در حالی که قبل از ورود سارق و حین ورود سارق‌های دیگری نیز در دهکده بوده و هستند.

در حقیقت ویروس کرونا و آنفولانزا وارث بدنامی مرگ بیماران در پاندمی هستند حال آن که بخش عظیمی از این بیماران بر اثر عفونت‌های ثانویه باکتریایی جان خود را از دست می‌دهند در حالی که علت مرگ عفونت ویروسی قلمداد می‌گردد. اما به چه علت این بخش از مسئله شیوع مورد توجه رسانه‌ها قرار نمی‌گیرد؟ مضاف بر اینکه گمان می‌کنیم حتی بخش زیادی از پنومونی‌های غیر کرونایی نیز در گروه کرونا طبقه‌بندی می‌گردد؟

به نمودار زیر که در پایگاه اطلاع رسانی سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته توجه کنید:

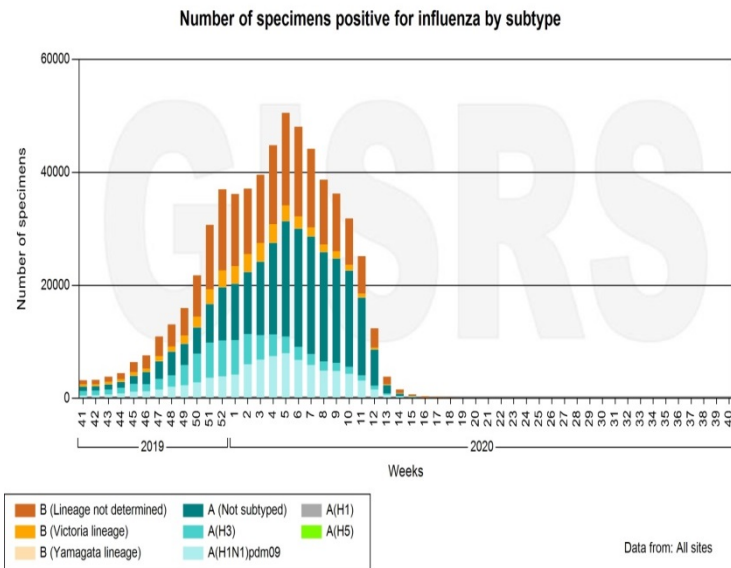


Influenza Laboratory Surveillance Information

by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 09/10/2020 03:01:41 UTC

Global circulation of influenza viruses



Data source: FluNet (www.who.int/flu-net), GISRS

© World Health Organization 2020

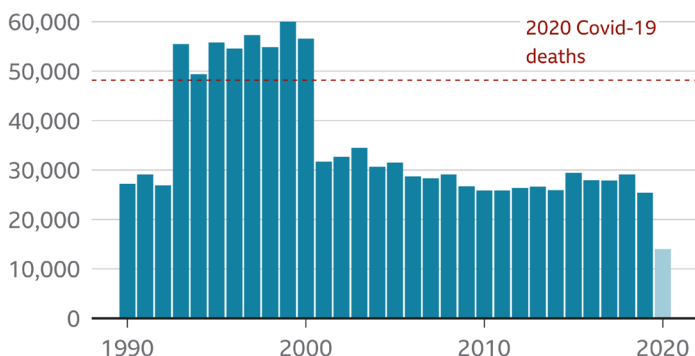
تصویر ۹۱- آمار میزان ابتلای آنفولانزا در سال ۲۰۱۹ و ۲۰۲۰ درست در اوایل سال ۲۰۲۰ مقارن با آغاز شیوع ویروس کرونا موارد ابتلای به گونه‌های مختلف ویروس آنفولانزا (ستون‌های سه گانه آبی رنگ) کاهش می‌یابد و به طور جالبی نزدیک به صفر می‌گردد و به کمترین میزان خود در چند سال اخیر می‌رسد.

”در سال ۲۰۲۰ گویا خبری از آنفولانزا و سایر سرماخوردگی‌ها نبوده است!“

آیا نمی‌توان به این احتمال اندیشید که جمعیت زیادی از این افراد در آمار مبتلایان به ویروس کرونا قرار گرفته‌اند؟ در غیر این صورت یا باید

بپذیریم که یا ویروس آنفلوانزا توانایی بیماری‌زایی خود را از دست داده است و یا این ویروس ناپدید شده است! در حالی که می‌دانیم موارد بی‌شماری از ابتلای به این ویروس که کشندگی بیشتری نیز نسبت به ویروس کرونا دارد در جهان وجود دارد. پس به چه علت نمودار مبتلایان به این ویروس در پایین‌ترین حالت خود در سنوات اخیر قرار گرفته است؟ مبتلایان به آنفلوانزا اکنون در کدام گروه جدید طبقه‌بندی می‌شوند؟ آیا پاسخ گروهی به جز گروه مبتلایان به کروناست؟

Flu and pneumonia deaths since 1990 compared to 2020 Covid-19 deaths



Widespread flu vaccination introduced in 2000

Source: ONS. Flu/pneumonia figure for 2020 is Jan to Aug only.

BBC

تصویر ۹۲- مرگ و میر ناشی از آنفلوانزا و ذات‌الریه از سال ۱۹۹۰ در مقایسه با مرگ و میر کووید-۱۹

در نمودارهای بالا آمار افرادی که بر اثر پنومونی (ذات‌الریه) جان خود را از دست داده‌اند در سی سال اخیر ارائه شده است: به کاهش این آمار در سال ۲۰۱۹ و ۲۰۲۰ توجه کنید. یعنی همزمان با شیوع ویروس کرونا آمار مرگ بر اثر پنومونی‌هایی از قبیل آنفلوانزا، پنوموکک، استافیلوکوک، RSV و سایر عوامل میکروبی که تا پیش از این چهارمین علت مرگ در جهان به شمار می‌رفته است، کاهش یافته است.

* منحنی سال ۲۰۲۰ در برگزیدهٔ آمار ۸ ماه از سال می‌باشد و آمار ۴ ماه باقیمانده بر آن اضافه نشده است و با توجه به آمارهای مرگ و میر ناشی از پنومونی که در فصل بعد بررسی می‌گردد به نظر نمی‌رسد در ۴ ماه باقیمانده نیز رشد چندانی کند. چون هم دیدیم (نمودار تست‌های مثبت آنفلوآنزا) و هم خواهیم دید (بخش بعد) که همزمان با شیوع کرونا مرگ و میر ناشی از پنومونی‌ها به طرز عجیبی کاهش می‌یابد!

سؤال مجدداً تکرار می‌شود؛ قربانیان پنومونی‌های غیر کرونایی کجا رفته‌اند؟ آیا چون رعایت بهداشت افزایش یافته این تلفات روند نزولی گرفته و یا اینکه این آمار به عناوین دیگری به واسطه خطای موجود در کیت‌های آزمایشگاهی و روش‌های تشخیص افتراقی ثبت شده‌اند؟

آیا باز هم این احتمال وجود ندارد که موارد ابتلا و فوتی ناشی از این بیماری‌ها نیز در گروه بیماران و فوتی‌ها کرونا جای گرفته باشد؟

مسئله مهم اینجاست که اگر گروهی از بیماران سایر پنومونی‌ها را در گروه بیماران مبتلا به کرونا قرار داده باشیم با توجه به اینکه اکنون می‌دانیم روند درمان این پنومونی‌ها با کرونا قدری متفاوت است تا جایی که کاهش تجویز داروهای تضعیف کننده سیستم ایمنی موجب مرگ جمعیت آزمایش شونده شده است، آیا چنین رخدادی منجر نمی‌شود که افراد بیشتری در بیمارستان‌ها جان خود را از دست بدهند؟

یعنی افرادی که می‌بایست به شیوه متفاوتی درمان می‌شدند با قرار گرفتن در گروه بیماران کرونایی به علت پروتکل متفاوت درمان جان خود را از دست داده باشند؟ یا اینکه تجویز داروهای ضد ویروسی به ویژه تجویز همزمان چند نوع آن (پلی فارماسی) به تشدید بیماری کمک کرده باشد؟

”برچسب کرونا تا چه اندازه مبتلایان به سایر بیماری‌ها را

به کام مرگ کشیده؟ آیا این یک جنایت نرم نیست؟“

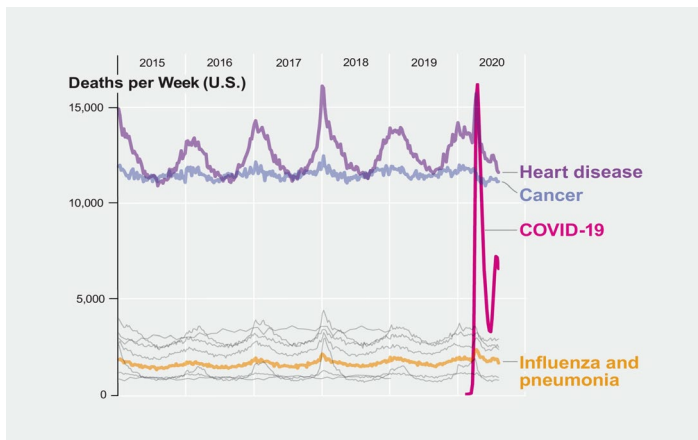
اغلب یافته‌های پزشکی از نگاهی نه چندان خوشانید و اخلاقی از آزمون و خطا به دست می‌آیند. همانطور که برای بررسی اثر دگزامتازون و... در آزمایش‌های مذکور گروهی بیشتر جان خود را از دست داده‌اند،

برای اطلاع از کارایی داروهای دیگر نیز گروه عظیمی از بیماران مورد آزمایش قرار گرفته و آنچه به عنوان نتیجه ناموفق یک دارو یا شکست یک دارو در درمان بیماری بدان دست یافته‌ایم، ممکن است به قیمت جان هزاران انسان تمام شده باشد! حال چه عاملی به سازمان بهداشتی کلان این مجوز را داده که در مقیاس جهانی دست به آزمایش‌هایی از این دست بزند؟ شیوع ویروس کرونا!

شرایط اورژانسی جهان به محققین و پزشکان این مجوز را داده تا در مسیر علم و یافته‌های نوین ناخواسته باعث مرگ عده‌ای شوند. خطای شناختی مرجعیت و چیزهای شبیه اردوگاه‌های تحقیقاتی آلمان نازی! پس نتیجه می‌گیریم قرار دادن جمعیت بیماران مبتلا به سایر پنومونی‌ها در زمره بیماران کرونایی صرفاً یک خطای تکنیکال و آمارسازی روانی نبوده و می‌تواند منجر به مرگ تعداد زیادی از این بیماران شود که اگر به طور صحیح در گروه خود طبقه‌بندی شده و به جای داروهای ضد ویروس (که عمدتاً بی‌اثر و یا دارای اثرات مضر نیز بوده‌اند) درمان‌های رایج پنومونی را دریافت می‌کردند، قطعاً افراد کمتری جان خود را از دست می‌دادند. بدین ترتیب ما با القای یک جنگ روانی و سراسیمگی شیوع و منطق اشتباهی که بیان می‌کند هر بیماری تنفسی کروناست مگر خلاف آن ثابت شود نه تنها آمارسازی کرده‌ایم بلکه عمداً یا سهواً قربانی سازی نیز کرده‌ایم! و منشأ صدور این دستورالعمل‌ها و مرجع صدور مجوز تحقیقات بالینی داروها چه نهادی‌ست؟ سازمان بهداشت جهانی، CDC، NIH و...! لازم است مجدداً کمی از خطای شناختی مرجعیت، تأیید شناختی و آزمایش میلگرام را به خاطر آوریم.

اما نمودار جالب‌تری نیز در مرکز Scintific American وجود دارد:

طبق این نمودار حتی مرگ ناشی از بیماری‌های قلبی (که اولین علت مرگ و میر در جهان می‌باشد) و مرگ ناشی از سرطان نیز در دوره شیوع کرونا کاهش یافته و ابتلای به کرونا در موعد تحقیق سومین علت مرگ در آمریکا بوده است.



تصویر ۹۳- کاهش مرگ و میر بر اثر سرطان و بیماری‌های قلبی در دوره شیوع

در این نمودار درست زمانی که تلفات ناشی از کرونا به اوج خود رسیده، تلفات ناشی از سرطان و بیماری‌های قلبی، بیماری‌های خودایمنی و متابولیک قدری کاهش یافته است (در حالی که در فصل قبل دیدیم شرایط بحران و قرنطینه و ازدحام منطقاً می‌بایست موجب افزایش تلفات در مبتلایان به این بیماری‌ها در نتیجه عدم دسترسی آنها به خدمات تشخیصی و درمانی گردد). به طور جالبی بیشترین افرادی که مبتلا به کرونا بوده‌اند دچار اختلالات قلبی شده و اختلالات قلبی شایع‌ترین علت مرگ در بیماران مبتلا به کرونا بوده است^۱ که پیشتر این گروه به عنوان دارندگان بیماری زمینه‌ای در گروه پرخطر طبقه‌بندی شده بودند.

توجه داشته باشید که اولین عامل مرگ و میر در جهان خود در گروه مستعدین به ابتلای به کرونا هستند و از سوی دیگر بسیاری از مبتلایان به کرونا نیز جان خود را بر اثر اختلالات قلبی از دست می‌دهند. حال تفاوت میان این دو گروه چیست؟ تست مثبت کرونا و قرار گیری

^۱ Heart failure in COVID-19 patients: prevalence, incidence and prognostic implications-Juan R. Rey-European Journal of heart failure

مبتلایان در شمار آمارهای کرونا(!) و همچنین قرار گرفتن در معرض درمان‌های کرونا با داروهایی که در حقیقت در حال آزمایش هستند نه درمان.

حال با شیوع ویروس کرونا منحنی مرگ و میر بر اثر بیماری‌های قلبی و سرطان نزولی شده است. آیا این به این دلیل نیست که این بیماران با استناد به تست مثبت کرونا در شمار تلفات این بیماری قرار گرفته‌اند؟

اگر فرض کنیم تعدادی از افرادی که بر اثر سایر عوامل جان خود را از دست داده‌اند، در لیست تلفات بیماری کرونا قرار گرفته‌اند (شاید به این دلیل که تست کرونی آنها مثبت بوده است) و کاهش محسوس آمار متوفیان سایر عوامل بیماری‌زا نیز به همین دلیل است.

می‌بایست به این سؤال پاسخ دهیم که “چگونه” می‌توان مبتلایان و متوفیان این گروه را در گروه متوفیان و مبتلایان کرونا قرار داد؟ پاسخ در فصول آتی به ویژه در بخش تست‌های تشخیص کرونا قرار دارد. اینکه این روش‌ها تا چه میزان دارای خطا بوده و منجر به فریبی به ظاهر علمی و در باطن سیاسی - تجاری می‌شوند.

نتیجه اینکه بیماری کرونا وجود داشته و موجب مرگ عده‌ای نیز شده است، همانگونه که در سال‌های قبل از شیوع نیز ابتلای به آن موجب مرگ عده‌ای بوده است با این تفاوت که در سال ۲۰۲۰ سویه‌ای مسری‌تر و به این ترتیب خطرناک‌تر در جهان پدید آمده است (به عقیده ما ساخته شده) و عده بیشتری را به کام مرگ کشانیده است. اما بعید نیست در دوره شیوع بسیاری از بیماری‌های دیگر نیز در زیرگروه این بیماری قرار گرفته و مبتلایان و متوفیان آن در قالب تلفات ویروس کرونا طبقه‌بندی شده‌اند و علت این امر عدم وجود روش‌های تشخیص افتراقی در آزمایشگاه‌ها از یک سو و احتمالاً تمایل طراحان فریب قرن به القای هر چه بیشتر ترس و وحشت از سوی دیگر و امکان انجام آزمایش‌های انسانی در مقیاس جهانی بر روی بیماران می‌باشد. در واقع بخشی از پازل فریب قرن و پروژه شیوع از انتقال افراد از زیرگروه‌های سایر بیماری‌های به زیرگروه کووید-۱۹ شکل می‌گیرد. حال مجدداً به خاطر آورید که

شرایط قرنطینه و بحران تا چه میزان افراد مبتلا به بیماری‌های حاد را از خدمات تشخیصی و درمانی محروم ساخته بود و چه تعداد از افرادی که به اشتباه مبتلا به کرونا تشخیص داده شده‌اند در اثر اتخاذ برنامه غلط درمانی، اثرات مخرب داروهای ضد ویروسی بر قلب و کلیه و کبد جان خود را از دست داده‌اند (اکنون می‌دانیم که رایج‌ترین داروهای مورد استفاده در درمان کرونا مانند هیدروکسی کلروکین دارای عوارض جانبی بر روی قلب و داروی رمدسیویر دارای اثرات جانبی بر روی کلیه هستند). منطقاً با تشدید این شرایط می‌بایست مرگ و میر در بیماران مبتلا به سرطان، بیماری‌های قلبی و عصبی و... حتی افزایش یابد، اما در عمل جمعیت متوفیان این بیماری‌ها کاهش یافته است. در عوض گروهی دیگر با عنوان کرونا جان خود را از دست داده‌اند که ممکن است اصلاً به این بیماری مبتلا نبوده و صرف تجویز و تشخیص نادرست جان خود را از دست داده باشند. بی‌رحمانه‌ترین و رذیلانه‌ترین احتمال! جلو انداختن مرگ در بیماران دیگر و مصادره آنها به نام کرونا برای اخذ مجوز آزمایش‌های دارویی و فروش دارو و واکسن!... جهان یک آزمایشگاه عظیم برای کمپانی‌های دارویی زیر پرچم سازمان بهداشت جهانی، اکنون چندان نیز عجیب نمی‌نماید که چگونه حامیان مالی سازمان بهداشت جهانی پس از شیوع ثروتمندتر شده‌اند.

اما این مسئله به همینجا ختم نمی‌شود و پازل فریب قطعات بزرگتر و بی‌رحمانه‌تری نیز دارد؛ پروژه بیمارسازی و اپیدمی مصنوعی که در بخش‌های آینده بدان خواهیم پرداخت و خواهیم دانست که طرح شیوع علاوه بر ترفندهای مذکور خود موجب بیمارسازی و افزایش مبتلایان به بیماری‌های عفونی و در نتیجه افزایش کلی مرگ و میر می‌گردد.

گویی دستی از غیب قصد دارد تخت‌های بیمارستان‌ها پر شده و هر کس با هر علائمی هم اقدام به اهدای نمونه خون و حلق نموده (که بسیاری از آنها به طور کاذب نتیجه خواهند داد) و هم چند روزی را بر تخت بیمارستان‌ها خوابیده و احیاناً آزمایش‌های دارویی در مقیاسی جهانی روی آنها صورت پذیرد! برنده این معادله هر کس هم که باشد با

اختلاف بسیار پایین‌تر از غول‌های داروسازی قرار خواهد گرفت که تصادفاً خود حامیان مالی متولیان و مراجع معتبر شیوع هستند.

مسئله‌ای که در شرایط عادی امکان آن وجود ندارد و تنها در شرایط “بحران و همه‌گیری” می‌توان مجوز آزمایش داروهایی که اثر آنها ناشناخته است را به صورت “اورژانسی” صادر نمود و داروهای کاندیدا را بر روی بیماران آزمایش نمود، چرا که در شرایط عادی آزمایش دارو با اثر ناشناخته بر روی داوطلبین مشمول قوانینی از جمله رضایت بیمار، اعطای امتیازات مادی و معنوی به او، حمایت‌های مدنی و... می‌باشد. اما شرایط وحشت و جنگ رسانه‌ای موجب می‌شود همین افراد از هول مرگ به صورت داوطلبانه به تجویز هر دارویی رضایت دهند و حتی خود هزینه آن را پرداخت نمایند. حتی اگر این دارو دارویی مانند رم‌دسیور باشد که حتی برای وپروس ابولا نیز موثر نبوده، یا مثلاً داروی سووداک که مربوط به بیماری هپاتیت می‌باشد، یا اصلاً هیدروکسی کلروکین که در بیماران مبتلا به روماتیسم و عفونت مالاریایی تجویز می‌شده است و خود منجر به عوارض قلبی می‌شود.

آیا انگیزه سازمان بهداشت جهانی از این تحقیقات یک انگیزه انسان دوستانه و خیرخواهانه است؟

اینکه ویروسی نشر گردد و علائم بیماری به گونه‌ای تعریف شود که تقریباً همه افراد مکلف به اهدای نمونه حاوی DNA-RNA خود به مراکز تشخیصی و درمانی شده و عده کثیری به بیمارستان‌ها مراجعه و بستری شوند و همچنین تعداد کثیری از بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های تنفسی در گروه مبتلایان به کرونا قرار گرفته و در نهایت همه این افراد مورد آزمایش دارویی قرار بگیرند تا چه اندازه می‌تواند امری با اهداف سلامت بوده باشد؟

لحظه‌ای تصور کنید ویروس ساختگی بوده و در اختیار یک حکومت می‌باشد. اکنون آزمایش‌های انسانی در مقیاس جهانی اثربخشی یک دارو را در بیماران به اثبات رسانیده است. حال اگر سازنده ویروس و سازنده دارو با یکدیگر توافق کنند و در موج‌های بعدی ویروس بیشتری به جامعه

وارد و منتشر گردد چه حجم عظیمی از سرمایه عاید این دو شخص خواهد شد؟

مثلاً در آخرین تحقیق سازمان بهداشت جهانی ۱۲۰۰۰ بیمار در ۵۰۰ بیمارستان در ۳۰ کشور دنیا شرکت داده شده‌اند که اثر بخشی چند دارو از جمله رمدسیویر، لوپانویر، هیدروکسی کلروکین و اینترفرون بر روی آنها بررسی گردد، در نتیجه این تحقیق اعلام می‌شود این داروها نه تنها فاقد اثر بخشی بوده و مرگ و میر را کاهش نداده است، بلکه در مواردی اثر تشدید بر روی بیمار نیز داشته است! این در حالی‌ست که هم قبل و هم بعد از این تحقیق این داروها به صورت گسترده تجویز شده، به ویژه برخی از آنها مانند هیدروکسی کلروکین در کشوری مانند ایتالیا که یکی از رکورددارترین کشورها در تلفات کروناست استفاده گسترده داشته است.

حال اگر بحرانی به نام شیوع کرونا در جهان وجود نداشت، آیا امکان انجام چنین تحقیقاتی با مجوز اورژانسی و بدون نیاز به رضایت بیمار و رعایت دستورالعمل‌های اخلاق پزشکی مانند رایگان بودن دارو و اعطای امتیازات ویژه به بیمار امکان پذیر بود؟ این در حالی‌ست که بسیاری از این داروها در دوره شیوع ابولا و مالاریا ساخته شده و فاقد کارایی و اثربخشی بوده و در انبارها به سر می‌برده‌اند. آزمایش و کارایی هر یک از آنها در تابلوی بورس کمپانی‌های دارویی انقلابی بر پا خواهد کرد.

با نگاهی به سابقه و عملکرد سازمان بهداشت جهانی و CDC، حامیان مالی آن (بنیاد گیتس و زاکربرگ و...) و عنایت به این مسئله که ثروت تمامی حامیان مالی این سازمان پس از شیوع جهش چشمگیری داشته است حتی خوشبین‌ترین افراد نیز نمی‌توانند به طور تام و بی‌قید و شرط به این سازمان اعتماد کنند. گویی فریب قرن نه تنها در جایی از جهان هیتلرهای معاصر را قرار است ساقط کند، بلکه مانند تکرار تجربه جنگ جهانی دوم قرار است طلاهای هیتلر و سرمایه هیتلر در بانک‌های سوئیس را نیز به تاراج ببرد! (پس از شکست هیتلر و سقوط آلمان نازی گنجینه‌های طلای آلمان توسط متفقین مصادره و بخش بزرگی از آن به کمپ دیوید آمریکا منتقل شده است).

به طرز عجیبی همین حامیان مالی و پشتیبانان سازمان بهداشت جهانی از مخالفین سر سخت دونالد ترامپ و از وفاداران به حزب رقیب او یعنی حزب دموکرات (حزب رئیس جمهور پیشین باراک اوباما) و جو بایدن هستند و بدین ترتیب منافع سازمان بهداشت جهانی و سایر مراجع بهداشتی آمریکا از کانال بنیاد بیل و ملیندا گیتس، زاکربرگ در گرو پیروزی دموکرات‌ها خواهد بود. شاید به همین دلیل است که خبر موفقیت واکسن‌ها تا ساعت‌ها پس از اعلام نتایج اولیه انتخابات آمریکا و شکست ترامپ به تعویق می‌افتد!

آیا در این شیوع مرگبار کسی از رهبران و سیاستمداران جهان یا خانواده آنها جان خود را از دست داده است؟



تصویر ۹۴- حامیان مالی سازمان بهداشت جهانی، CDC و مراجع عالی بهداشت و درمان ایالات متحده آمریکا، که بسیار مورد تکریم دموکرات‌ها هستند.

- رئیس جمهور باراک اوباما، در حال اهدای نشان آزادی ریاست جمهوری به بیل و ملیندا گیتس. (تصویر سمت راست)

- باراک اوباما و مارک زاکربرگ (مؤسس فیسبوک)، پشت صحنه پیش از اجلاس جهانی کارآفرینی ۲۰۱۶، سالن یادبود

استنفورد در دانشگاه استنفورد، کالیفرنیا. (تصویر سمت چپ)

دولت باراک اوباما ۳,۷ میلیون دلار به آزمایشگاه‌های ووهان چین اختصاص داده و تصادفاً در دورانی که دموکرات‌ها و وفاداران آنها درصدد شکست حزب دموکرات هستند، شیوع ویروس کرونا از همان

آزمایشگاه‌های ووهان چین یکی از اصلی‌ترین رکن پیروزی آنها در انتخابات می‌شود.

تا به اینجای کار سه نفع بزرگ احتمالی برای طرح این فریب وجود دارد:

۱. جدا کردن دونالد ترامپ از صندلی قدرت در کاخ سفید (نهایت خواسته چین و رهبران بزرگ جهان)

۲. منافع مالی ناشی از آزمایش و موفقیت دارو و منافع مالی دوره شیوع (که چند ماهی پس از شیوع نصیب حامیان سازمان‌های بهداشتی می‌شود)

۳. رعب و وحشت و احساس درماندگی در مقابل ویروسی مرموز که خود هم بازار بالقوه‌ای برای واکسن‌ها فراهم می‌کند و هم زمینه‌ای برای رهبری فراملی.

اما باز هم این پایان کار نخواهد بود. فریب قرن نیاز به کشته‌ها و بیماراران فراوانی دارد که یا باید آنها را یافت و یا آنها را ساخت!

”ویروسی ساختم‌ام

در گذشته گروهک می‌ساختم! هر جای دنیا انفجاری می‌شد گروهک من مسئولیت آن را برعهده می‌گرفت...

اکنون هر جای دنیا کسی بمیرد ویروس من مسئولیت آن را برعهده خواهد گرفت،

در تولید وحشت به روز تر شده‌ام،

برای مرگ اسمی جدیدتر یافته‌ام،

روشی مدرن برای راهزنی،

تجارتی پرسود با چاشنی ترس و مرگ،

می‌بایست تمام مرگ‌ها را به نام ویروس بنویسم! من از

وحشت جهان تغذیه می‌کنم...

من طراح فریب قرن هستم“

پرده هفتم فریب

مسئله مرموز مرگ!

فریب قرن یعنی؛ من تعیین کنم مردم چگونه و با چه
عنوانی بمیرند؟!
کشته‌ها زیاد نبود، مجبور بودیم عده‌ای را به بیمارستان
بکشیم و بکشیم!
کسی نپرسید چرا فردی در خانه نمرده است؟!

NCHS MORTALITY SURVEILLANCE DATA
For the Week Ending December 12, 2020 (Week 50)
Data as of December 17, 2020

Year	Week	Total Deaths	Influenza Deaths	COVID- 19 Deaths	Pneumonia, Influenza or COVID-19 Deaths		Baseline	Threshold
					Number	% of Total		
2019	40	52,564	17	0	2,733	5.2	5.3	5.7
2019	41	53,090	16	0	2,800	5.3	5.4	5.7
2019	42	54,338	18	0	3,011	5.5	5.5	5.8
2019	43	54,049	30	0	3,027	5.6	5.6	5.9
2019	44	54,087	31	0	2,959	5.5	5.7	6
2019	45	55,699	31	0	3,115	5.6	5.8	6.1

سنة	رقم	عدد	عدد	عدد	عدد	عدد	عدد	عدد
2019	47	56,199	50	0	3,066	5.5	6	6.3
2019	48	55,465	66	0	3,065	5.5	6.1	6.4
2019	49	57,303	100	0	3,430	6	6.2	6.5
2019	50	57,658	111	0	3,597	6.2	6.3	6.6
2019	51	57,424	129	0	3,520	6.1	6.4	6.7
2019	52	58,458	203	0	3,742	6.4	6.5	6.8
2020	1	60,017	431	0	4,524	7.5	6.6	6.9
2020	2	60,553	471	0	4,605	7.6	6.6	7
2020	3	59,193	464	0	4,518	7.6	6.7	7
2020	4	58,993	496	0	4,399	7.5	6.8	7.1
2020	5	58,657	480	0	4,283	7.3	6.8	7.1
2020	6	59,223	520	1	4,321	7.3	6.8	7.1
2020	7	58,659	559	0	4,388	7.5	6.8	7.1
2020	8	58,704	566	4	4,268	7.3	6.8	7.1
2020	9	59,126	654	10	4,484	7.6	6.8	7.1
2020	10	59,496	632	36	4,616	7.8	6.8	7.1
2020	11	58,473	623	56	4,615	7.9	6.8	7.1
2020	12	59,030	557	571	5,402	9.2	6.7	7
2020	13	62,794	444	3,155	8,279	13.2	6.7	7
2020	14	72,085	477	10,019	15,414	21.4	6.6	6.9

تصویر ۹۵- داده‌های نظارت بر مرگ و میر، مرکز ملی آمار بهداشت (منبع: وبسایت CDC)

بنابر آمار رسمی مرکز کنترل عفونت‌ها در آمریکا در هر هفته حدوداً ۵۲-۵۸ هزار نفر بر اثر عوامل مختلف جان خود را از دست می‌دهند. سهم بیماری‌های تنفسی از این آمار چه مقدار است؟ در هفته‌های آخر سال ۲۰۱۹ و مقارن با آغاز شیوع کرونا در چین آمار فوتی‌های ناشی از ذات‌الریه یا همان پنومونی رفته رفته رو به افزایش می‌گذارد و همزمان با این رخداد آمار فوتی‌های ناشی از آنفولانزا نیز به طرز جالبی افزایش می‌یابد. به طوری که در هفته ۴۰ فقط ۱۶ نفر جان خود را بر اثر آنفولانزا از دست داده‌اند، اما در هفته ۵۲ تعداد ۱۹۸ از مردم جان خود را بر اثر آنفولانزا از دست می‌دهند.

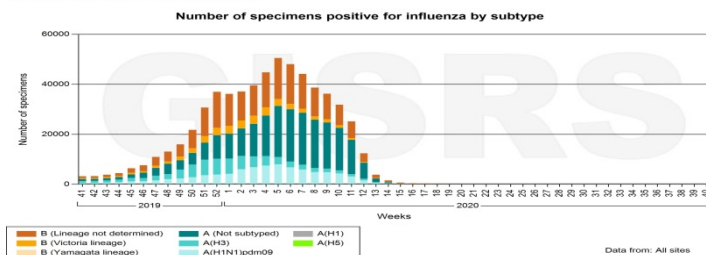
اما اتفاق جالب‌تری هم در جدول آمارها مشاهده می‌شود: از هفته اول سال ۲۰۲۰ آمار فوتی‌های ناشی از آنفولانزا جهشی قابل توجه از خود نشان داده و به حد و ۴۰۰ نفر می‌رسد، اما آمار پنومونی‌ها (عمدتاً پنومونی‌های باکتریال) روند نزولی می‌گیرد. از سوی دیگر آمار کلی مرگ و میر در آمریکا نیز کاهش می‌یابد که می‌توان آن را تا حدی ناشی از سال نو میلادی و پس از آن قوانین منع رفت و آمد و کاهش تصادفات و سوانح و... دانست.



Influenza Laboratory Surveillance Information
by the Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS)

generated on 09/10/2020 03:01:41 UTC

Global circulation of influenza viruses



Data source: FluNet (www.who.int/fluNet), GISRS

© World Health Organization 2020

تصویر ۹۶- کاهش چشمگیر تست‌های مثبت آنفولانزا تقریباً از هفته ۱۰ به بعد در سال ۲۰۲۰ در اوج شیوع کرونا: این بدان معناست که رفته رفته در

دوره اوج تلفات گیری کرونا قربانیان آنفلانزا کاهش یافته و به عدد صفر نزدیک شده است.

بررسی مقایسه‌ای فوتی‌های ناشی از این گروه از بیماری بسیار حائز اهمیت است به این دلیل که اولاً در بسیاری از موارد علائم و عوارض بیماری در هر سه مورد مشترک می‌باشد (با قدری تفاوت‌های فنی که افتراق آنها امری تخصصی و دشوار است)، ثانیاً اینکه همین‌طور که آمارها به ما نشان می‌دهد کاهش و افزایش در یکی از گروه‌ها با تغییر در آمار سایر گروه‌ها همراه است. به طور مثال دقیقاً همان زمانی که آمار فوتی‌های ناشی از آنفلانزا از حدود ۵۰۰ نفر به ۴۰۰ نفر کاهش می‌یابد و آمار فوتی‌های ناشی از پنومونی از ۳۵۰۰ نفر به ۳۴۰۰ نفر می‌رسد در ستون فوتی‌های ناشی از کرونا شاهد افزایش مرگ و میر هستیم. منطقی‌ست در جایگاه تحلیل به این مسئله بیندیشیم که آیا ممکن است این تغییرات معنادار ناشی از این باشد که جمعیت زیادی از فوت شدگان ناشی از پنومونی و آنفلانزا در آمار فوتی‌ها ناشی از کرونا قرار گرفته‌اند؟ چرا که اگر سه بیمار که به ترتیب مبتلا به آنفلانزا، کرونا، پنومومونی باکتریال هستند را در کنار هم قرار دهیم از نظر علائم بالینی اختلاف چندانی میان آنها نخواهد بود (اختلاف وجود دارد اما در حقیقت اعلام پاندمی از سوی سازمان بهداشت جهانی شرایط را به گونه‌ای تنظیم می‌کند که فرض بر ابتلا به کرونا باشد، مگر اینکه خلاف آن ثابت شود) و از آن مهم‌تر اینکه تشخیص و افتراق این بیماری‌ها برای مردم عادی تقریباً امری غیر ممکن است و در شرایط همه‌گیری در نگاه مردم عادی مبتلایان این دسته بیماری جملگی مبتلا به کرونا در نظر گرفته خواهند شد، چرا که همه بیماران احتمالاً دارای تب، ضعف و بی‌حال، سرفه و احتمالاً تنگی نفس و... (اکثراً علائمی شبیه سرماخوردگی متوسط) خواهند بود و برای افتراق اینکه این سه فرد دچار کدام بیماری می‌باشند به تست‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری نیاز خواهیم داشت.

به آمار هفته ۱۱ سال ۲۰۲۰ توجه کنید: آمار فوتی‌های ناشی از آنفلانزا ۲۴ نفر کاهش یافته و آمار فوتی‌های ناشی از پنومونی ۹۹ نفر

کاهش یافته است و در مقابل آمار فوتی‌های ناشی از کرونا ۴۴ نفر گزارش شده است.

حال به آمار هفته ۱۵ سال ۲۰۲۰ توجه کنید: آمار فوتی‌های ناشی از آنفولانزا که در هفته‌های قبل میانگینی ۵۰۰ نفره داشته به ۱۵۸ نفر کاهش یافته و تلفات ناشی از پنومونی از میانگین ۳۵۰۰ نفر به ۱۸۸۴ نفر رسیده است و در مقابل آمار فوتی‌های ناشی از کرونا به ۱۸۱۸ نفر رسیده است.

چه توجیهی برای این مسئله وجود دارد؟ آیا مرگ تنها اسمی جدید یافته است؟ یا اینکه همان اقدامات مراقبتی که برای جلوگیری از ابتلا به کرونا برای مردم مقرر شده است موجب کاهش بیماری‌های تنفسی شده است؟

ابتداً قصد نداریم مدعی شویم کسی از کرونا فوت نکرده و این بیماری وهم و خیال است، بلکه تمام بحث در بزرگنمایی عمدی یا سهوی آن است و بررسی این احتمال که آیا ممکن است عده بسیاری که در اثر سایر عوامل جان خود را از دست داده‌اند در گروه قربانیان ویروس کرونا قرار گرفته باشند. یا بهتر بگوییم قبل از مرگ به عنوان بیمار کرونایی در نظر گرفته شده و روی آنها آزمایش‌های دارویی انجام شده؟ یا اینکه این افراد در نتیجه برنامه درمانی نامطمئن و تجویز داروهای بی‌اثر و مضر جان خود را از دست داده باشند؟

توجیه خوشبینانه اینکه با توجه به کاهش آمار کلی مرگ و میر واقعاً تعداد متوفیان کاهش یافته و شیوع کرونا موجب شده است ضریب تشخیص و اقدامات درمانی مقتضی برای مبتلایان به آنفولانزا و پنومونی افزایش یافته و مبتلایان به این بیماری‌ها با افزایش آموزش‌ها و تبلیغات دوره شیوع اهتمام بیشتری به تشخیص و درمان ورزیده، لذا مرگ و میر در آنها کمتر شود.

توجیه بدبینانه اینکه ممکن است مقداری از آمار فوتی‌های آنفولانزا و پنومونی عمداً یا سهواً به آمار فوتی‌های کرونا افزوده شده باشد. یا به این دلیل که روش مطمئنی برای افتراق آنها وجود ندارد، یا به دلیل پروتکل‌های سازمان بهداشت جهانی مبنی بر اینکه هر بیماری تنفسی را

کرونا در نظر بگیریم مگر اینکه خلاف آن ثابت شود (که اثبات خلاف آن چندان هم امری سهل و ارزان قیمت نیست و حتی چندان سودمند هم نخواهد بود، چرا که بسیاری از پزشکان معتقدند تغییر چندان بر سرنوشت بیمار نخواهد داشت)، یا به این دلیل که شاید امتیازاتی ویژه از سوی دولت‌ها برای فوت ناشی از کرونا در نظر گرفته شده که موجب شده عده‌ای خیرخواهانه مایل باشند سایر مرگ‌ها را نیز به نام کرونا ثبت کنند (مثلاً بسیاری از بیمارستان‌ها با این توجیه که گواهی فوت بر اثر کرونا موجب می‌شود مراسم تشییع و تدفینی برگزار نشده و همین امر موجب کاهش تجمعات و نشر ویروس گردد اقدام به چنین کاری کنند). چنانچه قصد داشته باشیم در مقام تحلیلگری بی‌طرف هر دو احتمال را بررسی نماییم می‌بایست نخست دو موضوع مهم را مد نظر داشته باشیم:

۱. انگیزه: آیا اصلاً انگیزه و غرضی منطقی وجود دارد تا عده‌ای عمداً دست به چنین کاری بزنند؟ یعنی تعمداً به گونه‌ای عمل کرده باشند که آمارهای متوفایان ناشی از کرونا افزایش یابد؟ در این صورت باید از خود پرسید این افراد از این کار چه نفعی خواهند برد؟ در پاسخ برای منافع احتمالی این گروه چند احتمال متصور است:

الف. انگیزه‌های سیاسی و انتخاباتی، کشور آمریکا را به عنوان نمونه در نظر بگیریم. چون آمریکا در شرف مهمترین انتخابات تاریخ خود می‌باشد و عده بسیاری در داخل (دموکرات‌ها) و خارج آمریکا (چین و هم پیمانان او) میل شدیدی به شکست دونالد ترامپ دارند، ممکن است تشدید وخامت اوضاع و القای ناکارآمدی و سومدیریت ترامپ در کنترل شیوع حربه‌ای قدرتمند برای این هدف باشد، چرا که اکنون تمام مردم دچار هراس و وحشت شده و احساسات آنها از این فاجعه جریحه‌دار شده، لذا ارائه تصویری از یک رئیس جمهور بی‌کفایت که این همه مرگ و میر در دوره ریاست جمهوری وی رخ داده و او نیز همواره پروتکل‌های بهداشتی را به سخره گرفته است می‌تواند بسیار مؤثر واقع شود. آیا انتقال متوفیان بیماری‌های غیرکرونا به ستون متوفایان کرونا امری دور از ذهن است؟ و یا اینکه تشدید وخامت اوضاع منجر به برگزاری انتخابات به

صورت مجازی و پستی شده و دست جناحین را در ثقلب و شمارش نادرست آراء باز بگذارند؟ (مسئله‌ای که همواره از سوی ریاست جمهوری آمریکا دونالد ترامپ مورد تأکید قرار گرفته و او هواداران خود را به رأی ریزی حضوری دعوت کرده و انتخابات به شیوه پستی و الکترونیکی را حربه‌ای از سوی حزب مخالف برای ثقلب می‌خواند و جالب‌تر اینکه پس از رأی‌گیری که عمدتاً به صورت پستی و الکترونیکی انجام می‌شود وکیل ارشد دونالد ترامپ رودی جولیان و مسئولین ایالات متعددی مدعی می‌شوند که تنها در ایالت پنسیلوانیا ۱۲۰ هزار رأی وجود دارد که صاحب آنها مدت‌ها قبل مرده است و تقریباً تمام این آراء متعلق به رقیب وی جو بایدن است^۱. حال اگر این مدعا صحت داشته باشد سؤال اینجاست که اگر شرایط شیوع مردم را وادار به انتخابات غیرحضوری نمی‌کرد انجام چنین ثقلبی ممکن بود؟)

ایالات متحده تنها یک مثال کوچک از مصادره به مطلوب شیوع و پیروس بوده و باید دید برای سایر کشورها نیز چنین استدلالی صادق است؟ آیا کشورهای دیگری نیز هستند که تبلیغات و جنگ رسانه‌ای مبنی بر بروز یک فاجعه انسانی و مرگ و میر بسیار به سود آنها باشد؟ کشوری که مردم آن در خیابان‌های پایتخت تجمع کرده‌اند و یا کشوری که اقتصاد آن در حال فروپاشی است؟ یا کشوری که به دنبال مجوز برای چاپ اسکناس است؟ یا کشوری که از جنگ‌های خانمان‌سوز برون مرزی به ستوه آمده است و شیوع می‌تواند دلیلی بر ترک مخاصمه بدون حس شرم و بازندگی باشد؟

ب. انگیزه‌های اقتصادی: ایجاد یک فضای روانی رعب و وحشت جهت تسلیم روانی مردم و القای حس نیازمندی مبرم آنها به واکسن و دارو: بدیهی‌ست در شرایطی که شرایط از آنچه که هست وحشتناک‌تر جلوه داده شود، مردم اقبال بیشتری به خرید دارو و واکسن نشان خواهند داد و همین مسئله می‌تواند سود هنگفتی را نصیب کمپانی‌ها کند. با کشته

^۱ Lawsuit: 21,000 dead people were on Pa. voter rolls before Election

سازی و مهندسی آمارها می‌توان درصد کشندگی ویروس را بیشتر از حد واقعی نشان داده و احساس نیاز به واکسن و دارو را در مردم پرورش داده و دولت‌ها را مکلف به واکسیناسیون اجباری کرد، در حالی که اگر کشته‌شدگان ناشی از این ویروس در حد و اندازه‌ای نباشد که مردم از جانب آن احساس خطر کنند مشخص است که فروش انبوه واکسن و دارو چندان موفق نخواهد بود. بدیهی‌ست که اگر مردم کشندگی ویروس و مرگ دوستان و نزدیکان را از نزدیک نبینند (بهتر بگوییم یعنی گواهی فوت ناشی از کرونا را نبینند) و هر روز در رسانه‌ها نشوند که صدها تن از هموعان آنها که اتفاقاً مانند آنها صحیح و سالم بوده‌اند در اوج جوانی و سلامت جان خود را از دست داده‌اند حاضر نخواهند شد سرنگی که نمی‌دانند چه مایعی درون آن است به خود تزریق کرده و بابت آن پولی بپردازند!

به طور تقریبی سالانه حدود ۶۵۰ هزار نفر در جهان جان خود را "فقط بر اثر آنفولانزا" (منهای پنومونی‌های باکتریال و بیماری‌های دیگر تنفسی) از دست می‌دهند.^۱ در حالی که در مدتی نه چندان مشابه و حدود ۱۰ ماه پس از شیوع آمار کشته‌شدگان ناشی از کرونا (اگر صحت داشته باشد) به بیش از یک میلیون نفر رسیده است. اما آیا انتظار و تقاضا برای واکسن آنفولانزا نیز به همین اندازه بوده است؟

ج. انگیزه‌های خیرخواهانه: نظیر اعطای شرایط و حقوق مادی و معنوی به خانواده کسانی که جان خود را بر اثر کرونا از دست داده‌اند؛ از جمله رایگان بودن هزینه‌های درمان، ترخیص، تدفین و... و یا جلوگیری از برگزاری تجمعات به واسطه اعلام مرگ ناشی از کرونا و دلایلی از این دست که بی‌شک موجب می‌شود گواهی‌های فوت زیادی با انگیزه‌های دلسوزانه مرگ و میرهای دیگر را نیز به نام کرونا ثبت کند.

^۱ Global mortality associated with seasonal influenza epidemics: New burden estimates and predictors from the GLaMOR Project John Paget

۲. ابزارهای مورد نیاز برای تحریف در علل مرگ: برای بررسی این مورد باید بررسی کرد که آیا روش‌های آزمایشگاهی و بالینی که برای تشخیص افتراقی موجود می‌باشند دارای خطا هستند؟ و یا اصلاً می‌توان عمداً از آنها به گونه‌ای استفاده کرد که نتایجی ناصحیح به دست بدهند؟ به طور کلی برای احراز علت مرگ این افراد ۵ معیار وجود دارد که عبارتند از؛ تست PCR، کشت ویروسی، تست آنتی بادی، سی.تی.اسکن، معاینات و تست‌های عمومی و بالینی (معاینه علائم ظاهری و آزمایش‌های عمومی بیوشیمی و هماتولوژی)، که در بخش بعد خواهیم دید که این روش‌ها تا چه اندازه می‌توانند ما را به اشتباه انداخته و در دام فریب قرن قرار دهد.

پس در نتیجه انگیزه‌های سیاسی و اقتصادی و اجتماعی بسیار بزرگ و راهکارهای به ظاهر علمی متعددی وجود دارد تا عده‌ای مایل باشند آمار کشته شدگان بیش از آمار واقعی باشد و این فرض از نظر علمی و کارشناسی غیر ممکن نیست، اما اینکه صراحتاً بگوییم چنین اتفاقی در عالم واقعیت رخ داده یا خیر نیاز به بررسی‌های بیشتری خواهد داشت. اما آیا چنین چیزی ممکن است؟ چگونه می‌توان فردی که بر اثر بیماری‌های دیگر جان خود را از دست داده است، به عنوان بیمار کرونایی جا زد؟ اصلاً بیماران بر چه اساسی از یکدیگر تمییز داده می‌شوند و علم پزشکی از کجا متوجه می‌شود که یک انسان جان خود را بر اثر کرونا از دست داده یا پنومونی باکتریال؟

برای پاسخ به این سؤال به پرده دیگر فریب می‌بایست بپردازیم؛ پس این احتمال روی کاغذ وجود دارد که سایر مرگ‌ها نیز به اسم کرونا ثبت شده باشد، اما آیا در عمل و در بیمارستان‌ها نیز چنین احتمالی وجود دارد؟

ویروسی ساخته‌ام
برای مرگ اسمی جدید انتخاب کرده‌ام،
چه ویروس من کشته باشد و چه ویروس‌های دیگران...
برچسب‌های بسیاری برای تابوت‌ها تهیه کرده‌ام،
برای مرگ اسمی جدید انتخاب کرده‌ام... من طراح فریب
قرن هستم“

پرده نهم فریب

کیت‌ها و روش‌های تشخیص کرونا

پاندمی کرونا بیشتر پاندمی پی.سی.آر و سی.تی.اسکن بوده تا پاندمی ویروسی!

قطعاً هر یک از شما با افرادی برخورد کرده‌اید که علی‌رغم اوضاع مساعد کلینیکی و حال عمومی خوب، نداشتن علائم و تظاهرات بیماری تست کرونای آنها مثبت شده است و یا حتی ادعای برخی از محققین و حتی شخصیت‌های سیاسی مبنی بر اینکه “کیت‌های تشخیصی کرونا حتی بر روی نمونه‌های مستخرج از گیاه پاپایا و بز نیز مثبت شده‌اند”^۱ را شنیده باشید. همه روزه شاهد این هستیم که تعداد زیادی از افراد پس از آن که تست نخست کرونای آنها مثبت اعلام می‌شود، با تکرار تست نتیجه آنها منفی می‌شود.

چگونه ممکن است فردی بیمار نباشد و هیچ علائمی مشاهده نکند اما تست کرونای وی مثبت شده و در نتیجه در زمره آمار مبتلایان قرار گیرد؟

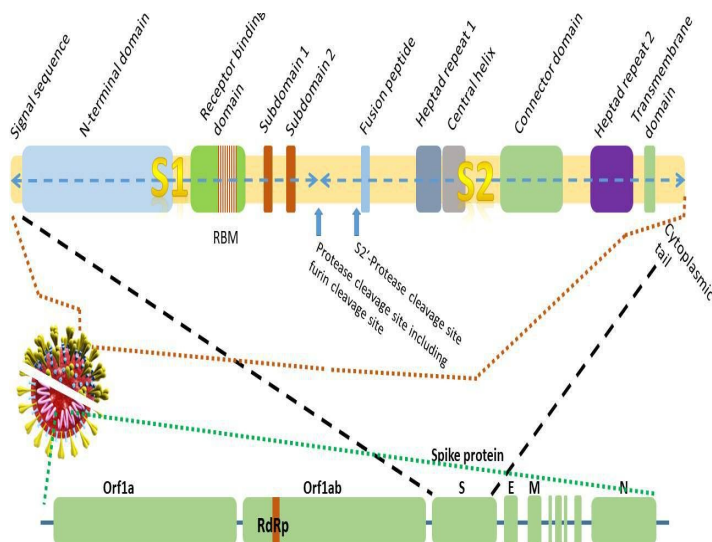
پاسخ را باید در جزئیات فنی و کیفی و چگونگی طراحی کیت‌های تشخیصی جستجو کرد. با بررسی این جزئیات می‌توانیم به این سؤال مهم پاسخ دهیم که “آیا ممکن است مبتلایان به سایر بیماری‌ها نیز به اشتباه مبتلا به کرونا تلقی شده و تعداد زیادی از تلفات ناشی از کرونا به اشتباه در این دسته قرار گرفته باشند؟”

^۱ آقای مگوفولی رئیس جمهور ماداگاسکار که خود دکترای شیمی دارد اعلام نمود کیت‌های تشخیص کرونا حتی با نمونه‌های بز و گیاه پاپایا مثبت شده‌اند.

نخستین روش، روش کشت ویروسی می‌باشد که چون روشی بسیار زمان‌بر، گران قیمت و خطرناک بوده و نیازمند آزمایشگاه‌های بسیار تخصصی با ضریب امنیت بالا (به علت خطر نشر ویروس) می‌باشد به صورت معمول انجام نمی‌گیرد. این روش تنها روشی است که به طور مستقیم و قطعی ویروس را شناسایی کرده و همانطور که از نام آن بر می‌آید با قرار دادن نمونه ویروسی در آن می‌توان وجود یا عدم وجود ویروس را از روی رشد و تکثیر آن تأیید نمود؛ به این دلیل که این روش برای بیماران انجام نمی‌شود به سراغ روش‌های معمول تشخیص می‌رویم که آمارها بر مبنای آنها اعلام می‌گردد.

۱. کیت‌های پی.سی.آر (PCR):

ملاک تشخیص یک ویروس در کیت‌های پی.سی.آر که بدان کیت‌های مولکولی نیز گفته می‌شود اصلاً و ابداً وجود یا عدم وجود ویروس نیست! بلکه ملاک تشخیص وجود یک مولکول و یک قطعه کوچک از ژن ویروسی است. بدین شکل که به کمک ابزارهای ژنتیکی موسوم به پرایمر و خاصیت فلوئورسنس مواد رنگ‌زا، وجود و عدم وجود یک قطعه ژن خاص در نمونه بیمار بررسی می‌گردد و چنانچه مولکول مورد نظر در نمونه حلق بیمار وجود داشته باشد، پاسخ تست به واسطه اتصال پرایمرهای به توالی نوکلئوتیدی مذکور و به دنبال آن فعال شدن آنزیم‌های پلی مراز و تابش امواج فلوئورسنسی که توسط دستگاه ریل تایم پی.سی.آر (Realtime PCR) ثبت و اندازه‌گیری می‌شود، مثبت تلقی می‌شود، به همین خاطر به این تست‌ها تست “مولکولی” گفته می‌شود چون مولکولی را شناسایی می‌کنند که “گمان می‌کنیم” تنها در ویروس مورد نظر ما وجود دارد.



تصویر ۹۷- نمودار شماتیک ساختار ژنتیکی ژن ویروس کرونا

ویروس به طور کلی از یک پوشش پروتئینی تشکیل شده که در داخل این پاکت ماده ژنتیکی ویروس قرار دارد. برای ساده‌تر شدن مطلب ژنوم ویروس را به عنوان یک طناب چند متری در نظر بگیرید که ژن‌های مختلف ویروسی به ترتیب بر روی آن قرار گرفته‌اند و همانگونه که در بخش سبز رنگ پایین تصویر ۹۷ مشاهده می‌کنید قطعاتی از ژن‌های ویروس مسئول ساخته شدن محصولات ویروسی می‌باشد که از آنها در طراحی کیت‌های تشخیص کرونا استفاده می‌شود.

مثلاً ژن‌های E, M, N, RdRp قطعات ژنی هستند که برای ساخته شدن کیت‌های تشخیص کرونا مورد استفاده قرار می‌گیرند. در حقیقت روش تشخیص PCR روش تشخیص مولکول‌های بسیار کوچک ویروسی هستند نه خود ویروس به صورت تمام و کمال. کیت‌های رایج برای شناسایی این قطعات کوچک طراحی شده است و ابداً خود ویروس را شناسایی نمی‌کند، بلکه می‌توان از وجود این قطعات که “گمان می‌شود” متعلق به ویروس کروناست می‌توان حدس زد که خود ویروس در فرد موجود بوده است.

حال باید دید این قطعات ژنی از چه چیزی تشکیل شده است که می‌توان از روی آن وجود یا عدم وجود ویروس را تعیین کرد. درک ساختار و ساز و کار ژن‌ها و تشخیص‌های مبتنی بر ژن‌ها در درک مفهوم فریب قرن بسیار حائز اهمیت است.

اما این ژن‌ها از چه مصالح اولیه‌ای تشکیل شده‌اند؟

به بیان ساده ژن‌ها توالی مولکول‌های کوچکی هستند به نام نوکلئوتید که به طور کلی ۵ نوع می‌باشند (که یوراسیل مختص به RNA و تیمین مختص به DNA می‌باشد) و الفبای ژنتیک تنها دارای ۵ حرف می‌باشد که با این ۵ حرف تمام ژن‌های موجودات مختلف ساخته می‌شود. همانطور که در ادبیات فارسی با ۳۶ حرف الفبا می‌توان میلیون‌ها کلمات مختلف پدید آورد در الفبای ژن‌ها نیز می‌توان با ترکیب و ترتیب این نوکلئوتیدها ژن‌های بسیاری به وجود آورد. این نوکلئوتیدها شامل آدنین (A)، گوانین (G)، سیتوزین (C)، تیمین (T) و یوراسیل (U) هستند.

برای مثال و کاملاً فرضی توالی AAACCCCGGG می‌تواند ژن مربوط به رنگ آبی چشم انسان باشد و یا ژن مربوط به رنگ موی طلایی انسان به صورت AAATCCCCGGGG بوده و ژن تجزیه سلولز در موریانه به صورت AAAGGCCCGGG باشد. مقصود از این مثال این است که بدانیم توالی ژن‌ها می‌تواند بسیار شبیه به هم باشد، چرا که مصالح اولیه آن در تمام موجودات یکسان است و تفاوت ژن سازنده زهر در یک قورباغه و ژن ساختمان یک ویروس تنها در ترتیب این ۵ نوکلئوتید و طول آن می‌باشد، مثلاً ژن زهر در قورباغه می‌تواند به شکل CCCTTTGGGA باشد اما ژن ساختمان یک ویروس به شکل TCCCTTTGGGATTCCCCGGG باشد.

همه ژن‌های تمام موجودات روی زمین دارای ساختاری مشابه با این مثال‌های فرضی می‌باشد و در سطح ژن چیزی جز همین ادبیات A,T,C,G وجود ندارد، و تشخیص ویروس‌ها بر اساس ژن‌های آنها یعنی روش PCR یعنی یک توالی ژنتیکی، مثلاً ATATATATAT که ژن ساختمان ویروسی است را به عنوان ژن هدف انتخاب کنیم و این قطعه را در نمونه اخذ شده

از بیمار شناسایی کنیم و چون این قطعه را شناسایی کردیم نتیجه بگیریم ویروس در بیمار وجود دارد.

The sequence below is the coding sequence of the human insulin gene. DNA nucleotide numbers are indicated to the left of each new line of sequence. Each line of sequence is 50 nucleotides long and there is a space between each set of 10 nucleotides. Portions of the DNA sequence that align with the mature mRNA sequence of human insulin are indicated in CAPS.

```

1  accccccccac cccagggcct aatgggccag gcggcagggg ttgagaggta
51  ggggagatgg gctctgagac tataaagcca gcggggggccc agcagccctc
101 AGCCCTCCAG GACAGGCTGC ATCAGAAGAG GCCATCAAGC AGgtctgttc
151 caagggcctt tgcgtcaggt ggggtcagga ttccagggtg gctggagcccc
201 agggcccagc tctgcagcag gaggacgtg gctgggctcg tgaagcatgt
251 ggggggtgag ccagggggccc caaggcaggg cacctggcct tcagcctgcc
301 tcagccctgc ctgtctccca gATCACTGTC CTTCTGCCAT AGCCCTGTGG
351 ATGCGCCTCC TGCCCTGCT GCGCTGCTG GCCCTCTGGG GACCTGACCC
401 AGCCGCGAGC TTTGTGAACC AACACCTGTG CGGCTCACAC CTGGTGAAG
451 CTCTCTACCT AGTGTGCGGG GAACGAGGCT TCTTCTACAC ACCCAAGACC
501 CCGCGGGAGG CAGAGGACCT GCAGGgtgag ccaactgcc attgtgtgcc
551 ctggccgccc ccagccaccc cctgtcctg gcgtccccc ccagcatggg
601 cagaaggggg caggaggctg ccacccagca gggggtcagg tgcacttttt
651 taaaaagaag ttctcttggg cagctcctaa aagtgaccag ctcccgtgtg
701 cccagtcaga atctcagcct gaggacgggt ttggcttcgg cagccccgag
751 atacatcaga ggggtggcac gctctccct ccaactgccc ctcaaacaaa
801 tgccccgcag cccatttctc caccctcatt tgatgaccgc agattcaagt
851 gttttgttaa gtaaagtcct ggggtgacctg gggtcacagg gtgccccacg
901 ctgctgcct ctgggcgaac accccatcac gcccggagga gggcgtgggt
951 gctgtcctga gtgggccaga cccctgtcgc caggcctcac ggcagctcca
1001 tagtcaggag atggggaaga tgctggggag aggcctggg gagaagtact
1051 gggatcacct gttcaggctc ccaactgtgac gctgccccgg ggcgggggaa
1101 ggaggtggga catgtgggag ttggggcctg taggtccaca ccaagtgtgg
1151 gtgacctcc ctctaactcg ggtccagccc ggctggagat ggggtggagt
1201 gcgacctagg gctggcgggc aggcgggcac tgtgtctccc tgactgtgtc
1251 ctctgtgtgc cctctgcctc gccgtgttc cggaacctgc tctgcgcggc
1301 acgtcctggc agTGGGGCAG GTGGAGCTGG GCGGGGGCCC TGGTGACGGC
1351 AGCCTGCAGC CCTTGGCCCT GGAGGGGTCC CTGCAGAAGC GTGGCATTGT
1401 GGAACAATGC TGTACCAGCA TCTGCTCCCT CTACCAGCTG GAGAATACT
1451 GCAACTAGAC GCAGCCCGCA GCGAGCCCCA CACCCGCCGC CTCCTGCACC
1501 GAGAGAGATG GAATAAGCC CTTGAACCAg ccctgtgtg ccgtctgtgt
1551 gtcttggggg ccctgggcca agccccactt cccggcactg ttgtgagccc
1601 ctcccagctc tctccacgct ctctgggtg

```

تصویر ۹۸- ژن انسولین در بدن انسان

ژن انسولین در انسان، برخلاف مثال‌های فرضی فوق، ژن‌ها توالی طولانی از تکرار همان ۴ حروف نوکلئوتیدی هستند. به توالی فوق نگاه کنید: تنها با تفاوت در چینش A,T,C,G ژن‌های مختلف از یکدیگر متمایز می‌شوند. در روش PCR حتی نیازی به شناسایی کل ژن نیست، بلکه حتی قطعه کوچکی از ژن نیز می‌تواند توالی هدف را تشکیل دهد، مثلاً قسمت آبی رنگ می‌تواند قطعه هدف ما در شناسایی ژن انسولین باشد.

حال برای چنین تشخیصی نخست نیاز است ژن هدف ما "فقط و فقط" در ویروس کرونا وجود داشته باشد و بدیهی‌ست اگر این ژن مثلاً در یک میکروب دیگر مانند استاف (که به طور طبیعی در حلق و بینی ما حضور دارد) نیز وجود داشته باشد، نتیجه تست به طور مثبت کاذب خواهد شد.

اما این مسئله به همینجا ختم نمی‌شود. در این تکنیک حتی ژن‌هایی هم که دارای شباهت نسبی با ژن هدف باشند نیز به اشتباه ممکن است شناسایی شود و منجر به جواب مثبت کاذب گردد.

مثلاً اگر قطعه ژن هدف ما در ویروس ATATATATAT باشد و ژن ATATCCATATAT نیز در میکروب دیگری وجود داشته باشد، همین شباهت نیز موجب می‌شود تشخیص به اشتباه افتاده و نتیجه تست به طور کاذب مثبت شود^۱.

بدیهی‌ست که ژن‌های هدف می‌بایست به گونه‌ای انتخاب شود که به صورت منحصر به فرد در ویروس هدف وجود داشته باشد و نه تنها آن ژن بلکه ژن‌های شبیه به آن نیز در سایر موجودات روی زمین وجود نداشته شود و اگر چنین نکنیم به خطا رفته‌ایم. مثلاً اگر ژن مشابه با ژن هدف ویروسی در سبزیجات مصرفی روزانه ما وجود داشته باشد، طبیعتاً پس از خوردن این سبزیجات سلول‌های گیاهی حاوی ژن مذکور در حلق قرار گرفته و پس از نمونه‌گیری به اشتباه به عنوان ژن ویروسی شناسایی شده و نتیجه تست به طور کاذب مثبت می‌شود و یا اگر ژن‌های مشابه و

^۱ توالی‌های فرضی برای ساده سازی موضوع ارائه شده‌اند و توالی واقعی ژن‌ها بسیار طولانی می‌باشد.

شبیه ژن هدف ویروسی در گیاهی مثل کتان و پنبه وجود داشته باشد و ما از آنها در تهیه ماسک استفاده کنیم ورود الیاف و سلول‌های حاوی آن ژن آن به حلق و بینی ما منجر به مثبت شدن تست به طور کاذب خواهد شد. از همه این موارد مهمتر میکروبیوتا و میکروب‌های همزیست موجود در مجاری تنفسی و گوارشی فوقانی ما هستند که اگر دارای ژنی شبیه به ژن هدف ویروس کرونا باشند، به طور کاذب تست مثبت می‌شود و این مورد بر خلاف موارد قبل موردی دور از ذهن و تئوریک نبوده و بسیار نیز چالش برانگیز است که در انتهای این فصل خواهیم دانست چرا.

همانطور که ذکر شد، بدیهی‌ست این ژن هدف برای اینکه معیاری بر وجود ویروس در بدن بیمار باشد می‌بایست ژنی اختصاصی و منحصر به آن ویروس باشد و در هیچ جاندار دیگری یافت نشود. اما چگونه می‌توانیم بررسی کنیم که یک ژن فقط در یک ویروس خاص وجود دارد؟

محققین هر ساله و همه روزه در حال شناسایی ژن‌های موجودات روی زمین هستند و حتی در سنوات قبل در پروژه‌ای عظیم پروژه ژنوم انسان را به پایان رسانده‌اند که در نتیجه بررسی آن ژن‌های انسانی را به طور کامل شناسایی نموده‌اند. این پروژه برای میکروب‌ها و گیاهان نیز در جریان است و محققین اطلاعات به دست آمده را به پایگاه‌های اطلاعاتی موسوم به بانک ژن ارائه می‌دهند. این بانک دربرگیرنده تمام اطلاعات ژنتیکی موجودات روی زمین می‌باشد.

در هنگام طراحی کیت‌های تشخیصی به روش مولکولی ژن هدف را با کمک ابزارهای بیوانفورماتیک، مانند؛ بلاست (BLAST) از نظر شباهت با ژن‌های موجود در سایر جانداران بررسی می‌کنیم تا حتی المقدور از ژنی به عنوان هدف استفاده کنیم که نه تنها آن ژن در سایر موجودات زنده یافت نشود، بلکه حتی ژن هدف با ژن‌های سایر موجودات شباهت و قرابت ژنتیکی نیز نداشته باشد و میزان خطای ناشی از شباهت به حداقل برسد.

حال می‌بایست به کیت‌های موجود در مراکز تشخیص و درمان بپردازیم و اینکه در طراحی این کیت‌ها چه ژن‌هایی به عنوان ژن هدف

در نظر گرفته شده‌اند و اینکه آیا این ژن‌ها مختص به کروناویروس بوده یا در سایر میکروب‌ها نیز وجود دارد؟

معمولاً در کیت‌های رایج چند ژن به عنوان ژن هدف به کار رفته است که عبارت است از ژن‌های N و ژن E, RDRP

۱. ژن E: این ژن مسئول ساخته شدن پروتئین‌های ساختاری مربوط به پوشش ویروس می‌باشد. نام کامل این پروتئین Envelope small membrane protein بوده که نقش مهمی در شکل‌گیری ساختمان ویروس و به اصطلاح تشکیل پاکت ویروسی دارد. در اکثر کیت‌های تشخیصی کرونا این ژن به عنوان یکی از ژن‌های هدف در نظر گرفته شده است تا چنانچه وجود این ژن در نمونه حلق بیمار محرز گردد وی را در شمار مبتلایان یا ناقلین این ویروس در نظر بگیریم. این ژن نخستین ژنی است که از سوی سازمان بهداشت جهانی برای تشخیص کرونا به صورت رسمی اعلام می‌شود؛ در حالی که این ژن، ژن اختصاصی کووید-۱۹ نبوده و در سایر اعضای خانواده کروناویروس نیز وجود دارد^۱. یعنی اگر فرد با سایر ویروس‌های این خانواده نیز دچار سرماخوردگی‌های متوسط و خفیف هم شده باشد این ژن شناسایی شده و مبتلا به کووید-۱۹ در نظر گرفته خواهد شد.

حال تنها با فرض همین احتمال (احتمالات خطای تست PCR هنوز بررسی نشده است) آیا می‌توان به هر فردی که تست PCR وی مثبت شده بیمار کرونایی گفت؟ این در حالی‌ست که این روش قطعی‌ترین و به عبارتی تأیید نهایی بیماری کرونا به شمار می‌رود.

ژن E با ژن‌های سایر اعضای خانواده کروناویروس، دارای شباهت ساختاری می‌باشد و بدیهی‌ست که اگر این قطعات از ژن‌ها نیز در نمونه بیمار یافت گردد، تست مذکور مثبت و فرد واجد ویروس کرونا در نظر گرفته خواهد شد و بدین ترتیب سرماخوردگی‌های ناشی از سایر

^۱ Comparison of seven commercial RT-PCR diagnostic kits for COVID-

19 Puck B.van Kasterena1Basvan der Veera1

سویه‌های خانواده کروناویروس نیز در شمار آمار مبتلایان به کووید-۱۹ قرار خواهد گرفت.

در دانش پزشکی به این پدیده اصطلاحاً واکنش متقاطع گفته می‌شود و اشاره به زمانی که شباهت ساختاری میان دو ساختمان موجب اتصال اشتباه و بروز خطا در تشخیص شود. علاوه بر این در تحقیقات متعددی واکنش متقاطع میان ژن E کروناویروس و سایر اعضای خانواده کروناویروس‌ها گزارش شده است، از جمله گزارشی که در ماه جولای ۲۰۲۰ در ژورنال ویروس شناسی با عنوان Comparison of seven commercial RT-PCR diagnostic kits for COVID-19 ولی این خصوصیت چیزی از ارزش علمی تست‌های مولکولی نمی‌کاهد، چرا که این مشکل با ترفندهای بیوانتفوماتیکی و ابزارهای مولکولی قابل رفع می‌باشد که پیشتر به آن‌ها خواهیم پرداخت و مقصود از این بررسی‌ها تا به این جای کار بررسی کلیات روش‌های تشخیص کرونا و چالش‌های آن می‌باشد تا بدانیم تست مثبت به تنهایی نمی‌تواند بیانگر ابتلای فرد به عفونت کرونایی باشد.

۲. ژن N: این ژن به عنوان ژن تأییدی توسط سازمان بهداشت جهانی معرفی شده که به طرز جالبی ادعا شده این ژن نیز در سایر اعضای خانواده کرونا وجود داشته ممکن است منجر به واکنش متقاطع شود.

۳. ژن RdRP: ژن تکمیلی، که این ژن نیز ادعا شده در سایر اعضای خانواده کروناویروس‌ها وجود دارد (به دلیل اهمیت مبحث عیناً بخشی از تحقیقات را در پاورقی ذکر کرده‌ایم!).^۱

^۱ The WHO recommends RdRP, E and N genes for the detection of the novel coronavirus2020a: E gene for first line screening, RdRp gene for confirmatory assay, and N gene for additional confirmatory assay. Although these genes reported as potential targets for the detection of coronavirus, we found out that only one of them (RdRP_SARSr-P2) was almost specific for the new coronavirus and the other introduced probes would detect the other types of coronaviruses. In this regard, the false-positive test results may extend for COVID-19, and many patients with mild symptoms may be infected by the other types of

پرده‌ای از فریب قرن در همین ابتدای بحث آشکار می‌گردد. در اولین ژن هدف ژنی است که اختصاص به سویه کووید-۱۹ نداشته و در سایر اعضای خانواده کروناویروس نیز وجود دارد. ژن‌های دیگر نیز به همین صورت می‌توانند منجر به واکنش‌های متقاطع شوند.

یعنی تنها با اتکا به شناسایی ژن E در خوشبینانه‌ترین و ایده‌آل‌ترین حالت، کیت‌های تشخیصی می‌توانند در نمونه حلق و بینی یک بیمار وجود و عدم وجود یکی از اعضای خانواده کروناویروس‌ها بررسی کند و چون عمده دانش ژنتیکی و تحقیقاتی ما از این ویروس‌ها مرهون شیوع سارس و مرس بوده، عمدتاً ژن‌های هدف، ژن‌هایی هستند که به طور مشترک در سویه‌های عامل این بیماری‌ها نیز وجود داشته‌اند که البته در هنگام وقوع یک پاندمی و شیوع گسترده دور از ذهن نیست که وجود ژن‌های مذکور مربوط به وجود همان سویه مسبب پاندمی باشد، چرا که این فرض که در هنگام شیوع یک بیماری بسیار مسری سویه‌های دیگری از این خانواده موجب بروز بیماری شوند کمی دور از ذهن است (اما غیر ممکن نیست) با این حال نکته مهم در چالش‌های پیش روی این موارد است:

- چالش اول: وقوع همه‌گیری‌ها و یا حتی بیماری‌زایی‌ها در گستره محدودتر موجب می‌شود میکروب‌های عامل آن به طور دقیق شناسایی و توالی ژنتیکی آنها به طور دقیق تعیین شود که این امر در عالم تشخیص و درمان بسیار با اهمیت است، به طور مثال یکی از مزایای وجود نقشه ژنتیکی یک ویروس همین امکان شناسایی ژن‌های منحصر به فرد ویروس و استفاده از آنها به عنوان ژن هدف در طراحی کیت‌های تشخیصی می‌باشد. مثلاً بخش زیادی از اطلاعات ژنتیکی که امروزه در راستای تشخیص و درمان کروناویروس جدید از آن استفاده می‌شود اطلاعات ژنتیکی است که در طی بروز سارس و مرس حاصل شده است،

امروزه به استناد همان اطلاعات ژنتیکی در خصوص کروناویروس جدید نیز برنامه‌های تشخیص و درمان در سطح تحقیقات انجام می‌گردد.

اما چالش نخست اینجاست که دانش فعلی بشری چند درصد میکروارگانیسم‌ها و به طور خاص ویروس‌های کره زمین را کشف و توالی ژنتیکی آنها را تعیین نموده است؟ آیا دانش فعلی در برگیرنده اطلاعات ژنتیکی تمامی ویروس‌ها، باکتری‌ها، قارچ‌ها و... است؟ پاسخ به این سؤال قطعا منفی است. چرا که حتی بشر تا به امروز ۳۰ درصد از میکروب‌های همزیست (میکروبیوتا) موجود در بدن خود را شناخته است و ۷۰ درصد این میکروب‌ها نه تنها خودشان شناسایی نشده‌اند، بلکه اطلاعاتی درباره ژنوم آنها وجود ندارد که به بانک ژن ارائه شده باشد و این بانک با استفاده از نرم‌افزارهای بیوانفورماتیکی شباهت آنها را با سایر ژن‌های سایر موجودات بسنجد. حال تصور کنید چه تعداد ویروس، باکتری و میکروارگانیسم‌های دیگر وجود دارند که بشر تا امروز نتوانسته نقشه ژنتیکی آنها را تهیه کند تا در بانک ژن ذخیره کند و در هنگام طراحی کیت‌های مولکولی شباهت ژن هدف خود را با آن بسنجد!

پس چالش نخست شباهت ژن‌های هدف با زن‌هایی در خانواده ویروس کرونا می‌باشد (که این مشکل با تکنیک‌های بیوانفورماتیکی و ژنتیکی قابل حل است) و در درجه دوم باید این نکته را مدنظر داشت که ممکن است انبوهی از ویروس‌های دیگر نیز وجود داشته باشند که دارای ژن‌های مشابه E و N بوده و حال بنا بر کم اهمیت بودن و عدم بیماری‌زایی توسط محققین ژنتیک و ویروس شناسی مورد بررسی قرار نگرفته و نقشه ژنتیکی آن تعیین نشده است و در نتیجه در برخی از افراد وجود این ویروس مجهول سبب نتیجه مثبت کاذب گردد. ویروس‌هایی که تا به امروز چندان برای بشر دردسر ساز نبوده و به همین خاطر توسط میکروسکوپ محققین جدی گرفته نشده‌اند. گفته می‌شود مبدع تست PCR آقای کری مولیس نیز تأکید ورزیده است که این روش نباید برای تشخیص عوامل عفونی مورد استفاده قرار گیرد و کاربرد آن می‌بایست در حوزه تحقیقات ژنتیکی محدود گردد (که بسیاری از محققین این نقل قول را رد کرده‌اند). شاید بتوان علت این نظر را همین مسئله دانست که

اصلاً علم بشری تاکنون ژنوم تمامی میکروارگانسیم‌های مرتبط با بشر را شناسایی نکرده است که توالی ژن هدف را با آن بسنجد و مثلاً اگر توالی AACCTTGAATT را به عنوان توالی هدف در ویروس کرونا انتخاب کند هیچ تضمینی وجود ندارد که این توالی در یک میکروب دیگر نیز وجود نداشته باشد که هنوز شناسایی نشده است، چرا که ما هنوز نسبت به ۷۰ درصد از میکروب‌های همزیست خود که هم اکنون در مجاری گوارشی و تنفسی ما زندگی می‌کنند شناخت کافی نداریم، چه برسد به شناسایی کامل ژنوم میکروارگانسیم‌ها!

فرض فوق حتی به صورت یک قانون نانوشته در دانش پزشکی و یا به صورت نامحسوس موجب شده تا در عالم تشخیص تنها به نتیجه یک تست استناد نگردد و برای نتیجه قطعی ابتلای به یک بیماری معمولاً مجموعه‌ای از آزمایش‌ها، بررسی‌های تصویربرداری و بالینی مدنظر قرار گیرد، به نظر می‌رسد این فرض الهام بخش افرادی بوده که در راستای تشخیص یک بیماری همواره بر وجود چند نتیجه تشخیصی تأکید ورزیده‌اند.

فرض فوق هرگز از ارزش متد مولکولی نخواهد کاست چون به هر حال این روش یکی از پیشرفته‌ترین دستاوردهای بشری بوده و موجب انقلابی در دانش زیست‌شناسی گردیده است و مسئله مورد مناقشه تنها استفاده از این روش به عنوان روشی قطعی در تشخیص عفونت‌هاست، به ویژه در عفونت‌های ویروسی مانند؛ آنفلانزا و کرونا که ژن‌های هر سویه ممکن است با ژن‌های سایر اعضای آن خانواده ویروسی مشابهت داشته باشد.

مواردی که تا به اینجا ذکر شد مربوط به زمانی است که اصلاً در نمونه حلق و بینی فرد ویروس کرونایی وجود نداشته باشد و ما به اشتباه میکروب و یا ارگانسیم دیگری را به علت شباهت در توالی ژنی با این ویروس اشتباه گرفته و وی را واجد ویروس کرونا تلقی کنیم؛ گویا قرار است بیشتر متعجب شویم!

اما آیا حالاتی هم وجود دارد که حتی با شناسایی ویروس کرونا در نمونه حلق و بینی فرد، وی واجد ویروس و مبتلا به عفونت نباشد؟

یعنی آیا ممکن است حتی با وجود اینکه تست به درستی مثبت شده است بازهم فرد مبتلا نبوده باشد و ما به خطا افتاده باشیم؟ خطای مثبت کاذب؟

پاسخ مثبت است.

در چندین حالت این اتفاق رخ خواهد داد:

۱. همانطور که ذکر شد مبنای تشخیص عفونت ویروسی در روش PCR وجود و یا عدم وجود یک قطعه ژنی می باشد یعنی جواب مثبت و منفی کیت همان وجود یا عدم وجود یک قطعه مشخص ژنی می باشد. نکته ظریفی که می بایست سؤال هر انسان هوشمندی باشد این است که در این روش آیا تفاوتی وجود دارد بین قطعه ژنی متعلق به یک ویروس زنده یا ویروس مرده؟ (در کلیت ویروس ها اصلاً موجودات زنده محسوب نمی شوند، اما در اصطلاح به ویروس های غیر فعال شده، خنثی شده و نابود شده توسط سیستم ایمنی، مواد شیمیایی و آنزیم های زیستی را ویروس مرده می گوئیم).

در حقیقت یکی دیگر از خطاهای این روش شناسایی قطعات ژنی ویروس های مرده یا به اصطلاح لاشه های ویروسی می باشد که توسط سیستم ایمنی ذاتی فرد از بین رفته اند و دست بر قضا همان لاشه ویروسی در نمونه گیری حلق از فرد اخذ شده و توسط تست PCR شناسایی می گردد در حالی که فرد فاقد هرگونه علامت بوده و هیچ مشکلی از بابت ابتلا نیز برای او متصور نمی باشد، چون اصلاً ویروس زنده ای وجود ندارد که بتواند بیماری زایی کند و این ویروس ها توسط سدهای ایمنی ذاتی به دام افتاده و خنثی شده اند لذا قادر به بیماری زایی نیستند، اما تست PCR وی به اشتباه مثبت شده است. عدم قدرت تمییز ویروس زنده از مرده یکی دیگر از خلاءها و چالش های تست های تشخیص مولکولی می باشد.

۲. تمامی میکروب ها دارای دُز عفونی می باشند: یعنی برای اینکه بتوانند فرد را بیمار کنند می بایست تعداد آنها به مقدار معینی باشد در غیر این صورت قادر به بیماری زایی نخواهند بود. مثلاً برخی میکروب ها حتی در تعداد ۱۰ عدد می توانند بیماری زایی کنند در حالی که برخی

دیگر حداقل می‌بایست ۱۰۰۰۰۰ عدد باشند تا فرد را بیمار سازد. در روش PCR ژن هدف تکثیر شده و از روی آن کپی‌های بسیاری در ابعاد هزار و میلیون کپی پدید خواهد آمد (بسته به تعداد سیکل‌ها) و حتی اگر تعداد ویروس کم باشد این روش با تکثیر ژن ویروسی تعداد ژن‌های آن را افزایش می‌دهد تا بتواند از روی همین تکثیر یا عدم تکثیر وجود ژن و در نتیجه وجود ویروس را احراز کند.

دُز عفونی معمولاً به صورت ID50 گزارش می‌شود و به این معناست که چه تعداد از میکروب مورد نظر قادر است در ۵۰ درصد جمعیت مورد آزمایش ایجاد بیماری کند و این عدد به عنوان دُز عفونی پاتوژن مورد نظر تعریف می‌گردد. بدیهی‌ست که دُزهای بالاتر از دُز عفونی هر میکروب برای فرد خطرناک‌تر بوده و وی را بیشتر درگیر علائم و عوارض بیماری خواهد ساخت.

مثلاً دُز عفونی ویروس آنفولانزا ۷۹۰ عدد می‌باشد و دُز عفونی مایکوباکتریوم توبرکلوزیس (عامل سل) ۱۰ عدد می‌باشد و دُز عفونی باسیلوس آنتراسیس (عامل سیاه زخم) بسیار کمتر می‌باشد. دُز عفونی حتی ممکن است فرد به فرد متفاوت باشد و بنابر تفاوت‌های ژنتیکی و ایمنولوژیکی فردی برای مبتلا شدن نیاز به دُز چند برابری از ویروس باشد.

در خصوص ویروس کرونا و دُز عفونی آن تحقیقات تا به امروز نتیجه قطعی در پی نداشته چرا که تعیین دُز عفونی امری زمانبر و پیچیده بوده و نیاز به داوطلب انسانی و مدل‌های آزمایشگاهی دارد ولی طی تحقیقات انجام شده توسط Watanabe که با عنوان Development of a Dose-response model for sars coronavirus در چین به چاپ رسیده، دُز عفونی ویروس کرونای عامل سارس (Sars-Cov1) ۲۸۰ عدد گزارش شده در حالی که محققین دیگری از جمله imke Schroder در تحقیقی با عنوان Covid-19: A risk Assessment perspective دُز عفونی کرونا ویروس و ویروس آنفولانزا را با بسیار نزدیک به هم دانسته اما از ذکر هرگونه عددی اجتناب ورزیده است در حالی که محقق دیگری به نام Erin Bromage در مقاله‌ای با عنوان The risk –know them-avoid them دُز عفونی

کروناویروس جدید را ۱۰۰۰ عدد در نظر گرفته است. اما با این وجود اطلاعات دقیق‌تری در خصوص دُز عفونی ویروس کرونا در دسترس نبوده و در رسانه‌های رایج‌تر و منابع روزمره نیز کمتر بدان اشاره می‌شود، به طوری که نیویورک تایمز در ۲۹ ماه می ۲۰۲۰ دُز عفونی ویروس کرونا را با عبارت عجیب “چند صد” تعریف می‌نماید.

حال این نکته به ذهن متبادر می‌شود در شرایطی که تعداد ویروس مورد نیاز برای اینکه فردی بیمار شود ۱۰۰۰ عدد می‌باشد چه تعداد کپی نامبر ویروسی در تست موجب مثبت شدن تست‌ها می‌گردد؟

با بررسی بروشور و شناسنامه‌های کیت‌های تشخیصی به این نتیجه رسیدیم که حساسیت کیت‌های تشخیص کرونا در حدود تشخیص ۲۰۰ کپی نامبر ویروسی می‌باشد! این به آن معناست که اگر تعداد ۲۰۰ عدد ویروس در نمونه حلق بیمار یافت شود تست PCR مثبت می‌شود، چرا که اساس کار PCR تکثیر ژن هدف به مانند یک دستگاه کپی ژنی می‌باشد و این سؤال به ذهن متبادر می‌شود که آیا ممکن است در نمونه‌گیری‌ها با افرادی مواجه شویم که سواب نازوفارنکس وی دارای ۲۰۰ عدد ویروس باشد و تست وی مثبت شود در حالی که تعداد ویروس‌های موجود در حلق و بینی او اساساً کمتر از دُز عفونی باشد و ناتوان از بیمار کردن وی باشد؟

متخصصین این سؤال را اینگونه پاسخ می‌دهند که “نمونه” فرد بیمار آنگونه که از نامش بر می‌آید تنها نمونه‌ای از بیمار و با تمثیل “مشت نمونه خروار” بوده و چنانچه تعداد ۲۰۰ عدد ویروس بر روی سواب بیمار از حلق وی استخراج شده باشد این بدان معناست که تعداد چند برابری از جمعیت ویروس در بدن وی حضور دارد و ما تنها یک حجم کوچک از یک سطح کوچک بدن وی را به عنوان “نمونه” استخراج کرده‌ایم و حتی وجود تعداد کمتر از دُز عفونی نیز دلیلی بر ابتلای فرد و وجود مقادیر بیشتر ویروس در بدن بیمار می‌باشد.

با این وجود مسئله دُز عفونی مسئله مهم و محل تأملی می‌باشد چرا که بیش از پیش ما را به سمت پذیرش این اصل مهم سوق می‌دهد که صرف وجود نتیجه مثبت آزمایشگاهی نمی‌توان ابتلای فرد را قطعی

دانست و همواره نیاز به تست‌ها و معاینات بالینی دقیق‌تر و کامل‌تری داریم تا فردی را یک مبتلای واقعی بدانیم.

نکته مهم‌تر اینکه دُز عفونی یک عدد ثابت و جهان شمول نیز نمی‌باشد، بلکه فرد به فرد با توجه به ژنتیک، فیزیولوژی، قدرت سیستم ایمنی فرد متفاوت خواهد بود؛ مثلاً در برخی افراد بنابر قوی‌تر بودن سیستم ایمنی چند برابر دُز عفونی به ویروس احتیاج داریم تا فرد مبتلا به بیماری شود و در مقابل افرادی هم که مبتلا به ضعف سیستم ایمنی هستند ممکن است توسط دُزهای پایین‌تر از دُزهای عفونی مبتلا شوند.

۳. در موارد متعددی ویروس در نمونه حلق فرد یافت می‌شود و موجب مثبت شدن تست می‌شود اما باز هم نکته ظریفی در این وجود دارد، آیا این مقدار ویروسی صرف نظر از دُز عفونی قادر به بیمار کردن فرد می‌باشد؟ بر کسی پوشیده نیست که صرف ورود یک میکروب به بدن میزبان فرد مبتلا نمی‌شود چرا که سیستم ایمنی فرد و خطوط دفاعی ایمنی ذاتی و اکتسابی فرد مقتدرانه عامل مهاجم را حذف و نابود می‌نماید در موارد محدودی شاهد این هستیم که خطوط دفاعی ایمنی ذاتی فرد شکسته شده باشد و عامل مهاجم توانسته باشد وارد بدن میزبان شده و از چنگال گلبول‌های سفید گذشته و موفق به بیماری‌زایی شود، اما به طور معمول در هر ساعت با میلیون‌ها میکروب بیماری‌زا اعم از کم خطر و پرخطر ممکن است برخورد کنیم و سیستم ایمنی‌ها هر لحظه انبوهی از مهاجمان را نابود می‌سازد و دور از ذهن نیست حتی با فرض ورود ویروس به بدن میزبان و مثبت شدن تست‌های آزمایشگاهی در اندک زمانی سیستم ایمنی فرد عامل عفونی را مغلوب و نابود کرده باشد حال آنکه ما فرد را بیمار تلقی کرده‌ایم وی هیچ علائمی از خود نشان ندهد.

این عامل نیز دلیل دیگری بر اهمیت تست‌های تکمیلی و وجود علائم بالینی برای احراز ابتلای فرد به بیماری می‌باشد تا بدانیم صرف مثبت بودن تست‌های آزمایشگاهی اگرچه خوشایند آمارها و ارقام و داده سازی‌های انسانی بوده اما در حقیقت در موارد بی‌شماری دلالت بر بیماری نمی‌کند. مضاف بر اینکه انجام تست‌های آزمایشگاهی به صورت

ادواری و اجباری آنگونه که امروزه به طور رایج در بسیاری از کشورها و شهرها و سازمان‌ها و ارگان‌ها انجام می‌شود، بی آن که فرد دارای علائمی بالینی همچون تب و سرفه و بدن درد و نارسایی حواس بویایی و چشایی باشد در حقیقت کمک چندانی به تشخیص نمی‌کند چرا که ممکن است فرد یکی از موارد مذکور بوده باشد و ما اعدادی را در قالب آمار به جامعه ارائه کرده باشیم که در واقع بیمار نیستند. این پدیده موضوعی چندان مکتوم و شناخته نشده نیز نبوده و هر کس می‌تواند با مراجعه به اطرافیان خود موارد متعددی را بیابد که فرد با وجود تست آزمایشگاهی مثبت هیچ علائمی را تجربه نکرده و در حقیقت بیمار نبوده در حالی که نام او نیز در شمار مبتلایان به بیماری جزئی از آمار است (حتی افرادی مشهور همچون کریستانو رونالدو و زلاتان ابراهیموویچ و یا دونالد ترامپ رئیس جمهور آمریکا) و سرانجام ایلان ماسک رئیس شرکت تسلا که تست‌های پی.سی.آر کرونا را یک کلاهبرداری و تقلب می‌خواند.

اکنون که خطاها و چالش‌های رایج در این تکنیک را می‌دانیم، لازم است لحظه‌ای به این مسئله بیندیشیم که این روش قطعی‌ترین روش احراز ابتلای فرد به کرونا بوده و هزاران و میلیون‌ها نفر با مثبت شدن این تست در آمار مبتلایان به کرونا و کشته شدگان آن قرار گرفته‌اند.

لحظه‌ای بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را در نظر آورید، حتی بیماران بخش‌های غیرعفونی هم ممکن است بنابر چالش‌های مذکور دارای تست مثبت PCR باشند! حال در گواهی فوت آنها علت مرگ چه چیزی خواهد بود؟ در نهایت مبنای آمار و ارقام ما روشی‌ست که مملو از خطا و خلاء است.

اکنون سری به آمار تلفات کرونا در جهان بزنیم و مجدداً بر روی این جمعیت تأمل بورزیم!

راهکارهای رفع مشکلات و نتایج مثبت کاذب تست‌های تشخیص مولکولی؛

روش‌های اختصاصیت افزایی:

۱. ژن‌های هدف به گونه‌ای انتخاب شوند که حتی شباهت قابل توجهی با ژن‌های سایر میکروب‌ها نداشته باشند که این امر تنها در خصوص میکروارگانیسم‌هایی صادق است که تا به امروز شناسایی شده‌اند و نقشه ژنتیکی آنها در بانک ژن ثبت گردیده است.

* طراحی پرایمرهای بیشتر: به طور مثال برای یک ژن خاص دو جفت پرایمر طراحی شود که شانس واکنش متقاطع با سایر توالی‌های ژنی را به حداقل برساند

* بررسی بیان چند ژن به صورت همزمان بجای بررسی یک ژن (روش متداول): این روش نیز روش مفیدی در راستای افزایش اختصاصیت کیت‌های عفونی به شمار می‌رود در این روش به وجود یک ژن به عنوان جواب مثبت بسنده نکرده و وجود ژن‌های بیشتری به ویژه ژن‌های اختصاصی سویه (مانند ژن ORF8) در دستور کار قرار می‌گیرد که با این ترفند حتی اگر یک ژن مشابه در میکروب دیگری نیز به اشتباه به عنوان ژن هدف شناسایی شود وجود ژن‌های دوم و سوم بروز این امر را به حداقل می‌رساند چرا که احتمال وجود چند ژن مشابه بین یک میکروب و ارگانیسم دیگری غیر از خانواده آن بسیار ضعیف است. مثلاً برای تشخیص ویروس کرونا از هر چهار ژن E, N و RDRP, ORF8 استفاده کنیم که حتی اگر به فرض ژن موجود در یک باکتری به علت شباهت با ژن E شناسایی شد ولی ژن‌های RDRP و N شناسایی نشد تست مذکور مثبت در نظر گرفته نشود.

۲. در نظر گرفتن شرایط زمانی و عوامل اپیدمیولوژیک: زمانی که در دوره شیوع یک بیماری خاص هستیم و همه‌گیری سویه‌ای از یک خانواده ویروسی گزارش شده است، معمولاً افرادی که با همان علائم به مراکز تشخیص و درمانی مراجعه می‌نمایند مبتلا به آن سویه خاص تلقی می‌شوند. برای روشن شدن موضوع از سارس سال ۲۰۱۰ و کروناویروس ۲۰۱۹ مثالی ذکر می‌شود.

مثلاً ژن‌های E که ژن هدف عمده کیت‌های تشخیص عفونی می‌باشد با شباهت ساختاری بسیار بالا در سایر اعضای خانواده کرونا نیز وجود دارد و این مسئله موجب پرسش می‌شود که چه تضمینی وجود دارد که شناسایی این ژن دلیلی بر ابتلای فرد به همان سویه سال ۲۰۱۹ باشد؟ متخصصین در پاسخ گفته‌اند با توجه به اینکه همه‌گیری‌های گسترده کروناویروس‌ها در سال‌های گذشته و در جغرافیای دیگری بوده و همه‌گیری فعلی مربوط به سویه سال ۲۰۱۹ می‌باشد، بنابر فاصله زمانی و جغرافیایی این سویه همان سویه موجب همه‌گیری سال ۲۰۱۹ در نظر گرفته می‌شود.

در پایان این نکته شایان ذکر است که موارد مذکور تنها مربوط به روش PCR به عنوان یکی از پیشرفته‌ترین روش‌های تشخیص عفونت و به نوعی آخرین دستاورد دانش بشری در شناسایی میکروب‌ها و اختصاصی‌ترین روش شناسایی میکروب‌ها تا به امروز می‌باشد که تشخیص را مبتنی بر وجود یک ژن انحصاری میکروب تا حد اختصاصیت اثر انگشت تخصصی و حساس نموده است که امروزه از جمله گران‌قیمت‌ترین تست‌های آزمایشگاهی می‌باشد اما با این حال حتی در شناسایی بسیاری دیگر از عفونت‌ها به تنهایی کاربرد نداشته و از روش‌های تکمیلی همچون کشت و... نیز استفاده می‌گردد. اما آیا برای تک تک افرادی که مبتلا به کرونا در نظر گرفته شده‌اند این تست انجام شده و تمام آمارها بر مبنای تست PCR در نظر گرفته شده است؟ یا بهتر بگوییم چه تست‌های دیگری برای تشخیص کرونا وجود داشته و مورد استفاده می‌باشد؟ چون بر کسی پوشیده نیست که اصلاً کیت‌های PCR در دوره شیوع تقریباً دو یا سه ماه پس از شیوع به صورت تجاری در دسترس آزمایشگاه‌ها قرار گرفت و تا قبل از آن تشخیص عمدتاً بر مبنای روش‌های دیگر تشخیصی بود. مضاف بر اینکه انجام این تست به علت هزینه بالای آن و نیاز به تجهیزات پیشرفته و نیروی متخصص و محیط استاندارد بسیار محدود بوده و حتی پیشرفته‌ترین کشورهای صنعتی نیز با انجام آن در سطح گسترده مشکلات و محدودیت‌هایی داشته‌اند و بسیار مشاهده شده است که مراکز برای صرفه‌جویی در هزینه‌ها تنها به

شناسایی یک ژن مانند ژن E بسنده کرده‌اند که اکنون می‌دانیم اختصاصیت به کووید-۱۹ نداشته و ممکن است منجر به خطای مثبت کاذب گردد.

لازم است به ذکر سایر روش‌های تشخیص کرونا نیز اشاره‌ای کنیم تا ببینیم چه میزان از آمار و ارقام واقعی بوده و فرضیه فریب تا چه حدی صحت دارد؟

تا به اینجای کار دانستیم قطعی‌ترین روش تشخیص کرونا خود محل ابهام و فرصتی طلایی برای طراحان فریب است.

۲. روش شناسایی آنتی بادی‌های اختصاصی علیه ویروس

کرونا (پادتن) - تست خون:

برای درک بهتر از سازوکار تشخیص این تست نخست مختصری از فعل و انفعالات ایمونولوژیک ذکر می‌شود که همزمان با ورود ویروس به بدن فرد رخ می‌دهد؛

چنانچه یک عامل عفونی به طور خاص یک ویروس بتواند از سدهای ایمنی ذاتی مانند پوست و مخاط و عوامل شیمیایی دفاعی بدن عبور کرده و وارد سلول میزبان شود که بتواند در نتیجه آن تکثیر کرده و در تعداد فراوان وارد خون شود سلسله اتفاقاتی به قرار زیر رخ می‌دهد:

۱. گروهی از گلبول‌های سفید موسوم به ماکروفاژها و سلول‌های دندریتیک ویروس‌ها را می‌بلعند (فاگوسیتوز) چون به هر حال عامل مهاجم بوده و بر اساس داشتن ساختمانی که از نظر سیستم ایمنی بیگانه به شمار می‌رود (PAMP) به عنوان یک مهاجم سریعاً شناسایی شده و در نتیجه بلعیده می‌شود (ایمنی ذاتی).

۲. هنگامی که ویروس توسط فاگوسیت‌ها (سلول‌های بلعنده) بلعیده شده در درون سلول‌های ایمنی تجزیه و قطعه قطعه می‌شوند.

۳. فاگوسیت‌ها در اقدامی بسیار مشابه با نیروهای امنیتی قطعاتی از ساختمان ویروس را به عنوان نمونه پردازش کرده و در قالب قطعات پپتیدی (با ۲۰-۴۰ آمینو اسید) بر روی سطح خود و بر روی مولکولی به

نام MHC ظاهر می‌کنند، درست مانند شرکتی که نمونه‌ای از محصولات خود را روی ویترینی در جلوی شرکت در معرض نمایش می‌گذارند.

۴. فایده این کار این است که قطعات ویروسی موجود بر سطح مولکول MHC در معرض دید گروه دیگری از گلبول‌های سفید به نام لنفوسیت‌های T قرار می‌گیرند.

۵. در درجه اول خود لنفوسیت‌های T دچار تکثیر شده و گروهی از لنفوسیت‌های T که از این لحظه به بعد به طور اختصاصی علیه ویروس کورونا اقدام می‌کنند ساخته می‌شود (آغاز ایمنی اکتسابی).

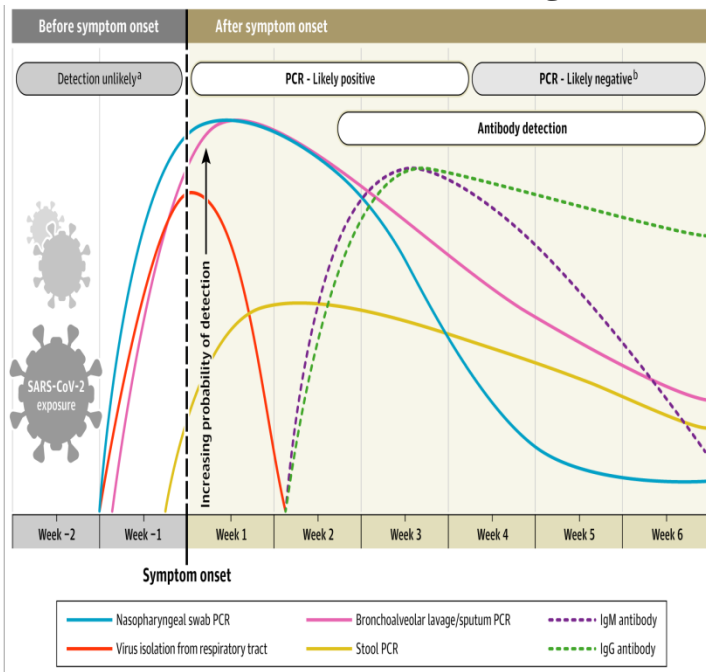
۶. لنفوسیت‌های T به دو گروه تقسیم می‌شوند که گروهی از آنها به صورت مستقیم به ویروس حمله کرده و به محض شناسایی ویروس با ریختن پروتئین‌های کشنده و مهلک بر روی ویروس وی را نابود می‌کنند، و گروهی دیگر به عنوان لنفوسیت‌های کمکی به پایگاه‌های ایمنی در گره‌های لنفی و سایر ارگان‌های ایمنی مهاجرت می‌کنند و در این مراکز گروهی دیگر از لنفوسیت‌ها به نام لنفوسیت B را فعال می‌کنند و به نوعی مشخصات ویروس مهاجم را به این گروه از لنفوسیت‌ها می‌دهند.

۷. لنفوسیت B فعال شده و تبدیل به پلاسما سل (سلول‌های آنتی بدی ساز) می‌شود و به مغز استخوان و بخش‌های دیگر مهاجرت می‌کند.

۸. پلاسما سل‌ها در این مراکز اقدام به تولید آنتی بادی‌ها و ریختن آنها به جریان خون می‌کنند که این آنتی بادی‌ها با توجه به اینکه به طور اختصاصی برای یک ویروس ساخته شده است پس از گردش در خون در صورتی که با ذره‌ای ویروسی برخورد نماید بدان متصل گردیده و اتصال آنتی بادی به ویروس در درجه اول موجب خنثی شدن ویروس و ناتوانی ویروس از اتصال به سلول‌ها و ورود به سلول میزبان شده و در درجه دوم با فعال کردن اجزای دیگری از جمله کمپلمان‌ها فاگوسیت‌ها و گلبول‌های سفید را متوجه حضور ویروس کرده و در نهایت ویروس مهاجم نابود می‌شود.

فرایند تولید آنتی بادی علیه ویروس‌ها فرایندی نسبتاً زمانبر است و ممکن است از ورود ویروس تا لحظه ساخته شدن آنتی بادی‌ها از کلاس

به طور میانگین ۷-۱۰ روز فاصله زمانی باشد (که این زمان با توجه به تفاوت‌های ژنتیکی و فیزیولوژیکی در هر فرد متفاوت است).
 آنتی بادی‌ها دارای انواع مختلفی بوده که حسب زمان و ضرورت پس از برخورد با عامل عفونی ساخته می‌شوند، به طوری که در حدود ۷ تا ۱۰ روز پس از برخورد با میکروب نوع خاصی از آنتی بادی به نام *igM* ساخته می‌شود که اولین آنتی بادی ساخته شده برای هر نوع عفونی می‌باشد و مقدار آن پس از هفته سوم معمولاً کاهش می‌یابد. به تدریج پس از ۱۰-۱۴ روز پس از برخورد با میکروب گروه دیگری از آنتی بادی‌ها به نام *igG* ساخته می‌شوند که مقدار آن تا مدت‌های طولانی‌تری در خون افراد بالا می‌ماند.



تصویر ۹۹- معمولاً تولید آنتی بادی از ۷-۱۰ روز پس از برخورد با ویروس آغاز شده و تولید *igM* پس از هفته سوم رفته رفته کاهش می‌یابد، اما تولید *igG* تا مدت‌ها ادامه خواهد داشت. به همین خاطر با آزمایش آنتی بادی می‌تواند

زمان برخورد با ویروس را تخمین زد (اگرچه تصویر گویای تولید IgG همزمان با IgM است، اما در حقیقت اوج تولید این نوع از آنتی‌بادی با قدری فاصله از IgM صورت می‌گیرد).

امروزه با اخذ نمونه خون از بیمار و بررسی آنتی‌بادی‌ها در راستای تشخیص عفونت استفاده می‌گردد، علاوه بر این با توجه به تقدم و تأخر ساخته شدن آنتی‌بادی‌های IgM و IgG برای تعیین حاد یا مزمن بودن عفونت‌ها استفاده می‌شود و بدیهی‌ست زمانی که آنتی‌بادی IgM در خون فرد وجود داشته باشد بدین معناست که فرد دستکم ۷-۱۰ روز پیش با میکروب برخورد کرده و میکروب مذکور توسط سیستم ایمنی شناسایی شده است و می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که "ممکن است" فرد در فاز ابتدایی و حاد بیماری باشد (اگر دارای سایر علائم و تست‌های تکمیلی باشد). و چنانچه هر دو گروه آنتی‌بادی‌ها یعنی IgM و IgG در خون فرد موجود باشند به معنای اواسط مرحلهٔ ابتلا بوده و وجود IgG به تنهایی به معنای گذشت زمان چند هفته‌ای از برخورد با ویروس می‌باشد که تمام این اطلاعات در فرایند تشخیص و درمان دارای ارزش بوده و در تمامی عفونت‌ها مورد استفاده و استناد قرار می‌گیرد.

مثلاً در خصوص بیماری کرونا نتایج تست PCR و آنتی‌بادی به این

شکل مورد تفسیر قرار می‌گیرد:

PCR + IgM + IgG + فرد در مرحله فعال بیماری است و حتماً باید قرنطینه شود (ناقل)	PCR + IgM - IgG - بیمار احتمالاً در مرحله پنجره قرار دارد و باید قرنطینه را رعایت کند (ناقل)	PCR + IgM + IgG - بیمار در مرحله عفونت است و باید قرنطینه شود (ناقل)
PCR - IgM + IgG + بیمار احتمالاً در مرحله بهبودی است.	PCR - IgM - IgG + فرد مبتلا به کووید ۱۹ بوده و هم‌اکنون بهبود یافته است. (ناقل)	PCR + IgM - IgG + فرد در مرحله نهایی بیماری است و باید قرنطینه را رعایت کند. (ناقل)

تصویر ۱۰۰- تفسیر آزمایشات ترکیبی کووید-۱۹

پس بدیهیست که نتایج تست آنتی بادی به تنهایی از ارزش چندانی برخوردار نبوده و بیشتر برای امور پژوهشی و تحقیقاتی مناسب بوده و تنها در صورتی می‌توان به آن استناد کرد که تست PCR و سایر تست‌های تکمیلی در کنار علائم بالینی تفسیر گردد. اما نکته اینجاست که افراد متعددی صرفاً به استناد همین تست مبتلا و بیمار تشخیص داده شده‌اند و مراجعات متعددی را در طی دوره شیوع شاهد بودیم که افراد به علت مثبت بودن تست خون به مرخصی و قرنطینه اجباری فرستاده شده و در یک کلام بیمار تلقی شده‌اند، حال آن که ممکن است فرد با دُر کمی از ویروس برخوردار کرده و سیستم ایمنی وی اقدام به نابودی ویروس کرده و سپس تیتراژ آنتی بادی‌های igM و igG فرد افزایش یافته باشد، بدین معنا که وی بر ویروس فاقد آمده و علیرغم بالا بودن آنتی بادی اصلاً بیمار نمی‌باشد. چنین مسئله‌ای به طور معمول در پاندمی‌ها رخ می‌دهد و تا حدی موجب مصونیت گروهی از مردم می‌گردد؛ مثلاً تحقیقی در ژورنال معتبر Scince در ۶ نوامبر ۲۰۲۰ مدعی شده است که ۵۰ درصد کودکانی که هرگز به بیماری کرونا مبتلا نبوده‌اند در خون خود دارای آنتی بادی ضد کرونا هستند^۱. اتفاقی که حتی برای افراد بالغ نیز تا حدودی مورد انتظار است! یعنی افراد بی آن که اصلاً بیمار شده باشند و علائمی را تجربه کرده باشند با مقادیر کم ویروس برخورد کرده و آنتی بادی‌های اختصاصی در خون آنها ساخته شده باشد.

مثبت کاذب در تست‌های آنتی بادی:

اکنون می‌دانیم که آنتی بادی اصلاً جزئی از سیستم ایمنی ما بوده و از اجزای ویروس به شمار نمی‌رود و شاخصی از عملکرد سیستم ایمنی بدن علیه میکروب‌های مهاجم می‌باشد و اگر مثلاً در خون فردی آنتی بادی igM یافت شود بدان معنا نیست که وی مبتلا به عفونت می‌باشد، بلکه بدان معناست که وی با ویروس برخورد نموده و مقادیری از ویروس

^۱ Preexisting and de novo humoral immunity to sars-cov-2 in humansTKevin W.Ng, Nikhil Faulkner

وارد بدن او شده است که ممکن است بلافاصله توسط گلبول‌های سفید و سایر خطوط دفاعی ایمنی حذف و نابود شده باشد و ما در حالی فرد را بیمار تلقی می‌کنیم که هیچگونه ویروسی در بدن وی موجود نیست و تست مثبت آنتی بادی تنها ردپایی به جا مانده از برخورد وی با ویروس باشد. متأسفانه به علت ناکافی بودن اطلاع‌رسانی‌ها و آموزش‌ها، افراد بسیاری صرف تست مثبت آنتی‌بادی مبتلا به کرونا تلقی شده به ویژه گروهی از بیماران بستری که امکان انجام تست حلق و بینی به روی آنها نداشته و به استناد این تست آنها را در شمار مبتلایان به کرونا آوردیم حال آن که هیچ علائمی در آنها مشاهده نشده و در یک کلام بیمار نبودند و سیستم ایمنی آنها فقط با ویروس برخورد کرده بوده که دست بر قضا بر ویروس پیروز نیز شده است.

۲. همانطور که ذکر شد وجود آنتی بادی از کلاس igG تا مدت‌های مدید پس از ابتلا به هر عفونتی در فرد مشاهده می‌گردد، به طور مثال اگر فردی مبتلا به عفونت EBV (اپشتاین بار عامل مونونوکلئوز عفونی) شده باشد آنتی بادی‌های اختصاصی علیه این میکروب تا ماه‌ها و حتی سال‌های بعد در خون فرد یافت می‌شود در حالی که ممکن است خود ویروس در همان هفته اول از بین رفته باشد. در مورد خانواده کرونا ویروس‌ها نیز ابتلای قبلی به سرماخوردگی‌های ساده ناشی از کرونا ویروس در ماه‌ها و حتی سال‌های قبل موجب می‌شود آنتی بادی‌هایی از کلاس igG در خون فرد وجود داشته باشد و به اصطلاح تست آنتی بادی وی مثبت شود در حالی که این آنتی بادی مربوط به ویروس دیگری از این خانواده و زمان دیگری‌ست. علت این امر نیز طراحی کیت‌های تشخیص آنتی بادی می‌باشد.

بر خلاف روش تشخیصی PCR که عمل هدفی یک ژن از خود ویروس است در روش به دام انداختن آنتی بادی‌ها از اجزای سیستم ایمنی خود فرد می‌بایست به وجود عفونت برسیم. بدین منظور لازم است قطعاتی از ساختمان ویروسی و یا به طور دقیق‌تر پروتئین‌های ویروسی (اپی توپ‌هایی از ساختمان ویروس که قابلیت اتصال به آنتی بادی را دارند) را به صورت نو ترکیب و تجاری تهیه کنیم و آن را در ساختمانی به نام پلیت

تعییه کنیم (در کف چاهک‌های الایزا بچسبانیم) و سپس خون، سرم یا پلاسمای بیمار را به روی آن بریزیم تا اگر احیاناً آنتی بادی اختصاصی، علیه آن ویروس در خون فرد موجود بود با اتصال به این پروتئین‌های تجاری به دام افتاده و نتیجه تست مثبت شود.

اما نکته مهم اینجاست که پروتئین‌های به کار رفته در ساخت کیت‌های تشخیص آنتی بادی (الایزا) پروتئین‌های "خانواده کروناویروس" بوده و اختصاصیت به سویه کووید-۱۹ ندارد و عمدتاً بر مبنای اطلاعات حاصل از ساختمان سویه سال ۲۰۱۰ (عامل سارس) طراحی شده است، لذا انتظار داریم در بسیاری از افراد که سابقه سرماخوردگی‌های ساده ناشی از خانواده کروناویروس‌ها را داشته‌اند و طبیعتاً در خون آنها مقادیری آنتی بادی از کلاس igG بر علیه کروناویروس‌ها موجود است در تست خون مثبت شده و جزو بیماران مبتلا به کرونا طبقه‌بندی شود.

این دلیلی دیگر بر وجود تست‌های مثبت در افرادیست که بیمار نبوده و هیچ ویروسی در بدن آنها وجود ندارد.

بنابراین با استناد به تست خون (آنتی بادی) افراد بسیاری در زمره مبتلایان به کرونا قرار می‌گیرند که اصلاً بیمار نیستند و یا به علت برخورد با ویروس (حمله ناکام ویروس و پیروزی سیستم ایمنی) در بدن آنها آنتی بادی از کلاس igG و igM تشکیل شده و یا به علت ابتلای به سرماخوردگی‌های ناشی از کروناویروس‌ها آنتی بادی‌هایی از کلاس igG را در خون خود دارند.

اما متأسفانه هزاران و شاید میلیون‌ها انسان صرف تست مثبت آنتی بادی مبتلا به کرونا تشخیص داده شده و در بسیاری از آمارها این افراد گنجانده شده‌اند و یا به مرخصی‌ها و قرنطینه‌های اجباری فرستاده شده‌اند.

۳. روش رادیولوژی و سی.تی.اسکن ریه:

اگرچه سی.تی.اسکن ریه در تشخیص عفونت‌های تنفسی یک روش رایج و پرکاربرد بوده و بخوبی می‌تواند وجود التهاب و درگیری ریوی ناشی از عفونت‌ها را ما نشان بدهد اما در خصوص تشخیص افتراقی و

تمیز عامل عفونت روشی چندان اختصاصی به شمار نمی‌رود چرا که قادر نیست مشخص کند علت ایجاد درگیری ریوی کدام میکروب است.^۱ این بدین معناست که گزارش سی.تی.اسکن هر قدر در تأیید بود یا نبود درگیری ریوی (به طور خاص ذات الریه یا پنومونی) موثر و کاربردی‌ست در تعیین اینکه کدام ویروس، باکتری، قارچ و یا حتی مواد شیمیایی سبب بروز این التهاب شده است کارایی چندان ندارد و تنها با تکیه بر چند راهبرد تشخیصی از محل درگیری و نوع انتشار آن و سایر تغییرات مورفولوژیک می‌توان “حدس زد” که کدام عامل ممکن است ریشه بروز این درگیری بوده باشد. به طور مثال بیشترین یافته رادیولوژی در خصوص مایکوباکتریوم توبرکلوزیس (عامل سل) ایجاد کدورت^۲ بیش از همه در قله‌های ریه و در ۲۳ درصد موارد در قله ریه راست، سپس ایجاد حفره^۳ در لوب‌های فوقانی ریه و در آخر تجمع مایع در حفره جنب^۴ می‌باشد.^۵ بنابراین رفتار شناخته شده هر میکروب در علاقه وی به ایجاد درگیری در یک منطقه خاص از ریه و الگوی انتشار آن و وجود و عدم وجود مایعات روشی در خصوص تشخیص افتراقی عفونت‌ها از روی سی.تی.اسکن می‌باشد.

عوامل متعددی قادر به ایجاد پنومونی می‌باشد که در چهار دسته عمده طبقه‌بندی می‌شوند:

^۱ S. S. Hare, A. N. Taware, and V. Dattani, “Validation of the British Society of Thoracic Imaging guidelines for COVID-19 chest radiograph reporting,” *Clinical Radiology*, vol. 75, no. 9, 2020.

^۲ Consolidation

^۳ Cavity

^۴ Pleural Effusion

^۵ مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، بررسی یافته‌های رادیولوژیک در بیماران سل ریوی فعال، سنبل طارمیان

الف. ویروس‌ها: از جمله کروناویروس، آنفولانزا ویروس، پاراآنفولانزا ویروس، اپشتین بار، سایتومگالوویروس، آدنوویروس، ویروس‌های خانواده RSV^۱ و...

ب. باکتری‌ها: استافیلوکوک‌ها، استریتوکوک‌ها، کلبسیلا، موراکسلا، هموفیلوس آنفولانزا و برخی دیگر از باکتری‌های گرم منفی به علاوه مایکوباکتریوم‌ها

ج. قارچ‌ها

د. عوامل غیر عفونی مانند واکنش‌های ازدیاد حساسیت و استنشاق مواد شیمیایی

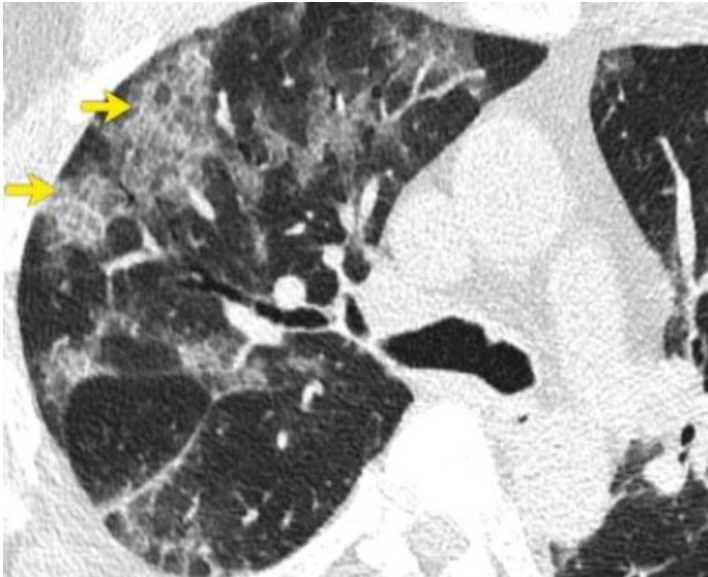
به طور کلی امروزه می‌دانیم الگوی پنومونی ویروس کرونا به صورت اینتراستیشیال (Intrastitial) و پنومونی آتیپیک می‌باشد اما پنومونی باکتری‌ها عمدتاً به صورت لوبار (Lobar) و پنومونی تیپیک می‌باشد اما جالب اینکه حتی برخی باکتری‌ها مانند کلامیدیا، لژیونلا و مایکوپلاسماها نیز دارای الگوی پنومونی آتیپیک و اینتراستیشیال هستند. نتیجه اینکه تصاویر سی.تی.اسکن قدرت چندان در تمییز علل ایجادکننده درگیری ریوی ندارد و روش خیلی تخصصی و افتراقی به شمار نمی‌رود.

اما "اکنون پس از گذشت ۱۰ ماه" (و احتمالاً پس از اینکه هزاران نفر از مبتلایان به بیماری‌های دیگر را مبتلا به کرونا در نظر گرفته‌ایم) از پاندمی و پس از بررسی هزاران مورد از تصاویر سی.تی.اسکن بیماران مبتلا به کرونا می‌توان الگوهای (Pattern) متعددی را به صورت تجربی برای ابتلا به این بیماری در نظر بگیریم یا حتی مراحل مختلف پیشرفت بیماری را با تکیه بر دانش تجربی تشخیص دهیم. به طور معمول الگوهای رادیولوژیک زیر از جمله پرتعدادترین الگوهای مشاهده شده در بیماران مبتلا به بیماری کرونا می‌باشد:

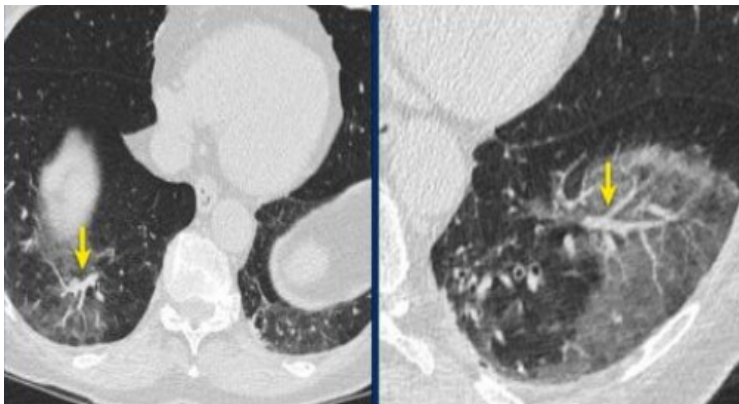
^۱ Respiratory syndrome virus



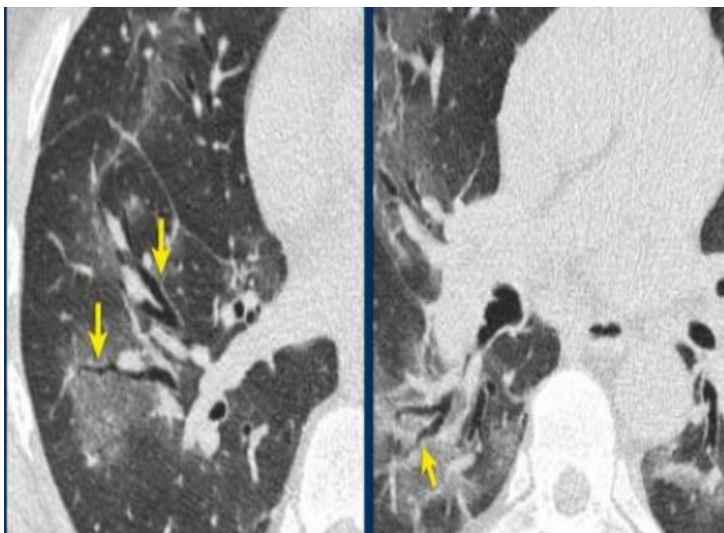
تصویر ۱۰۱- الگوی Ground Glass (GGO): این الگو فراوان‌ترین یافته در بیماران مبتلا به کرونا می‌باشد. این الگو معمولاً به صورت multifocal, bilateral, peripheral بوده و در فاز آغازین بیماری در لوب خارجی ریه راست ظاهر می‌شود.



تصویر ۱۰۲- الگوی Crazy Paving: این الگو نیز در ریه افراد مبتلا به کرونا دیده شده و گمان می‌شود مربوط به فازهای بعدی ابتلا باشد.



تصویر ۱۰۳- الگوی Vascular dilatation: در این الگو عروق ریوی به شکلی که در تصویر مشاهده می‌شود دیده شده و این الگو نیز یکی از فراوان‌ترین یافته‌های رادیولوژیک در بیماری کرونا می‌باشد.



تصویر ۱۰۴- الگوی Traction Bronchiectasis: این الگو نیز جزو فراوان ترین یافته‌ها در تصاویر سی.تی.اسکن بیماران مبتلا به کرونا می‌باشد^۱.

1 Imaging Profile of the COVID-19 Infection: Radiologic Findings and

Literature Review

NG Ming-Yen, LEE1 Elaine YP, YANG Jin, YANG4 Fangfang, LI Xia, WANG4 Hongxia, LUI Macy Mei-sze, LO Christine Shing-Yen, LEUNG Barry, KHONG Pek-Lan, HUI Christopher Kim-Ming, YUEN Kwok-yung, KUO Michael David

Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia

Qun Li, M.Med., Xuhua Guan, Ph.D., Peng Wu, Ph.D., Xiaoye Wang,

M.P.H., et al

A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster

Jasper Fuk-Woo Chan, MD * Shuofeng Yuan, PhD * Kin-Hang Kok,

PhD * Kelvin Kai-Wang To, MD * Hin Chu, PhD * Jin Yang, MD et al.

Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review of

Imaging Findings in 919 Patients Read More:

به طور کلی آنچه در تصاویر سی.تی.اسکن ریه دیده می‌شود وجود کدورت‌ها و یا به اصطلاح عامیانه همان لکه‌های سفید، حفره‌ها و تجمع مایعات هستند که تشخیص اینکه آیا عامل بروز این لکه‌ها یک باکتری، ویروس، قارچ بوده و یا عوامل غیرعفونی همچون ازدیاد حساسیت و استنشاق مواد شیمیایی امری دشوار، تخصصی و چالش برانگیز است، تا جایی که محققین بسیاری معتقدند صرف استناد به گزارش سی.تی.اسکن نمی‌توان پنومونی‌های باکتریایی و غیر باکتریایی را از یکدیگر تمیز داد و تنها زمانی می‌توان به آن استناد کرد که یا وجود یک میکروب ایجاد کننده پنومونی با سایر تست‌های آزمایشگاهی محرز شده باشد و یا در شرایطی باشیم که یک میکروب خاص در تعداد زیادی از افراد جمعیت ایجاد پنومونی کرده باشد (مانند پاندمی‌ها)^۱ و با استناد به رفتار میکروب‌ها در ایجاد الگوی آسیب شناختی و تست‌های تکمیلی آزمایشگاهی و شواهد بالینی می‌توان آن را به یکی از میکروب‌ها نسبت داد.

دانش فعلی ما در به دست آوردن الگوهایی که شاید بتوانیم آن را ناشی از ویروس کرونا بدانیم حاصل ماه‌ها بررسی دقیق و تخصصی بوده

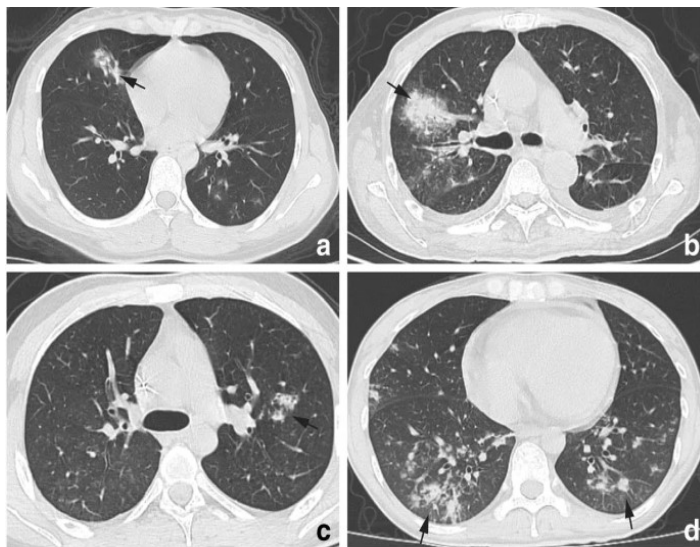
<https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.20.23034> AJR
2020; 215:1–7.
Sana Salehi, Aidin Abedi¹, Sudheer Balakrishnan and Ali
Gholamrezanezhad
Rapidly progressive ARDS secondary to COVID-19 infection -
Eurorad case 16660

Edgar Lorente Martínez - Hospital Universitario Doctor Peset,
Valencia, Spain
CT Features of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pneumonia in
62 Patients in Wuhan, China AJR 2020; 214:1–8
Shuchang Zhou et al
Vilar J, Domingo ML, Soto C, et al. Radiology of bacterial pneumonia. ^۱
pneumonia. (2004) European journal of radiology. 51 (2): 102-13.
doi:10.1016/j.ejrad.2004.03.010 - Pubmed

که چندین ماه پس از آغاز شیوع به واسطه شواهد تجربی به دست آمده است و مسلم است برای دستیابی به چنین تجربه‌ای زمان و موارد بی‌شمار مبتلایان می‌بایست بررسی گردد، در نتیجه در نخستین هفته‌ها و نخستین ماه‌های آغاز همه‌گیری حتی همین داده‌های تجربی نیز نمی‌توانستند پیش آگهی دقیقی از وضعیت بیمار به دست بدهند. حتی امروزه پس از بررسی صدها هزار تصویر سی.تی.اسکن در مبتلایان باز هم این روش به طور قطع قادر به افتراق پنومونی‌های کرونایی از پنومونی‌های غیرکرونایی نخواهد بود.

برای روشن شدن موضوع به ذکر چند مثال می‌پردازیم.

در تصویر زیر گزارش سی.تی.اسکن چهار فرد مبتلا به پنومونی‌های غیرکرونایی را ملاحظه می‌کنید:



تصویر ۱۰۵- سی.تی.اسکن چهار فرد a, b, c و d

طبق تصویر ۱۰۵؛

تصویر a- زنی ۲۴ ساله و مبتلا به عفونت آنفلوانزا که الگوی درگیری ریوی او به شرح زیر است:

- consolidation in the right middle lobe and GGO in the left inferior lobar

تصویر b- مردی ۶۴ ساله مبتلا به مونونوکلئوز عفونی ناشی از ویروس اپشتین بار:

- a mixed pattern of GGO and consolidation in the right middle lobe

تصویر c- مردی ۲۰ ساله مبتلا به عفونت آدنوویروس:

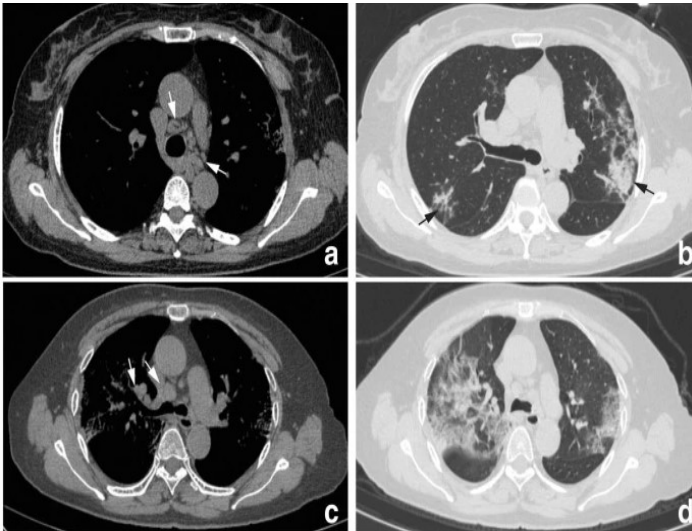
- consolidation in the left inferior lobe

تصویر d- مردی ۲۴ ساله مبتلا به عفونت سایتومگالوویروس:

- multi-focal GGO and consolidation^۱.

حال به بررسی گزارش سی.تی.اسکن دو بیمار مبتلا به عفونت کرونا

می‌پردازیم:



Comparison of chest CT findings between COVID-19 pneumonia and other types of viral pneumonia: a two-center retrospective study, Xiao

تصویر ۱۰۶- سی.تی.اسکن دو فرد (a, b) و (c, d) طبق تصویر ۱۰۶:

تصویر (a, b): زنی ۵۹ ساله مبتلا به کرونا:

- image of the mediastinum showing a mediastinal enlarged lymph node, lung parenchyma showing multi-focal crazy-paving pattern and consolidation

تصویر (c, d): مردی ۷۴ ساله مبتلا به کرونا:

- mediastinal and right hilar enlarged lymph node, lung parenchyma showing multi-focal GGO, crazy-paving pattern, and consolidation

همانگونه که در تصویر ۱۰۶ ملاحظه می‌شود الگوی بروز التهاب و در نتیجه آن ایجاد کدورت در تصاویر سی.تی.اسکن در بیماری کرونا در پارانشیم ریه به صورت چند کانونی و نامنظم بوده و از این حیث تشخیص افتراقی را به تنهایی کمی دشوار می‌کند. در نتیجه الگوی آسیب شناختی بیماری‌های مختلف در تصاویر سی.تی.اسکن بسیار مشابه به یکدیگر بوده و صرف استناد به تصاویر سی.تی.اسکن نمی‌توان به طور قطع بروز درگیری ریوی را به یک ویروس یا باکتری نسبت داد. مضاف بر اینکه حتی گاهی مصرف برخی از داروها مانند متوتروکسات که یکی از رایج‌ترین داروهای تجویز شده در بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید است، دخانیات، آلودگی هوا و مجاورت با بخارات شیمیایی نیز تصاویر سی.تی.اسکن حالاتی نظیر حالات مذکور را نشان داده و ممکن است تشخیص به خطا بیفتد، لذا همواره قبل از سی.تی.اسکن می‌بایست سوابق دارویی و امکان ابتلا به سایر بیماری‌ها با روش‌های افتراقی بررسی گردد.

اما این بدان معنا نیست که تصاویر سی.تی.اسکن در زمینه تشخیص فاقد ارزش و اعتبار بوده بلکه باز هم مقصود بیان اهمیت انجام چندین تست تکمیلی در کنار یکدیگر و تطبیق آن با تابلوی بالینی می‌باشد و تأکید بر اینکه احتمال خطای تشخیصی در این بیماری بسیار زیاد است.

در یک مطالعه پژوهشی که در بیمارستان Huoshenshal چین در ۲۰ فوریه ۲۰۲۰ انجام پذیرفت تصاویر سی.تی.اسکن ۱۴۷ بیمار مبتلا به کرونا که ابتلای قطعی آنها با روش‌های مولکولی و سرولوژی تأیید شده بود، مورد بررسی قرار گرفت تا عمده‌ترین ویژگی‌های آسیب شناختی آن

به منظور فهم رفتار این ویروس و سیستم ایمنی در پاسخ به آن شناخته شود. سپس این گروه با گروهی ۱۰۰ نفره از بیماران مبتلا به سایر پنومونی‌ها که ابتلای آنان نیز به این بیماری‌های با روش PCR تأیید شده بود مقایسه شدند.

آنچه به عنوان نتیجه در این تحقیق مشاهده گردید عبارت بود از:

الف. ۹۱ درصد موارد درگیری ریوی به صورت دو طرفه^۱ می‌باشد.

ب. در ۷۲ درصد موارد الگوی کدورت و ماتی (GGO) به صورت ترکیبی و نامنظم می‌باشد.

ج. میزان درگیری ریوی بسیار گسترده است، به طوری که در ۷۸ درصد موارد دارای درگیری در ۵ لوب ریوی بوده‌اند.

د. جمع شدن مایعات در اتاقک‌های هوایی ریه در هیچ موردی مشاهده نشد (آب آوردن ریه)

و. قطر ضایعات بسیار بیشتر از سایر پنومونی‌ها می‌باشد، به طوری که در ۹۸ درصد موارد قطر ضایعات بیش از ۳ سانتی متر، در ۴۸ درصد موارد بین ۵-۱۰ سانتی متر و در ۳۱ درصد موارد بیش از ۱۰ سانتی متر بوده است.

نتایج تحقیق مذکور بیش از پیش بیانگر آن است که الگوی آسیب شناختی در سی.تی.اسکن بیماران مبتلا به کرونا اگرچه در مواردی همچون عدم وجود مایعات، الگوی Interstitial و ضایعات منتشره و با قطر بیشتر در تفکیک پنومونی‌های کرونا از سایر ویروس‌ها مانند آنفولانزا کمک کننده باشد، اما در خصوص پنومونی‌های غیر ویروسی و به طور عمده پنومونی‌های باکتریال که خود عفونت‌های ثانویه متعاقب عفونت ویروسی هستند کمک چندانی به تشخیص نمی‌کند.

در واقع می‌توان اینگونه گفت که تفکیک بین فردی که پنومونی وی ناشی از یک ویروس است و فردی که پنومونی او ناشی از یک باکتری یا ویروس دیگر است، نمی‌توان به تنهایی با استناد به تصویر سی.تی.اسکن به نتیجه نهایی رسید. به ویژه اینکه الگوی آسیب شناختی ریوی ویروسی

مانند کرونا به گونه‌ای نامنظم و پراکنده بوده و تقریباً با بسیاری از ویروس‌های دیگر که ذکر شد مشابه است و همین امر موجب پیچیدگی بیشتر تشخیص پنومونی ناشی از کرونا با باکتری‌های می‌گردد. اهمیت این امر زمانی معنا می‌یابد که بدانیم پنومونی‌های ویروسی و باکتریایی دو پدیده جدا و منفک از یکدیگر نیستند (عفونت توأمان یا ثانویه) و هر زمان ممکن است یکی به دنبال دیگری به عنوان عفونت ثانویه رخ دهد. مثلاً پس از ابتلای فرد به عفونت ویروسی آنفولانزا وی بیشتر مستعد ابتلای به پنومونی ناشی از باکتری‌های فرصت طلب می‌باشد و همچنین در ابتلای به کرونا فرد تا ۳۰ درصد در معرض ابتلا به پنومونی باکتریال می‌باشد.

به همین جهت تفکیک پنومونی باکتریایی و ویروسی به جهت انتخاب روش صحیح درمان اهمیت می‌یابد. و از آنجایی که تصاویر سی.تی.اسکن تنها نشان دهنده بروز التهاب و درگیری ریوی هستند و ما اطلاعات چندانی از عاملی که مسئول ایجاد پنومونی است نداریم به ناچار می‌بایست از روی علائم بالینی و تست‌های تکمیلی عامل ایجاد کننده پنومونی را شناسایی نماییم و یا اگر در دوره شیوع و همه‌گیری یک بیماری خاص هستیم آن را به حساب آن بیماری بگذاریم.

مثلاً با مشاهده سی.تی.اسکن یک بیمار که در آن لکه‌های سفید مشاهده شده است، چگونه می‌توانیم تشخیص دهیم که عامل پنومونی یک ویروس است یا یک باکتری؟ تا درنهایت داروهای مربوط به آن را به بیمار تجویز کنیم؟

یکی از ابتدایی‌ترین روش‌ها تفسیر علائم بالینی می‌باشد؛ به طور مثال در پنومونی‌های ویروسی مانند کرونا جمعیت لنفوسیت‌های موجود در گردش خون بیمار کاهش می‌یابد، احساس تهوع و سرفه خشک، تنگی نفس بدون درد در ناحیه قفسه سینه، از دست دادن بویایی و چشایی و همچنین مشاهده الگوی شیشه مات در تصاویر سی.تی.اسکن همه جزو مواردی هستند که تشخیص را به نفع ویروس تغییر می‌دهند. درحالی که عواملی همچون آبریزش بینی، افزایش تام در تعداد گلبول‌های سفید و

تورم گره‌های لنفاوی، وجود درد در قفسه سینه و همچنین وجود خلط تشخیص را به نفع باکتری سوق می‌دهد^۱.

روش دیگر استفاده از مارکرهای آزمایشگاهی مانند؛ پروکلسیتونین، لاکتات دهیدروژناز، آنزیم‌های قلبی می‌باشد.

نتیجه اینکه حتی با وجود مشاهده التهاب در سیستم تحتانی تنفسی بیمار نمی‌توان به قطعیت گفت که عامل این پنومونی کروناویروس است یا میکروب دیگری، مادامی که توسط تست‌های تکمیلی و روش‌های دقیق‌تر وجود ویروس را تشخیص دهیم. اما نکته قابل توجه در عفونت‌های ثانویه و توأمان است که در ۳۰-۵۰ درصد عفونت‌های ویروسی رخ می‌دهد و ایجاد پنومونی می‌نماید. اهمیت بررسی این مورد از این بابت است که اگر چه فرد حتی واجد ویروس کرونا تشخیص داده شده و حتی تست PCR وی مثبت بوده است، اما بروز درگیری ریوی او ممکن است ناشی از خود ویروس نباشد و عفونت ثانویه‌ای که به دنبال ویروس توسط باکتری‌های فرصت طلب رخ می‌دهد مسئول ایجاد این پنومونی بوده باشد. و بدین ترتیب ما به یک اشتباه تشخیصی و کلینیکی افتاده باشیم. هرچند عامل اولیه بیمار کرونا ویروس بوده و وجود و فعالیت آن موجب ایجاد زمینه‌ای برای بروز عفونت ثانویه توسط باکتری‌های فرصت طلب کرده باشد اما به هر جهت حلقه آخر این زنجیره باکتری‌ها هستند و شاید توضیح این موضوع پاسخی باشد به یکی از مرموزترین سؤالات: ”چرا آزیترومايسين که یک آنتی‌بیوتیک ضد باکتری است موجب بهبودی در بیماران کرونایی می‌شود؟“

در نتیجه این بخش اکنون می‌دانیم تشخیص‌هایی که بر مبنای آن آمارهای مبتلایان و کشته شدگان به دست آمده همگی دارای خلاء و

^۱ Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Systematic Review of

Imaging Findings in 919 Patients

Sana Salehi 1 , Aidin Abedi 1 , Sudheer Balakrishnan 1 , Ali

Gholamrezanezhad PMID: 32174129 DOI: 10.2214/AJR.20.23034

چالش‌های فنی و علمی هستند و مشخص نیست تا به چه اندازه افرادی که بر اثر بیماری‌های دیگر مبتلا و جان خود را از دست داده‌اند در میان آمار و ارقام این بیماری قرار گرفته‌اند، لذا قراردادن بیماران دیگر در گروه مبتلایان و کشته شدگان کرونا امری ممکن و محتمل است، تا جایی که رفته رفته عدم کارایی و اختصاصیت این روش‌ها مورد استهزای مقامات سیاسی و علمی جهان قرار گرفت:

ایلان ماسک، رئیس کمپانی تسلا، کیت‌های تشخیص کرونا را تقلبی و ابزار کسب منفعت شرکت‌های سازنده آن خواند. وی اعلام داشت که در یک روز ۴ تست متوالی PCR در یک آزمایشگاه، یک کیت و توسط یک پرستار انجام داده و دو تست وی مثبت و دو تست وی منفی بوده و در حال حاضر هیچ علائمی هم ندارد!

اکنون لحظه‌ای به خاطر آوریم که ارقام تلفات و مبتلایان این بیماری توسط همین کیت‌ها و عمدتاً این متد تعیین می‌شود و دست طراح هر فریبی را برای اینکه سایر بیماران را با برجسب کرونا همراه سازد باز می‌گذارد! به ویژه اینکه با القای وحشت و علائم همیشه موجود در افراد، کسانی را به مراکز تصویربرداری کشاندیم که سوای عفونت ناشی از ویروس‌ها، ممکن است تصاویر سی.تی.اسکن آنها در اثر داروها، دخانیات، آلودگی هوا، مواد شیمیایی و سایر بیماری‌ها نشانگر التهاب بوده اما شرایط پاندمی این افراد را جملگی مبتلا به کرونا تلقی کرده است.

پاندمی کرونا بیشتر پاندمی پی.سی.آر و سی.تی.اسکن بوده تا پاندمی ویروسی!

”ویروسی ساخته‌ام
وارث بدنامی
نام جدیدی برای مرگ
بدون رد پا
اما شبیه به هر کس
بی صدا در جمعیت و پرهیاهو در تیتراخبار...
مسئولیت‌پذیر مثل گروهک‌هایم! هر چه می‌خواهید به
حساب او بنویسید! میز قبلاً حساب شده... من طراح فریب
قرن هستم“

نیم پرده فریب

کشت ویروس و داستان اسب تروآ

ارائه تعریفی از ویروس و بیماری که عاری از کلیشه‌های تجاری شده و تبلیغات زده کمپانی‌های دارویی و سازمان‌های عالی بهداشت نباشد و راه بر فریب و شیادی مسدود کند، چندان هم ساده نیست! چرا که این مسئله دارای ظرافت‌های فنی و پیچیده‌ای است که گاهی درک آن برای پزشکان و پیراپزشکان نیز دشوار می‌نماید و اکنون ناگزیر برای زدودن کلیشه‌های رسانه‌ای و تجاری از اذهان می‌بایست دست به دامان مثال‌های بسیار ساده شویم.

اسب تروآ، فریب قرن‌های خیلی قبل

در کتاب ادیسه هومر وقایع حمله یونانی‌ها به سرزمین تروآ داستان جالبی در بطن خود دارد. ارتش یونانی‌ها که در پشت دیوارهای بلند تروآ و دروازه‌های محکم این شهر متوقف شده بودند و کمانداران تروآ بر روی دیوارها به آنها فرصت پیشروی نمی‌دادند دست به فریبی بسیار هوشمندانه زدند. آنها با اطلاع از اعتقادات مردم تروآ و علاقه آنها به خدای اسب‌ها (Poseidon) یک مجسمه چوبی به شکل اسب ساخته و تعداد زیادی از بهترین جنگاوران خود را (از جمله آشیل) در درون آن پنهان ساختن، سپس مجسمه را به حاکم شهر هدیه داده و چنین وانمود کردند که از جنگ دست کشیده و در حال بازگشت به یونان هستند. حاکم شهر هدیه یونانی‌ها را به نشانه پیروزی می‌پذیرد و مجسمه غول آسای را به داخل شهر و پشت دیوارها و برج و باروی شهر راه می‌دهد؛ همان شب و درست زمانی که مدافعین و جنگاوران شهر سرمست از پیروزی و باده نوشی‌های طولانی به خواب رفته بودند یونانی‌ها از مجسمه

خارج شده و دروازه‌های شهر را برای ارتش یونان گشودند و پس از چند ساعت شهر تروا سقوط کرده و حاکم شهر به قتل رسید.
حال این مسئله چه ارتباطی با شیوع و همه‌گیری ویروسی می‌تواند داشته باشد؟

پاسخ: ویروس‌ها نیز برای نفوذ و بیماری‌زایی به چنین مجسمه‌ای نیاز خواهند داشت! رسانه‌ها و مراجع بهداشتی به گونه‌ای به تصویرسازی از ویروس می‌پردازند که انگار ویروس خود مهاجمی تمام عیار و قاتلی بالفطره‌ست که هر لحظه به کمین نشسته است.
آیا تاکنون این ویروس اصلاً دیده شده است؟ یا اساساً برای اینکه وجود چنین ویروسی محرز شود چه روش‌هایی در اختیار داریم؟

آیا کسی ویروس کرونا را دیده است؟

برای احراز وجود کروناویروس ملاک نهایی کشت ویروس می‌باشد. یعنی لازم است ویروس از فردی که ابتلای وی محرز گردیده است، استخراج و به آزمایشگاه منتقل گردد تا در محیط کشت ویروسی که عمدتاً از رده‌های سلولی جانوران تشکیل شده است کشت شود. چنانچه ویروس در نمونه اخذ شده وجود داشته باشد در این محیط که همه چیز برای رشد و بقای وی فراهم است، تکثیر شده و نتیجه تکثیر آن با میکروسکوپ‌های ویژه‌ای بررسی می‌گردد (یا مشاهده ویروس به صورت مستقیم یا بررسی اثرات سایتوپاتیک و تخریب سلول).
در خصوص ویروس کرونا این بررسی در مطالعات متعددی انجام پذیرفته که به طور خلاصه به شرح زیر می‌باشد؛

تا ماه سپتامبر ۲۹ تحقیق در سراسر جهان با عنوان کشت ویروس و مشاهده اثرات تخریبی ویروس بر روی نمونه‌های حلق، بینی، مدفوع، خون و... بیمارانی که ابتلای آنها به کرونا محرز شده، انجام پذیرفته است.
(Viral Culture of Covid-19 infectivity assessment Jefferson T, Spencer EA)

نمونه‌های اخذ شده به روی محیط‌های کشت سلولی متعددی منتقل شده تا شبیه‌ساز عفونت‌زایی ویروس در سلول طبیعی انسانی باشد. به بیان ساده ما رده‌های سلولی مشتق شده از سلول‌های انسانی را

که با روش‌های آزمایشگاهی به صورت نامیرا در آمده‌اند را به عنوان نماینده‌ای برای بررسی اثرات ویروس بر سلول‌های انسانی در نظر گرفته‌ایم.

۱. رده سلولی مشتق شده از کبد انسانی: HUH7.0

۲. رده سلولی مشتق شده از سلول‌های جنینی کلیه انسانی: HEK-293T

۳. رده سلولی مشتق شده از سلول‌های آلوئولار تنفسی انسانی: A549

۴. همچنین سلول‌های مشتق شده از کلیه میمون سبز آفریقایی به نام Vero E6, Vero CCL81

این سلول‌ها قرار است در محیط آزمایشگاهی عفونت‌زایی ویروس را برای ما شبیه‌سازی کنند. محققین ویروس جدا شده از افراد بیمار را در مجاورت این سلول‌ها قرار داده و نتایج قدری دور از انتظار بوده است...

پس از گذشت ۲۴ ساعت هیچ اثر تخریبی سلولی یا Cytopathic Effect که به اختصار CPE گفته می‌شود در رده‌های سلولی دیده نشد! تنها رده سلولی Vero قدری دچار تخریب شده بود، اما رده‌های سلولی HUH و HEK تنها تکثیر ملایم ویروسی را تأیید می‌کردند و به طرز جالبی رده سلولی A549 که ماهیتاً مشتق شده از سلول‌های تنفسی بود با ویروس SARS-CoV-2 ناسازگار بوده است. چیزی خلاف انتظار.

به طور کلی مشاهده شدن یا نشدن CPE ملاک چندان دقیقی از میزان عفونت‌زایی و تهاجمی بودن یک ویروس نمی‌باشد، چرا که مثلاً در محیط VERO حتی با تلقیح ویروس‌های نظیر آنفلانزا نیز CPE مشاهده می‌شود، اما این تحقیقات نکته جالب توجه دیگری در بطن خود دارد. این تحقیقات می‌بایست کلیشه‌های ذهنی شما از رخدادهای بین سلول و ویروس را قدری تغییر دهند.

۱. این رده‌های سلولی قرار است شبیه‌ساز وقایع رخ داده میان "سلول طبیعی انسان" و ویروس باشد. در حالی که میان سلول‌های طبیعی مثلاً ریه انسان و رده سلولی مشتق شده از ریه در آزمایشگاه چند تفاوت وجود دارد. نخست اینکه این رده‌های سلولی تماماً به صورت سرطانی و نامیرا درآمده‌اند تا بستری برای تحقیقات ویروسی باشند و عمر طولانی داشته

باشند و از این بابت قابل مقایسه با سلول‌های طبیعی انسانی نیستند. به بیان ساده سلول‌های آزمایشگاهی که ویروس در آنها رشد کرده است، مسموم بوده‌اند!

۲. در این مطالعه بررسی در محیط آزمایشگاه و در غیاب اجزای سیستم ایمنی انجام می‌گیرد و هیچ عامل بازدارنده‌ای برای ویروس وجود ندارد! بلکه با فراهم ساختن مواد غذایی و دمای مناسب ویروس می‌بایست تشویق به بیماری‌زایی و تخریب سلولی گردد و هیچ عاملی که در حالت عادی با ویروس‌ها مبارزه می‌کنند در این تحقیقات حضور ندارند (از جمله گلبول‌های سفید و سایر میکروب‌هایی که اثرات ضد ویروسی دارند). به بیان ساده ویروس در جایی رشد و بیماری‌زایی کرده که هم سیستم ایمنی حضور نداشته و هم سایر میکروب‌های مفید!

پس در نتیجه ویروس برای بیماری‌زایی به عوامل تکمیلی نیز نیازمند است و خود منفرداً برای آلوده کردن یک سلول انسانی با توفیق چندانی روبرو نخواهد بود. پس برای بیماری‌زایی بهتر ویروس می‌بایست در تقلید شرایطی نظیر آزمایشگاه انسان و سلول‌های او را نخست مسموم و سپس سیستم ایمنی وی را تضعیف و میکروب‌های مفید وی را نابود نماییم!

۳. با این وجود ویروس‌های اخذ شده از بیماران تنها در چند رده سلولی توانسته‌اند ایجاد آسیب کنند، یعنی با مسموم بودن سلول و نبود سیستم ایمنی و میکروب‌های مفید بازهم ویروس آنگونه که از نامش بر می‌آید در محیط آزمایشگاهی که محققین تمامی مواد غذایی و تشویقی را برای وی فراهم آورده‌اند، نتوانسته موجب نابودی سلول‌ها گردد! پس قطعاً در محیط بدن این تخریب کمتر نیز خواهد بود (و می‌دانیم بخش عمده آسیب‌های متعاقب عفونت ویروسی بر اثر عملکرد اجزای سیستم ایمنی فرد ایجاد می‌شود نه خود ویروس).

۴. اما نکته مبهم و بسیار چالش برانگیز در این میان این است که: چه تضمینی وجود دارد که در این آزمایش و این رده سلولی ویروس کرونا مسبب بروز تخریب سلولی شده باشد؟ محققین از بیماران کرونایی که در بیمارستان بستری هستند نمونه حلق و بینی و مدفوع را اخذ کرده و آن

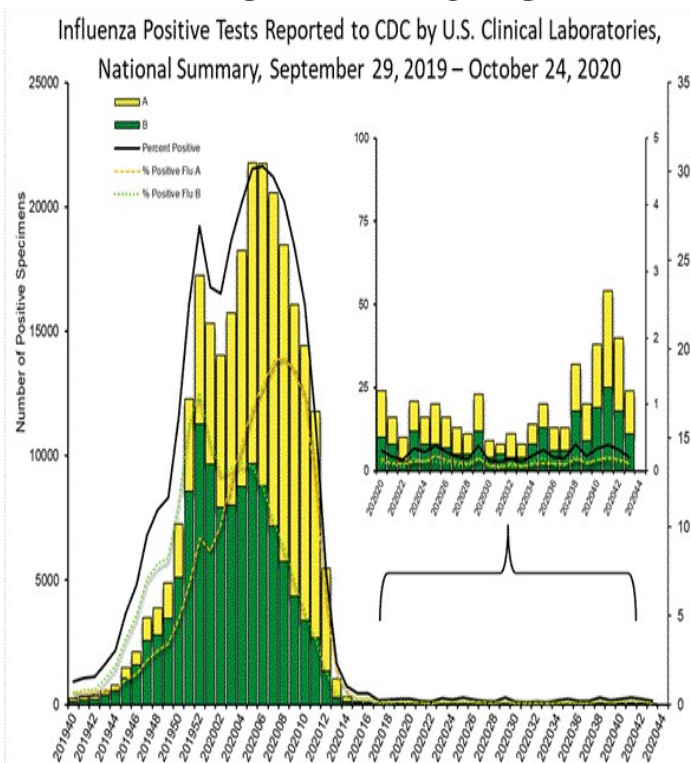
را در مجاورت محیط کشت سلولی قرار می‌دهند تا ببینند آسیب سلولی ویروس کرونا تا به چه اندازه است، اما آیا در نمونه‌های حلق و بینی و خون و ادرار آنها تنها ویروس کرونا به صورت منفرد حضور دارد؟ چه تضمینی وجود دارد که فرد بیمار مبتلا به عفونت‌های توانمند ویروسی (Co-infection) نباشد و همزمان ویروس‌های دیگری نیز در نمونه وی استخراج نشود؟ اصلاً ملاک اینکه فرد مبتلا به کرونا شناخته شده است چه چیزیست؟ ما چگونه به این نتیجه رسیده‌ایم که فرد قطعاً به کرونا مبتلاست که اکنون با اخذ نمونه وی و مشاهده تخریب سلولی در آزمایشگاه، میزان تهاجم و بیماری‌زایی کرونا را بررسی نماییم؟ پاسخ: تست PCR !!

آیا اصلاً این تست صلاحیت تشخیص نهایی این بیماری را دارد؟ قطعاً خیر.

نتیجه اینکه چالش و نقطه ابهام بزرگی در این میان مطرح است که ممکن است فردی که به عنوان بیمار در نظر گرفته‌ایم و از وی نمونه اخذ کرده تا میزان تخریب سلولی ویروس حاضر بر روی نمونه را بررسی نماییم یا مبتلا به عفونت ویروسی دیگری باشد و یا علاوه بر ویروس کرونا ویروس دیگری در نمونه وی حاضر باشد که عامل تخریب سلول و مشاهده CPE باشد! (در بخش مربوط به روش‌های تشخیصی خواهیم دانست که این روش از اساس یک روش نه چندان صحیح و غیر اختصاصی و چیزی شبیه یک کلاهبرداریست) چرا که ما در روش کشت سلولی تنها میزان تخریب سلولی را بررسی می‌نماییم و نمی‌توانیم در مرحله اول افتراقی قائل شویم که این تخریب بر اثر ویروس کرونا ایجاد شده است یا بر اثر ویروس دیگری مانند آنفولانزا! و تنها ابزاری که در اختیار ما قرار دارد تست مولکولی PCR است که خواهیم دید مملو از خطا و خلاء می‌باشد. پس چگونه نتیجه گرفته‌ایم که اگر CPE مشاهده گردد ناشی از ویروس کروناست؟ پاسخ: چون تست PCR بیمار مثبت بوده است!

یک سنجش غیراختصاصی بر مبنای یک روش غیراختصاصی (در حالی که هر دو روش اختصاصی به شمار می‌رود).

اهمیت این احتمال زمانی مشخص می‌گردد که همزمان با شیوع کرونا و افزایش مبتلایان و قربانیان آن، مبتلایان و قربانیان سایر بیماری‌های تنفسی مانند آنفولانزا و ذات‌الریه‌های باکتریایی کاهش می‌یابد و در مناطقی در اوج ناباوری به صفر می‌رسد!



تصویر ۱۰۷- همزمان با شیوع کرونا تست‌های مثبت آنفولانزا کاهش یافته و به صفر نزدیک می‌شود!

ذکر مطالب فوق بدین معنا نیست که تمامی مبتلایان به کرونا مبتلا به آنفلانزا و یا پنومونی‌های باکتریال بوده‌اند، اما بیانگر این است که خلاء روش‌های تشخیصی و تحقیقاتی دست طراحان فریب را برای بزرگنمایی و جعل حقایق بسیار باز می‌گذارد. به ویژه آن که این گروه اهرم قدرتمندی به نام رسانه را نیز در اختیار دارند که می‌تواند هر بیماری را کرونا قلمداد کند و حتی به شما بقبولاند که اطرافیان شما از کرونا جان باخته‌اند.

اما نتیجه‌گیری مهمی که از این بخش می‌بایست حاصل شود؛ اینکه ویروس برای بیماری‌زایی به قطعات مکملی نیاز دارد که اولاً سلول را مسموم کرده، ثانیاً سیستم ایمنی و میکروب‌های مفید را مختل نماید. چیزی شبیه اسب تروآ و طراحان فریب نیز برای دور نگاه داشتن ذهن شما از این مسائل به چنین اسبی نیاز دارند، اسبی که به راحتی وارد خانه شما، وارد مغز و افکار شما می‌شود و بدن شما را مسموم می‌کند!

اما قطعات مکمل ویروس چه چیزهایی هستند و این ویروس سوار بر کدام اسب تروآ شده و شما را تا تخت مریضخانه همراهی می‌کند؟ در این کتاب به تمامی این احتمالات مطروحه خواهیم پرداخت. از امواج اینترنت نسل پنجم و گاز کمتریل گرفته تا بهداشت افراطی و حبس خانگی به صرف وحشت رسانه‌ای!

”ویروسی ساخته‌ام

وارث بدنامی

نام جدیدی برای مرگ

بدون رد پا

اما شبیه به هر کس
بی صدا در جمعیت و پرهیا هو در تیتراخبار...
مسئولیت پذیر مثل گروهک هایم! هر چه می خواهید به
حساب او بنویسید! میز قبلاً حساب شده... من طراح فریب
قرن هستم“

پرده دهم فریب

”مفهوم میکروبیوتا، مفهومی که آموزش و اطلاع رسانی آن چندان خوشایند صنعت و تجارت مدرن و جوامع مصرف گرا نیست.“

مفهوم میکروبیوتا

بدن انسان بیشتر از میکروبها تشکیل شده تا سلول انسانی. (پروفسور راب نایت، استاد دانشگاه سن دیگو)
در واقع انسان از نظر سلولی بیشتر میکروب است تا انسان!
دانستن این مفهوم شاید موجب شود ما در رابطه خصمانه دیرینه خود با میکروبها تجدید نظر کنیم.

در گذشته نگاه انسان به میکروب نگاهی بدبینانه و خصمانه بوده و انسان تا جایی که توانسته با میکروبها مبارزه کرده است. تا اینکه رفته رفته مشخص گردید سوای میکروبهای بیماری‌زا، گروهی بزرگ از میکروبها وجود دارند که نه تنها برای انسان مضر نیستند بلکه در واقع دوست انسان و از اسباب بقاء و سلامتی انسان هستند. امروزه می‌دانیم گروهی از میکروبهای مفید داخل روده اعمال مهمی از جمله تولید ویتامین‌ها، پپتیدها و اسید چرب‌های ضروری بدن^۱ را بر عهده دارند اما مطالعات اخیر پا را فراتر گذاشته و به بررسی اثر میکروبهای همزیست در شکل‌گیری سیستم ایمنی، حافظه، خلق و خو و رفتار پرداخته است، تا جایی که اثبات شده وجود این میکروبهای همزیست موجب

European Journal of Nutrition ,The role of the microbiome for
human health: from basic science to clinical applications
PMC5962619

پیشگیری از ابتلای به سرطان می‌شود.^۱ در حقیقت همانطور که پروفیسور نایت اذعان کرده ما در بدن خود در اقلیت هستیم و اکثریت با میکروب‌هاست و وجود میکروب‌های همزیست و محصولاتی که توسط آن‌ها ساخته می‌شوند تا حد زیادی تعیین می‌کند که ما چه رفتاری داشته باشیم، مبتلا به چه بیماری‌هایی نشویم، آستانه تحمل درد برای ما تا به چه اندازه باشد و حتی اینکه در مقابل کدام ویروس‌ها قادر به مقاومت باشیم! تا جایی که اگر بگوییم میکروب‌های تصمیم می‌گیرند تا ما چگونه زندگی کنیم گرافه نگفته‌ایم (چرا که میکروب‌های ساکن سیستم گوارشی قادر به ساختن انتقال دهنده‌های عصبی موسوم به نوروترانسمیترها هستند که از سیستم گوارشی به واسطه گردش خون به مغز راه یافته و موجب بروز حالات مختلف خلقی و رفتاری مانند خشم و اضطراب و نشاط می‌شوند می‌شوند).

به همین خاطر افرادی که به صورت خودسرانه از آنتی‌بیوتیک‌ها و داروهای ضد میکروبی استفاده می‌کنند با از بین بردن جمعیت قابل توجهی از میکروب‌های مفید داخل روده دچار اختلالات متعدد فیزیولوژیک و ایمنولوژیک می‌شوند.

دانستن مطلب فوق باعث می‌شود بدن انسان را از زاویه‌ای دیگر بنگریم. مجموعه‌ای از میکروب‌ها (عمدتاً باکتری) که مقداری نیز سلول‌های انسانی در میان آنها به چشم می‌خورد. در واقع بدن انسان یک مجموعه متنوع از میکروب‌های همزیست است که این میکروب‌ها در قبال دریافت سکونتگاه و غذا و مقداری امنیت برای سلول‌های انسانی مواد غذایی و ضروری و امنیت فراهم می‌آورد، رابطه‌ای دو طرفه و توافقی. اما سیستم ایمنی بدن انسان بازهم فراموش نکرده این میکروب‌ها از جمله سلول‌های خودی نبوده و در نظارت و مراقبتی دائمی بر آنها کنترل داشته و اجازه نمی‌دهد جمعیت این دوستان همزیست از مقداری فراتر برود و یا اینکه این بیگانگان همپیمان به مناطق ممنوعه و حوزه

^۱ Nature, The microbiome, cancer, and cancer therapy, Beth A.

داخلی بدن راه یابند. سیستم ایمنی ذاتی و اکتسابی این میکروب‌ها را در محدوده مشخصی نظیر پوست، فضای لومن مجاری تنفسی و گوارشی نگاه داشته و جمعیت آن‌ها را در مقدار مجاز و بی‌خطری حفظ می‌نماید. جالب‌تر اینکه دانش بشری تا به امروز حدوداً ۳۰ درصد از این باکتری‌ها را شناسایی کرده و هنوز بخش اعظم آنها و نقش و رفتار آنها برای ما ناشناخته است. اما همین شناخت جزئی کافی‌ست تا بدانیم حیات ما به مقدار زیادی وابسته به وجود همین میکروب‌ها بوده و کاهش جمعیت آنها و مرگ آنها به قیمت بیماری و اختلالات متعدد برای ما تمام خواهد شد.

این میکروب‌ها در درون مجاری تنفسی، گوارشی (شامل دهان، بینی، حلق، معده و روده و نای و ریه و...) و همچنین بر سطح پوست ما حضور دارند و با شستشو و حتی خوردن الکل از بین نمی‌روند! بلکه جمعیت آنها به واسطه تکثیر دائمی و تبادل میکروبی بین محیط و بدن در حالتی متعادل حفظ می‌شود. به این شکل که باکتری‌ها در درون بدن حدوداً هر ۸-۱۰ ساعت یکبار با تکثیر دوتایی دچار افزایش جمعیت شده، به علاوه به واسطه مواد غذایی و تماس با محیط تعداد زیادی از آنها شبانه روز وارد بدن می‌شود و از سوی دیگر جمعیتی از آنها به وسیله تنفس (بازدم) ترشحات مخاطی و مدفوع از بدن انسان خارج می‌شود و در نتیجه همواره در داخل و سطح بدن جمعیتی از این میکروب‌ها حضور خواهند داشت. حتی جمعیتی از آنها که با شستشوی دست بدن ممکن است از بین بروند بلافاصله به واسطه تماس با محیط و تکثیر بازماندگان جایگزین می‌گردد مگر آنکه دفعات شستشو از مقداری فراتر رفته و این میکروب‌ها از طریق محیط نیز نتوانند جایگزین شوند. (به همین خاطر همواره از استحمام و شستشوی متعدد به واسطه مواد شیمیایی به عنوان عامل از بین برنده میکروب‌های مفید سطح پوست یاد می‌شود).

فرضیه‌ای به نام "فرضیه بهداشت" بیان می‌دارد که هر قدر کودکان در طی دوره کودکی با عوامل عفونی مانند باکتری‌ها و انگل‌ها کمتر

برخورد کنند در بزرگسالی بیشتر مستعد بیماری‌های آلرژیک خواهند بود.^۱

تحقیقات متعددی نشان داده نوزادانی که از طریق سزارین به دنیا می‌آیند بیشتر مستعد بیماری‌های آلرژیک و بیماری‌های عفونی می‌باشند، چرا که در حین تولد گروهی از میکروب‌های مفید را از کانال تناسلی مادری به دست نیاورده‌اند، این کودکان سیستم ایمنی ضعیف‌تری داشته و در مقایسه با نوزادانی که از طریق زایمان طبیعی به دنیا آمده‌اند در طول عمر خود بیماری‌های بیشتری را تجربه می‌کنند.

همچنین در تحقیقات دیگری نشان داده شیوع بدخیمی‌ها و سرطان‌ها در افرادی که در کودکی برخی عفونت‌های انگلی و باکتریایی را تجربه کرده‌اند به مقدار زیادی کمتر بوده است و در جدیدترین یافته‌های علمی مشخص شده حتی برخی از انگل‌ها توانسته‌اند با فعال کردن مسیرهای ضد سرطانی در درمان سرطان مورد استفاده قرار بگیرند.^۲ در حقیقت برخلاف تصور رایج که نگاهی هیولگونه به میکروب‌ها دارد دانش ایمنولوژی و میکروبیولوژی اخیراً به این نتیجه رسیده که برخورد با میکروب‌ها در دوره کودکی برای شکل‌گیری یک سیستم ایمنی قوی و کارآمد مفید می‌باشد. امروزه می‌دانیم که برخی از باکتری‌ها مانند هلیکوباکتر پیلوری و سالمونلا تیفی منجر به ابتلای افراد به انواعی از سرطان‌های گوارشی شوند اما در تحقیقات متعددی ثابت شده حتی همین باکتری‌هایی که منجر به نوعی از سرطان می‌شوند، می‌توانند از بروز برخی دیگر از سرطان‌ها مانند سرطان مثانه و سرطان

^۱ The 'hygiene hypothesis' for autoimmune and allergic diseases: an update H Okada, C Kuhn, PMID: PMC2841828

^۲ Nature, C-section babies are missing key microbes, Shao, Y. et al.

Nature <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1560-1> (2019).

^۳ Employing Parasite Against Cancer: A Lesson From the Canine

Tapeworm *Echinococcus Granulocus*, 25 September 2019 | <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.01137>

پوست جلوگیری کند.^۱ چرا که سیستم ایمنی فرد قدرت و هوشمندی خود را از برخورد با میکروب‌ها و به اصطلاح آنتی ژن‌های میکروبی به دست می‌آورد و هر قدر از میکروب‌ها دور باشد توان این سیستم کاهش می‌یابد. یکی از مزایای میکروبیوتای انسانی تقویت سیستم ایمنی به واسطه برخورد مداوم با اجزای میکروبی می‌باشد. برخورد سیستم ایمنی با میکروب‌ها موجب شناخته شدن ساختارهای میکروبی برای انسان و افزایش و تنظیم توان سیستم ایمنی برای برخورد مجدد با آنها می‌شود و برخورد با باکتری‌های همزیست منجر به شکل‌گیری پاسخ‌های ایمنی مناسب علیه ویروس‌ها می‌شود،^۲ چرا که شناسایی‌های الگوهای ساختاری در میکروب‌های همزیست کمک به شناسایی بیشتر و بهتر الگوهای ساختاری ویروسی کرده و بدین ترتیب پاسخ‌های سیستم ایمنی را تنظیم می‌نماید. پس از نظر ایمنولوژی بهتر است بدن در برخوردی مداوم با میکروب‌های همزیست باشد و عدم برخورد با این میکروب‌ها منجر به افت قدرت سیستم ایمنی خواهد شد.

اما ارتباط میکروبیوتا و مسئله فریب قرن محدود به نقش موثر میکروبیوتا در متابولیسم و ایمنولوژی نبوده و ابعاد جالب‌تری در خود دارد.

اکنون که می‌دانیم میکروب‌ها در بدن انسان در اکثریت هستند و مدعی تمامیت ارضی و مالکیت بدن انسان هستند، پس لازم است با عواملی که بقای انسان را به خطر می‌اندازد مقابله کنند، چرا که آسیب به انسان به معنای به خطر افتادن زیستگاه و منابع خود آنهاست.

باکتری‌ها مهندسین معمار سیستم ایمنی انسان (جالب‌ترین نمونه تعامل انسان و میکروب)

^۱ Bacteria and cancer: cause, coincidence or cure? PMID: PMC1479838

^۲ Control of antiviral immunity by pattern recognition and the microbiome Iris K. Pang Akiko Iwasaki
<https://doi.org/10.1111/j.1600-065X.2011.01073.x>

آیا می‌دانستید توانایی سیستم ایمنی در مقابله با ویروس‌ها مدیون باکتری‌هاست؟ به بیان دیگر کلاً سیستم ایمنی انسان توانایی شناسایی ویروس‌ها و مقابله با آن را طی روند تکامل از باکتری‌ها آموخته است. چیزی شبیه استخدام مستشاران نظامی برای امور دفاعی. برای توضیح این موضوع به یک مثال ساده اما کاربردی اکتفا می‌کنیم (که در بخش‌های قبل نیز ذکر گردیده است). ساختارهای ویروسی و به طور کلی ساختمان پاتوژن‌های مهاجم به بدن انسان (که در سیستم ایمنی به آنها PAMP گفته می‌شود) توسط گیرنده‌های مختلفی شناسایی می‌شود. به این صورت که پس از اتصال PAMP ها به یکسری گیرنده‌ها مسیره‌های مقابله با عامل عفونی راه اندازی و میکروب مهاجم توسط واسطه‌های ایمنی و گلبول‌های سفید نابود می‌شود. یکی از این گیرنده‌ها گیرنده‌های TIR می‌باشد که به وفور در سلول‌های انسانی موجود بوده و به محض اتصال به پیکره ویروس‌ها آغازگر فرایند مبارزه و حذف ویروس هستند (Innate Immunity) به طور جالبی توالی آمینواسیدی گیرنده‌های TIR در انسان و باکتری بسیار شبیه هم بوده و از نظر تکاملی در باکتری‌ها جزو ساختارهای محافظت شده (Conserved) می‌باشد که از زمان‌های بسیار دور این گیرنده‌ها با اتصال به ساختمان ویروس‌هایی که باکتری‌ها را آلوده می‌کنند (باکتریوفاژ)‌ها موجب مقابله و حذف این ویروس‌ها می‌شده. جالب اینکه این گیرنده‌ها امروزه به مقدار زیاد با همان ساختار و مکانیسم در انسان وجود دارد و موید این است که در طی هزاران و شاید میلیون‌ها سال تکامل و همزیستی این گیرنده‌ها از باکتری‌ها وارد انسان شده و به به نوعی به سیستم ایمنی انسان شناسیایی و مبارزه با ویروس‌ها را آموزش داده است. موارد مشابه متعددی وجود دارد که به ما نشان دهد سیستم ایمنی انسان که امروزه در زمره متکامل‌ترین و کارآمدترین سیستم‌های ایمنی است تا حد زیادی توانایی رزمی و اطلاعات عملیاتی خود را از باکتری‌ها آموخته است. از جمله پروتئین

Argonautes که به قطعات RNA متصل شده و نتیجه‌ای مشابه با گیرنده‌های TIR در مبارزه با ویروس‌ها دارد.^۱

پس نتیجه می‌گیریم همزیستی و همنشینی هزاران و میلیون‌ها ساله با باکتری‌ها سیستم ایمنی انسان را تقویت کرده و به نحو احسن آموزش داده است و در حقیقت در نبرد میکروبی باکتری‌ها به علت قدمت بیشتر بهتر قادر به مبارزه با موجودات ریزنامرئی بوده و این توانایی را به سیستم ایمنی انسان نیز آموزش داده‌اند.

اما خدمات دفاعی باکتری‌ها محدود به آموزش و تربیت سیستم ایمنی نیست و این میکروب‌ها حتی امروزه نیز به صورت فعال به نفع انسان با ویروس‌ها مقابله می‌کنند.

جالب است بدانیم باکتری‌های بی‌خطر و کم خطر موجود بر سطح بدن انسان با راهکارهای متعددی با عوامل بیماری‌زای ویروسی و باکتریایی مبارزه می‌کنند.

مبارزه مستقیم باکتری‌ها با ویروس

۱. بعضی باکتری‌ها به طور مستقیم ترکیبات پروتئینی را تولید می‌کنند که ضد ویروس بوده و قادر به نابودی ویروس‌ها می‌باشند، از جمله:

الف. باکتری‌های خانواده استرپتومایسز: با تولید ترکیبات ضد ویروس Borrelidin^۲ و Vivomycin, Ehrlichin^۳ و abikoviromycin^۱ قادر به از بین

^۱ Nature, Bacterial twist to an antiviral defence. 2019 Oct;574(7780):638-639.

doi: 10.1038/d41586-019-02974-x

^۲ Liu C., Wang X., Yan Y., Wang J., Zhang B., Zhang J. *Streptomyces heilongjiangensis* sp. nov., a novel actinomycete that produces borrelidin isolated from the root surface of soybean [*Glycine max* (L.) Merr] Int. J. Syst. Evol. Microbiol. 2013;63:1030–1036

^۳ Lumb M., Macey P.E., Spyvee J., Whitmarsh J.M., Wright R.D. Isolation of Vivomycin and Borrelidin, Two Antibiotics with Anti-Viral

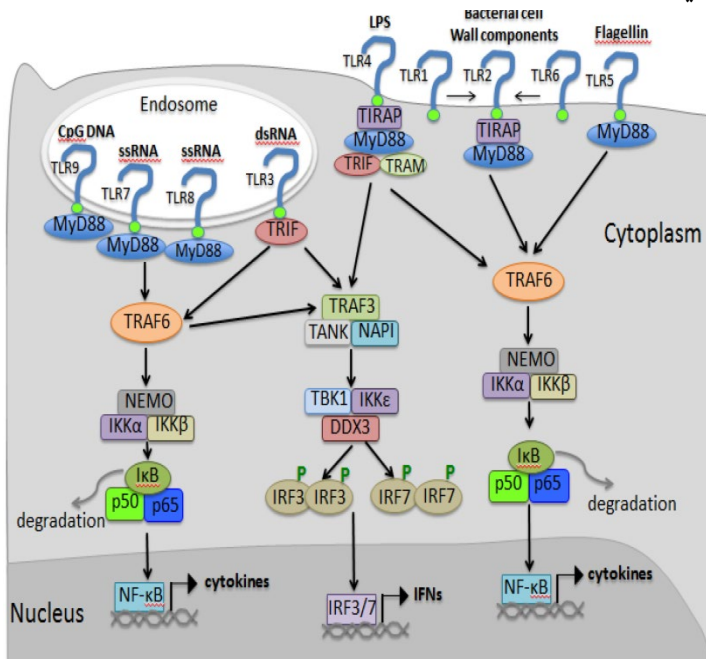
بردن ویروس‌ها هستند به ویژه اینکه این گروه سم ضد ویروس قدرتمندی به نام myxoviromycin^۲ تولید می‌کنند که اختصاصاً موجب از بین رفتن ویروس‌های خانواده Orthomyxoviruse می‌شوند
 ب. باکتری‌های خانواده اکتینوماست نیز سم‌های niromycins و virocidin^۳ تولید می‌نماید که دارای اثرات ضد ویروسی می‌باشد.
 در نتیجه باکتری‌های همزیست یا همان میکروبیوتا به طور مستقیم در خط مقدم مبارزه علیه ویروس‌ها حضور داشته و با ساختن ترکیبات ضد ویروس با آن‌ها مقابله می‌کنند.

مبارزه غیرمستقیم باکتری‌ها با ویروس‌ها

باکتری‌ها قادرند با ایجاد یک حلقه تقویتی به طور غیرمستقیم موجب افزایش پاسخ سیستم ایمنی علیه ویروس‌ها شوند. موارد متعددی از این حلقه تقویتی وجود دارد که ذکر تمامی آن‌ها در این بحث مقدور نیست و برای نشان دادن اهمیت وجود و حضور باکتری‌ها در دفاع علیه ویروس‌ها به ذکر یکی از آن‌ها بسنده می‌شود:
 اینترفرون و TLR

-
- Activity, from a Species of Streptomyces (C2989) Nature. 1965;206:263-265
- Umezawa H., Tazaki T., Fukuyama S. An antiviral substance, ^۱ abikoviromycin, produced by Streptomyces species. Jpn. J. Med. 1951;4:331-346
- Hinuma Y., Sato S., Chiba M., Kosaka Y., Kuroya M. Studies on ^۲ antiviral antibiotics from streptomyces. X. Effect of myxoviromycin upon infection with influenza virus in mice. Jpn. J. Microbiol. 1958;2:117-125
- utting W., Furst A., Read D., Grant D., Cords H., Megna J. Antiviral ^۳ extracts from Propionibacteria. Antibiot. Chemother. (Northfield, Ill.) 1960;10:623-625

TLRها گیرنده‌هایی بر سطح (و یا داخل) سلول‌های انسانی هستند که به اجزای باکتری‌ها و ویروس‌ها متصل می‌شوند و موجب راه اندازی آبشار التهاب و پاسخ‌های ایمنی به منظور نابودی عامل بیگانه می‌شوند. همانطور که شاید به کرات شنیده باشید یکی از مهمترین ترکیبات ضد ویروسی در بدن انسان اینترفرون‌ها هستند که حتی "ادعا شده" تجویز آن بر روی بیماران فاز حاد مبتلا به کرونا در بخش آی.سی.یو موجب بهبود قابل توجه اکثر آنها شده است و تردیدی نیست که اینترفرون‌های بازوی مقتدر اجرایی سیستم ایمنی علیه ویروس‌ها هستند که نه تنها با فعال کردن گلبول‌های سفید موجب از بین رفتن ویروس‌ها شده بلکه با تأثیر بر روی سلول‌های سالم انسانی موجب مقاومت آنها نسبت به ویروس شده و به بیان ساده سلول را علیه ویروس ایمن می‌نماید.



تصویر ۱۰۸- برخورد مداوم با ساختارهای میکروبی موجب افزایش توان دفاعی بدن شده و برخورد با باکتری‌های مختلف می‌تواند حلقه‌های تقویتی علیه ویروس‌ها ایجاد کنند.

تصور کنید ویروسی مانند کرونا وارد بدن انسان شده و با توجه به اینکه این ویروس دارای RNA تک رشته‌ای می‌باشد این قطعه ویروسی به TLR7,8 متصل می‌گردد. همانطور که در تصویر ۱۰۸ مشاهده می‌کنید با فعال شدن پروتئین‌های واسطه مانند TRAF3,6 و سایر فاکتورهای آداپتور در نهایت ژن‌های مربوط به ساخته شدن اینترفرون و سایتوکاین‌های التهابی فعال شده و این امر به منزله آغاز مبارزه با ویروس و نابودی آن می‌باشد.

اما همانطور که در تصویر ۱۰۸ مشاهده می‌شود TLR های دیگری نیز در بدن انسان وجود دارد که به اجزای سلول‌های "باکتری‌ها" متصل شده و آن‌ها نیز موجب ساخته شدن واسطه‌های التهاب و پروتئین‌های دفاعی می‌شوند. حال تصور کنید انسان به طور دائم در برخورد با باکتری‌ها باشد و دائماً تعدادی باکتری با اتصال به TLR موجب ساخته شدن پروتئین‌های دفاعی به ویژه اینترفرون‌ها شوند. در این صورت مقادیر پایه اینترفرون و سایتوکاینی که در نتیجه برخورد با باکتری ایجاد شده می‌تواند بدن را در حالتی آماده باش نگاه داشته و آفت جان ویروس‌ها شده و موجب نابودی آن گردد.

این بدان معناست که باکتری‌ها به ویژه باکتری‌های گرم منفی که همواره در سیستم تنفسی ما حضور دارند با فعال کردن مسیرهای ساخته شدن اینترفرون و سایر سایتوکاین‌های دفاعی ایجاد حلقه‌های تقویتی ضد ویروسی می‌کنند که اگر احیاناً ویروسی وارد بدن و یا وارد سلول شود بدن آمادگی مقابله با آن را داشته باشد. به بیان دیگر برخورد دائمی انسان با باکتری‌های کم‌خطر و بی‌خطر موجب می‌شوند مقادیر بسیاری از پروتئین‌های دفاعی از جمله اینترفرون‌ها همواره در بدن فرد و در گردش خون او موجود باشد که نقش مهمی در مقاومت ویروسی داشته و در نتیجه اگر انسان به طور روزمره با این باکتری‌ها برخورد نداشته باشد (به واسطه بهداشت افراطی و ضدعفونی مفرط محیط و قرنطینه طولانی

مدت) مقادیر پروتئین‌های ضد ویروس در فرد کاهش یافته و اگر اکنون ویروسی وارد بدن فرد شود در مقابل آن کم دفاع و بی دفاع خواهد بود. به همین خاطر قرنطینه و پروتکل‌های بهداشتی نباید به درازا بکشد چرا که بر خلاف ایجاد توهم ایمنی خود عاملی برای تضعیف ایمنی در مقابل ویروس‌هاست و این فریبی از جانب طراحان پروتکل‌های افراطی‌ست تا با توهم بهداشت به بیماری‌زایی بیشتر بپردازند.

پس نتیجه می‌گیریم حضور باکتری‌ها چه به طور مستقیم چه به طور غیرمستقیم به زیان ویروس‌ها بوده و شرایط را برای ویروس دشوار کرده و چه بسا مانع بیماری‌زایی ویروس شود. این در حالی‌ست که ما ممکن است کماکان نسبت به باکتری‌ها همان موضع خصمانه سابق را داشته باشیم و آگاه نباشیم پیکار باکتری - ویروس بسیار برای ما کم هزینه‌تر و هم کم خطرتر بوده و همین باکتری‌های همزیست به مانند موهبتی الهی نگهبان سلامت ما انسان‌ها هستند.

حال که اهمیت وجود باکتری‌های همزیست در حفظ سلامت ما و مبارزه با ویروس‌ها روشن شد لحظه‌ای به دستورالعمل‌های افراطی بازگردیم. افسانه انتقال از سطوح و ضدعفونی شبانه‌روزی پوست و محیط و اجسام! از ابتدای دوره شیوع با بیان اینکه ویروس کرونا قابلیت انتقال از اشیا را دارا بوده افراد اقدام به شستشوی محیط با مواد شیمیایی و استحمام‌های متعدد و طولانی مدت با شوینده‌ها نموده و تردیدی نیست که با قرنطینه و ضد عفونی تا چه میزان میکروب‌های همزیست موجود در سطح پوست و همچنین میکروب‌های موجود در محیط که به صورت طبیعی وارد سیستم گوارشی و تنفسی می‌گردد کاهش می‌یابد. پروتکل‌ها تا به چه اندازه ما را از برخورد با آنتی ژن‌های میکروبی دیگر محروم ساخته و بدین ترتیب حلقه‌های تقویتی دفاع ضد ویروسی را به حالت نیمه فعال درآورده؟ مثال‌های متعددی از این دست وجود دارد اما با توجه به اینکه هدف کتاب تنها بیان اثرات عکس پروتکل‌ها یا به عقیده اینجانب فریب کرونا می‌باشد به ذکر همین مثال بسنده می‌شود.

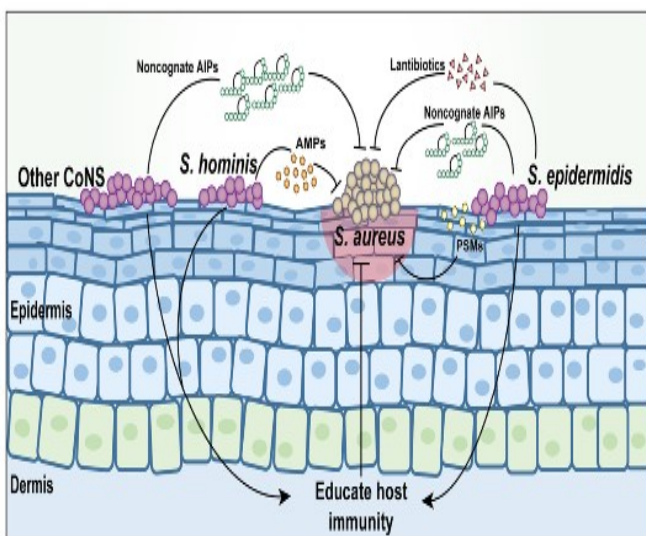
در حقیقت افراط در شستشو و استفاده از الکل و شوینده‌های شیمیایی یکی از روش‌های بیماری‌زایی با از بین بردن موزایک

میکروبیوتایها بوده و با کاهش تعداد و تنوع میکروبهای مفید ساکن پوست و مجاری تنفسی - گوارشی هم سیستم ایمنی را از وجود یک حلقه تقویتی سیستم ایمنی محروم کرده و هم شانس رشد و تکثیر به گونه‌های فرصت طلب میکروبی در مجاری تنفسی و گوارشی داده است. با توجه به اینکه افراد مدتی نسبتاً طولانی در منازل خود در قرنطینه بوده و به علاوه در همان محیط منزل نیز با شستشوی همه چیز و همه سطوح و اشیاء میکروبهای محیطی را از بین برده‌اند شانس جایگزینی این میکروبها نیز پایین آمده و رفته رفته بانک میکروبیوتای بدن انسان از دارایی ارزشمندی به نام میکروبهای همزیست خالی می‌شود. جالب است بخش بزرگی از این میکروبها از روابط اجتماعی بین انسانها میان افراد مبادله و جابجا می‌شوند و ما همه روز در محیطهایی مانند مترو و اتوبوس با هر دم تنفسی جمعیت بزرگی از باکتریهای موجود در سیستم تنفسی سایر افراد که به وسیله بازدم آنها خارج شده است را وارد دستگاه تنفسی خود می‌کنیم و بدیهیست که با قوانین قرنطینه و فاصله‌گذاری انسانی و پوشیدن ماسک و ضدعفونی انسان نه تنها نمی‌تواند این میکروبها را از محیط کسب نماید، بلکه قادر نیست بخشی از آنها را از هم‌نوعان خود به دست آورد (بخشی از این میکروبها به واسطه ارتباط بین فردی و تماس پوستی با سایر انسانها جابجا می‌شوند). جالب‌تر اینکه بیشتر آمار بیماران و کشته شدگان ناشی از کرونا نیز در مناطق شهری و صنعتی گزارش شده و کمترین آمار مربوط به مناطق روستایی می‌باشد، چرا که یک احتمال این است که ساکنین این مناطق به علت تعامل بهتر با محیط و حیوانات و طبیعت آسیب چندانی از قرنطینه و ضدعفونی در راستای از دست دادن میکروبیوتای بدن ندیده‌اند. در مقابل فردی را تصور کنید که در منزل خود در آپارتمان شهری در قرنطینه چند هفته‌گی بوده و تمام لوازم منزل را نیز با الکل و شوینده‌ها استریل کرده و هیچ ارتباطی با دنیای خارج ندارد، چنین فردی با ایزوله کردن خود و بهداشت افراطی خود را از وجود جمعیت ارزشمندی از میکروبیوتا محروم ساخته است.

آیا قصد دارید تمام مردم در مدت زمانی کوتاه مبتلا به بیماری‌های تنفسی و گوارشی شوند؟ آنها را مجبور کنید دست، بدن و محیط خود را به صورت افراطی و دائم ضدعفونی کنند!

آیا ممکن است بهداشت افراطی خود منجر به بروز بیماری‌های تنفسی گردد؟ آیا ممکن است شستن بیش از حد دست‌ها و ضدعفونی افراطی منجر به بیماری‌های تنفسی شود؟

اکنون که می‌دانیم میکروب‌های همزیست بر سطح پوست خود با رقابت بر سر فضا و منابع غذایی عرصه را بر میکروب‌های دیگر تنگ می‌کنند به ذکر یک مثال می‌پردازیم:



Trends in Microbiology

تصویر ۱۰۹- اهمیت میکروب‌های همزیست پوست در مهار و مبارزه با باکتری‌هایی که منجر به بیماری‌های تنفسی مشابه با کرونا می‌شوند.

یکی از باکتری‌هایی که منجر به بروز پنومونی و درگیری‌های تنفسی می‌شود، استافیلوکوکوس اورئوس می‌باشد. این باکتری در مجاری تنفسی و پوست کلونیزه شده و در صورت مهیا بودن شرایط (مثلاً عفونت ثانویه

متعاقب عفونت ویروسی که در بخش‌های پیش ذکر شد) می‌تواند خود منجر به درگیری ریوی شود. به طور جالبی هنگامی که میکروبیوتای پوست کامل و قوی باشد، این میکروب‌های همزیست خود باعث مهار رشد و تکثیر استافیلوکوک در پوست می‌شود و بدیهی‌ست در غیاب میکروبیوتای پوست این باکتری فرصت طلب می‌تواند حتی در پوست کلونیزه شده و جمعیت آن افزایش یابد.^۱ حال برای انتقال آن از دست به بینی و سینوس‌ها لازم است پوشیدن ماسک اجباری گردد و وی مجبور باشد دائم دست خود را بر ماسک زده (برای تنظیم و جابجایی آن) و یا صورت خود را بر اثر خارش ناشی از ماسک لمس نماید، چنین اتفاقی برای سایر باکتری‌های ایجاد کننده پنومونی نیز متصور است.

ضد عفونی افراطی پوست عامل افزایش بیماری‌های تنفسی

باکتری‌های همزیست موجود بر سطح پوست و سطوح مخاطی (مانند بینی) به طور کلی به دو دسته بیماری‌زا و کمتر بیماری‌زا (یا حتی غیر بیماری‌زا) تنفسی می‌شوند، مثلاً در خانواده استافیلوکوک‌ها گونه‌های استافیلوکوکوس هومینیس، استافیلوکوکوس لوگدونسیس و استافیلوکوکوس اپیدرمیسس نسبت به گونه خطرناک استافیلوکوکوس آرنئوس گونه‌های کم خطرتری هستند که سطح پوست و مخاط ما را فرا گرفته‌اند. این گونه‌های کم خطر علاوه بر ممانعت‌های فضایی که خود مانع کلونیزاسیون (استقرار) استافیلوکوکوس آرنئوس می‌گردد، اقدام به تولید پروتئین‌های سمی از جمله سرین پروتئازها، سم لوگدونین^۲ که بسیار شبیه آنتی بیوتیک‌ها هستند کرده که این ترکیبات موجب کاهش جمعیت گونه خطرناک استافیلوکوکوس آرنئوس می‌گردد تا جایی که در تحقیقات متعددی کاهش جمعیت استافیلوکوکوس لوگدونسیس با افزایش

^۱ www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0966842X19300216

^۲ Lugdunin

جمعیت استافیلوکوکوس آئروس (گونه خطرناک) همراه بوده است.^۱ در نتیجه هر قدر این باکتری‌ها بر سطح پوست بیشتر وجود داشته باشند خود بهتر قادر خواهند بود تا هم با باکتری‌های عامل بیماری‌های تنفسی مبارزه کنند و هم موجب نابودی ویروس‌ها گردند. اما شستشوی افراطی دست و صورت و به طور کلی پوست موجب می‌شود جمعیت میکروب‌های مفید مذکور کاهش یافته و گونه‌های بیماری‌زا چون ذاتاً گونه فرصت‌طلب‌تری بوده فرصت بیماری‌زایی پیدا کند. با توجه به اینکه ورود بخشی از این میکروب‌ها در مجاری تنفسی انسان به واسطه تماس دست و پوست صورت، سینوس‌ها و حتی مخاطات می‌باشد، بدیهی‌ست که اگر در نتیجه بهداشت افراطی دست‌ها جمعیت این میکروب‌ها کاهش یافته باشد رفته رفته جمعیت آنها در نواحی کلیدی مخاط نیز کاهش یافته و شرایط بیماری‌زایی برای گونه خطرناکی مانند استافیلوکوکوس آئروس فراهم می‌آید. حال به طرز جالبی علائم عفونت استافیلوکوکوس آئروس شبیه علائم ویروس کرونا بوده و تقریباً به همان شکل ایجاد تب، درد بدن، درگیری ریوی، سرفه می‌نماید و در برخورد اول و منهای تشخیص افتراقی (که معمولاً در شرایط شیوع انجام نمی‌شود) این بیماران ممکن است به عنوان بیماران کرونایی به نظر برسند!

با همین ترفند فریبکارانه و تشویق مردم به رعایت بهداشت افراطی می‌توان به افزایش بیماری‌هایی تنفسی پرداخت که از قضا بسیار شبیه به همان ویروس منحوس بوده و رفته رفته مردم علائمی که دائماً رسانه‌ها از آن دم می‌زنند را در خود و اطرافیان مشاهده کنند و باور کنند که جهان در دهان ویروسی مرگبار فرو رفته است. حال ممکن است به مراکز تشخیص و درمان مراجعه کرده و هم با نتیجه کاذب تست کرونا مواجه شوند و هم ممکن است ضمن منفی بودن تست کرونا بازهم مبتلا به کرونا تلقی گردند.

^۱ Zipperer A et al. (2016) Human commensals producing a novel antibiotic impair pathogen colonization. Nature. 535 (7613), 511–516.. [PubMed: 27466123]

خانواده استافیلوکوک‌ها تنها یک مثال از این گونه فریب بوده و علاوه بر این باکتری باکتری‌های متعددی وجود دارند که با همین شرایط قادر به ایجاد بیماری‌های تنفسی هستند که دست بر قضا علائم آنها شبیه ویروس کرونا می‌باشد، باکتری‌هایی مانند استرپتوکوک، موراکسلا، هموفیلوس‌ها و... که مانند استافیلوکوک در پوست و مجاری تنفسی منتظر چنین فرصتی هستند.

توجه داشته باشید که در شرایط عادی با شستشوی متعدد جمعیت این میکروب‌های مفید کاهش می‌یابد اما پس از اندک زمانی این میکروب‌ها از محیط و سایر افراد جایگزین می‌شوند، یعنی همان قدر که این میکروب‌ها در اثر شستشو از بین می‌روند توسط تماس پوست فرد با محیط، سایر افراد و حتی تنفس سایر افراد جایگزین می‌گردد. اما در شرایط قرنطینه و ضد عفونی سطوح و فاصله‌گذاری اجتماعی میکروبی در محیط باقی نمی‌ماند تا جایگزین گردد. فاصله‌گذاری بین انسان‌ها و محروم ساختن آنها از تماس بدنی، استعمال ماسک و کاهش انتشار باکتری‌هایی موجود در بازدم، ضد عفونی سطوح با مواد شیمیایی و در خانه ماندن همه و همه از عواملی هستند که جبران باکتری‌های مفید از بین رفته را تقریباً ناممکن می‌سازند، و این هنر طراحان فریب قرن، در ایجاد بیماری توسط خود افراد است. آن هم با شعار مبارزه با بیماری!

حال شاید این سؤال پیش آید که چگونه بهداشت افراطی و شستشوی مفرط که توانسته گونه‌های مفید و کمتر بیماری‌زا را نابود کند، نتوانسته گونه‌های خطرناک را نابود سازد؟ پاسخ در ماهیت فرصت طلب و قدرت بالاتر بیماری‌زایی دسته دوم می‌باشد. چون اولاً این گروه در غیاب گروه مفید می‌توانند حتی با تعداد کمتری اقدام به بیماری‌زایی کنند و از طرفی چون در شرایط شیوع یک ویروس واقعی قرار داریم که هم به شدت مسری است و هم می‌دانیم به سدهای ایمنی ذاتی مخاط آسیب زده است متعاقب آن یک عفونت ثانویه باکتریایی می‌تواند بهتر و بیشتر بیماری‌زایی کند. در حقیقت قطعه مکمل ویروس که رسالت ویروس را به اتمام می‌رساند از یک طرف همین باکتری‌ها

هستند (که محصول بهداشت افراطی می‌باشند) و از طرف دیگر استرس و قرنطینه طولانی‌ست که سیستم ایمنی را تخریب نموده است. اکنون اهمیت بررسی عامل باکتریایی در دوره شیوع و اینکه چرا تفکیک کشته‌شدگان بر اساس علت ویروسی و باکتریایی حائز اهمیت است را می‌توانیم درک کنیم. (رجوع کنید به پرده پنجم فریب و مفهوم عفونت‌های ثانویه). بهداشت افراطی از هر انسان یک کارگاه تولید باکتری‌های بیماری‌زا پدیدآورده که هم خود می‌توانند بیماری تنفسی ایجاد کنند و هم اگر با ویروس همراه شوند می‌توانند منجر به مرگ شوند.

معنای ساده فریب قرن همین موضوع است، افراد خود اقدام به اموری کنند که منجر به بروز علائم تنفسی می‌گردد و گمان کنند این علائم برخاسته از ویروس است! حال اگر این افراد ناگزیر به بستری شوند ممکن است در معرض داروهایی مانند هیدروکسی کلروکین و... قرار بگیرند که پس از تلفاتی قابل توجه مشخص می‌گردد نه تنها فاقد اثر ضد ویروسی بوده بلکه منجر به افزایش نارسایی‌های قلبی نیز شده است.

اهمیت وجود میکروبیوتا در روند عفونت‌های تنفسی به اندازه‌ای است که در یک پژوهش محققین نشان دادند موش‌هایی که از بدو تولد در فضای بدون میکروب (Germ Free) پرورش یافته‌اند و میکروب‌های همزیست وارد دستگاه تنفسی آنها نشده است در مقابل بیماری‌های ویروسی و باکتریال به شدت آسیب‌پذیر بوده^۱ و حتی در مقابل گازها و آلاینده‌ای شیمیایی نیز مقاومت کمتری داشته‌اند. یعنی با این پروتکل قرار است افراد حتی نسبت به سال‌های قبل بیشتر از آلودگی هوا نیز دچار آسیب شوند.

این بدان معناست که بخشی از پازل فریب با انگیزه آسیب و یا نابودی میکروبیوتای مفید انسانی طراحی شده و پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های بهداشتی افراطی سبب شده افراد میکروب‌های همزیست ارزشمند موجود

Mouse Microbiota Models: Comparing Germ-Free Mice and Antibiotics Treatment as Tools for Modifying Gut Bacteria, PMC6220354

بر سطح پوست و مجاری تنفسی و گوارشی خود را از دست داده (چیزی که در مقام مقایسه شاید شبیه به نقص عضو باشد) و برخلاف تصور عموم در مقابل ویروس‌ها ضعیف‌تر و آسیب‌پذیرتر شده باشند، به علاوه با از دست دادن این میکروب‌های مفید افراد حتی در مقابل آلودگی‌های هوا، آلرژن‌ها و مواد شیمیایی که به طور روزمره با آنها برخورد می‌نمایند نیز ضعیف‌تر عمل کرده و با کمترین برخورد با عوامل مذکور دچار علائم تنفسی، گوارشی و پوستی شوند که بسیار شبیه به علائم بیماری کروناست.

ظرافت این پرده از فریب قرن در جایی به اوج خود می‌رسد که بهداشت افراطی به واسطه تبلیغات و رسانه‌ها نمادی از فرهنگ و اخلاق و تمول تلقی شده و رفته رفته شیشه‌های الکل و شوینده در کیف‌ها و جیب‌ها هم طراز ساعت‌های لوکس و زینت آلات فردی می‌گردد. لحظه‌ای جنگ جهانی دوم را به خاطر آورید؛ لحظه اعزام سربازان آلمانی به جبهه‌های کاذب و تله‌های متفقین! سرودهای وطن‌پرستانه و اشک‌های شوق دلاوری و ایثار... همه و همه به سود دشمن و به زیان میهن بوده.

حال لحظات ضدعفونی‌های افراطی پوست و سطوح را در ذهن تداعی کنید، اقداماتی که از شما یک ابرقهرمان می‌سازد. زمانی که بهداشت افراطی و ضدعفونی سطوح اقدامی قهرمانانه تلقی شده و افرادی همانند اساطیر باستان و جنگاوران مدافع شهر شبانه روز با از خود گذشتگی و ایثار در حال ضدعفونی خیابان‌ها و معابر بودند... تمام لحظاتی که با این اقدامات گمان کرده‌اید فردی مدبر، متعهد و مسئولیت‌پذیر هستید که در حال دفاعی جانانه از جان خود و عزیزان خود هستید را به یاد آورید. در واقع شما در حال نابود کردن مدافعین سلامت خود و نقص عضو خویشتن بوده‌اید و ویروس از سطوح منتقل نمی‌شده است! با این اقدامات میکروب‌های مفید بی‌خطر و حتی کم‌خطر از محیط و بدن شما حذف شده و شما تبدیل به فردی بی‌دفاع در مقابل ویروس شده‌اید. ویروسی که خود چندان خطرناک نیست اما می‌تواند زمینه عفونت‌های ثانویه باکتریایی را فراهم سازد که دست بر قضا همین باکتری‌های بیماری‌زا نیز

به واسطه بهداشت افراطی و غیبت میکروب‌های مفید پوست و مخاط فعال‌تر و قدرتمندتر شده‌اند. شما در دو جبهه به نفع ویروس و طراحان فریب قرن عمل کرده‌اید، بیماری را در خود تولید کرده و دروازه‌های بدن را برای ویروس باز گذاشته‌اید.

اکنون سر و کار شما با تخت‌های بیمارستان و پروتکل‌های سازمان بهداشت جهانی و احیاناً آزمایش‌های دارویی این سازمان خواهد بود (تأکید می‌کنیم که این معادله یک پروتکل جهانی بوده و پزشکان و کادر درمان چرخ دنده‌های این ماشین بوده و گناهکار نیستند، آنها صرفاً اطاعت کننده پروتکل‌هایی هستند که به آنها دیکته شده است و حتی حق تخطی از بسیاری از آنها را نیز ندارند).

اما این پایان ماجرا نیست و هنوز پرده‌های دیگری از فریب قرن وجود دارد. به چه علت ما در دام چنین فریبی افتادیم؟ صرفاً به این دلیل که با مفهوم میکروبیوتا آشنا نیستیم؟ آیا عواملی در درون خودمان نیز به کمک این فریب آمده‌اند؟ آیا عوامل بیرونی نیز به این پدیده کمک کرده‌اند؟

برای توضیح این موضوع و همچنین برای اندک فراغتی از جزئیات کسالت آور پزشکی گریزی به داستان‌های جالب روان‌شناسی می‌زنیم و لازم است با یکی دیگر از خطاهای شناختی آشنا شویم. خطای شناختی "عمل" یکی از عجیب‌ترین خطاهای شناختی است؛ پس از اینکه به این خطای شناختی با اهمیت پرداختیم به عواملی از فریب می‌پردازیم که منشأ بیرونی داشته و با این خطای شناختی توأم می‌گردد.

"ویروسی ساخته‌ام"

اما قبل آن حساب مدافعان شهر را یکسره می‌کنم... آنان که از جنس میکروب هستند و بارها فاتح نبرد بوده‌اند! دروازه‌های شهر با فریب گشوده می‌شوند

شجاع‌ترین مدافعان شهر را به دست انسان نابود می‌کنم...
با اطاعت از دستورالعمل‌های من، خود را بیمار سازید و به
بیمارستان بیایید! جایی که قرار است تست‌های متقلبانه بیمار
بودنتان را اعلام کند و بر روی شما آزمایش‌های دارویی
صورت گیرد... من طراح فریب قرن هستم!

پرده یازدهم فریب

خطای شناختی عمل

چرا ایستادن و تماشا کردن شکنجه است؟

در بازی فوتبال و در بخش زدن پنالتی به علت سرعت بالای توپ دروازه بان فرصت ندارد مسیر توپ را مشاهده کرده و سپس عکس العمل نشان دهد. به همین خاطر مجبور است قبل از زدن ضربه توسط بازیکن حریف انتخاب کند که به کدام سمت شیرجه بزند. سمت راست، سمت چپ و یا وسط.

زمانی که یک بازیکن فوتبال قصد زدن پنالتی را داشته باشد به احتمال یک سوم توپ را به وسط دروازه شوت خواهد کرد. اما با این وجود در اکثر مواقع دروازه بان ها به سمت راست یا چپ شیرجه می زنند. به چه دلیل با اینکه ممکن است در یک سوم مواقع توپ درست به جایی که دروازه بان ایستاده است شوت شود، دروازه بان ها به جای اینکه روی ۳۰ درصد احتمال حساب باز کرده و در جای خود ثابت باقی بمانند ترجیح می دهند به سمت راست و چپ شیرجه بزنند؟

جواب ساده است. ظاهر سازی!

اگر دروازه بان به سمت چپ شیرجه بزند و توپ به درون دروازه برود شرمساری کمتری برای وی متصور خواهد بود نسبت به زمانی که وی در وسط دروازه در جای خود بایستد و توپ در سمت دیگری درون دروازه جای بگیرد. در حقیقت این اشتباه بیشتر تحسین برانگیز است نسبت به اشتباهی که دروازه بان را در جای خود و عاری از هر عملی قرار می دهد.

این پدیده "خطای عمل" نام دارد و موجب می شود انسان در موقعیت های جدید و ناشناخته اسیر این خطای شناختی شود و ترجیح دهد حتی اگر قرار است یک اشتباه انجام دهد اشتباه او یک فعل "مثبت و انجामी" باشد تا "منفعل بودن و دست روی دست گذاشتن و کاری

نکردن“ حتی اگر هر دو اشتباه باشند. افراد ترجیح می‌دهند عامل باشند حتی به غلط!

به همین خاطر است که اکثر افراد در دوره شیوع بدون تحقیق و کنجکاوی در مورد پروتکل‌های بهداشتی ترجیح می‌دهند کورکورانه بدان‌ها عمل کنند (سوای خطای شناختی تأیید اجتماعی و مرجعیت و اخبار و...) حتی اگر به قیمت اشتباه بودن آن تمام شود، یعنی اگر بهداشت افراطی غلط باشد و رعایت نکردن آن هم غلط باشد انتخاب مردم انجام دادن آن است. چون در شرایط جدید و ناشناخته دستگاه عصبی انسان ترجیح می‌دهد میان دو اشتباه که یکی از آنها با عمل همراه است و دیگری با عمل همراه نیست اولی را انتخاب کرده و به جای دست روی دست گذاشتن به اقدامی مبادرت ورزد و بدین ترتیب دچار شرمساری نشود.

به بیان ساده همانطور که انسان ترجیح می‌دهد در موقعیت دروازه‌بانی به یک سمت شیرجه زده و تلاش خود را ولو در مسیری اشتباه انجام دهد تا اینکه در جای خود بایستد و عبور توپ از کنار خود را تماشا کند، در چنین شرایطی نیز ترجیح می‌دهد به اقداماتی که سایرین انجام می‌دهند پرداخته و بعدها متوجه اشتباه بودن آن شوند تا اینکه هیچ اقدامی نکرده باشند و متوجه شوند همین بی‌عملی نیز اشتباه بوده است. این خصلت از رفتار عصبی انسان معمولاً منجر به خطای شناختی عمل شده و همواره فرصت مناسبی به فرصت طلبان خواهد داد. پس نباید اطاعت مردم از پروتکل‌های افراطی بهداشت را مورد نکوهش قرار داد، چرا که اتاق فکر طراحان فریب مملو از متخصصین روانشناس و علوم اعصابی‌ست که هم از خطاهای شناختی آگاهند و هم روش‌ها دامن زدن به آن را خوب می‌دانند.

”ویروسی ساخته‌ام

اگر در نشر آن یاری نکنید...

اگر سربازان جبهه فریب من نشوید...

شما یک بازنده خواهید بود!... من طراح فریب قرن هستم“

پرده دوازدهم فریب

استرس و وحشت

طرح یک احتمال ساده:

آیا ویروس بدون رسانه و جنگ تبلیغاتی می‌تواند مانند یک سرماخوردگی ساده تا متوسط باشد؟

طبق آخرین تحقیقاتی که در ایتالیا و آمریکا انجام گرفته است به طرز جالبی مشخص شده که ویروس کووید-۱۹ مدت‌ها پیش از اینکه از شیوع آن چیزی در مطبوعات نشر شود نیز در جمعیت مردمان این کشور وجود داشته است. بررسی‌های صورت گرفته بر روی اهدا کنندگان خون در ایالات متحده نشان داده است که ویروس کرونا حتی پیش از دسامبر ۲۰۱۹ (زمان اعلام شیوع کرونا در چین) نیز در این کشور وجود داشته است.^۱ محققان ایتالیایی نیز نشان دادند که دستکم دو ماه پیش از شناسایی اولین مورد ابتلا به کرونا در ایتالیا، این ویروس در منابع آب شهر میلان، تورین و بولونیا وجود داشته است.^۲ محققین اسپانیایی نیز در بررسی نمونه فاضلاب‌های شهر بارسلون به این نتیجه رسیدند که ویروس کرونا مدت‌ها پیش از اعلام اولین مبتلا به این بیماری در این کشور وجود داشته است و سپس مقامات فرانسه نیز اعلام کردند تعدادی از بیمارانی که مدت‌ها پیش از شیوع ویروس کرونا مبتلا به ذات الریه شناسایی شده بودند در حقیقت مبتلا به کروناویروس بوده‌اند.

^۱ Covid-19 likely in U.S in Mid-December 2019, CDC scientist Report,

^۲ Corona virus was already in Italy by December ,Waste water study finds, National institute of Health (ISS), 19 June 2020

این بدان معناست که مدت‌های مدیدی پیش از اینکه رسانه‌ها و سازمان‌های کلان بهداشتی واژه‌ای به نام کرونا را به اذهان بشر وارد سازند، این ویروس در جمعیت انسانی وجود داشته و مبتلایان و ناقلین آن بدون اطلاع از حمل چنین ویروس مرگباری! به زندگی عادی خود ادامه داده، حتی از ماسک و تجهیزات حفاظتی استفاده نکرده و این ابتلا را به حساب سرماخوردگی‌های رایج گذاشته‌اند.

حال سوال اینجاست که چگونه این ویروس تقریباً در اکثر کشورهای جهان وجود داشته اما پیش از آنکه اوصاف و مخاطرات آن توسط رسانه‌ها اعلام شود، منجر به یک فاجعه انسانی نشده است؟ چگونه ویروسی که تنها طی چند هفته تعداد عظیمی از مردم اروپا و آمریکا را به کام مرگ می‌کشد، ماه‌ها در این کشورها وجود داشته و بدون اندک اقدامات احتیاطی یک فاجعه تاریخی را رقم نزده است، در مقابل پس از اعلام همه‌گیری و تبلیغات رسانه‌ای، پس از توصیف مخاطرات ویروس و القای وحشت رسانه‌ای و پس از ترویج اقدامات محافظتی و فاصله‌گذاری‌ها، همین کشورها ناگاه جمعیت کثیری از مردم خود را مبتلا یافته و مدعی می‌شوند عده زیادی بر اثر این بیماری جان خود را از دست داده‌اند؟

سوالی که به هر ذهن کنجکاوی متبادر می‌شود این است که در حد فاصل دورانی که ویروس ماه‌ها در جمعیت انسانی وجود داشته، کسی آن را نمی‌شناخته و خبری هم از ماسک و الکل‌های جیبی نبوده، و دورانی که وجود ویروسی مرگبار توسط رسانه‌ها تبلیغ شده و افراد مکلف به رعایت پروتکل‌های بهداشتی می‌شوند، کسب و کارها تعطیل و روند زندگی عادی مختل می‌گردد، چه اتفاقی رخ داده که به یکباره انفجاری از ابتلا و مرگ و میرها به وقوع پیوسته است؟

به طرز جالبی حتی در ایران (به عنوان دومین کشوری که پس از چین ابتلاهای به این ویروس را گزارش کرده است) نیز شواهد گویای این است که ویروس مدت‌ها قبل از اعلام ابتلای دو شهروند ایرانی در استان قم در جمعیت وجود داشته و حتی بیمارستان‌های این استان در این بازه زمانی شاهد افزایش مراجعین مبتلا به بیماری‌های تنفسی مشابه با سرماخوردگی‌های رایج بوده است.

اما گویا بروز مرگ و میر ناشی از این بیماری در هیچ نقطه‌ای از دنیا به اندازه‌ای نبوده که توجه پزشکان و متخصصین را به ظهور یک ویروس مرگبار جدید معطوف سازد. پس چه چیزی موجب شده به یکباره پس از اعلام همه‌گیری، ویروسی که ماه‌ها در جمعیت مردم وجود داشته است به یکباره طغیان کرده و مسبب بروز بزرگترین بحران جهان در قرن ۲۱ شود؟

پاسخ: احتمالاً عاملی غیر از ویروس نیز به عنوان قطعه مکمل ویروس به تولید بیماری کمک کرده است. عواملی همچون پروتکل‌های افرای بهداشت (که در جای خود بررسی می‌شود)، عوامل احتمالی محیطی و از همه مهمتر القای وحشت و افسردگی از طریق رسانه‌ها که قصد داریم به آن بپردازیم. مقصود اینکه در غیاب عوامل مذکور ویروس حتی در صورت وجود نیز نمی‌تواند و نتوانسته مسبب فاجعه انسانی گردد که اگر چنین واقعه‌ای مقدور بود می‌بایست در ماه‌های پیش از اعلام همه‌گیری در جهان رخ می‌داد! همان زمانی که مبتلایان و ناقلین این ویروس بدون ماسک و رعایت پروتکل‌ها در محل کار و اماکن عمومی حضور یافته و هیچ یک از سایر مردم نیز هیچ پروتکلی را رعایت نمی‌کردند!

در تحقیقی بزرگ و بسیار تکان دهنده که بیش از ۶۱ میلیون نفر (تعدادی بی‌سابقه از جمعیت مورد مطالعه) را مورد بررسی قرار داده نتایج شگفت‌انگیز و فراتر از حد تصور بوده است. در این پژوهش مشخص شد ابتلای به اختلالات روحی، افسردگی و مشکلات روان شناختی نظیر وسواس نه تنها شانس ابتلای به کرونا را افزایش می‌دهد، بلکه به مقدار قابل توجهی شانس بهبودی افراد را کاهش می‌دهد. در بین این عوام افسردگی بیش از سایر عوامل منجر به بروز یک فاجعه انسانی می‌شود.^۱

نتیجه اینکه در کنار پروتکل‌های بیماری ساز و ایجاد اپیدمی مصنوعی، القای افسردگی که عمده‌تاً از طریق رسانه‌ها انجام می‌گیرد نیز

^۱ increased risk of covid-19 infection and mortality in people with mental disorders, World Psychiatry

به اندازه خود ویروس خطرناک بوده و به عنوان چاشنی مکمل ویروس عمل می‌کند. حال چه عواملی منجر به بروز افسردگی می‌شود؟

۱. آمار سازی‌های کاذب و القای بروز یک فاجعه قریب الوقوع
۲. فاصله‌گذاری‌های افراطی و جدا ساختن افراد از ارتباطات اجتماعی یکدیگر به واسطه قرنطینه

۳. القای حس ترس از هم‌نوع و تغییر نگاه انسان به انسان به نگاه انسان به ناقل بیماری و مرگ

۴. قرار دادن انسان در بن بست علمی و وضعیتی بدون دارو، بدون واکسن

۵. محروم ساختن افراد از فعالیت‌های ورزشی، شغلی و احساس بی‌فایده بودن و سربار بودن برای افراد

۶. دور ساختن افراد از شرکای جنسی
۷. ایجاد اختلالات وسواس به واسطه پروتکل‌های بهداشتی مانند شستن سطوح و دست‌ها به تعداد زیاد

۸. القای حس بحران و استرس از دست دادن اعضای خانواده و بدتر از آن احساس گناه در افرادی که ممکن است قدری در انجام پروتکل‌ها قصور ورزیده باشند

تمامی این عوامل در بخش‌های جداگانه‌ای به طور مفصل بررسی خواهد شد و خلاصه کلام اینکه طراحان فریب قرن تعمداً با القای افسردگی و استرس به تشدید بیماری پرداخته‌اند و قطعه مکمل ویروس را از لوله اسلحه‌ای مرموز به نام رسانه‌ها به سمت مردم نشانه گرفته‌اند.

این تحقیقات بیش از پیش این احتمال را به ذهن متبادر می‌کند که شاید اگر رسانه‌ها این مسئله را کانون توجه قرار نمی‌دادند و آن را به هیبت دیوی خونخوار در نمی‌آوردند شاید این شیوع تا به این اندازه برای بشر دردسرساز نمی‌شد و شاید به همین خاطر است که مقامات کشور ترکمنستان (به عنوان کشوری که ادعا شده حتی یک مورد ابتلا به بیماری تا کنون نداشته است!) صحبت کردن از این بیماری و تولید برنامه‌های تلویزیونی حول محور ویروس کرونا را قذغن کرده و حتی مردم را از پوشیدن ماسک بر حذر دارد.

گفتنی است که اولاً پاسخ‌های استرس ماهیتاً مضر نیست و یکی از اسباب بقاء و سلامت انسان به شمار می‌رود؛ مثلاً در مواجهه با بلایای طبیعی این پاسخ‌های استرس است که موجب می‌شود تا فرد توانایی مقابله با آن را پیدا کند. در جریان زندگی عادی نیز برخی استرس‌های فی‌نفسه مفید هستند؛ مثلاً استرس ناشی از سوانح رانندگی، ما را ملزم به بستن کمربند ایمنی می‌کند. چنانچه استفاده از والپروئیک اسید^۱ (یکی از داروهای تثبیت‌کننده خلق در حوزه روان‌پزشکی) را یکی از عوامل ایجادکننده اوتیسم بدانیم، استرس ناشی از آن موجب می‌شود که فرد باردار از این دارو در دوران بارداری استفاده نکند و در نتیجه سلامت فرزند وی بیشتر تضمین گردد.

اگر بخواهیم جنبه‌های آسیب‌شناسی استرس در ابتلای به کرونا را بررسی کنیم، نخست باید تصویر صحیحی از ساز و کار زیستی استرس و کلیات آن داشته باشیم تا ببینیم چگونه استرس سبب بروز آسیب بر سیستم ایمنی می‌گردد.

هنگامی که در مواجهه با عاملی تهدیدکننده قرار می‌گیریم، اصطلاحاً حالتی موسوم به استرس ایجاد می‌گردد. این عامل تهدیدکننده ممکن است مخاطرات خارجی همچون آسیب جسمی، مواجهه با حیوانات وحشی و... یا مخاطرات ذهنی مانند ترس از دست دادن شغل، اختلافات خانوادگی، زیان‌های مالی و عاطفی و بیماری و... باشد. به هر حال در مواجهه با این عوامل تهدیدگر، پاسخ‌های استرس راهاندازی می‌گردد که شامل دو سیستم مجزا است:

۱. سیستم سمپاتیک - آدرنومدولاری یا SAM

هدف اصلی این سیستم مهیا نمودن منابع انرژی برای مقابله با عامل خطر است. نخستین ارگانی که پاسخ‌های استرس را آغاز می‌کند، هیپوتالاموس است. هیپوتالاموس با تحریک سیستم سمپاتیک، بخش داخلی فوق‌کلیه را تحریک به ساختن هورمون‌های آدرنالین و نورآدرنالین می‌کند که به آن‌ها هورمون‌های ستیز و گریز نیز می‌گوییم. این

^۱ Valproic Acid

هورمون‌ها علاوه بر افزایش ضربان قلب، باعث افزایش تجزیه ذخایر انرژی و تبدیل آن‌ها به سوخت رایج سلول‌های بدن (گلوکز) می‌شوند. در نهایت مغز تلاش می‌کند تا با افزایش تپش قلب و خون‌رسانی به عضلات و همچنین تولید انفجاری گلوکز شانس فرار، مقابله و غلبه بر عامل تهدیدکننده را به فرد بدهد تا در نهایت موجب مصونیت و بقای وی گردد.

شایان ذکر است که بالا بودن میزان قند خون در دراز مدت خود یکی از عوامل تضعیف سیستم ایمنی می‌باشد.

۲. سیستم هیپوفیز - هیپوتالاموس - آدرنال یا HHA

در این سیستم هیپوتالاموس ترکیبی به نام CRH یا هورمون آزادکننده کورتیکوتروپین تولید می‌کند. این ترکیب باعث می‌شود تا هیپوفیز، هورمون ACTH یا هورمون آزادکننده آدرنوکورتیکوتروپیک آزاد کند. سپس ACTH با تحریک بخش قشری فوق کلیه، هورمون‌های اصلی استرس را که گلوکوکورتیکوئید نام دارند، تولید و آزاد کرده و به جریان خون سرازیر می‌کنند. گلوکوکورتیکوئید اصلی انسانی که در هنگام استرس تولید می‌شود، "کورتیزول" نام دارد.^۱

آسیب‌رسانی‌های ناشی از استرس عمده‌تاً مربوط به اثرات هورمون‌های استرس است. این هورمون اگرچه بدن را برای شرایط ستیز و گریز آماده می‌سازد؛ اما اثرات زیان‌باری بر سیستم ایمنی بدن نیز می‌گذارد. با توجه به اینکه سیستم ایمنی و سیستم عصبی انسان دو مرکز مهم مصرف انرژی بدن هستند، در هنگام استرس به‌طور موقت به حالت نیمه‌فعال در می‌آیند تا عمده انرژی بدن به زنده ماندن و مقابله با عامل خطر تعلق گیرد. لذا بدیهی به نظر می‌رسد که کارایی این دو سیستم در هنگام استرس کاهش یابد. ناتوانی از قضاوت و تصمیم‌گیری صحیح در شرایط فشار روحی و تنش و همچنین ابتلای بیشتر به بیماری‌های عفونی و خودایمنی در افرادی که شرایط پر استرس و پر تنشی را سپری کرده‌اند شاهدی بر ادعای فوق می‌باشد.

^۱ فیزیولوژی گایتون

به طور کلی استرس موجب کاهش قدرت سیستم ایمنی بدن می‌شود؛ به بیان ساده «در انسان زنده ماندن بر شفاء اولویت دارد». بدن انسان به‌گونه‌ای تکامل یافته است تا در هر شرایطی زنده بماند و حتی اگر با فرض توقف سیستم ایمنی، عفونت یا بدخیمی‌ای رخ دهد، با مرور زمان بدن این شانس را دارد تا با بازیافتن توان ایمنی خود، آن را برطرف سازد.

با این توضیحات می‌توان نتیجه گرفت در غیاب سیستم ایمنی قدرتمند، شانس بروز سرطان‌ها، عفونت‌ها و حتی بیماری‌های خودایمنی بیشتر می‌شود. اثرات مہاری کورتیزول بر سیستم ایمنی تا حدی است که گاهی برای درمان بیماری‌های خودایمنی که به علت طغیان سیستم ایمنی و حمله گلبول‌های سفید علیه سلول‌های خودی حادث می‌شود، از ترکیبات مشابه کورتیزول مانند کورتون‌ها استفاده می‌شود، مثلاً در بیماران مبتلا به ام.اس ۱ این تجویز بسیار رایج است.

به طور طبیعی پاسخ‌های استرس و ترشح کورتیزول به همان اندازه که در کوتاه‌مدت امری مفید بوده و به بقاء و مصونیت فرد کمک می‌کند، اگر به درازا کشیده شود و استرس طولانی و پرتکرارتر باشد، بسیار زیان‌بار خواهد بود؛ زیرا:

۱. همان طور که ذکر شد، کورتیزول موجب مہار سیستم ایمنی می‌شود و مانع مقابله قدرتمند با عوامل بیماری‌زایی می‌شود که بدن هر لحظه در معرض انبوهی از آن‌ها قرار دارد؛ اما با فرض کوتاه بودن استرس، این مشکل برطرف خواهد شد.

۲. کورتیزول در مقادیر بالا توانایی فراوانی برای آسیب به سلول‌های مغز حتی در بزرگسالان دارد. گیرنده کورتیزول در اغلب مناطق مغز وجود دارد و می‌تواند به صورت موقت موجب اختلال در رشد مغز در کودکان شود. در میان مناطقی از مغز که در معرض خطر ناشی از کورتیزول هستند، ناحیه هیپوکامپ بیش از سایر نواحی نسبت به کورتیزول آسیب‌پذیر است. تحقیقات صورت گرفته بر هیپوکامپ جنین‌های موشی که در دوره بارداری در معرض کورتیزول زیادی

بوده‌اند، نشان داده است که ناحیه هیپوکامپ در آن‌ها بسیار دست‌خوش تغییر و اختلال در رشد و تمایز شده است.

هیپوکامپ یکی از مهم‌ترین مناطق مغز از جهت تبدیل حافظه کوتاه‌مدت به حافظه بلندمدت و همچنین شکل‌گیری تجسم فضایی و آگاهی فرد از وجود خود است. اهمیت هیپوکامپ به قدری است که در بسیاری از متون از هیپوکامپ به‌عنوان «قلب مغز» یاد شده است. به‌علاوه هیپوکامپ یکی از بخش‌هایی است که معمولاً در بیماری اوتیسم و آلزایمر دچار اختلال و آسیب می‌شود. شباهت بین آسیب‌های ناشی از کورتیزول بر ساختار هیپوکامپ با اسکن‌های مغزی مبتلایان به اوتیسم موجب ارائه فرضیه‌ای از سوی دانشمندان شده است. این دانشمندان ابراز می‌دارند که استرس دوران بارداری عامل مهمی در ایجاد اختلال در هیپوکامپ مبتلایان به اوتیسم است.

اگرچه گفته شد که استرس موجب توقف و تضعیف سیستم ایمنی می‌شود؛ اما باید اضافه کرد که استرس موجب تضعیف پاسخ‌های «مفید» ایمنی می‌گردد و به طرز عجیبی نه تنها پاسخ‌های نامطلوب سیستم ایمنی (که خود نوعی بیماری به حساب می‌آیند) را تضعیف نکرده، بلکه موجب تشدید آن نیز می‌گردد. به دیگر کلام استرس موجب قوی‌تر شدن بخشی از سیستم ایمنی می‌گردد که خود عامل حمله و آسیب‌رسانی به سلول‌های خودی در بیماری‌های خودایمن است.

یکی از اثرات جانبی استرس، افزایش ترکیبی پروتئینی به نام اینترلوکین ۶ (IL6) در خون است که طی استرس و فشارهای روحی در افراد افزایش می‌یابد. پژوهش‌های اخیر ارتباط معناداری میان افزایش IL6 و بروز افسردگی، بیماری‌های قلبی و عروقی گزارش داده‌اند. این در حالی است که این ترکیب در دوران بارداری می‌تواند از جفت عبور کرده و خود را به گردش خون جنین رساند؛ سپس با ورود به سیستم عصبی مرکزی در حال تکوین جنین، موجب بروز اختلال در روند رشد و تمایز و سازماندهی طبیعی آن و در نتیجه بروز عقب ماندگی‌ها ذهنی در فرزندان شود.

حتی در مدل‌های آزمایشگاهی نیز با بررسی اثرات IL6 بر روی مغز موش‌های در حال تکوین، به این نتیجه رسیدند که این ترکیب باعث بروز اختلال در ساختار اعصاب موش‌ها می‌گردد. شایان ذکر است برخی از تحقیقات مدعی شده‌اند که IL-6 حتی موجب کوتاه‌تر شدن طول عمر افراد می‌گردند.

لحظه‌ای تصور کنید که با ایجاد ترس و استرس هم می‌توان سیستم ایمنی افراد را ضعیف‌تر کرد و هم بخش‌های کلیدی اعصاب در آنها را تحت الشعاع قرار داد و این غایت مطلوب طراحان فریب است که ساکنین زمین هم بیشتر بیمار شوند و هم کمتر از قوای فکر خود استفاده کنند! چرا که آنها اکنون به مردمی خردورز و اندیشمند نیاز نداشته و تنها به دنبال جمعیتی مطیع و وحشت‌زده هستند!

در خصوص عفونت‌های ویروسی همانطور که در بخش ایمنولوژی ویروس کرونا ذکر شد عمده آسیب وارده بر انسان از جانب سیستم ایمنی بوده و خود ویروس نقش چندانی در ایجاد آسیب‌ها ندارد. به طوری که تلاش گلوبول‌های سفید برای نابودی ویروس‌هایی که در داخل سلول‌های ریه انسان پناه گرفته‌اند (التهاب) موجب نابودی سلول‌های ریه می‌شود. جالب است بدانیم یکی از محرک‌های بروز التهاب و تهاجمی‌تر شدن سیستم ایمنی اینترلوکین ۶ بوده که با تأثیر بر گلوبول‌های سفید آن‌ها را فعال‌تر و مخرب‌تر کرده و چنانچه همزمان با وجود عفونت ویروسی فرد دچار استرس شده و مقادیر اینترلوکین ۶ در وی بیش از حد مورد نیاز افزایش یابد نه تنها این افزایش برای نابودی ویروس مفید نبوده بلکه موجب آسیب بیشتر گلوبول‌های سفید بر سلول‌های خودی می‌شود (افزایش تخریب ریوی).

به ویژه اینکه افزایش این پروتئین با فعال کردن فرایند آبشار انعقاد درون عروق باعث افزایش ریسک لخته‌شدن خون و بروز سکت‌های قلبی و مغزی نیز می‌گردد. به عبارت دیگر استرس مفرط تسهیل‌گر عملکرد ویروسی بوده و مکملی برای بیماری‌های انسانی محسوب می‌شود. شاید شما نیز این حالت را در نزدیکان و اطرافیان خود مشاهده کرده باشید که

با وجود استرس و وحشت روند بیماری‌ها بیشتر رو به وخامت رفته و بهبودی به تعویق می‌افتد.

۳. استرس طولانی باعث تجزیه و به اصطلاح متابولیزه شدن ویتامین D در بدن می‌گردد. حفظ مقادیر کافی این ویتامین D یکی از مهم‌ترین عوامل پیشگیری از ابتلای به عفونت کرونا است که در بخش دیگری مفصل بررسی می‌گردد.

امروزه استرس‌ها جزء لاینفک زندگی افراد هستند. هر فرد به فراخور شیوه متفاوت زندگی خود، سطوح متفاوتی از استرس‌ها و فشارهای عصبی را تجربه می‌کند. می‌دانیم که هدف زیستی استرس، حفظ سلامت و حیات فرد است و اگر استرس طبیعی و مقطعی باشد، تهدید بزرگی برای سلامت جنین به شمار نمی‌رود؛ اما همانگونه که ذکر شد، به درازا کشیدن استرس و فشارهای عصبی برای سلامت جنین خطرآفرین است. بسیار مشاهده می‌شود که در برخی افراد، عمده استرس‌ها و فشارهای عصبی فاقدپایه و اساس عقلانی و منطقی بوده و به‌اصطلاح ریشه در اوهام دارد.

اما مواردی که ذکر شد کلیاتی بر آسیب‌های متعدد استرس بر سیستم ایمنی و تشدید عفونت‌ها بوده و تقریباً در تمام عفونت‌های میکروبی صادق است اما در خصوص ویروس کرونا این فرایند قدری متفاوت است. به بیان دیگر اگر میزان تأثیرپذیری یک عفونت ویروسی از استرس را عدد ۱ در نظر بگیریم تأثیر پذیری ویروس کرونا از استرس می‌بایست عددی حدود ۱۰۰۰ باشد و این ویروس به شدت از استرس تغذیه کرده و به دیگر کلام ترس و وحشت بنزین ویروس کرونا می‌باشد. تا جایی که بالا بودن هورمون‌های استرس در بیشتر قربانیان این بیماری گزارش شده و در یک کلام استرس موجب وخامت بیشتر و قربانی گرفتن بیشتر این بیماری شده است.^۱

^۱ Association between high serum total cortisol concentrations and mortality from COVID-19, PMC7302794

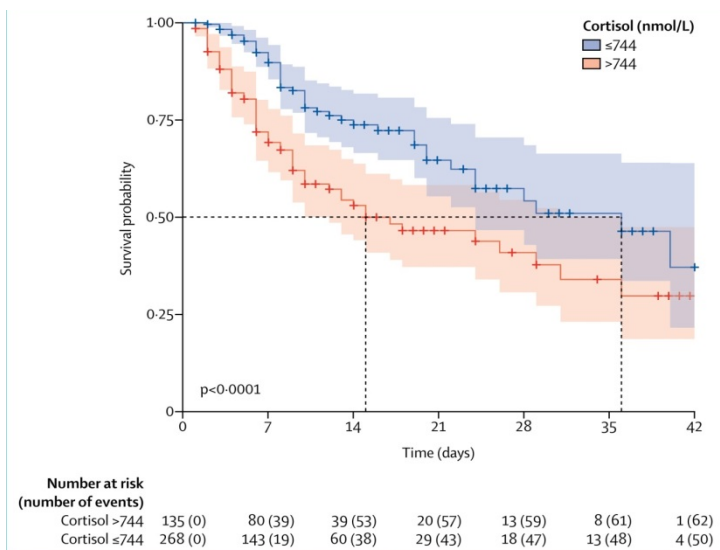


Figure: Kaplan-Meier plot of survival probability over time.

The plot is categorised by baseline cortisol concentration above or equal to and below the cutoff of 744 nmol/L. Shading indicates 95% CI for each curve.

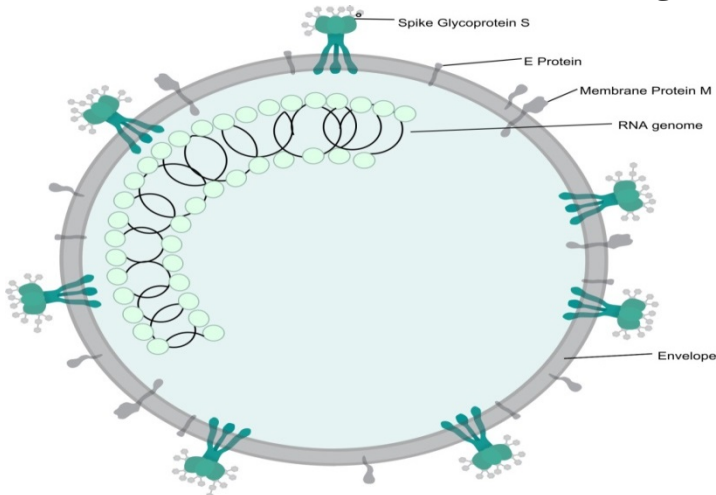
تصویر ۱۱۰- به گزارش نشریه Lancet شانس زنده ماندن در بیماران مبتلا به کرونا با پایین بودن کورتیزول خون در آنها رابطه مستقیم داشته و افزایش کورتیزول می‌تواند موجب افزایش مرگ و میر در مبتلایان شود، لذا استرس می‌تواند تیر خلاص بر بیمار کرونایی باشد!

چگونه ترس و استرس می‌تواند موجب ابتلای افراد به ویروس کرونا شود؟

برای درک اهمیت ارتباط استرس و عفونت‌های ناشی از ویروس‌های خانواده کرونا تنها به ذکر یک مثال بسنده می‌کنیم:

ویروس کرونا شرایط ویژه و منحصر به فردی دارد که این ویژگی‌ها موجب می‌شود تا سیستم ایمنی در صورت وجود استرس نتواند اقدام موثری در مقابل این ویروس انجام دهد. کرونایروس‌ها دارای بزرگترین ژنوم ویروسی از جنس RNA هستند که در یکی از دو انتهای رشته RNA

این ویروس نوکلئوتیدهای آدنین به وفور قرار گرفته و به اصطلاح پلی آدنیله می‌باشد.

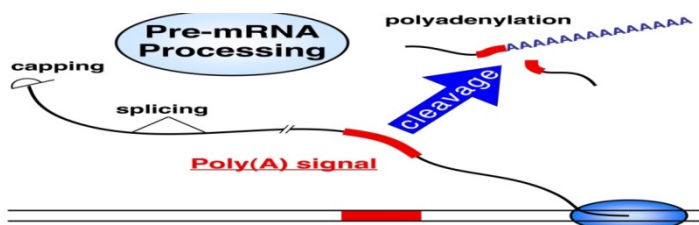


تصویر ۱۱۱- نمودار شماتیک از ساختار کروناویروس SARS-CoV-2
ویروس کرونا دارای بزرگترین ژنوم در بین ویروس‌های RNA دار می‌باشد که توسط گیرنده‌های سیستم ایمنی به خوبی شناسایی می‌شود و چنانچه فرد در ترس و استرس نباشد شانس مقابله با ویروس و حذف ویروس بسیار بالاست

که به طور معمول در میکروب‌ها وجود دارد و در سلول‌های انسانی وجود ندارد (که در اصطلاح ایمنولوژی به آنها PAMP^۱ گفته می‌شود) را به واسطه یکسری گیرنده‌ها از جمله گیرنده‌های شبه تول (TLR)^۲ ها شناسایی کند. به بیان ساده الگوهایی که در پیکره میکروب‌ها وجود دارد و برای سیستم ایمنی بیگانه تلقی می‌شوند، بلافاصله توسط گیرنده‌های سیستم ایمنی شناسایی شده و پاسخ‌های قدرتمند ایمنی در راستای نابودی عامل بیگانه شکل می‌گیرد.

^۱ Pathogen associated molecular pattern

^۲ Toll like Receptor



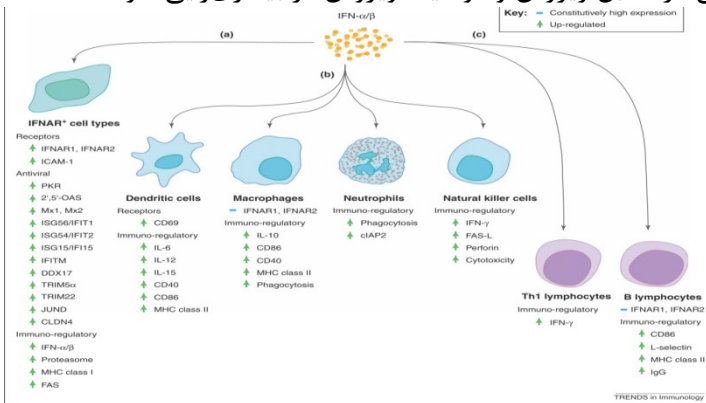
تصویر ۱۱۲

وجود RNA دو رشته که در انتهای خود پلی آدنیل است یکی از همین الگوها و یا به اصطلاح PAMP ها بوده که بلافاصله در داخل سلول با اتصال به گیرنده‌های TLR7 و TLR8 شناسایی می‌گردد، در نتیجه اتصال این اجزای ویروس به گیرنده‌های ایمنی پروتئین‌های واسطه متعددی به کار گرفته می‌شود تا در نتیجه فعال شدن آبشار التهاب فاکتورهای هسته‌ای مهمی به نام‌های NF-kb و IRF3 فعال شده و به ژن‌های انسانی متصل شوند و در نتیجه فعال شدن این فاکتورها ژن‌هایی که مسئول ساخته شدن پروتئین‌های دفاعی هستند فعال و به اصطلاح بیان شوند. نتیجه اینکه اندک زمانی پس از اتصال RNA ویروس کرونا به TLR7 و TLR8 پروتئین‌های دفاعی (سایتوکاین‌های دفاعی) مهمی از جمله اینترفرون‌ها و اینترلوکین‌های ضد ویروس ساخته می‌شوند. توضیح عملکرد ضد ویروسی اینترفرون‌ها و اینترلوکین‌های ضد ویروس به اندازه‌ای طولانی و فنی بوده که در ذکر آن به بیان عبارت "آفت جان ویروس اکتفا" می‌کنیم.

به ویژه اینکه اینترفرون‌ها نه تنها به صورت مستقیم و غیرمستقیم موجب فعال شدن گلبول‌های سفید و نابودی ویروس می‌شوند، بلکه با تأثیر بر روی سلول‌های سالم هم جوار به نوعی آنها را در مقابل ویروس مقاوم می‌سازد. پاسخ ایمنی انسان علیه ویروس‌ها تا حد زیادی وابسته به وجود اینترفرون‌ها می‌باشد و در مدل‌های آزمایشگاهی موش‌هایی که ژن‌های سازنده اینترفرون در آنها دچار نقص شده است بسیار در مقابل ویروس‌ها آسیب‌پذیر می‌باشند. چرا که اینترفرون نقش مهمی در فعال کردن گلبول‌های سفید، ساخته شدن پادتن و تقویت محور ویژه‌ای از

سیستم به نام محور لنفوسیت‌های Th1 دارد که یکی از اصلی‌ترین محورهای مقابله با ویروس به شمار می‌رود.

تردیدی وجود ندارد که عدم وجود این پروتئین دفاعی لطف بزرگی در حق ویروس و اتفاقی تلخ برای انسان خواهد بود. این در حالی‌ست که اینترفرون‌ها تنها یک پروتئین دفاعی از انبوه اجزای سیستم ایمنی هستند، اما همین پروتئین به تنهایی اعمال بسیار مهم و حیاتی در سیستم ایمنی بر عهده دارد که قطعاً حذف آنها موجب تضعیف سیستم ایمنی در مقابل ویروس و موفقیت ویروس در بیماری‌زایی خواهد شد.



تصویر ۱۱۳- اهمیت اینترفرون در فعال کردن سیستم ایمنی علیه میکروب‌ها، استرس منجر به اختلال در ساخته شدن این پروتئین ارزشمند می‌شود در حالی که عملکرد طبیعی این پروتئین می‌تواند دفاع محکمی علیه ویروس کرونا فراهم کند.

همانطور که در تصویر ۱۱۳ مشاهده می‌شود اینترفرون‌ها به تنهایی قادرند جمعیت قابل توجهی از گلبول‌های سفید - که می‌توانند عملکرد ضد ویروسی داشته باشند - را فعال سازد، از جمله سلول‌های کشنده طبیعی^۱ و ماکروفاژها و نوتروفیل‌ها که این سلول‌ها به طور مستقیم با ویروس وارد مبارزه شده و با اعمالی همچون بلعیدن ویروس (فاگوسیتوز) و ریختن پروتئین‌های تخریبی بر روی ویروس‌ها آن‌ها را نابود کنند،

^۱ Natural killer cell

همچنین اینترفرون موجب فعال شدن اجزای ایمنی اکتسابی مانند لنفوسیت‌های B می‌شود که این لنفوسیت‌ها پس از فعال شدن و بلوغ تبدیل به سلول‌های پلاسما سل می‌شوند که قادر به ساختن آنتی‌بادی (پادتن) بر علیه ویروس‌ها هستند و در مجموع با مشارکت سیستم ایمنی ذاتی و اکتسابی ویروس در آستانه حمله ایمنولوژی و نابودی قرار خواهد گرفت.

موارد متعدد دیگری نیز برای بیان نقش کلیدی اینترفرون‌ها در مبارزه علیه ویروس‌ها وجود دارد که از حوصله بحث خارج است و می‌توان به عنوان جمع‌بندی اینترفرون‌ها را "قلب سیستم ایمنی در پاسخ‌های ضد ویروس کرونا" نامگذاری نمود و تردیدی وجود ندارد که در غیاب اینترفرون‌ها تقریباً سیستم ایمنی انسان در مقابل کرونا ویروس کم دفاع (نه بی‌دفاع) می‌شود.

حال چه عاملی می‌تواند موجب شود این پروتئین ارزشمند در انسان یا ساخته نشود، یا مقدار تولید آن کاهش یابد و یا عملکرد آن موثر نباشد؟

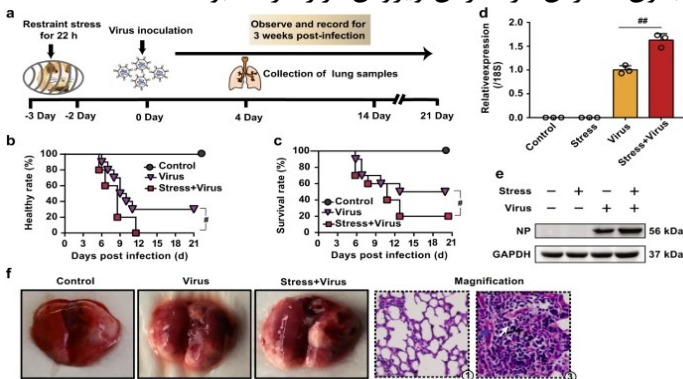
پاسخ: استرس، ترس، وحشت. (مثلاً وسواس و استرس و اضطراب) همانطور که ذکر شد مقابله با ویروس‌های RNA دار بسیار وابسته به وجود اینترفرون‌ها بوده و تحقیقات متعددی بیانگر این موضوع بوده که استرس با کاهش میزان اینترفرون موجب تشدید وخامت بیماری در عفونت‌های ناشی از ویروس‌های RNA دار مانند آنفولانزا و کرونا می‌شود.^۱ اهمیت اینترفرون در جلوگیری از ابتلای به کرونا به اندازه‌ای است که تحقیقات متعددی نقص ژنتیکی در افراد را علت اصلی وخامت عفونت ویروسی به شمار آورده است. استرس در درجه اول موجب افزایش میزان کورتیزول به طور کلی موجب بروز ضعف در تمام اجزای مفید سیستم ایمنی می‌شود و به نوعی یک سرکوب ایمنی سرتاسری و سیستماتیک در

Novel insights into stress-induced susceptibility to influenza: corticosterone impacts interferon- β responses by Mfn2-mediated ubiquitin degradation of MAVS-huo Luo, Li-Fang Liu, Ying-Nan Jiang, Lu-Ping Tang

بدن ایجاد می‌نماید، و در درجه دوم مقادیر بالای کورتیزولی که در هنگام استرس تولید می‌شود با مهار پروتئین واسطه MAV موجب مهار فاکتور پراهمیت IRF3 می‌شود به طوری که در نتیجه این اتفاق پروتئین ارزشمند اینترفرون ساخته نشده و شانس بقاء و بیماری‌زایی ویروس افزایش می‌یابد.

در یک مطالعه حیوانی تعدادی از موش‌های آزمایشگاهی را به دو گروه تقسیم کرده و گروهی در معرض استرس و ویروس آنفلوانزا قرار دادند و گروه دیگر را بدون استرس در معرض ویروس آنفلوانزا قرار دادند و پس از مشاهده علائم بیماری از جمله کاهش وزن و علائم تنفسی ریه موش‌های را مورد بررسی قرار دادند.

نتیجه تکان دهنده بود! در موش‌هایی که ویروس و استرس را به صورت همزمان تجربه کرده بودند هم تعداد ویروس یافت شده در ریه‌ها بیشتر بود و هم میزان التهاب در ریه به مقدار چشمگیری افزایش یافته بود. به بیان ساده ترکیب استرس و ویروس تخریب ریه‌های موش را چند برابر کرده بود و مرگ و میر در گروه پر استرس بسیار بیشتر از گروهی بود که بدون استرس در معرض ویروس قرار گرفته بودند.



تصویر ۱۱۴- مقایسه موش‌هایی که در معرض استرس قرار گرفته بودند با گروه کنترل نشان داد میزان تخریب ریه در موش‌های در معرض استرس بسیار بیشتر بوده است.

نتیجه می‌گیریم استرس و وحشت در واقع قطعه مکمل عفونت‌های ویروس‌های RNA دار مانند آنفولانزا و کرونا بوده و در غیاب استرس ممکن است حتی در صورت برخورد با ویروس سیستم ایمنی مقتدرانه ویروس را حذف کرده و فرد چیزی بیش از یک سرماخوردگی ساده را تجربه نکند.

در واقع یکی از دلایلی که موجب می‌شود بیماری کرونا در برخی از افراد بسیار ساده در حد سرماخوردگی بوده و فرد ظرف چند روز استراحت و بدون حتی مصرف داروی خاصی بهبود یابد توانایی سیستم ایمنی وی در ساخت پروتئین‌های از جمله اینترفرون‌هاست که ریشه در ژنتیک فرد دارد.

مطالعات متعدد دیگری نیز بیانگر این نکته بوده که استرس موجب کاهش اینترفرون در گردش خون عمومی فرد شده و افرادی که در معرض افسردگی قرار می‌گیرند نیز مقادیر کاهش یافته‌ای از اینترفرون در خون آنها مشاهده می‌شود.

در واقع می‌توان اینگونه نتیجه‌گیری کرد که شاید حد فاصل بیان یک بیماری دشوار تنفسی و یک سرماخوردگی ساده که هر دو توسط یک ویروس ایجاد می‌شود وجود ترس و استرس و وحشت باشد! (در کنار تفاوت در بعضی ژن‌ها مرتبط با سیستم ایمنی) کافی‌ست بر روی یک بیماری نه چندان مرگبار نامی هولناک گذاشته، رسانه‌ها و جراید را به تولید وحشت وادار کنیم و از سوی دیگر نیز اقدام به تولید بیماری با بهداشت افراطی و وسواس بنماییم! خروجی این موارد فریب قرن است. (به بیان خیلی ساده‌تر وجود ناحیه پلی آدنیله ژنوم ویروس را به "هدفی بسیار شناسایی شونده" برای سیستم ایمنی تبدیل می‌کند و مانند سارقینی که در نیمه شب پروژکتور بزرگی به دست گرفته است توجه عوامل نیروی ایمنی بدن را به سمت خود معطوف می‌کند، لذا این ویروس در حالت طبیعی نمی‌تواند کشندگی بالایی داشته باشد و منجر به درگیری حاد ریوی شود و به همین خاطر اغلب در ۹۰ درصد موارد مانند یک سرماخوردگی متوسط رو به بهبود می‌رود، اما این در حالتی‌ست که اولاً به واسطه استرس سیستم ایمنی و محور اینترفرون مختل نشده باشد و

ثانیاً سایر میکروب‌های همزیست نیز به واسطه بهداشت افراطی از بین نرفته باشند و با اتصال به TLR ها پاسخ‌های ضد ویروس را تقویت کنند). حال به تبلیغات گسترده رسانه‌ای، موسیقی‌های آخرالزمانی، تصاویر خوفناک از قرنطینه و برنامه‌های تلویزیونی که دائماً خبر از یک فاجعه مرگبار می‌دهد توجه کنید! اخبار مرگ و ویدئوهای هول انگیز از اجساد در حقیقت این بخش از رسانه بزرگترین موهبت الهی برای ویروس بوده و شاید بتوان با قاطعیت این جمله را گفت که صنعت وحشت و استرس رسانه‌ای قطعه مکمل ویروس و "بنزین ویروس" بوده و رسانه‌ها پس از سازندگان ویروس در ردیف دوم متهمان این جنایت قرار دارند البته اگر هر دو متهم یک نفر نباشد. حال سؤال اینجاست که اگر تولید ترس و وحشتی که تحقیقات علمی نشان داده موجب افزایش مرگ و میر در مبتلایان شده به این درجه وجود نداشت و اصلاً ویروسی به نام کرونا به مردم جهان معرفی نمی‌شد و در صورت ابتلا هر کس آن را یک سرماخوردگی ساده تا متوسط تلقی می‌نمود، بازهم شاید بحرانی جهانی بودیم؟

برای پاسخ به این سؤال می‌بایست به ادعاهای محققینی توجه کنیم که مدعی شده‌اند ویروس کرونا ماه‌ها قبل از اینکه اصلاً خبری درباره آن منتشر شود منتشر شده و افرادی را نیز آلوده کرده است. شاید تعداد زیادی از افراد به ویروس کرونای سال ۲۰۱۹ مبتلا شده و با خیال یک سرماخوردگی ساده و حفظ آرامش، و به تبع آن عدم افزایش کورتیزول و افت توان دفاعی بدن آن را شکست داده و البته بسیار نیز آن را منتشر کرده باشند.

اما نکته جالب‌تر اینکه مطالعاتی که بر روی حیوانات آزمایشگاهی به صورت توأمان اثرات استرس و ویروس را بررسی نموده‌اند به دلایل اخلاقی بر روی انسان‌ها قابل انجام نیست و سؤالی حیاتی در این میان بدون پاسخ می‌ماند که آیا میزان استرس در حیوانات و انسان‌ها به یک اندازه بوده و مثلاً یک انسان و یک موش به یک اندازه از بودن استرس عفونت ویروسی حادث بر آن‌ها تشدید می‌گردد؟

پس اگر استرس چنین آثار مرگبار و مخربی بر روی سیستم ایمنی داشته باشد، تکلیف حیواناتی که در حیات وحش دائماً در استرس و ستیز و گریز هستند چه می‌شود؟ در این صورت این حیوانات می‌بایست دچار ضعف ایمنی شده و در معرض انبوهی از بیماری‌ها قرار گیرند.

دانشمندی به نام رابرت ساپولسکی در کتابی به نام "چرا گورخرها زخم معده نمی‌گیرند" نتیجه جالبی ارائه کرده است. وی مدعی است حتی در حیوانات موجود در حیات وحش نیز استرس و وحشت دامنه کوتاهی داشته و فقط محدود به زمانی است که حیوانات بقای خود را در معرض خطر ببینند و منطقی می‌نماید که مثلاً گورخرها فقط هنگامی که شکارچی در نزدیکی آنهاست دچار وحشت شده و عکس‌العمل نشان دهد و گورخرها ایداً به این موضوع نخواهند اندیشید که مثلاً فردا شکار می‌شوند و یا پس فردا علوفه وجود خواهد داشت و پس فردا جهان محیط امنی برای فرزندانش خواهد بود یا نه؟! بلکه به فاصله چند دقیقه پس از مواجهه با شرایط خطر (مثلاً حمله یک شیر شکارچی) گورخرها به زندگی عادی خود بازگشته و استرس در آنها پایان می‌پذیرد. در حالی که انسان خردورز به واسطه بهره‌مندی از توانایی اندیشیدن قادر است به مسائل مربوط به آینده نیز بپردازد و مثلاً وحشت و نگرانی از یک موضوع را به آینده نیز تعمیم دهد. همین مورد، عاملی است که ما را به این اندیشه فرو می‌برد که اگر در آزمایش موش‌های در معرض استرس انسان‌ها قرار می‌گرفتند تخریب ریه آنها تا چند برابر موش‌ها گزارش می‌شد؟ قطعاً نتیجه تکان دهنده خواهد بود.

در واقع انسان موجودی است که برای یک موضوع هم برای امروز دچار استرس می‌شود و هم برای فردا، درست برعکس حیوانات. پس ضریب ماندگاری و دامنه ابقای نگرانی‌ها و استرس‌ها در انسان بسیار گسترده‌تر بوده و طبیعتاً آسیب‌های ناشی از استرس در انسان‌ها بسیار بیشتر از موش‌های مورد مطالعه در تحقیق قبل خواهد بود و بدون انجام آزمایشات غیراخلاقی نیز می‌تواند حدس زد استرس تا به چه اندازه می‌تواند در بیماری‌زایی ویروس موثر باشد.

پس آیا می‌توان گفت که سازنده ویروس و ترساننده از ویروس هر دو در یک ردیف از میزان جنایتکاری قرار دارند؟
آیا می‌توان گفت ناشر مطالب هولناک و القاء کنندگان استرس خود تکمیل کننده کار ناتمام ویروس بوده و خواسته یا ناخواسته هم راستا با اهداف سازنده ویروس و ناشران ویروس قرار گرفته‌اند؟

”ویروسی ساخته‌ام

بترس تا بتازد...

بترس تا تغذیه کند...

بترس تا به ثمر نشیند...

بترس تا نابودت کند...

بترسان تا تو را ثروتمند کنم، بترسان تا دوست من باشی...

من طراح فریب قرن هستم“

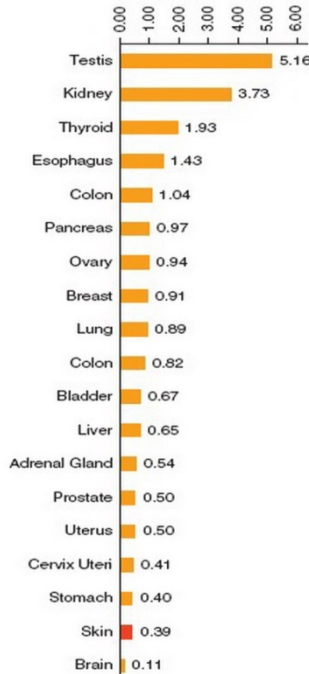
پرده سیزدهم فریب

بهداشت افراطی و شستشوی مفرط: دروازه ورود ویروس

در بخش‌های قبل از مضرات بهداشت افراطی و نابودی میکروبیوتای مفید در راستای ایجاد اپیدمی مصنوعی سخن گفتیم و حال قصد داریم به ابعاد دیگری از فریب ناشی از بهداشت افراطی بپردازیم. به طور کلی کروناویروس به عنوان ویروسی شناخته می‌شود که از راه تنفس و قطره‌های تنفسی منتقل می‌گردد اما آیا این ویروس مسیرهای ورود دیگری نیز می‌تواند داشته باشد؟ مسیرهایی که کمتر مورد توجه قرار گرفته؟

همانطور که می‌دانیم مکانیسم حمله و ورود ویروس به سلول‌های انسانی اتصال به گیرنده‌های سطح سلول می‌باشد و در خانواده کروناویروس گیرنده‌های ACE2^۱ محل اتصال ویروس و به دنبال آن ورود ویروس به داخل سلول می‌باشد. این گیرنده‌ها در چه مناطقی از بدن انسان وجود دارند و به عبارت دیگر چه مناطقی و ارگان‌هایی از انسان می‌تواند هدف حمله و آشیانه‌گزینی ویروس باشد؟

^۱ Angiotensin Converting Enzyme



تصویر ۱۱۵- بیان گیرنده‌های ACE2 در نقاط مختلف بدن

اوج بیان گیرنده‌های ACE در بیضه‌ها و کلیه بوده و معمولاً این ویروس با اتصال به گیرنده‌های ACE در مجاری تنفسی از این مسیر به عنوان مسیر اصلی انتقال استفاده می‌کند، اما نکته جالب وجود مقادیر زیادی از این گیرنده‌ها در پوست انسان می‌باشد. بدین ترتیب به طور کلی پوست نیز می‌تواند محل اتصال ورود و آشیانه‌گزینی کروناویروس باشد. اما نمی‌توان تعیین کرد که در فردی که بیمار شده است، ویروس از پوست وارد شده است یا چشم و بینی و...

وجود گیرنده‌های فراوان ACE2 در بیضه خود یکی از عواملی است که موجب می‌شود ویروس تا حدودی کارایی جنسی و تناسلی افراد را کاهش داده و به طور موقت افراد را دچار اختلالات باروری سازد، که بدین موضوع تحقیقات متعددی اشاره کرده و با بیان اینکه ابتلا به ویروس منجر به کاهش در کمیت و کیفیت اسپرم‌ها شده است، اهمیت

بررسی وجود گیرنده‌های ACE2 در هر نقطه از بدن را مضاعف می‌نماید همانطور که ایجاد درگیری‌های گوارشی نیز با بیان گیرنده‌های ACE2 در روده مرتبط می‌باشد. با این وجود چنانچه این گیرنده‌ها در نقاطی از بدن وجود داشته باشد و مانعی میان این گیرنده و ویروس در کار نباشد، ویروس قادر به اتصال و ورود به سلول خواهد بود. اما همواره چنین اتفاقی رخ نمی‌دهد و عوامل متعددی موجب می‌گردد حتی با وجود گیرنده‌های ACE2 ویروس قادر به اتصال و ورود نباشد، مثلاً معده و سطوح سیستم گوارشی نیز مقادیر زیادی از گیرنده‌های ACE2 را بیان می‌کند اما با توجه به اینکه ویروس در مسیر ورود به این مناطق توسط اسید معده تقریباً غیرفعال و نابود می‌شود خطری از این بابت افراد را تهدید نمی‌کند و به همین خاطر مسیر بلع و گوارش مسیر انتقال ویروس کرونا به شمار نمی‌رود. پوست نیز در حالت عادی مانند معده عوامل متعددی را دارا می‌باشد که مانع اتصال ویروس به این گیرنده‌ها می‌شوند و در این بخش قصد داریم ببینیم راهکارهای بهداشت افراطی و سیاست‌های بیماری سازی (ایجاد اپیدمی مصنوعی) چگونه توانسته خود منجر به ابتلا افراد به بیماری شود.

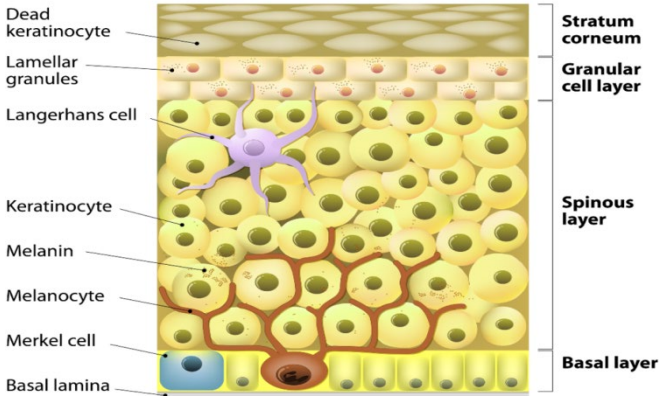
به طور کلی چهار گروه از سلول‌های پوستی این گیرنده‌ها را بر سطح خود بیان می‌کنند که عبارتند از:

۱. سلول‌های پایه‌ای
۲. سلول‌های کراتینوسیت
۳. سلول‌های ملانوسیت
۴. سلول‌های فیبروبلاست

در میان این سلول‌ها گروه اول یعنی سلول‌های کراتینوسیت بالاترین میزان گیرنده‌های ACE را به خود اختصاص می‌دهند و سه گروه دیگر دارای مقادیر کمتری از این گیرنده‌ها هستند. اما در حالت عادی ویروس‌ها قادر به عبور از سدهای سیستم ایمنی ذاتی از جمله پوست، لایه‌های شاخی و سایر سدهای فیزیکی و شیمیایی نبوده و بدین ترتیب به طور معمول یک پوست سالم و عاری از آسیب همچون سپری مستحکم مانع ورود ویروس به سطوح زیرین و اتصال به گیرنده‌های

مذکور می‌گردد. به ویژه اگر میکروبیوتای زیادی نیز در روی پوست موجود باشد.

EPIDERMIS



تصویر ۱۱۶- آرایش سلول‌های تشکیل دهنده سطح فوقانی پوست به طور معمول پوست انسان به عنوان سد جدا کننده دنیای داخل و خارج بدن با چند سازوکار متنوع مانع ورود مهاجمین از جمله ویروس‌های می‌شود:

۱. اسیدی بودن سطح پوست که موجب کاهش رشد میکروب‌ها در بر سطح پوست می‌گردد.

۲. وجود سلول‌های مرده پوستی (کراتینوسیت‌های مرده) موسوم به لایه‌های شاخی که لایه‌ای محافظ در مقابل هجوم میکروب‌ها پدید می‌آورد.

۳. آنزیم‌های تخریب کننده و ترکیبات ضد میکروب که توسط سلول‌های پوستی تولید می‌شود از جمله آنزیم‌های پروتئاز و نوکلئاز (که قادر به تخریب پیکره میکروب‌ها و همچنین ماده ژنتیکی آنها می‌باشند).

۴. میکروب‌های همزیست ساکن سطح پوست که هم از نظر منابع غذایی با میکروب‌های بیماری‌زا رقابت کرده و هم با اشغال کردن مانع

اتصال و ورود عوامل بیماری‌زا می‌شوند (این میکروب‌ها بر سطح پوست بیماری‌زا نبوده اما در صورت بروز خراش و سوختگی و با ورود به سطوح عمقی پوست موجب بروز عفونت می‌شوند، یعنی در یک سطح از پوست بسیار مفید و در سطحی دیگر بسیار مضر خواهند بود)، این میکروب‌ها با ساخت و ترشح ترکیبات ضد میکروبی، گاهی موجب نابودی سایر میکروب‌ها نیز می‌شود.

۵. سد فیزیکی پوست و اتصالات محکم سلولی که مانند دیواره‌ای مستحکم اجازه ورود به عوامل بیماری‌زا نمی‌دهند (Tight Junction).

۶. جمعیت سلول‌های ایمنی پوست که هر یک با روشی متفاوت با میکروب‌ها مبارزه می‌کنند از جمله سلول‌های لانگرهانس، دندریتیک سل‌ها و ماکروفاژها ...

سلول‌های کراتینوسیت از جمله مهمترین سلول‌های ایمنی در پاسخ‌های ضد میکروبی هستند که اولاً با نقش ساختمانی خود به عنوان یک سد فیزیکی مانع ورود ویروس‌ها شده و در درجه دوم با فعال کردن سازه‌های ایمنی مانند گلبول‌های سفید نوتروفیل و لنفوسیت موجب نابودی میکروب‌های مهاجم می‌گردد.

حال می‌دانیم که استراتژی پوست در مواجهه با میکروب‌ها مبتنی بر ایجاد سدهای فیزیکی، شیمیایی و سلولی بوده و بدیهی‌ست هر نوع اختلال در این موارد موجب تسهیل ورود ویروس و بیماری‌زایی می‌گردد. مثلاً سوختگی و خراش‌های پوستی موجب از بین رفتن برخی از این سدهای فیزیکی شده و راه ورودی برای ورود میکروب‌های موجود بر سطح پوست و همچنین میکروب‌های موجود در محیط خواهد گشود و همه ما بروز عفونت در محل بریدگی و سوختگی پوست خود را به واسطه اختلال این سدها ممکن است تجربه کرده باشیم.

اما آیا راهکاری وجود دارد که به وسیله آن بتوان اغلب مکانیسم‌های دفاعی پوست را مختل و دروازه‌ای برای ورود میکروب‌ها به داخل بدن بگشاییم؟

پاسخ کمی دور از انتظار است! اما آشنا.

شستشوی افراطی پوست (شستشوی دست و استحمام) با مواد شوینده و شیمیایی!

شستشو و ضدعفونی کردن مداوم پوست موجب می‌شود؛ اولاً چربی‌های مفید سطح پوست که خود به مانند لایه‌ای محافظ سدی در مقابل ویروس‌ها ایجاد می‌کند از بین برود، ثانیاً با از بین بردن جمعیت میکروب‌های مفید پوست شانس بقای بیشتری به میکروب‌های مهاجم در نبود این میکروب‌های مفید می‌دهد، ثالثاً خود به مرور زمان منجر به خشکی و بروز خراش‌ها و ترک‌های جزئی می‌شود که می‌تواند دروازه‌ای برای ورود میکروب‌ها به لایه‌های زیرین فراهم سازد و رابعاً با حذف آنزیم‌های مفید ضد میکروبی که پوست تولید و ترشح می‌کند (پروتئازها و نوکلئازها) منجر به کاهش توانایی دفاعی پوست در مقابل میکروب‌های مهاجم می‌شود.

با توجه به اهمیت میکروبیوتای پوست و گونه‌های کمتر بیماری‌زا (یا غیربیماری‌زا) ساکن در پوست اکنون می‌دانیم که کاهش جمعیت میکروب‌های پوست اثر یکسانی بر میکروب‌های همزیست نخواهد داشت چرا که گونه‌های کم خطرتر (مانند استافیلوکوکوس اپیدرمیس) با اثرهای مہاری و رقابتی عرصه را بر گونه‌های پرخطر (مانند استافیلوکوکس آرتوس) تنگ می‌کنند، لذا کاهش جمعیت این میکروب‌ها بیشتر به نفع گونه‌های بیماری‌زاست چرا که دیگر میکروب‌های کم خطر نمی‌توانند اثر مہاری روی آن داشته باشند و چون این گروه ذاتاً فرصت طلب و تهاجمی‌تر هستند بیشتر قادر به بیماری‌زایی خواهند شد. پس نباید این اشتباه در ذهن به وجود بیاید که میکروب‌های مفید و میکروب‌های بیماری‌زا همگی در شستشو کاهش می‌یابند و ما با شستشو بیشتر به گونه‌های بیماری‌زا لطمه زده‌ایم و همانقدر که گونه‌های کم خطر از بین رفته‌اند گونه‌های خطرناک نیز نابود شده‌اند بلکه با خالی شدن پوست از میکروب‌های همزیست و حذف اثر مہارکننده گونه‌های کم خطر این گونه‌های بیماری‌زا هستند که بیشتر مجال بیماری‌زایی خواهند یافت!

اگرچه زمانی که پوست به واسطه ضد عفونی و شستشوی مکرر آنزیم‌های دفاعی، میکروب‌های مفید مدافع، چربی‌ها و ترکیبات ضد میکروب و استحکام و یکپارچگی خود را از دست می‌دهد، میکروب‌های مهاجم و بیماری‌زا نیز به همراه آنها نابود می‌شود، اما تداوم این روند مستلزم آن است که اصلاً میکروب مهاجمی در محیط نباشد! چرا که ممکن است اندک زمانی پس از اتمام شستشو و نابودی خطوط دفاعی پوست به همراه ویروس‌های احتمالی موجود بر سطح آن، تعداد زیادی ویروس که در محیط وجود دارد بر سطح پوست نشست و حال تا مرحله شستشوی بعدی و در غیاب خطوط ایمنی ذاتی این ویروس‌ها شانس بقاء، اتصال و بیماری‌زایی بسیاری داشته باشند. در نتیجه بهداشت افراطی پوست را از مکانیسم‌های ایمنی دائم و رایگان محروم کرده و آن را وابسته به بهداشتی متکی به مواد شیمیایی می‌سازد که همیشه هم در دسترس نمی‌باشد و در فواصل شستشو گاه و بیگاه پوست تهی از محافظ را در معرض عوامل مهاجم قرار می‌دهد.

به بیان دیگر اگر قرار باشد تمام خطوط سیستم ایمنی پوست (از جمله میکروب‌های همزیست مدافع، آنزیم‌های ضد ویروس، لایه‌های شاخی و چربی‌های محافظ) به واسطه شستشوی افراطی از بین برود بهتر است تمام طول روز پوست در زیر آب و در حال شستشو باشد. چرا که اندک زمانی پس از اتمام شستشو و بستن شیر آب پوستی که از خطوط دفاعی تهی شده است توانایی مقابله با ویروس‌ها و باکتری‌ها و قارچ‌های بیماری‌زا را نداشته و یا می‌بایست آن قدر شستشو مداوماً انجام پذیرد که این میکروب‌ها از پوست شسته شوند (که اولاً امکان چنین کاری وجود ندارد و ثانیاً چنین اقدامی موجب ابتلای فرد به اختلالات جدی رفتاری و روانی می‌گردد) و یا فرد به طور مطلق در فضای استریل بدون میکروب بسر ببرد که این امکان نیز منتفی می‌باشد. (مخصوصاً اگر فرض کنیم ویروس تعمداً در حال انتشار می‌باشد).

پس در نتیجه زمانی که گیرنده‌های ویروسی به میزان زیادی (در حدود نصف سیستم تنفسی) بر روی پوست وجود دارند و چنانچه اثبات

شود این مسیر یکی از مسیرهای انتقال ویروس می‌باشد^۱، بهترین راه برای بیمار ساختن افراد این است که آنها را وادار کنیم پوست خود را مکرراً و به صورت افراطی با مواد شیمیایی شستشو دهند. در این صورت علیرغم اینکه فرد گمان می‌کند در حال مبارزه با ویروس می‌باشد در واقع مشغول گشودن دروازه‌هایی برای ویروس به داخل بدن خود است. (چیزی شبیه به عملیات فریب قرن پیش در جنگ جهانی دوم). در حالی که شستشوی دست‌ها می‌بایست در تعداد مناسب بوده که منجر به خشکی پوست، ایجاد خراش‌های پوستی، نابودی میکروب‌های مفید سطح پوست، از بین رفتن آنزیم‌های ضد میکروبی، از بین رفتن چربی‌ها و لایه‌های مرده پوست نشود.

”ویروسی ساخته‌ام

باید با تصور فرار از آن راه ورود برای آن بگشایید و مسرور از این عمل باشید... من طراح فریب قرن هشتم“

^۱ البته امکان انتقال ویروس از این مسیر هنوز در دست بررسی است و شواهد علمی مبنی بر این احتمال جزو جدیدترین یافته‌های علمی در سال ۲۰۲۰ می‌باشد، به هر حال این احتمال از سوی کارشناسان مطرح شده که این مسیر موجب ابتلای افرادی شده است که تمام مراقبت‌های تنفسی را انجام داده‌اند.

پردهٔ چهاردهم فریب

شوخی انتقال از سطوح (مسیری از انتقال که هیچ تحقیقی نتوانست اثبات کند ویروس از آن منتقل می‌شود و محقق به نام Goldman صراحتاً برای مسئله انتقال از سطوح کلمه "اغراق و بزرگنمایی" را به کار می‌برد^۱)

از ابتدای آغاز شیوع تا به امروز ضدعفونی مداوم سطوح به وسیله مواد شیمیایی ضدعفونی کننده یکی از بارزترین و اصلی‌ترین راهکارهای پیشگیرانه سازمان بهداشت جهانی در مقابل ویروس کرونا بوده و می‌باشد.

بدین صورت که تمام سطوح محیط از کفپوش‌ها تا میز و صندلی‌ها، از اشیای کوچک و بزرگ تا ریزترین وسایل، از بسته‌های مواد غذایی خریداری شده تا لباس‌ها همه و همه می‌بایست با مواد شیمیایی نظیر الکل، دترجنت، سفید کننده‌های رقیق شده ضدعفونی شود. ظاهراً هدف از این اقدامات از بین بردن ذرات ویروسی موجود بر روی سطوح است تا این ذرات ویروسی نتوانند به نحوی از انجا خود را به مجاری تنفسی افراد رسانده و موجب بیماری شوند.

از نظر "تئوری" چندان هم غیرمنطقی نمی‌نماید که ممکن است ذرات ویروسی که مثلاً ترشحات تنفسی یک فرد بیمار که بر روی دستگیره درب قرار گرفته ممکن است توسط دست فرد دیگری برداشته شده و فرد دوم دست‌های خود را به ناحیه T صورت خود زده و ذرات ویروس راهی به مجاری تنفسی وی پیدا کنند.

از نظر تئوری این مسیر یکی از مسیرهای انتقال ویروس به شمار می‌رود و در همین ابعاد نیز چند نکته حائز اهمیت می‌باشد که نخست

^۱ Exaggerated risk of transmission of COVID-19 by fomites. Lancet

Infect Dis. 2020; (published online July)

[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30561-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30561-2)

وجود فردی بیمار با علائم مشهود است که می‌بایست با اقداماتی نظیر سرفه و صحبت کردن ذرات ویروسی را به سطوح منتقل کند، دوم اینکه با توجه به ماندگاری ویروس بر روی سطوح که در هر سطح متفاوت است فرد دیگری در مدت زمانی کمتر از زمان ماندگاری ویروس به سطح مذکور دست بزند، سوم دستان خود را حتماً در تماس صورت و بینی و سینوس‌های خود قرار دهد، چنانچه یکی از عوامل فوق وجود نداشته باشد انتقال ویروس به فرد دوم رخ نخواهد داد.

اما در "عمل و عالم واقعیت" مسئله انتقال از سطوح به چه صورت است؟

آیا سطوح آلوده می‌تواند یکی از مسیرهای انتقال ویروس به شمار برود؟

آیا واقعاً ضدعفونی سطوح و صرف مقادیر عظیم شوینده‌ها و مواد شیمیایی پرخطر امری ضروری‌ست؟

محققانی که در صدد پاسخ به این سؤال برآمدند برای آزمون این فرضیه نخست آلوده‌ترین سطوح ممکن در محیط را به عنوان هدف پژوهش خود انتخاب کردند و بدین منظور راهی بیمارستان‌ها و محیط‌های درمانی شده که بیماران کرونایی در آنجا نگهداری می‌شدند. پژوهشگران به محل نگهداری بیمارانی که ابتلای آنها به کرونا قطعی است رفته و سواب‌های متعددی را به سطوح مختلف این محل مانند دستگیره‌ها، کف و سایر سطوح مالیده و سپس آن را در محیط‌های کشت ویروسی قرار دادند تا اگر چنانچه ویروس‌ها در این سطوح وجود داشته باشند در این محیط رشد و تکثیر کنند.

پیش از اینکه سواب‌ها در محیط‌های کشت سلولی وارد شوند توسط روش PCR مورد بررسی قرار گرفتند تا وجود ویروس بر روی آنها محرز گردد و حتماً ویروس‌ها به واسطه سواب‌ها از سطوح برداشته شده باشند. نتیجه کمی دور از انتظار بود!

"هیچ ویروسی در محیط‌های کشت سلولی رشد نکرده بود!" این بدان معناست که سطوح بیمارستانی حتی در صورت اینکه واجد ذرات ویروسی باشند بنا بر دلایلی نامشخص نمی‌توانند مسیر انتقال ویروس در

نظر گرفته شوند، چرا که اگر ویروس‌های این سطوح نتوانسته‌اند در محیط کشت ویروسی (که تقریباً مشابه سلول‌های میزبان انسانی هستند) به سلول‌های هدف متصل شده، بدان وارد شوند و آن را آلوده کنند پس قطعاً این ذرات قادر به بیماری‌زایی در انسان نیز نخواهند بود. حتی عنوان این مقاله نیز عبارت است از "خطر پایین انتقال ویروس کرونا از اشیاء و سطوح در زندگی واقعی"^۱. و محققین در پایان به سایر یافته‌های پیشین مبنی بر عدم انتقال از سطوح اذعان کرده، به ویژه آن که تحقیقات Goldman که نشان داده بود در خصوص انتقال از سطوح اغراق شده است را بسیار محتمل و عقلانی دانستند و صراحتاً این مسئله را در متن گزارش خود قرار دادند^۲. ذکر عینی مطالب این تحقیق به این خاطر است که هواداران انتقال از سطوح (طراحان فریب و ایادی فروش مواد شیمیایی) این تحقیق را مصادره به مطلوب نموده و ادعا کرده‌اند عدم رشد ویروس در محیط کشت به این خاطر بوده که این سطوح به صورت مرتب ضدعفونی می‌شده‌اند و این امر موجب شده تا ویروس‌ها غیرفعال شده و قادر به رشد در محیط کشت نباشند! از نظر این گروه این تحقیق نه تنها منکر انتقال از سطوح است بلکه تأکید کننده بر اهمیت ضدعفونی سطوح با مواد شیمیایی است! در حالی که محققین در متن مقاله خود صراحتاً بر کم اهمیت بودن انتقال از سطوح تأکید ورزیده‌اند و بر ادعاهای سایر محققینی که اعتقاد چندانی به انتقال از سطوح نداشته‌اند صحه گذاشته‌اند.

ذکر این نکته بسیار شایان توجه است که در این پژوهش چند چیز به نفع ویروس بوده یعنی ویروس‌ها به واسطه سواب‌هایی که هیچ آسیبی به بقای ویروس وارد نمی‌کنند از سطوح برداشته، سپس در محیط‌های

^۱ Low risk of SARS-CoV-2 transmission by fomites in real-life conditions. Published: September 29, 2020 DOI:

[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30678-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30678-2)

^۲ These data would support Goldman's point that the chance of transmission through inanimate surfaces is less frequent than hitherto recognised.

انتقال ویروسی به نام VTM^۱ قرار داده شده تا ویروس در صحت و سلامت به آزمایشگاه منتقل گردد و سپس وارد محیط کشت سلولی شده‌اند، در دمای مناسب قرار گرفته‌اند و نه تنها همانگونه که از نام محیط کشت بر می‌آید تمام لوازم تغذیه و حیات ویروس به مانند هتلی پنج ستاره در آن فراهم است قرار گرفته‌اند، بلکه هیچ عامل مزاحمی نظیر سیستم ایمنی و میکروب‌های دیگری که بقای ویروس را به خطر می‌اندازند نیز وجود ندارد. در حالی که می‌دانیم در عالم واقعیت تمام این امکانات برای ویروس مهیا نیست و عوامل و موانع متعددی بقای ویروس را به خطر می‌اندازد. با تمام این احوال ویروس‌ها باز نتوانستند در محیط کشت ویروسی رشد و تکثیر نمایند. حال این مسیر انتقال را با عامل انسانی تصور کنید. نخست اینکه بجای سواب ویروس توسط دست انسان برداشته شود که:

هم دارای آنزیم‌های تخریبگر ویروسی مانند پروتئازها و نوکلئازهاست که می‌تواند ویروس را تخریب کند.

هم دارای ترشحات اسیدی و محیطی نامناسب برای بقای ویروس است.

هم در بردارندهٔ جمعیت زیادی از میکروب‌های هم زیست مانند باکتری و قارچ‌هاست که خود دشمنان ویروس هستند و اکنون می‌دانیم ترکیبات ضد ویروسی بسیاری توسط آنها ساخته می‌شود. هم در صورت انتقال به بینی و سینوس‌ها در آن منطقه اجزای قدرتمند سیستم ایمنی ذاتی حضور دارند که می‌توانند ویروس را در مدت زمانی کوتاه نابود سازند.

با مقایسه دو وضعیت مذکور به نظر می‌رسد تردیدی باقی نماند که انتقال از سطوح مسیر اصلی انتقال ویروسی نبوده و پروتکل‌هایی که قویاً شستشوی مداوم و افراطی سطوح را روشی در جهت نابودی ویروس معرفی می‌کردند اموری عبث بوده که تنها سازندگان و فروشندگان مواد شوینده را خرسند نموده است.

^۱ Viral Transport Medium

اما آیا شستشوی مفرط سطوح و میلیون‌ها لیتر ماده شیمیایی به کار رفته در این اقدام امری مباح ولی عبث بوده که تنها ایرادی که می‌توان بر آن گرفت بی‌فایده بودن آن است؟ یعنی تنها زیان ناشی از آن زیان مالی است؟

در این بخش می‌بایست به دو سؤال مهم پاسخ داد که؛ اولاً آیا این اقدام بی‌خطر بوده و خود عاملی در راستای ایجاد اپیدمی مصنوعی و بیمارسازی به شمار نمی‌رود؟

و دوم اینکه آیا سازمان بهداشت جهانی از این امر بی‌خبر بوده؟ انجام پژوهشی که اثبات نماید انتقال از سطوح مسیر انتقال ویروس نمی‌باشد به زحمت شاید زمانی بیش از یک الی دو ماه نیاز داشته باشد، پس چرا تقریباً ده ماه پس از شیوع و همه‌گیری این اخبار منتشر می‌گردد (به عقیده بسیاری پس از رکورد زنی فروش مواد شیمیایی و به عقیده ما پس از اینکه شستشوی سطوح با مواد شیمیایی افراد بسیاری را مبتلا به اختلالات تنفسی و حساسیت نمود که گمان کنند مبتلا به ویروس شده‌اند) و به طرز جالبی حتی با نشر این اخبار کماکان انتقال از سطوح توسط این سازمان به عنوان یک مسیر اصلی انتقال در نظر گرفته شده و کما فی سابق بر شستشوی سطوح تأکید می‌گردد؟

نخست به پرسش اول می‌پردازیم:

۱. اپیدمی مصنوعی و جنگ روانی

علائمی که برای بیماری کرونا توصیف شده‌اند بسیار متعدّداند اما در صدر این علائم احساس تنگی نفس، سرفه، خستگی و بدن درد، سرگیجه و بروز اختلال در بویایی و چشایی قرار دارند که این علائم به طور جالبی در اثر برخورد با مواد شیمیایی شوینده و استنشاق گازهای ناشی از آن نیز به وجود می‌آیند. مواد شوینده و شیمیایی نه تنها قادر به ایجاد علائمی مشابه با بیماری کرونا هستند که بعضاً قادراند موجب بروز آسیب‌هایی در سیستم تنفسی فرد شوند که اگر فرد مذکور بر اثر اختلال تنفسی مورد بررسی رادیولوژیک (سی.تی.اسکن) قرار بگیرد الگوی آسیب‌شناسی آن شبیه به نتایج سی.تی.اسکن مبتلایان به کرونا باشد. (نه به طور مطلق)

کمتر کسی می‌تواند انکار کند که تعداد زیادی از مراجعین به مراکز درمانی که علائم تنگی نفس و سرگیجه و حتی درد عضلانی را تجربه کرده و گمان کرده‌اند مبتلا به کرونا شده‌اند در اثر استنشاق بخارات شیمیایی و گازهای ناشی از همین مواد شیمیایی دچار علائم مذکور گردیده‌اند.

برای درک بهتر از این پرده از فریب به ذکر چند نمونه از آسیب‌های اثبات شده این مواد شیمیایی می‌پردازیم.

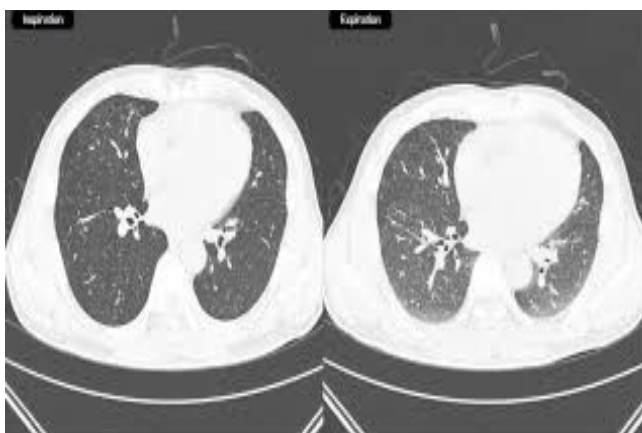
مواد شیمیایی که عمدتاً در ضدعفونی سطوح مورد استفاده قرار می‌گیرند موادی بر پایه کلرین هستند که ترکیبی فوق‌العاده سمی می‌باشد. ترکیباتی مانند کلسیم هیپوکلریت، سدیم هیپوکلریت که دارای کلرین می‌باشند و یا ترکیباتی نظیر سدیم هیدروکسید که فاقد کلرین هستند جزء مشترک اغلب مواد شوینده صنعتی به شمار می‌روند. مثلاً سفید کننده‌های رایج حاوی ۸ درصد ترکیب سدیم هیپوکلریت هستند که این ترکیبات سمی موجب آسیب به پروتئین‌های موجود در دیواره باکتری‌ها و ویروس‌ها شده و به همین خاطر از آنها در ضدعفونی سطوح استفاده می‌شود. محلول‌های حاوی ۱ درصد از هیپوکلریت می‌تواند موجب از بین رفتن ویروس کرونا بر سطوح گردد.

اما خطرات متعددی در استفاده از این مواد شیمیایی وجود دارد. نخست اینکه این مواد همانگونه که توانایی تخریب پروتئین‌های ساختاری میکروب‌ها را دارد (دنا توره کننده چین خوردگی‌های پروتئین‌هاست) به طور بالقوه می‌تواند به پروتئین‌های ساختاری سلول انسانی نیز آسیب برساند که این آسیب با اجتناب از تماس مستقیم و پوشیدن دستکش مرتفع می‌گردد.

اما خطر دیگر این مواد واکنش ناخواسته آن با سایر مواد شیمیایی است که به طور معمول در منازل و محیط‌های صنعتی وجود دارد. موادی از جمله جرم‌گیرهای سطوح و ترکیبات حاوی آمونیاک که به طور معمول در منازل موجود بود و به منظور نظافت سطوح مورد استفاده قرار می‌گیرد در مجاورت ترکیبات حاوی هیپوکلریت موجب آزاد شدن گاز کلرین می‌شود که این گاز در برخورد با بافت‌های مرطوب مانند چشم و

دستگاه تنفسی موجب ساخته شدن ترکیبی اسیدی و مهلک به نام هیپوکلرید اسید و یا HCL می‌گردد که بخارات این ترکیب کشنده موجب آسیب‌های جدی بر مجاری تنفسی شده و در حالات شدید حتی ممکن است به مرگ نیز منتهی شود.

التهاب ایجاد شده در ریه افراد بر اثر استنشاق این گاز بسیار شبیه همان الگوی است که توسط عفونت ناشی از ویروس کرونا ایجاد می‌گردد و چنانچه فردی که بر اثر مجاورت با این گاز دچار التهاب ریوی شده در مورد بررسی سی.تی.اسکن قرار دهیم تشخیص اینکه لکه‌های سفید موجود در نتایج سی.تی.اسکن ناشی از این مواد بوده و یا ناشی از عفونت میکروبی قدری دشوار می‌باشد.



تصویر ۱۱۷- سی.تی.اسکن ریه؛ التهاب ناشی از استنشاق بخارات مواد شوینده شیمیایی

طبق تصویر ۱۱۷، آیا ممکن است اگر چنین فردی دچار تب و تنگی نفس شده و به مرکز تصویربرداری مراجعه نماید با مشاهده این تصویر مبتلا به کرونا در نظر گرفته شود؟

صرفنظر از آسیب‌های شدید این مواد شیمیایی که موجب درگیری ریوی و حتی مرگ ناشی از آن می‌گردد، آسیب‌های خفیف و جزئی این مواد نیز شامل تنگی نفس، اختلال در بویایی و چشایی و حتی بینایی

می‌باشد که بسیار شبیه به علائم بیماری کرونا می‌باشد و حتی اگر چنین علائمی را نیز موجب نشود با اختلال در سدهای مخاطی مجاری تنفسی و از هم گسیختگی سطوح پوشاننده سلول‌های تنفسی آنها را در مقابل میکروب‌ها و آلودگی هوا آسیب‌پذیرتر می‌نماید.

حال می‌بایست این سؤال را از خود بپرسیم که چه تعداد از افرادی که در آنها شاهد بروز اختلالات تنفسی بوده‌ایم و گمان می‌کردیم توسط ویروس کرونا آلوده شده‌اند صرفاً به علت استنشاق گازهای شیمیایی دچار حالات فوق شده بودند و صرف اینکه حتی تصاویر سی.تی.اسکن آنها نیز نشان دهنده التهاب و درگیری بوده است و حتی تعداد زیادی از افراد که حالت فوق را تجربه نکرده‌اند اما در معرض بخارات این مواد شیمیایی بوده‌اند حالتی از سرگیجه و سردرد را تجربه کرده‌اند و یا دستکم با تضعیف سیستم ایمنی موضعی خود در نواحی تنفسی در مقابل آلودگی‌های هوا سایر میکروب‌ها آسیب‌پذیرتر شده‌اند؟

در واقع استفاده مفرط از مواد شیمیایی به منظور جلوگیری از عفونت ویروسی خود یکی از قطعات پازل ایجاد اپیدمی مصنوعی و بیمارسازی می‌باشد. با این امر افراد هم در خود و هم در اطرافیان شاهد بروز اختلالات تنفسی و تابلوهای بالینی بیمارگونه خواهند بود که کاندیدای ترجیحی آن عامل ویروسی است که این روزها تیر تمام اخبار و جراید قرار گرفته نه مواد شیمیایی که خود با خیال مراقبت در مقابل ویروس از آن استفاده کرده‌ایم و غافل از این که این شستشو اصلاً مفید نبوده و ویروس تقریباً قابل انتقال از سطوح نیست.

با چه توجیه و استدلالی می‌توان پذیرفت سازمان بهداشت جهانی از این امر بی‌اطلاع بوده و فرصت کافی برای آزمایش سطوح در اختیار نداشته و همگان را تشویق به ضدعفونی سطوح نموده تا جایی که این امر به لطف رسانه‌ها در کسوت اقدامی قهرمانانه و فرانسائی درآمده و در عین بی‌فایده بودن هر روز افراد بیشتری را به کام بیماری‌های تنفسی کشانده است؟ آیا می‌توان پذیرفت این امر تصادفی بوده و تعمداً برای ایجاد اپیدمی مصنوعی و القای وحشت طراحی نشده است؟

جالب‌تر اینکه حتی با فرض عدم ادغام و واکنش گازهای ناشی از شوینده‌ها و صرف مجاورت افراد با گازهای ترکیبات هیپوکلریت نیز افراد علائمی کوتاه مدت و بلند مدت از اختلالات تنفسی، سردرد، خستگی و حتی اختلال در بویایی چشایی را تجربه خواهند کرد و شاید این عامل پاسخی باشد برای اینکه چرا تا پیش از سال ۲۰۱۹ ما تا به این اندازه شاهد بروز اختلالات تنفسی و حواس دوگانه در اطرافیان خود نبوده‌ایم؟! شاید بتوان اینگونه پاسخ داد که تا قبل از این ما تا به این اندازه از مواد شیمیایی در محیط زندگی خود استفاده نکرده بودیم و امروزه از هراس یک ویروس کشنده دست به این اقدام زده‌ایم در حالی که می‌دانیم امری مفید نبوده و تنها نتیجه آن ایجاد یک جو روانی و اپیدمی مصنوعی با علائم مشابه با بیماری کرونا بوده به طوری که گمان کرده‌ایم ویروس کرونا عامل این اختلالات است.

اما بهداشت افراطی سطوح و شستشوی مفرط نوع دیگری از اپیدمی مصنوعی را نیز در پی خواهد داشت: با مبادرت به ضد عفونی بیش از اندازه سطوح و محیط و در عین حال قرنطینه بلند مدت و شستشوی دائم دست و بدن جمعیت میکروب‌های همزیست (میکروبیوتا) نیز دچار کاهش خواهد شد و کاهش تعداد و تنوع این میکروب‌ها برای تمام این میکروب‌های همزیست به یک اندازه نخواهد بود، بلکه با این شرایط جمعیت میکروب‌های بی‌خطر و کم‌خطر کاهش یافته و انواع بیماری‌زا و پر خطر با فرصت‌طلبی می‌توانند ایجاد بیماری کنند.

چگونه بهداشت افراطی و قرنطینه بلند مدت موجب بروز بیماری می‌شود؟ آیا ممکن است راهکاری که برای پیشگیری از بیماری به ما ارائه داده‌اند خود تولید کننده بیماری و منشأ اختلالات تنفسی و گوارشی باشد؟ برای پاسخ به این سؤال باید دید در ریز محیط دستگاه تنفسی چه فعل و انفعالاتی در مواقع طبیعی و هنگام رعایت بهداشت افراطی رخ می‌دهد.

بخشی مشترک از دستگاه تنفسی و گوارشی را به عنوان نمونه در نظر می‌گیریم. نازوفارنکس (حلق)

به طور طبیعی نازوفارنکس انسان زیستگاه میکروب‌های متعدد و متفاوتی می‌باشد که حتی در حالت عادی در این محل سکونت دارند. باکتری‌های ساکن این منطقه به دو دسته بیماری‌زا و غیر بیماری‌زا تقسیم می‌شود. توجه داشته باشید که حتی باکتری‌های بیماری‌زا نیز در حالت طبیعی و سلامت نیز در این ناحیه ساکن هستند و در همین لحظه که شما مشغول خواندن این صفحات هستید میلیون‌ها باکتری بیماری‌زا در دستگاه تنفسی شما و ناحیه نازوفارنکس شما حضور داشته و منتظر فرصتی مناسب برای بیماری‌زایی هستند. این باکتری‌ها عبارتند از:

۱. هموفیلوس آنفولانزا (عامل پنومونی و عمده‌ترین باکتری این ناحیه)

۲. استافیلوکوک (عامل پنومونی)

۳. استرپتوکوک (عامل پنومونی)

۴. موراکسلا (عامل پنومونی)

* تمامی این باکتری‌ها می‌توانند منجر به ایجاد بیماری شوند که بسیار شبیه به بیماری کرونا هستند (با چند تفاوت جزئی که معمولاً در هیاهوی شیوع گم می‌شود)

پس در حالت عادی این باکتری‌های بیماری‌زایی که هر یک می‌تواند ایجاد پنومونی کرده و فرد را به کام مرگ بکشاند در دستگاه تنفسی شما وجود دارد اما در حالت عادی قادر به بیماری‌زایی نیست به چند دلیل:

۱. نظارت دائمی سیستم ایمنی و سدهای مخاطی

۲. وجود گونه‌های غیربیماری‌زا که با رقابت و محدود کردن این جمعیت بیماری‌زا به آنها اجازه تکثیر و افزایش نمی‌دهند و علاوه بر آن با تولید سموم و ترکیبات ضد میکروبی مانع بقای میکروب‌های بیماری‌زا می‌شوند.

۳. فراهم نبودن شرایط مساعد محیطی از نظر دما و... برای این گروه از میکروب‌ها

چنانچه من قصد داشته باشم عمده‌اً شما را بیمار کنم؛

۱. کافی‌ست با اموری در درجه اول، سیستم ایمنی شما را تضعیف نمایم (اموری همچون استرس، بی‌خوابی، سوء تغذیه، محروم ساختن شما

از نور آفتاب و شریک جنسی و طبیعت به عنوان مخزن میکروب‌های مفید که برخورد با آنها منجر به تقویت سیستم ایمنی خواهد شد) و با تشویق شما به ضد عفونی افراطی به مخاطات تنفسی شما آسیب وارد کنم تا راه ورود ویروس هموار گردد.

در درجهٔ دوم، به نحوی جمعیت میکروب‌های مفید غیربیماری‌زا را کاهش داده و شرایط رشد و تکثیر را برای میکروب‌های فرصت طلب بیماری‌زا فراهم کنم. و این امر با وادار کردن شما به ماندن در یک محیط بسته، شستشوی افراطی و استریل کردن همه چیز و دور نگاه داشتن شما از سایر افراد میسر می‌گردد، چون در این حالت میکروب‌های مفید هر روز کمتر شده و مسیر آن از محیط به داخل بدن منقطع می‌گردد.

۲. ویروس تنفسی را در محیط شما منتشر کرده و با آموزش‌های غلط مکانیسم‌های دفاعی علیه ویروس در شما را رو به ضعف برده تا افراد با ویروس برخورد نمایند: حال یا توسط خود ویروس بیمار شده و یا ویروس شرایط مساعدی برای عفونت‌های ثانویه باکتریایی توسط میکروب‌های همزیست بیماری‌زا فراهم خواهد کرد.

* معماران فریب قرن تقریباً هر سه مورد را انجام داده‌اند! حال آیا افزایش بیماران تنفسی چه ناشی از خود ویروس باشد و چه ناشی از باکتری‌ها و... امری دور از انتظار است؟ در چنین شرایطی اگر تعداد بیماران و افراد مبتلا به ناراحتی‌های تنفسی افزایش نیابد جای تعجب است!

در واقع تولید بیماری و ایجاد اپیدمی مصنوعی در این حالت دارای دو بازوی مهم می‌باشد:

۱. بازوی اول وادار کردن افراد به یکجا نشینی و قرنطینه خانگی و شستشوی مفرط محیط و بدن که موجب می‌شود؛ اولاً میکروب‌های همزیست رفته رفته دچار کاهش شوند و ثانیاً افراد نتوانند این میکروب‌ها را از محیط جایگزین نمایند چرا که محیط زندگی آنها نیز (قرنطینه) با مواد شیمیایی و شوینده تقریباً عاری از میکروب‌های مفید شده است. در حقیقت بدن انسان محل تبادل میکروب‌های همزیست بین محیط و فرد می‌باشد که این مسیر دو طرفه همه روزه در جریان بوده و می‌بایست

دائماً تعداد زیادی از میکروب‌های محیطی وارد بدن انسان شد و در مقابل جمعیتی از آنها که در داخل و سطح بدن انسان تکثیر نموده‌اند از بدن انسان وارد محیط گردد. این در حالی‌ست که قرنطینه و شستشوی محیط باعث برهم خوردن تعادل این جریان می‌شود و رفته رفته جمعیت و تنوع میکروبیوتا کاهش می‌یابد که این امر فضای مناسبی اولاً برای عفونت‌های ویروسی احتمالی پدید می‌آورد، چرا که می‌دانیم برخورد با آنتی ژن‌های میکروبی خود یکی از عوامل رونویسی از ژن‌های اجزای مهمی از سیستم ایمنی مانند اینترفرون‌هاست، ثانیاً با کاهش تنوع و جمعیت میکروبیوتاها فرصت مناسبی برای گونه‌های فرصت‌طلب نظیر استافیلوکوک، استرپتوکوک، موراکسلا، هموفیلوس آنفولانزا پدید می‌آید که جملگی علائمی مشابه با بیماری کرونا داشته و با بروز اولین علائم فرد مشکوک به ابتلای به کرونا می‌شود و بدون تست‌های افتراقی مبتلا به کرونا تلقی می‌گردد. در حقیقت با بهداشت افراطی محیط هم مسیر عفونت‌های احتمالی ویروسی را با تضعیف ایمنی و حذف میکروبیوتا فراهم ساخته‌ایم و هم فرصت بیماری‌زایی به باکتری‌هایی را داده‌ایم که خود از نظر بیماری‌زایی و علائم شبیه ویروس کرونا بوده و بدین ترتیب موجی از اپیدمی مصنوعی ایجاد کرده‌ایم.

نتیجه این امر مشاهده افراد مبتلا به بیماری‌های تنفسی و باکتریایی بیش از پیش و به تبع آن گمان بروز یک همه‌گیری ویروسی می‌باشد. چرا که افراد عادی که به این مسائل اشراف ندارند با خود می‌گویند به چه علت در سنوات گذشته در دوستان و اطرافیان خود این تعداد از بیماران را مشاهده نکرده‌اند؟ در حالی که افزایش تعداد افرادی که دارای علائم هستند متأثر از عوامل متعددی‌ست که یکی از آنها همین بهداشت افراطی محیط می‌باشد. بدین ترتیب موجی از شرایط روانی و همه‌گیری وحشت ناشی از بیماری ایجاد می‌گردد که جمعیت بیماران تا به این جای کار در چهار گروه قرار می‌گیرند:

۱. گروه اول افرادی که اصلاً بیمار نبوده، بلکه با شرطی شدن و افزایش حساسیت‌های روانی هر علامتی از جمله تب و بدن درد را ابتلای

به ویروس کرونا قلمداد کرده است در حالی که این علائم را افراد به طور طبیعی در طی سال چند بار تجربه خواهند کرد (خطای شناختی تأیید).
۲. گروهی که به واسطه برخورد با مواد شیمیایی دچار علائم بیماری شده‌اند (اپیدمی مصنوعی).

۳. گروهی که به واسطه بهداشت افراطی و قرنطینه و تضعیف سیستم ایمنی ناشی از استرس و حذف میکروبیوتا به عفونت‌های باکتریایی مبتلا شده‌اند و علائمی مشابه با بیماری کرونا از خود نشان می‌دهند (اپیدمی مصنوعی).

۴. گروهی که واقعاً به ویروس کرونا مبتلا شده‌اند که ابتلای آنها نیز بسیار متأثر از تضعیف سیستم ایمنی به واسطه استرس و حذف میکروبیوتا، مجاورت با مواد شیمیایی تخریب کننده خطوط دفاعی ایمنی ذاتی و... می‌باشد و چنانچه این اقدامات فریبکارانه انجام نمی‌گرفت بسیار محتمل بود که در برخورد با ویروس بتوانند بر آن چیره شوند، اما با بهداشت افراطی محیط و قرنطینه و افسردگی و وحشت عملاً سیستم ایمنی خود را در مقابل ویروس ضعیف و ناتوان ساخته‌اند. (ابتلای واقعی ولی بازهم متأثر از فریب)

با در نظر گرفتن دستجات فوق و عواملی که منجر شده تا یک جمعیت از افراد عادی کم و بیش علائمی از بیماری را تجربه کنند و آن را به حساب ابتلای به کرونا بگذارند مفهوم اپیدمی مصنوعی و طراحی فریب قدری بیشتر بر ما روشن می‌شود.

اما شاید برای شما این سؤال پیش بیاید که مگر روش‌های تشخیص افتراقی و آزمایشگاهی موجود نیست که بتواند در چنین شرایطی تشخیص دهد بیماری ایجاد شده در فرد ناشی از ویروس کروناست و یا ناشی از باکتری‌ها ایجاد کننده پنومونی و یا مواد شیمیایی؟

پاسخ: روش تشخیص تخصصی و افتراقی این اختلالات دو متد تخصصی کشت میکروبی و روش PCR می‌باشد که روش کشت به علت

زمان بر بودن و نیاز به تجهیزات تخصصی عملاً در بیمارستان‌ها انجام نمی‌شود و محدود به مراکز تحقیقات است و روش دوم یعنی PCR نیز در اسفند ماه سال گذشته از کرایتریای تشخیص حذف گردید و شرایط بالینی بیمار به عنوان ملاک تشخیص بیماری جایگزین شد!

بدین صورت که با مشاهده فردی که دارای علائم بالینی نظیر تب و سرفه و درد عضلانی و اخلاص در حواس بویایی و چشایی است، بنا را بر عفونت کرونایی گذاشته و تشخیص افتراقی به وسیله تست PCR انجام نشود.

با این رویکرد تمام کسانی که در چهار دسته فوق جای می‌گیرند به عنوان بیماران کرونایی در نظر گرفته شده و نه تنها جزوی از آمار مبتلایان خواهند بود، بلکه با برنامه دارویی مشخصی که برای بیماری کرونا در نظر گرفته شده است درمان خواهند شد. مگر آن که تحت شرایط خاصی تشخیص افتراقی انجام پذیرد که خود مستلزم هزینه اضافه‌تر، اختصاص وقت و ابزارهای تخصصی و از همه مهمتر منافی سیاست‌های تولید ترس و وحشت است و به همین سبب از آن معمولاً چشم پوشی می‌شود.

اما تأکید بر ضدعفونی محیط به منظور مبارزه با ویروس کرونا ابعاد هولناک دیگری نیز خواهد داشت:

سیاستی خزنده و مرگبار که بنگاه بهداشت جهانی را تبدیل به فرصتی تکرار نشدنی برای سرمایه‌گذاری نموده است. تولید بیماری‌هایی که هزینه درمان آنها بسیار قابل توجه است، این بار از کودکان تا بزرگسالان؛

ارتباط ضدعفونی کننده‌ها با آسم و ناباروری (بیماری‌های بسیار پولساز برای بنگاه‌های بهداشتی)

بررسی مختصر و مستند آثار افزایش استفاده از مواد شیمیایی سمی برای مبارزه با کووید-۱۹ با وجود تأثیر بر سلامتی افراد به ویژه کودکان مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها به مدارس می‌گوید که برای جلوگیری از شیوع ویروس کرونا، مدارس را با محصولات مورد تأیید آژانس حفاظت از محیط زیست ایالات متحده تمیز و ضدعفونی کند (۱و۲). اما آنچه روشن نمی‌کند این است که برخی از آن محصولات حاوی مواد شیمیایی مضر هستند. مواد ضدعفونی کننده توصیه شده توسط آنها، حاوی ترکیبات آمونیوم کواترنر یا چهار ظرفیتی هستند (۳)، گروه گسترده‌ای از مواد شیمیایی که به آنها کوات گفته می‌شود و می‌توانند به پوست جذب شوند، و با آسیب سیستم تولید مثل، آسم و سایر بیماری‌های تنفسی نیز مرتبط هستند (۴). کودکانی که به طور معمول حدود یک سوم از روزهای خود را در مدارس می‌گذرانند، بیشتر در معرض خطرات زیست محیطی هستند (۵). به گفته متخصصین، این امر به این دلیل است که اندام‌ها و سیستم ایمنی بدن آنها هنوز در حال توسعه است و پس از تماس با سطوح، چشم و دهان خود را لمس می‌کنند (۶). طبق گفته دکتر جروم پالسون، متخصص اطفال و استاد برجسته دانشگاه جورج واشنگتن، کودکان همچنین به ازای هر پوند از وزن بدن هوای بیشتری را نسبت به بزرگسالان تنفس می‌کنند، "مواجهه آنها در حین استنشاق، بیشتر از مواجهه بزرگسالان خواهد بود" (۷). در مطالعه‌ای توسط محققین مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، گزارشات مربوط به بیماری‌های مرتبط به آفت‌کش‌ها را در مراکز مراقبت از کودکان، از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۰۲ بررسی و در مجله انجمن پزشکی آمریکا منتشر شده است (۸). آنها دریافتند که ضدعفونی کننده‌ها، از

جمله ضدعفونی کننده‌های بر پایه ترکیبات آمونیوم کواترنر، در ۸۳۰ مورد از ۲۵۹۳ بیماری مربوط به آفت‌کش‌ها، از جمله عفونت دستگاه تنفسی فوقانی، نقش دارند. مطالعات انجام شده بر روی بزرگسالان که به طور منظم در معرض محصولات تمیز کننده مبتنی بر ترکیبات آمونیوم کواترنر، افزایش خطر آسم را نشان داد (۹). برنامه پیشگیری از آسم مربوط به کار در کالیفرنیا هشدار می‌دهد که آسم قبلی می‌تواند با ورود به یک اتاق یا ساختمانی که اخیراً با محصولات حاوی این مواد اسپری شده است، بدتر شود (۱۰). یک مطالعه دیگر نتیجه گرفت که متخصصان مراقبت‌های بهداشتی در اثر قرار گرفتن در معرض مواد پاک کننده، به آسم مبتلا می‌شوند (۱۱). ترکیبات آمونیوم چهار ظرفیتی، با ناباروری نیز ارتباط دارند. یک مطالعه ۲۰۱۴ که توسط مؤسسه ملی بهداشت انجام شد، نشان داد که ضدعفونی کننده‌های آمونیوم کواترنر "به طور قابل توجهی سلامت باروری را در موش‌ها مختل می‌کنند"، موش‌ها کاهش باروری و تولید مثل (تعداد فرزندان) را تجربه می‌کردند (۱۲). این مطالعه همچنین نشان داد که این مواد ماه‌ها پس از اسپری کردن بر روی قفس‌ها باقی می‌مانند. در سال ۲۰۱۷ یک مطالعه مشترک توسط محققین مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها و مؤسسه ملی ایمنی شغلی نشان داد که قرار گرفتن در معرض ترکیبات آمونیوم چهار ظرفیتی می‌تواند منجر به نقایص نادر در هنگام تولد شود (۱۳). این مطالعه نشان داد که ۱۵ درصد از موش‌های تازه متولد شده که مادران آنها در معرض ترکیبات آمونیوم چهار ظرفیتی قرار داشته‌اند، دارای نقص لوله عصبی بوده‌اند. این مطالعه نشان داد که نقایص مادر زادی دو نسل باقی می‌مانند، که نشان دهنده این امر است که ترکیبات آمونیوم چهار ظرفیتی توانایی تغییر ژن‌ها را دارند.

1. www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/clean-disinfect-hygiene.html
2. www.epa.gov/pesticide-registration/list-n-disinfectants-coronavirus-covid-19
3. cfpub.epa.gov/giwiz/disinfectants/index.cfm
4. med.nyu.edu/pophealth/sites/default/files/pophealth/QACs%20Info%20for%20Physicians_18.pdf
5. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5812020
6. doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0151
7. www.consumerreports.org/cleaning/when-using-household-disinfectants-parents-should-be-cautious
8. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16046652
9. bmjopen.bmj.com/content/3/9/e003568
10. prhe.ucsf.edu/sites/g/files/tkssra341/f/Fact%20Sheet_Information%20for%20Workers.pdf
11. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21602538
12. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4260154
13. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5905424

به عنوان نتیجه سازمان بهداشت جهانی، CDC و امثالهم با استناد به اطلاعات نادرست و غیرواقعی اقدام به ارائه دستورالعمل‌های نادرست و خطرناکی نموده که نه تنها کمکی در پیشگیری از ابتلای به ویروس نکرده بلکه خود تسهیلگر عفونت ویروسی بوده و خود بیماری‌هایی ایجاد می‌کند که اتفاقاً علائم بسیار شبیه به بیماری کرونا داشته و با این روند اپیدمی مصنوعی ایجاد می‌گردد. و معماران این اپیدمی مصنوعی همان کسانی هستند که از این دستورالعمل‌ها پیروی نموده و خود به تولید بیماری در خود و اطرافیان خود پرداختند با این تصور که در حال جلوگیری از بیماری هستند! و این همان فریب قرن است.

”ویروس ساخته‌ام
اگر بگویم از سطوح منتقل می‌شود بسیار به نفع من است،
هم در عده بسیاری اختلالات تنفسی ایجاد می‌گردد،
هم میکروب‌های مفید محیط را در قرنطینه کاهش داده‌ام،
هم مسیر ورود ویروس را هموار ساخته‌ام،
هم سبب خرسندی دوستانی شده‌ام که سازنده و فروشنده
این مواد هستند،
مضاف بر اینکه صحنه‌های سمپاشی شهر و معابر با
لباس‌های خوف‌آور بسیار وحشت‌آور است...
من طراح فریب قرن هستم“

پردهٔ پانزدهم فریب

معمای رانیتیدین

کمی قبل از آغاز شیوع ویروس کرونا زمزمه‌هایی مبنی بر سرطان‌زا بودن یکی از رایج‌ترین و پرمصرف‌ترین داروهای جهان به گوش می‌رسد. رانیتیدین بیسموت سولفات!

این دارو عمدتاً برای درمان زخم معده، اختلالات گوارشی و بازگشت اسید معده به مری و کاهش ترشح بیش از اندازه اسید معده موسوم به سندروم زولینگر - الیسون و بسیاری از اختلالات دیگر تجویز شده و در اشکال خوراکی و تزریقی یکی از پرمصرف‌ترین داروهای جهان می‌باشد. سازمان غذا و داروی آمریکا اندکی قبل از آغاز همه‌گیری کرونا مدعی می‌شود بعضی از انواع این دارو به علت داشتن مقادیر بالای نیتروزآمین NDMA می‌تواند منجر به بروز سرطان شود. اما شواهد علمی برای اینکه این دارو را از تمام داروخانه‌ها جمع‌آوری شود و تولید آن ممنوع گردد وجود نداشت.

چند ماه پس از آغاز همه‌گیری کرونا و در ماه آوریل سال ۲۰۲۰ (فروردین ۱۳۹۹) سازمان غذا و داروی آمریکا این بار در بیانیه‌ای قاطع این دارو را سرطان‌زا اعلام کرده و این بار اقدام به جمع‌آوری آن از تمام داروخانه می‌نماید. طبق معمول پس از این اقدام کشورهای متعددی نیز به اقدامی مشابه روی آورده و رانیتیدین از تمام داروخانه‌ها جمع‌آوری و خطوط تولید آن متوقف می‌گردد و از کسانی که در حال مصرف این دارو بوده‌اند خواسته می‌شود داروی دیگری را طبق نظر پزشک معالج جایگزین این دارو نمایند.

سرعت عمل و جدیت سازمان‌های بهداشتی در جمع‌آوری این دارو در ابتدا چندان جلب توجه نمی‌کرد، اما پژوهشگران هنگ کنگی در یک تحقیق علمی مجدداً این دارو را در کانون توجه‌ها قرار دادند.

“داروی رانیتیدین موجب کاهش تکثیر ویروس کرونا و بهبودی ریه در مدل‌های حیوانی شده است”

در موش‌های آزمایشگاهی این دارو موجب کاهش تکثیر ویروس کرونا و کاهش بار ویروسی شده است. این دارو توانسته دو آنزیم بسیار مهم به

نام ATPase و هلیکاز ویروسی را که هر دو برای بقاء و تکثیر ویروس ضروری هستند را مهار کرده و با جایگزینی غیر قابل بازگشت یون‌های بیسموت به جای یون‌های زینک در ساختمان آنزیم‌های ویروسی شدت عفونت در موش‌های آزمایشگاهی را کاهش داده است. دکتر Wang محقق برجسته این طرح قاطعاً اعلام می‌دارد که این داروی ارزان قیمت توانسته است بار ویروسی را در ریه حیوانات آزمایشگاهی (همستر) کاهش دهد و ادعای سرطان‌زا بودن این دارو با توجه به این که ده‌ها سال این دارو توسط مردم مصرف می‌گردد قدری عجیب است! این دارو به طور کامل بی‌خطر می‌باشد.

شگفت‌انگیز این که گران قیمت‌ترین داروهایی که توسط سازمان غذا و داروی آمریکا برای درمان کرونا تأییدیه اخذ نموده است. (رمدسیویر) فاقد اثر شناخته شده و دارویی که توسط سازمان غذا و دارو خطرناک تلقی شده و در اقدامی ضربتی از تمام داروخانه‌ها جمع‌آوری می‌شود یک داروی واقعاً موثر، ارزان قیمت و فراوان شناخته می‌شود (دستکم در تحقیقات حیوانی!).

آیا این مسئله صرفاً یک شک بی‌مورد است؟
چگونه تا به این اندازه مسائل مشکوک و مبهم پیرامون یک بیماری ویروسی وجود دارد که گویی فریب از سر و روی آن می‌بارد؟!
”ویروسی ساخته‌ام

ویروسم نباید به هدر برود،
هر دارو و غذایی که بر روی ویروس اثر مهاری داشته باشد، می‌بایست ممنوع و دور از دسترس باشد،
و داروهایی که هیچ اثری بر روی ویروس من ندارند می‌بایست تأیید شوند...
من طراح فریب قرن هستم“

^۱ Metallodrug ranitidine bismuth citrate suppresses SARS-CoV-2
Replication and Relieves virus associated pneumonia in Syrian hamsters, 07,oct,2020, Nature
^۲ Thailand Medical News

نیم پرده فریب

”تقسیم کار یعنی کمونیسم و ویروس بسازد، کاپیتالیسم دارو بفروشد، توتالیتریسم بر موج وحشت سوار شده و سرکوب کند و رسانه به پیمانکاری پردازد! چهار قاره کره شمالی گوش به دهان محققان و رسانه‌ها...”

تأیید و تکذیب! و آنچه حد فاصل این دو رخ می‌دهد!
”مردی در وسط چهار راه ایستاده بود و کلاه خود را تکان می‌داد!

به او گفتند چرا این کار را انجام می‌دهی؟
پاسخ داد: با این کار تلاش می‌کنم مانع نزدیک شدن کرگدن‌ها به شهر شوم و جان ساکنین شهر را نجات دهم!
گفتند: اما اینجا که کرگدنی وجود ندارد! (و هرگز کرگدنی در این قاره دیده نشده)

گفت: پس من در انجام وظیفه مقدس خود موفق بوده‌ام!

در مورخ ۲۰ آوریل سال ۲۰۲۰ تنی چند از محققین و دانشمندان چینی در گزارشی اعلام می‌کنند که ویروس کرونا دچار جهش‌هایی شده است که بیماری‌زایی و کشندگی آن را افزایش داده است!
تیترا اخبارهای گوناگون به این شرح بود که ”ویروس کرونا ۳۰ بار جهش کرده و ۳۰ شاخه گوناگون از آن پدید آمده است“.

برخی دیگر نوشته بودن که ”کرونا با ۳۰ بار جهش، مرگبارتر شده است“
برخی دیگر معتقد بودند که ”ویروس اروپا و آمریکا به سبب جهش‌های اخیر کشندگی بیشتری کسب کرده است“
گروهی دیگر هم با هاله‌ای از نگرانی گفته بودند که ”توانایی‌های این ویروس دستکم گرفته شده است“

THE CORONAVIRUS PANDEMIC

China / Science

Coronavirus's ability to mutate has been vastly underestimated, and mutations affect deadliness of strains, Chinese study finds

- The most aggressive strains of Sars-CoV-2 could generate 270 times as much viral load as the least potent type
- New York may have a deadlier strain imported from Europe, compared to less deadly viruses elsewhere in the United States

Tags: Coronavirus pandemic

**Stephen Chen in Beijing**
Published: 11:47pm, 20 Apr 2020

WHO says coronavirus SCMP

NEW YORK POST

NEWS



Coronavirus has mutated into at least 30 different strains, Chinese study finds

By Christopher Carbone, Fox News

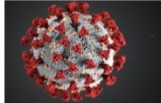
April 21, 2020 | 8:17pm | Updated



Coronavirus Becoming Deadlier: Study

April, 21, 2020 | 11:50 | [World news](#)

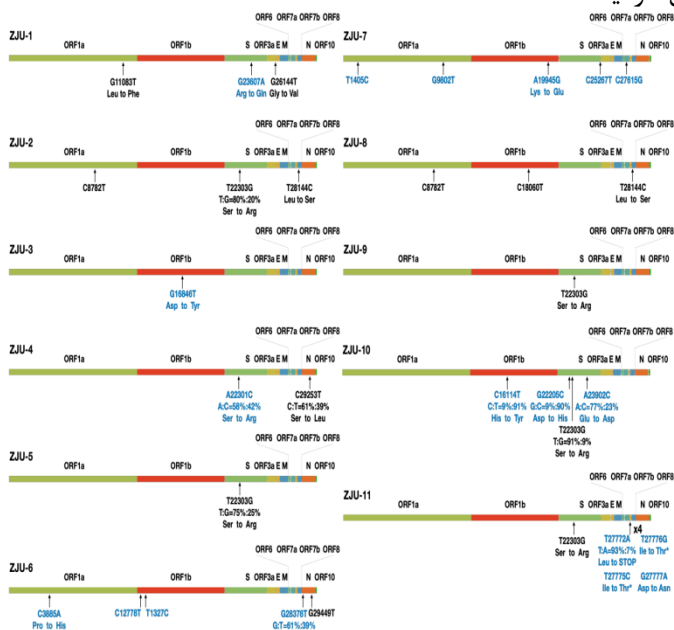
TEHRAN (Tasnim) – The novel coronavirus has mutated into at least 30 different strains, which could have very deadly complications for the pandemic, a new study found.



A team of Chinese researchers from Zhejiang University say there are tens of strains of the virus, known as SARS-COV-2.

تصویر ۱۱۸- مانور شدید رسانه‌ها مبنی بر جهش‌هایی که ویروس کرونا را تهاجمی‌تر و کشنده‌تر کرده است!

این محققین تنها با بررسی ۱۱ بیمار و بررسی ژنوم ویروس‌هایی که از این ۱۱ بیمار به دست آمده است اینگونه نتیجه گرفته‌اند که چون این ویروس‌ها توانسته است در رده سلولی در محیط آزمایشگاهی بیشتر موجب آلوده شدن سلول‌ها شود پس در نتیجه ویروس کرونا نیز کشندگی بیشتری یافته است! این بدان معناست که در حدود دو ماه پس از آغاز همه‌گیری، ویروس کشنده‌تر و هولناک‌تر شده است، و این نتیجه رعب‌آور و تکان دهنده تنها با بررسی ۱۱ بیمار آن هم در کشور چین حاصل گردیده است!...



تصویر ۱۱۹- جهش‌های ویروس کرونا طبق تحقیقات پژوهشگران چینی! اما حدوداً ۷ ماهی زمان نیاز بود تا با بررسی ژنوم ویروس‌های جدا شده از ۴۶۷۲۳ نفر در مراکز متعدد تحقیقاتی مشخص شود هیچ جهشی

که مسبب افزایش قدرت سرایت و بیماری‌زایی ویروس بوده است، رخ نداده است و تمامی جهش‌ها خنثی و در نتیجه فشار سیستم ایمنی بوده است.^۱ به بیان ساده: کشنده‌تر شدن ویروس تکذیب می‌شود!

اما خبر جهش‌های خطرناک آن هم در ۱۱ بیمار تا ماه‌های مدید سایه هولناکی بر رسانه‌ها و افکار عمومی انداخته بود. خبری که تنها به یک تحقیق با ۱۱ بیمار در چین استناد کرده بود. خبری که تیترو روزنامه‌ها و رسانه‌ها را اجاره کرده بود. خبر کار خود را کرده بود!

در نگاه اول شاید چندان هم امر غیرمعمولی به نظر نرسد. چرا که در عوالم تحقیقات میکروبی و ژنتیکی چنین چیزی چندان هم دور از ذهن نیست. نتایج یک تحقیقات با جامعه آماری محدود می‌تواند توسط تحقیقات گسترده دیگری نقض گردد و یا حتی با انجام تحقیق در اقلیم دیگری نتایج متفاوتی حاصل گردد و راه‌گزینی علمی برای این مسئله وجود دارد. اما این تمام ماجرا نیست. حد فاصل این دو رخداد اتفاقات جالب‌تری نیز رخ می‌دهد.

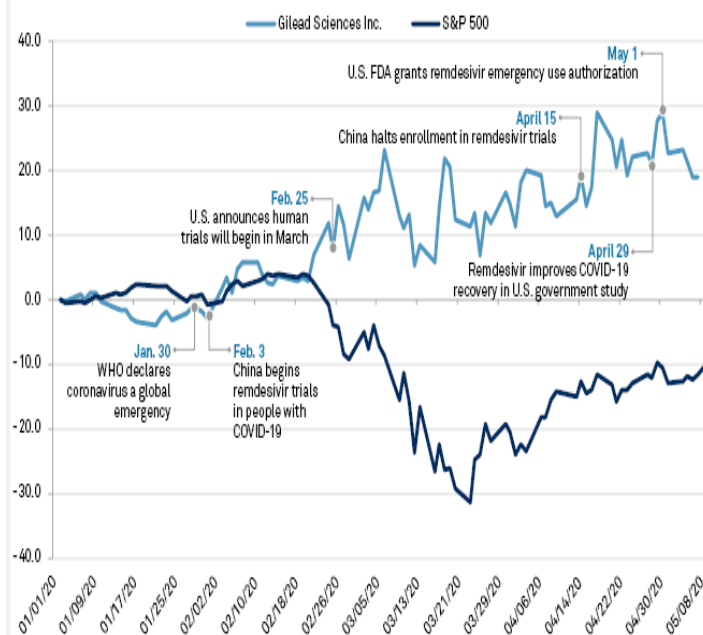
گزارش‌هایی از تحقیقات علمی آن هم در برهه‌ای از تاریخ که اغلب مردم جهان در خانه‌های خود محبوس گردیده‌اند و همه روزه با اشتیاق و امید اخبار تحقیقات را دنبال می‌کنند، به ویژه اگر با تعطیلی ظاهری اقتصادهای جهان همراه گردد می‌تواند ابعاد دیگری نیز داشته باشد.

^۱ No Evidence for increased transmissibility from recurrent mutation of SARS-CoV2, Lucy van dorp, Nature

Chart Watch

Market performance of Gilead Sciences Inc. (%)

Stock price change from Jan. 1, 2020, through May 8, 2020



Data compiled May 8, 2020.

Source: S&P Global Market Intelligence

تصویر ۱۲۰- نمودار تغییرات ارزش سهام شرکت گیلید (سازنده داروی رمدسیویر) از ابتدای شیوع تا تأیید سازمان غذا و داروی آمریکا کمپانی داروسازی گیلید تنها به عنوان یک نمونه برای توصیف آثار تحقیقات علمی و گزارش‌های محققین بر اقتصاد جهان انتخاب شده است: این کمپانی که محصول معروف آن رمدسیویر در دوره شیوع ویروس ابولا موفقیتی کسب نکرده بود، قبل از آغاز شیوع دوره سختی را از نظر مالی تجربه می‌نماید. ارزش سهام این شرکت در حال سقوط است تا اینکه «تصادفاً» همه‌گیری ویروس کرونا آغاز می‌گردد!

در ۲۶ ژوئن سال ۲۰۲۰ یکی از بیمارستان‌های آمریکا اعلام می‌دارد که تجویز رمدسیویر بر روی یک مرد ۳۶ ساله با کاهش علائم بیماری و تسریع بهبودی همراه بوده است. این گزارش موجب تشویق محققین و سرمایه‌گذاران دارویی بر کارآزمایی‌های بالینی بیشتر می‌گردد.^۱ (نمودار ارزش سهام این شرکت روند صعودی می‌گیرد)

در ماه فوریه سال ۲۰۲۰ داروی رمدسیویر در کشور چین به صورت آزمایشی برای درمان بیماران مورد بررسی قرار می‌گیرد و نتایج اولیه حاکی از موفقیت این دارو در بهبودی بیماران چینی می‌باشد. موفقیت این دارو در چین موجب آغاز کارآزمایی‌های بالینی این دارو در ایالات متحده در اواخر ماه فوریه شده و مقارن با این اتفاق ارزش سهام این شرکت به سرعت رشد می‌کند. بدین ترتیب ایالات متحده آمریکا کارآزمایی بالینی فاز سوم این دارو را با هدف بررسی اثر رمدسیویر بر ۲۴۰۰ بیمار با فرم شدید بیماری و ۱۶۰۰ نفر با فرم خفیف، در بیمارستان‌های سراسر آمریکا آغاز می‌نماید. (رشد اقتصادی این شرکت به طرز خیره‌کننده‌ای افزایش می‌یابد و نمودار ارزش سهام این شرکت به تمام اقتصاد رو به افول جهان دهان کجی می‌کند)

اما در تاریخ ۲۰ آوریل ۲۰۲۰ تنها یکی از دانشگاه‌های ایالات متحده با اعلام معجزه آسا بودن داروی رمدسیویر و تأثیر چشمگیر آن ارزش سهام این کمپانی را به بالاترین مقدار خود می‌رساند! محققین دانشگاه شیکاگو مدعی شده‌اند که این دارو بر روی ۱۲۵ نفر بیمار با فرم شدید بیماری (که ۱۱۳ نفر آنها بسیار بدحال بوده‌اند) آزمایش شده و در نتیجه‌ای معجزه آسا ۱۲۳ نفر از بیمارستان مرخص شده و تنها ۲ نفر از جمعیت مورد آزمایش جان خود را از دست داده‌اند. با همین گزارش کوچک و محدود که دربرگیرنده تعداد اندکی از جمعیت مورد آزمایش بوده‌اند و اعلام این خبر در رسانه‌ها، ارزش سهام این کمپانی به حد

^۱ Gilead's remdesivir enters China phase III trial to fight coronavirus,

اعلای خود می‌رسد^۱. این جمعیت کمتر از یک درصد جمعیت کارآزمایی بالینی را تشکیل می‌دهند، اما نشر زود هنگام خبر موفقیت رمدسیویر توسط دانشگاه شیکاگو بیش از هر جای دیگر بر روی تابلوی بورس خود را نشان می‌دهد. رسانه از محقق سبقت گرفته است!

اما باز هم نتیجه تحقیق کوچک و محدود دیگری سرنوشت نمودار سهام این کمپانی را دچار تغییر می‌کند!

در اواخر ماه آوریل ۲۰۲۰ محققین چینی تنها با استناد به عدم اثر بخشی رمدسیویر بر روی جمعیت ۱۸ نفره بیمارانی که خود گروه کوچکی از جمعیت ۱۵۸ نفره این تحقیق بوده‌اند، مدعی می‌شوند که دارو فاقد کارایی‌های لازم بوده و برای درمان کرونا داروی مناسبی محسوب نمی‌گردد!^۲ این خبر به طرز عجیبی تیر اخبار شده و حتی تا مدتی بر روی سایت سازمان بهداشت جهانی قرار می‌گیرد (که پس از آن به طرز جالبی نیز حذف می‌گردد). و به نظر می‌رسد همین رخداد برای افت ارزش سهام این کمپانی کافی بوده است.

اما در ماه اکتبر سال ۲۰۲۰ و در نتیجه یک کارآزمایی عظیم سازمان بهداشت جهانی در مقیاس جهانی (موسوم به کارآزمایی وحدت) که با مشارکت ۳۰ کشور و ۱۲۰۰۰ بیمار در ۵۰۰ مرکز بیمارستانی در کشورهایمانند فرانسه، مصر، ایران و... انجام می‌پذیرد مشخص می‌شود که رمدسیویر اثر چندانی بر روند مرگ و میر در بیماران مبتلا به کرونا نداشته است! بدیهی‌ست که این یافته نیز موجب نزولی شدن نمودار ارزش سهام کمپانی گیلید خواهد شد.^۳

با این وجود اندکی پس از اثبات عدم کارایی این دارو در بیماران بستری شده، سازمان غذا و داروی آمریکا در اقدامی بسیار شگفت‌انگیز داروی رمدسیویر را به عنوان اولین داروی درمان کرونا تأیید می‌کند و

Early peek ad data on Gilead coronavirus drug suggests patients are ^۱ responding to treatment, April/16/2020

small study in china finds remdesivir did not help coronavirus ^۲

patients –CNN, April,29,2020

WHO soliditary Trial, oct 2020 ^۳

بدین ترتیب شاخص ارزش سهام این شرکت مجدداً صعودی می‌گردد و سود این کمپانی از فروش این دارو در یک بازه زمانی کوتاه به ۹۰۰ میلیون دلار می‌رسد.

رمدسیویر و کمپانی گیلید تنها یک نمونه کوچک از انبوه داروهای موجود در جهان و ترفند رسانه‌ها و محققین برای نوسان‌گیری بازار سهام می‌باشد.

خوشبختانه دوران شیوع با دوران برگزاری انتخابات آمریکا مقارن بوده و اکثر مردم حوادثی از این دست را به کرات مشاهده کرده‌اند، مثلاً کاهش افت قیمت دلار در بازارهای جهانی متعاقب برآوردهای یک رسانه مانند؛ آسوشیتدپرس، یک نمونه از قدرت «خبر» در ایجاد تحولات اقتصادی‌ست. اما تعمیم این ترفند به حوزه سلامت و تحقیقات علمی که می‌بایست مظهر صداقت و قداست باشند تا به چه اندازه با سوگند مقدس پزشکی و موازین اخلاق پزشکی سازگار است؟ آیا سلامت مردم و آرامش روان مردم نیز دستمایه تجارت گشته است؟

آنچه مسلم است اینکه با هر بار تأیید عدم کارایی دارو و افت ارزش سهام کمپانی‌هایی از این دست می‌توان ارزش سهام آن را تقلیل داد و به میزان زیادی این سهام را با قیمت پایین‌تر خریداری نمود (اگر بدانیم قرار است مجدداً این سهام ارزشمند شود!) و پس از مدتی با اعلام موفقیت این دارو می‌توان عده زیادی را به خرید سهام این شرکت و محصولات آن تشویق نموده و همان سهام را با قیمت بالاتری در معرض فروش قرار داد! در این میان رسانه‌ها و سازمان‌های بهداشت‌محور همچون سازمان بهداشت جهانی می‌توانند نقش مهمی ایفا نمایند چرا که قرار دادن خبر عدم کارایی یک دارو در سایت سازمان بهداشت جهانی و یا صدر اخبار هفته آنقدرها هم هزینه حیثیتی در بر نخواهد داشت! چرا که در صورت تغییر مهره چینی‌های شطرنج اقتصادی می‌توان با استناد به تحقیق بزرگتری مدعی اثر بخشی همان دارو شد و به راحتی این چرخش را به پای افزایش جامعه آماری تحقیق و گسترش شاخص‌های بالینی نوشت و برای ترفندهای تجاری توجیه‌های زیست‌شناسانه تراشید. مثلاً کسی محققین را بازخواست نخواهد کرد که چرا در یک تحقیق در

بیمارستان مسیح دانشوری تهران مدعی شده‌اید داروی اینترفرون موجب بهبودی بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه شده است، اما در تحقیقات گسترده دیگری این دارو فاقد اثر و در مواردی حتی دارای اثر تهدید کننده بوده است. در این میان تنها فروش این دارو افزایش یافته و سرمایه عظیمی به حساب‌های بانکی کمپانی‌ها و احیاناً محققینی که این خدمت عظیم را در حق بشریت انجام داده‌اند سرازیر می‌شود و اگر هم کسی بنابراینکه داروی مذکور دارای تأثیر معکوس داشته است جان خود را از دست دهد امری طبیعی‌ست! ما تمام تلاش خود را برای حفظ جان بیمار انجام دادیم و آفاقه نکرد.

به نظم اعداد در این تأیید و تکذیب‌ها توجه کنید:

تحقیقات با ۱ بیمار آغاز می‌شود!

با ۱۳۰ بیمار تأیید می‌شود!

با ۱۵۸ بیمار تکذیب می‌شود!

با ۲۴۰۰ بیمار تأیید می‌شود!

با ۱۲۰۰۰ بیمار تکذیب می‌شود!

و این کشمکش تجارت دارویی باز هم ادامه خواهد داشت، چرا که محققینی ظهور خواهند کرد که مدعی شوند در تحقیقاتی که بیانگر عدم کارایی دارو بوده است، دارو به طرز صحیحی استعمال نشده است، مثلاً می‌بایست قدری پیش از تشدید علائم تجویز و تزریق می‌شده است و بعید نیست در جمعیتی مشابه با همین برنامه این دارو موثر واقع گردد و این چرخه همچنان ادامه خواهد داشت.

و آنچه در فاصله تأیید و تکذیب اثربخشی داروها رخ داده است، فروش بیشتر و نوسان‌گیری ارزش سهام به نفع کمپانی‌های سازنده داروست و منبع این ثروت کجاست؟ مردم عادی که پای رسانه‌ها، تلویزیون‌ها و اخبار نشسته‌اند و با هر بار اعلام خبر موفقیت دارو هم به سمت خرید سهام آن متمایل شده و هم این دارو را به طور غیرمستقیم یا مستقیم در سبد خرید خود قرار داده‌اند و پزشکانی که با استناد به این تحقیقات دارو را تجویز نموده‌اند! مردمی که افکار و اقوال خود را تسلیم رسانه‌ها کرده‌اند تا با یک خبر جهش ویروس دچار وحشت شوند و با یک

خبر موفقیت دارو خرسند! رسانه با در اختیار گرفتن زمام شادی و اندوه، امید و یأس و چاشنی چند ترفند رسانه‌ای حساب‌های بانکی شما را به مسیر مورد نظر خود هدایت کرده‌اند و در این میانه گویا کم اهمیت‌ترین کالا جان انسان و روان انسان است.

جالب‌تر اینکه عمده تحقیقات دارویی نیز توسط همین کمپانی‌ها مورد حمایت مالی قرار گرفته و در واقع همان محققینی که قرار است اثربخشی یا عدم اثربخشی دارو را گزارش کنند دستمزد خود را از کمپانی‌های دارویی دریافت می‌کنند و رسانه‌ها نیز با نفوذ همین کمپانی‌ها در چشم بر هم زدنی می‌توانند از یک نتیجه محدود و نه چندان صحیح چند محقق در آزمایشگاهی در گوشه‌ای از جهان معجزه‌ای پدید آورده است تبلیغات گسترده خود آن را در هیئت یک اکتشاف بدیع درآوردند و چنانچه سفارش ارباب رجوع تغییر کند بی‌آنکه اندکی دچار شرم و خجالت شوند خبر قبلی را تکذیب نموده و برای آن توجیهات علمی بیاورند. در این میان تنها چیزی که مصروف کشته و غیر قابل بازگشت است سرمایه مردم، جان، افکار و روان مردم عادی‌ست که به رسانه‌ها اعتماد کرده‌اند.

و به ندرت مردمی که تنها در پای اخبار و رسانه نظاره‌گر این رخدادها هستند به این مسئله پی خواهند برد که عمده یافته‌های علمی (نه همه) نیز به طور غیرمستقیم در اختیار تجارت جهانی‌ست و این مصالح تاجران است که اخبار هر روز را تعیین می‌نماید نه اکتشافات و دستاوردها! چیزی شبیه سفارش غذا در رستوران! امروز مصالح تجاری ایجاب می‌کند که مردم از واکسن قطع امید کرده و به این نتیجه برسند "ویروس فاقد درمان است و بهترین راه پیشگیری" همین تیتیر کافی‌ست تا مردم بیشتر رو به خرید مواد شوینده و... بیاورند! بلافاصله اخبار و گمانه‌زنی‌هایی از جهش ویروس و بی‌اثر شدن واکسن‌ها منتشر می‌گردد. روز بعد مصالح تجاری ایجاب می‌کند مردم سرمایه‌های خود را صرف خرید سهام و محصولات یک کمپانی خاص نمایند. بلافاصله یافته‌های علمی مؤید موفقیت و معجزه محصولات آن کمپانی خواهند شد.

تحقیقات و یافته‌ها گاه اثر هم افزایی و تکمیلی نیز خواهند داشت. مثلاً گزارش محققین چینی در خصوص ۳۰ بار جهش ویروس در لایه اول خود ایجاد کننده موجی از هراس و استرس کاذب برای عموم خواهد بود، اما در بطن خود یک اعلان جنگ تجاری به کمپانی‌های واکسن‌سازی و داروسازی نیز به همراه دارد! چرا که جهش ویروس یعنی امکان عدم کارایی واکسن و شکست خوردن این پروژه و همچنین ادعای جهش می‌تواند به معنای تغییر در ژنوم ویروس به طوری که اثرات دارو را نیز خنثی کند، باشد. بنابراین همین خبر و نشر آن در سطح جهان می‌تواند ارزش سهام کمپانی‌های دارویی را قدری متزلزل کرده و احتمال عدم کارایی آن را در اذهان عموم به بی‌میلی در خرید سهام و محصولات آن بدل سازد.

با همین ترفند و تأیید و تکذیب‌ها می‌توان ثروت‌های هنگفتی حصول کرد و حتی اگر بعدها مشخص شود که این دارو اصلاً هیچ تأثیری بر این بیماری نداشته است، در هیچ دادگاهی مجازات نشد! مانند همان مردی که در میدان شهر با تکان دادن کلاهش مانع حمله کرگدن‌ها شده بود! چرا که این تجارت بر مبنای یافته‌های علمی و آزمایشگاهی‌ست که دائم در حال نقض و تأیید هستند و در ادبیات علم مردود شدن دانسته‌های دیروز در امروز امری عادی‌ست. به ویژه اینکه راه فراری ظریف‌تر نیز در این بخش وجود دارد به نام تغییر در اندازه جمعیت داوطلبین و یا حتی ادعای جهش و تغییر ویروس.

ابداً قصد نداریم مدعی شویم تحقیقات علمی فاقد ارزش است، اما حداقل می‌بایست قبول کنیم بخشی از آن در خدمت نظام سرمایه‌داری و با پیروی از الگوی سفارش غذا در رستوران‌ها به همان شیوه انجام می‌پذیرد. یعنی یک کمپانی دارو محققینی را با یک نتیجه از پیش تعیین شده به انجام تحقیقات می‌گمارند و حتی اگر چنین نباشد با استخدام رسانه‌ها یک تحقیق نه چندان صحیح و معتبر را در هیئت یک اکتشاف عظیم در می‌آورند تا نیرو محرکه بازار خود را تأمین نمایند. مانند مثال‌های متعددی که تنها با استناد به نتایج ۱۱ بیمار یا ۱۸ بیمار،

رسانه‌ها این یافته‌ها را به کل جهان تعمیم داده و به آن لباس واقعیت پوشانده‌اند (در حالی که اصلاً صحیح نبوده).

ارائه تحقیقات هدفمند و سوگیری‌های تحقیقاتی، رسانه‌ای بیشتر به نوعی راهزنی و چپاول شبیه است تا امری مقدس در حوزه بهداشت و به نظر می‌رسد امروزه این شیوه تجارت تبدیل به نسل نوینی از جنگ‌های بیماری/دارویی محور شده است. در گذشته سپاهی از دشمنان به سرزمینی هجوم می‌آوردند و اموال مردم را چپاول می‌کردند، امروزه سپاهی از کمپانی‌های دارویی با کلید رسانه‌ها وارد خانه‌های شما می‌شوند و اموال و افکار شما را با عناوین خرید دارو، تجهیزات و... غارت می‌کنند با این تفاوت که در هجوم سربازان این شانس وجود داشت که زنده بمانید، اما در هجوم رسانه‌ها با هر تأیید و تکذیب و آزمون و خطا جان عده بسیاری نیز قربانی صنعت نوین می‌شود.

نتیجه اینکه قداست و اخلاق پزشکی در این معادله جایگاه چندانی نداشته و اگر هم احیاناً یافته علمی چند محقق در گوشه‌ای از جهان موجب اخلال در این نظام اقتصادی مودیان باشد سرانجامی جز مردود شدن در دآوری‌های علمی و... نخواهد داشت.

چگونه به یافته‌های علمی اطمینان کنیم وقتی رسانه در استخدام تاجران دارویی‌ست؟ چگونه به محققین اطمینان کنیم وقتی محققین در استخدام کمپانی‌های دارویی هستند؟

این مسئله چقدر به فاجعه میلای ویتنام شباهت دارد؟ هر دو منبع و مرجع در استخدام یک نیروی واحد به نام نظام سرمایه‌داری! حال آیا موضوع شیوع یک موضوع صرفاً بهداشت و سلامت‌محور است؟ یا یک موضوع سیاسی و اقتصادی؟ تصور کنید در حال جنگ با یک کشور متخاصم هستید، حال اگر سربازان دشمن برای شما جعبه‌ای از کمک‌های اولیه و دارو بیاورند، آیا بدان اعتماد خواهید کرد؟ به نظر می‌رسد خلاء نسل نوین جنگ‌های پزشکی نیز همین نکته باشد که ما در جنگ‌های کلاسیک به هر چیزی که از جانب دشمن به دست ما می‌رسد با شک و تردید نگاه می‌کنیم اما در جنگ‌های زیستی به طرز عجیبی بسته‌های اهدایی از سمت متخاصمین را با دل و جان می‌پذیریم! چون

هنوز به این باور نرسیدیم که این یک صف آراییی تجاری و راهزنی مدرن بوده و تفاوت چندانی با تجاوز به حریم دیگران ندارد! امروزه یافته‌های علمی که از سوی "آنها" ارائه می‌شود را مبنای تشخیص و درمان قرار می‌دهیم. چرا که ساختمان‌های زیبای سازمان‌های دارویی و بهداشت، لبخندهای امیدبخش آنها و شعارهای فریبنده آنها ماهیت آنها را از ما پنهان ساخته است و اکنون نباید به مردم کره شمالی خرده بگیریم که رهبری دیکتاتور و سفاک را فرستاده الهی و نیمه خدا تصور می‌کنند! چرا که ما نیز مانند آنها دانسته‌های خود و تصورات خود را از رسانه‌ها به دست آورده‌ایم! ما نیز تاجران و راهزنان مدرن را فرشتگانی الهی و نیمه خدایان عصر جدید پنداشته‌ایم. همانقدر که شبکه‌های تلویزیونی کره شمالی در اختیار رهبر این کشور است، رسانه‌های فعلی نیز در استخدام کمپانی‌های داروسازی و ثروتمندان نظام سرمایه‌داری قرار گرفته و بهترین گواه این امر، موارد متعددی از کارایی و عدم کارایی داروها در نقاط مختلف جهان است.

آیا فریب معنایی غیر از این دارد؟ آیا مردم هراسان و مضطرب که در پای اخبار و رسانه‌ها معجزه‌ای را به انتظار نشسته داند نیز این مسائل را می‌دانند؟ چند میلیون نفر... چند میلیارد نفر با خبر جهش ویروس دچار یأس و وحشت شدند؟ چند میلیون نفر با خبر موفقیت داروی فوق‌الذکر به تکاپوی تهیه آن برای بیمار خود افتادند و چند سرمایه‌گذار موجودی حساب‌های خود را به سمت خرید سهام این شرکت‌ها گسیل کردند و چه شرکت‌های دیگری در صنایع مختلف از این سرمایه محروم شدند تا مثلاً قیمت یک محصول غذایی دچار افزایش شود؟ با هر خبر شکست دارو چند میلیون کاخ امید فرو ریخت و چند میلیون نگاه مضطرب به احوال جهان اشک آلود گشت؟ و اکنون که می‌دانیم بسیاری از این رخدادها تنها بازار گرمی تاجران بوده و دغل‌های راهزنانه چه تسکینی بر اعصاب فرسایش یافته و روان آزرده خواهیم یافت؟



تصویر ۱۲۱

به تصویر ۱۲۱ توجه کنید؛

مار شجاع و دلاور یک ماهی را از غرق شدن حتمی نجات داده است! و این خاصیت رسانه‌هاست. تبدیل فجایع و جنایات به اموری قهرمانانه! این معجزه اخبار است. و آیا شما اکنون جرأت آن را خواهید یافت به دلاوری مار تردیدی وارد کنید؟ قطعاً شما به عنوان یک هوادار تئوری توطئه شناخته خواهید شد.

آیا هنوز قصد دارید به اخبار و رسانه‌ها بپردازید؟

پرده شانزدهم فریب

ماسک

”ماسک زدن مصونیت چندانی نمی‌آورد، ولی شما همچنان ماسک بزنید“^۱

مصونیت یا نمایش قدرت کودتا؟! مسئله این است...

”معادل انگلیسی کلمه شخصیت در دانش روان‌شناسی Personality یا همان پرسونالیتی می‌باشد که از ریشه یونایی پرسونا برگرفته شده است، پرسونا به معنای ماسک (نقاب) است! موضوع ماسک اجباری اصلاً و ابداً یک مسئله پزشکی و بهداشتی نیست، بلکه نمایش قدرتی‌ست برای یک کودتا. برای تسلیم مکانیسم‌های مقاومتی در اعماق ناخودآگاه و آغاز یک طرح از رهبری. (مؤلف)“

اکنون می‌دانیم که سازمان بهداشت جهانی و سازمان‌های زیرمجموعه آن بسیار مصمم هستند که فضای روانی وحشت و بیماری بر مردم مستولی گردد و تردیدی نیست اگر مردم این وحشت و هراس را صرفاً در رسانه‌ها و تلویزیون ببینند رفته رفته این طرح رنگ باخته و شرایط به سمت عادی شدن خواهد رفت. لذا می‌بایست تدابیری اندیشیده شود که سایه شوم بیماری هر لحظه بر سر مردم بوده و آنها بروز بیماری را یا با اپیدمی مصنوعی و یا به وسیله خود ویروس (که شرایط بیماری‌زایی آن توسط پروتکل‌ها تسهیل شده) همه روزه در اطرافیان خود مشاهده کنند و حتی لیست علائم بالینی بیمار را گاه و بیگاه در شخص خود نیز تجربه

کنند. با این شرایط فضای روانی وحشت و استرس کماکان مستولی شده و غایت مطلوب طراحان فریب فراهم می‌گردد.

یکی دیگر از حربه‌های ایجاد اپیدمی مصنوعی "استفاده اجباری و طولانی مدت از ماسک" می‌باشد. (توجه داشته باشید استفاده طولانی و اجباری نه استفاده معقول آن به مدت کوتاه و تعویض مرتب آن و عدم لمس آن که اتفاقاً کم مشاهده می‌شود)

در هنگام بروز همه‌گیری‌ها استفاده از ماسک خالی از منفعت نیست اما نه به این دلیل که ماسک‌ها می‌توانند از ورود ویروس به مجاری تنفسی ما پیشگیری کنند. چرا که اندازه ذرات ویروسی بسیار کوچک‌تر از منافذ ماسک بوده و بدیهی‌ست که ویروس منفرد و یا حتی تجمع دسته‌ای از ویروس‌ها در کنار هم براحتی قادر به عبور از منافذ ماسک‌ها هستند. بدین صورت که ذرات ویروسی دارای قطری در حدود ۰,۰۸ میکرومتر هستند در حالی که منافذ ماسک‌ها گاهی به ۵۰۰ میکرومتر نیز می‌رسد. پس با این وجود پوشیدن ماسک امری عبث و بی‌فایده به نظر می‌رسد. در واقع مسئله‌ای که پوشیدن ماسک را تبدیل به امری نافع می‌نماید این است که در عالم واقعیت ذرات ویروسی در قالب ذرات تنفسی و قطرک‌های تنفسی (دراپلت) از فرد بیمار و یا ناقل در محیط منتشر می‌شود و هیچگاه ذره ویروسی به صورت تنها و منفرد در محیط منتشر نمی‌شود که در این صورت با شناختی که از مفهوم دُز عفونی می‌دانیم پرواضح است که ویروس قادر به بیماری‌زایی نخواهد بود، بلکه ویروس‌ها به ویژه ویروس کرونا در قالب دراپلت‌های تنفسی که هر یک حاصل تجمع هزاران و شاید میلیون‌ها ویروس است با ترشحات دهان و بینی افراد در محیط منتشر می‌شود و در صورتی که فرد ناقل و یا بیمار ماسکی بر روی دهان و بینی داشته باشد این ذرات قادر به عبور از منافذ ماسک نبوده و به میزان کمتری در محیط منتشر می‌شود (نه اینکه اصلاً نشر نشود). در واقع با پوشیدن ماسک ریسک انتشار ویروس تا ۳۰ درصد به فرد دیگر کاهش می‌یابد و چنانچه فرد مقابل نیز از ماسک استفاده کرده باشد، این احتمال بازهم قدری کاهش می‌یابد.

در این تقسیم بندی نگاه صحیح تر به مقولۀ ماسک از این قرار است که علت استفاده از ماسک جلوگیری از نشر ویروس از افراد آلوده و ناقل به سایرین است نه اینکه محافظتی برای افراد سالم ایجاد کرده باشد و محافظت ماسک در مقابل ویروس منفرد بیشتر شبیه شکار کردن پشه با تور والیبال است! چرا که اگر فرد سالم ماسک بر روی صورت و بینی داشته باشد و با فردی بیمار که فاقد ماسک است برخورد نزدیک داشته باشد پوشیدن ماسک کمک چندانی به وی نکرده و همچنان در معرض آلودگی قرار دارد؛ به بیان ساده ما از ماسک استفاده می کنیم که ویروس های احتمالی از ما به سایرین منتقل نشود نه اینکه ماسک از افراد سالم در مقابل ویروس محافظت کند در حالی که اغلب افراد به گمان اینکه ماسک موجب محافظت از آنها در مقابل ویروس می شود از آن استفاده می کنند که می دانیم این محافظت آنقدرها هم زیاد نیست؛ به همین خاطر است که حتی عمدۀ مبتلایان نیز با وجود استفاده از ماسک باز بیماری را تجربه کرده اند و حتی اعضای کادر درمان که علاوه بر ماسک های چند لایه و مخصوص از سایر ادوات حفاظت فردی نظیر شیلد صورت و گان های پزشکی استفاده کرده اند نیز به این بیماری مبتلا شده اند.

محققان دانشگاه کپنهاگ دانمارک از اوایل آوریل تا اوایل ژوئن سال ۲۰۲۰ جمعیتی شش هزار نفره را مورد بررسی و مطالعه قرار دادند. از نیمی از این جمعیت خواسته شد تا در بیرون منزل از ماسک جراحی استفاده کنند و نیمی دیگر این کار را نکنند. نتایج این تحقیق قدری دور از انتظار بود:

* در گروهی که ماسک زده بودند ۵۳ نفر به ویروس کرونا مبتلا شده بودند در حالی که در گروهی که ماسک زده بودند نیز ۴۲ نفر به این بیماری مبتلا شده بودند. این بدان معناست که اختلاف مبتلایان در گروهی که ماسک زده بودند و گروهی که ماسک زده بودند تنها ۰,۳ در ابتلا بوده است. عددی نزدیک به صفر!

دکتر هنینگ بونگارد محقق اصلی این طرح و متخصص قلب دانشگاه کپنهاگ می‌گوید: این مطالعه نشان می‌دهد که استفاده از ماسک تا چه اندازه برای ما مفید است. جواب: نه زیاد^۱!

نتیجه این پژوهش گویای این است که پوشیدن ماسک بیشتر اقدامی نمادین بوده و خطری را در راستای ابتلا به بیماری کاهش نمی‌دهد. منتقدین (و احياناً یادی طراحان فریب) بلافاصله به این یافته علمی عکس‌العمل نشان داده و مدعی شدند که شاید شرکت کنندگان در این مطالعه به درستی ماسک نزنده باشند.

اما امروزه برکسی پوشیده نیست که صرف استفاده از ماسک مصونیت چندانی برای افراد به همراه نخواهد داشت، چرا که در پیرامون خود افراد بسیاری را مشاهده کرده‌ایم که حتی با پوشیدن دائمی ماسک نیز به این بیماری مبتلا شده‌اند.

پس به طور کلی استفاده از ماسک امری بی‌فایده نیست ولی چندان هم مؤثر و معجزه‌گر نمی‌باشد. پس اصرار و پافشاری بر پوشیدن ماسک و برخوردهای شدید با ناقضین این دستورالعمل به چه معناست؟

آیا ماسک‌ها در جلوگیری از انتقال عوامل بیماری‌زای تنفسی مؤثر هستند؟ در این متا آنالیز مشخص شد که ماسک‌های صورت هیچ تأثیری در انتقال عفونت‌های ویروسی ندارند؛ (۱) این تحقیق نشان داد: "در مقایسه با عدم استفاده از ماسک، هیچگونه کاهشی نه در افراد عادی، و نه در کارکنان مراقبت‌های بهداشتی، در زمینه ابتلا به بیماری‌های مشابه آنفولانزا یا آنفولانزا مشاهده نشد." متا آنالیز سال ۲۰۲۰ نشان داد که شواهد حاصل از کارآزمایی‌های کنترل شده تصادفی ماسک صورت، تأثیر قابل توجهی در انتقال آنفولانزای تأیید شده توسط آزمایشگاه، چه هنگام استفاده توسط افراد آلوده (کنترل منبع) و چه توسط افراد جامعه عمومی برای کاهش آسیب‌پذیری آنها را دارا نیست. (۲) در یک بررسی اخیر مشخص شد که ماسک‌ها به طور خاص در برابر کووید-۱۹ تأثیری ندارند،

^۱ Effectiveness of Adding a mask Recommendation to other public health measures to prevent SARS-CoV-2 infection in Danish mask wearers, Annals of internal medicine

اگر چه به نظر می‌رسید استفاده از ماسک صورت در سه مورد از سی و یک مطالعه، با احتمال بسیار کمی با “گاهش” ابتلا به بیماری‌های شبه آنفلوانزا ارتباط دارد. (۳) این مطالعه در سال ۲۰۱۸ بر روی ۲۸۶۲ شرکت کننده نشان داد که استفاده از ماسک‌های جراحی و ان ۹۵ “منجر به تفاوت معنی داری در بروز آنفلوانزای تأیید شده توسط آزمایشگاه نشده است.” (۴) این متاآنالیز ۲۰۱۶ نشان داد که در هر دو نوع کارآزمایی‌های کنترل شده تصادفی و مشاهده‌ای، در زمینه استفاده از ماسک‌های جراحی و ان ۹۵، تأثیری بر انتقال عفونت‌های حاد تنفسی نشان داده نشده است. همچنین مشخص شد که انتقال عفونت حاد تنفسی “ممکن است از طریق آلودگی تجهیزات محافظت تنفسی در حین نگهداری و استفاده مجدد از ماسک‌ها و ریسپراتورها در طول روز کاری رخ داده باشد.” (۵) یک متاآنالیز در سال ۲۰۱۱ از ۱۷ مطالعه در مورد ماسک و تأثیر آن در انتقال آنفلوانزا نشان داد که “هیچ یک از مطالعات رابطه قطعی بین استفاده از ماسک / ریسپراتور و محافظت در برابر عفونت آنفلوانزا نشان نداده است.” (۶) با این حال، نویسندگان حدس می‌زنند که اثر بخشی ماسک‌ها ممکن است به استفاده زود هنگام، مداوم و صحیح مرتبط باشد. استفاده از ماسک، فاقد اثر محافظتی در برابر سرماخوردگی در بین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در مقایسه با گروه شاهد بدون ماسک، شناخته شد.^۱

1T Jefferson, M Jones, et al. Physical interventions to interrupt or ^۱ reduce the spread of respiratory viruses. MedRxiv. 2020 Apr 7. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047217v2>
 2J 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); 2020May. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/5/19-0994_article3J
 Brainard, N Jones, et al. Facemasks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID19: A rapid systematic review. MedRxiv. 2020 Apr 1.

امروزه پوشیدن ماسک در اغلب ادارات و اماکن دولتی اجباری شده، کسانی که ماسک نزنند جریمه و حتی دستگیر خواهند شد و الزام بر پوشیدن ماسک از متن سخنرانی هیچ سیاستمداری حذف نمی‌گردد! آیا ممکن است بخشی از پازل فریب نیز در همین اجبار و برخوردهای شدید نهفته باشد؟

نکته‌ای که اینجا وجود دارد چگونگی و کیفیت استفاده از ماسک است و آنچه استفاده از ماسک را در زمره قطعات پازل فریب قرار می‌دهد، استفاده طولانی مدت از ماسک بدون تعویض آن، عدم آموزش انتخاب ماسک صحیح و نیاز به تعویض مرتب آن می‌باشد. آنچه در عمل به وفور مشاهده شده و می‌شود. افراد از یک ماسک جراحی و یا N95 ساعت‌ها استفاده می‌کنند، بی‌آنکه بدانند این امر چه مخاطراتی در پی دارد. به

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20049528v1.full.pdf>

4L 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.

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/27492145J>

Smith, C MacDougall. CMAJ. 2016 May 17. 188(8); 567-574. <https://www.cmaj.ca/content/188/8/5676F> bin-Reza, V Lopez, et al. The use of masks and respirators to prevent transmission of influenza: a systematic review of the scientific evidence. 2012 Jul; 6(4): 257-267.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5779801/7J> Jacobs, S Ohde, 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. Am J Infect Control. 2009 Jun; 37(5): 417-419. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19216002/8M> Viola, B Peterson, et al. Face coverings, aerosol dispersion and mitigation of virus transmission risk. <https://arxiv.org/abs/2005.10720>,

<https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/2005/2005.10720.pdf9S>

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.

ویژه اینکه استفاده از ماسک رفته رفته در بسیاری از کشورها به صورت اجباری درآمده و کارکنان شرکت‌ها و ادارات ناگزیر از استفاده از ماسک در زمان‌های طولانی ۸-۱۲ ساعته بوده بی آن که بدانند این اقدام چه تبعات تلخی در پی خواهد داشت و تا چه میزان خود عامل ایجاد کننده همان علائم و اختلالاتی است که آن را ناشی از عفونت ویروسی می‌دانیم (خطای شناختی تأیید).

در حقیقت استفاده طولانی از ماسک و عدم آشنایی با اصول استفاده و تعویض آن نیز مانند بهداشت افراطی و شستشوی محیط موجب بروز بیماری و اختلالاتی می‌شود که بسیار شبیه علائم منتسب به ویروس کروناست و به همین خاطر و پیرو تأکید سازمان‌های کلان بهداشت بر استفاده از آن لازم است به این موضوع بپردازیم که آیا ممکن است اجبار به استفاده از ماسک نیز خود یکی از برنامه‌های طراحان فریب برای تولید بیماری و اپیدمی مصنوعی باشد؟

تحلیل‌های علمی در این زمینه گاهی به خطا رفته و گاهی با اطلاعات شبه علمی عجین شده است، لذا می‌بایست به این مسئله از زاویه صحیحی بنگریم.

پس از چند دقیقه استفاده از ماسک و در صورت به درازا کشیده شدن استفاده از ماسک با جذب قطرات تنفسی که هر یک در خود حامل هزاران و شاید میلیون‌ها ذرات میکروبی است، به تدریج سطح درونی ماسک، محل تجمع بسیاری از میکروارگانیسم‌ها از جمله قارچ‌ها و باکتری‌ها می‌شود. در هر بازدم انسانی جمعیتی انبوه از باکتری‌ها و قارچ‌های همزیست (میکروبیوتا) مقیم مجاری تنفسی انسان، از دهان و بینی او خارج می‌شود که این بار میکروبی در هنگام صحبت کردن و آواز خواندن افزایش یافته و در هنگام عطسه و سرفه به حداکثر میزان خود می‌رسد. یعنی یک فرد در طول یک ساعت با هر بازدم خود جمعیتی میکروبی از میکروب‌های ساکن دستگاه تنفسی خود را وارد محیط می‌کند و این خروج باکتری‌ها، یکی از راه‌های کنترل جمعیت باکتری‌های همزیست انسانی می‌باشد. به طور میانگین باکتری‌ها در هر ۸-۱۲ ساعت با تقسیم دوتایی تکثیر شده و از هر باکتری دو باکتری به

وجود می‌آید و اگر قرار بود با هر بازدم حجم بزرگی از این باکتری‌ها از دستگاه تنفسی انسان خارج نشود اکنون سیستم تنفسی انسان مملو از باکتری‌ها و قارچ‌های همزیست بود.

برای بررسی این موضوع محققین در سال ۱۹۹۸ از جمعیت داوطلبان انسانی خواستند تا یک بار با پوشیدن ماسک و یک بار بدون پوشیدن ماسک اقدام به صحبت کردن به مدت ۱۵ دقیقه کرده و در فواصل معینی از دهان آنها محیط‌های کشت باکتریایی به منظور بررسی تعداد باکتری‌های پخش شده در محیط قرار دادند، نتیجه این بررسی نشان داد پس از استفاده از ماسک کلنی‌های تشکیل شده در محیط کشت باکتری‌ها کاهش یافته و این به معنای این است که جمعیت عظیمی از باکتری‌ها توسط سطح داخلی ماسک به دام افتاده و در فضای داخل ماسک محبوس می‌شود.^۱

اما به دام افتادن باکتری‌ها و تجمع آنها در فضای داخلی ماسک چه خطری برای افراد می‌تواند داشته باشد؟ برای پاسخ به این موضوع می‌بایست نخست بررسی کرد در میان باکتری‌های به دام افتاده و تجمع یافته در ماسک چه باکتری‌هایی وجود دارند؛ بدین منظور گروه دیگری از محققین در بیمارستانی در بانکوک ماسک‌های جراحی مورد استفاده پرسنل بیمارستانی را مورد بررسی قرار دادند و نتیجه این مطالعه به این قرار است:

- در سطح داخلی ماسک‌ها، جمعیت باکتریایی و قارچی بسیار زیاد بوده و عمده‌ترین باکتری‌های تجمع یافته در سطح داخلی ماسک‌ها ۴۱ درصد استافیلوکوک (یکی از عمده عوامل ایجاد پنومونی باکتریال) و ۳۴ درصد سودوموناس (عامل اصلی ایجاد کننده عفونت‌های بیمارستانی که در افراد دارای بیماری‌های زمینه‌ای از جمله نقص ایمنی، بیماری‌های ریوی ایجاد پنومونی می‌نماید) بوده و همچنین از جمعیت قارچ‌های تجمع یافته در ماسک‌ها ۳۸ درصد آسپرژیلوس و ۳۱ درصد پنی‌سیلیوم

^۱ Surgical face masks and downward dispersal of bacteria -HAMcLure

بوده است که این قارچ‌ها نیز بنوبه خود توانایی ایجاد برخی از اختلالات از جمله واکنش‌های ازدیاد حساسیت و حتی در موارد نادری می‌تواند ایجاد پنومونی و اختلالات تنفسی بنماید^۱. نتیجه اینکه ماسک‌ها اندک زمانی پس از استفاده مملو از همان میکروب‌هایی خواهند بود که خود به صورت بالقوه توانایی ایجاد بیماری‌های تنفسی داشته و اتفاقاً این بیماری‌ها از نظر علائم و تابلوهای بالینی بسیار شبیه بیماری کرونا می‌باشد و در حالی که گمان می‌کنیم ماسک به مانند دیوار مستحکم مانع ورود ویروس شده است، در این سوی دیوار ماسک انبوهی از میکروب‌های بیماری‌زا تجمع یافته، خود در مقام بیماری‌زایی و کشندگی، گاهی از ویروس کرونا نیز خطرناک‌تر هستند^۲.

به منظور درک قرابت و شباهت بیماری ناشی از این میکروب‌ها با بیماری کرونا به ذکر چند مثال مختصر بسنده می‌کنیم. (به جدول پیش‌رو مراجعه نمایید)

^۱ Aspergillus niger: an unusual cause of invasive pulmonary

aspergillosis 10.1099/jmm.0.018309-0

^۲ Microbial Contamination on Used Surgical Masks among Hospital

Personnel and Microbial Air Quality in their Working Wards: A Hospital in Bangkok doi: 10.5001/omj.2014.92

Fujitani S, Sun HY, Yu VL, et al. Pneumonia due to Pseudomonas aeruginosa: part I: epidemiology, clinical diagnosis, and source. Chest 2011;139:909-19.

نام میکروب	محل سکونت	بیماری‌زایی و علائم	علائم مشابه با بیماری کرونا
هموفیلوس آنفلوانزا	مخاط بینی و مجاری فوقانی تنفسی، با اتصال پیلی و پروتئین غشای خارجی به مخاط آسیب دیده از اپی‌تلیال به زیر اپی‌تلیوم منتقل شده و ایجاد بیماری می‌کند.	پنومونی ثانویه تشدید برونشیت عفونت گوش میانی عامل اصلی مننژیت اطفال *بیماری‌زایی اغلب با منشا داخلی بوده و میکروب از خارج بدن وارد نشده، اما انتقال فرد بفردهم ممکن است	کنژکتیویت (التهاب ملتحمه چشم) پنومونی (ذات الریه) پورپورا (راش‌های پوستی) آرتریت (درد مفاصل) سینوزیت (التهاب سینوس‌ها) درد عضلانی و تب و سرفه
استرپتوکوک (کوکسی گرم مثبت)	مجاری تنفسی	فارنژیت مخملک شایع‌ترین عامل پنومونی باکتریال	پنومونی راش‌های پوستی کنژکتیویت پنومونی لوبار (درگیری لوب‌های تحتانی ریه) در بزرگسالان برونکو پنومونی (درگیری برونش‌ها) در سالمندان و کودکان درد عضلانی و تب و سرفه
استافیلوکوک (کوکسی گرم مثبت)	مجاری تنفسی	اندوکاردیت استئومیلیت	پنومونی عوارض قلبی راش‌های پوستی تهوع و استفراغ ^۱

^۱ - میکروبیولوژی جاوید

این نتایج به این معنا نیست که این میکروب‌ها که در نتیجه استفاده از ماسک در فضای ماسک تجمع می‌یابد الزاماً بیماری‌زا بوده و موجب بیمار شدن افراد می‌گردد، اما نکته بسیار مهمی به همراه دارد که فهم آن شاه کلید درک مفهوم فریب قرن می‌باشد.

اینکه بیماری‌ها اغلب مواقع از جایی از خارج بدن شروع نمی‌شود بلکه عوامل آن در خود بدن ما حضور دارند و ما می‌توانیم شرایطی فراهم کنیم که این عوامل که مانند آتش زیر خاکستر غیر فعال و بی‌خطر هستند به تدریج شعله‌ور شده و بیماری‌زایی ایجاد کنند؛ به علاوه اینکه استفاده طولانی مدت از ماسک بدون تعویض مرتب آن موجب می‌شود حجم عظیمی از باکتری‌هایی که می‌تواند موجب بیماری‌های تنفسی و حتی گوارشی شوند به جای اینکه وارد محیط شوند در محفظه‌ای جمع شود و این محفظه دائماً در مجاورت بینی و دهان انسان باشد؛ درست شبیه اینکه ما زباله‌ها و مواد دورریختنی منزل خود را شبانه روز در یک سطل آشغال جمع کرده باشیم و حال این سطل آشغال را در کنار دست خود به طور دائمی حمل کنیم! به همین خاطر آموزش بر نحوه صحیح استفاده از ماسک و تعویض مرتب آن از الزام بر پوشیدن آن مهمتر است.

حال لازم است به مسئله عفونت‌های ثانویه بازگردیم. اکنون می‌دانیم که مرگ خاموش یا مرگ در سایه، زمانی رخ می‌دهد که طی یک عفونت ویروسی شرایط ابتلا به عفونت باکتریایی تسهیل گردد. با استفاده غیراصولی از ماسک، ما دقیقاً همان میکروب‌هایی را در محفظه‌ای جلوی بینی و دهان خود انباشته کرده‌ایم که عامل عفونت ثانویه و مرگ ناشی از پنومونی باکتریال هستند! آن هم درست زمانی که ممکن است مخاطات تنفسی ما توسط مواد شوینده آسیب دیده باشد و سیستم ایمنی ما در اثر استرس و قرنطینه طولانی رو به ضعف رفته باشد و ویروسی نیز در محیط باشد!

به بیان ساده، قطعه دوم کشندگی ویروس یعنی باکتری‌ها را خود به ویروس تقدیم کرده‌ایم، و ماسک به مثابه محیط کشت میکروبی که هم می‌تواند برای میکروب‌ها دارای مقادیری غذا و دمای مناسب باشد (به

سبب ترشحات بزاق و دمای بازدم) مملو از همان قاتل بالفطره‌ای شود که می‌دانیم متعاقب عفونت‌های ویروسی منجر به مرگ افراد می‌شوند. حال این مرگ را ناشی از ویروس می‌دانیم و کمتر کسی به این نکته توجه می‌کند که اصلاً قطعه مرگبارتر یعنی باکتری‌ها توسط استفاده غیراصولی از ماسک توسط خودمان در جلوی بینی و دهانمان نصب شده است.

حال تصور کنید شما با بهداشت افراطی و شستشوی مداوم بدن و سطوح جمعیت میکروب‌های مفید و آنزیم‌های ضد میکروب پوست را نیز کاهش داده باشید! همین موضوع نیز مزید بر علت می‌گردد تا پازل بیماری‌زایی ویروسی که عمده‌ا در جامعه نشر شده است، تکمیل گردد!

آیا اکنون باز هم از یک ماسک به مدت طولانی استفاده خواهید کرد؟ محیط مرطوب ماسک که هم دارای مقادیر مناسب اکسیژن و هم مقادیر افزایش یافته از کربن دی اکسید (به علت بازدم) می‌باشد فضای مناسبی جهت آشیانه‌گزینی باکتری‌ها و حتی رشد آنها می‌باشد (نه همیشه و همه جا) و با توجه به اینکه اکنون در محیطی خارج از بدن انسان هستند و به دور از نظارت سیستم ایمنی که در بدن جمعیت آنها را کنترل و محدود می‌کرد می‌توان تصور کرد این محفظه پر میکروب، چه همزمان با ابتلای به ویروس و چه منفرداً، چقدر می‌تواند مشکل ساز باشد چرا که حتی در نبود ویروس، با بروز ضعف ایمنی در اثر استرس و بی‌خوابی و از بین بردن مخاط‌های تنفسی با مواد شیمیایی و... همین میکروب‌ها می‌توانند بیماری‌های تنفسی تبار را موجب شوند. بیماری‌هایی که ممکن است کرونا در نظر گرفته شود!

همان طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود تابلوی بالینی بیماری‌های با منشأ باکتری‌های داخلی (میکروبیوتا) که به طور کلی به آنها پنومونی‌های باکتریال می‌گوییم بسیار شبیه به تابلوی بالینی بیماری کرونا می‌باشد و علائمی مانند تنگی نفس توأم با تب، درد عضلانی، علائم پوستی و گوارشی مختص به ویروس کرونا نبوده و می‌تواند توسط باکتری‌هایی ایجاد شده باشد که اولاً به طور طبیعی در مجاری تنفسی ما زندگی می‌کنند و ثانیاً ما با استفاده غیر اصولی از ماسک و افراط در بهداشت و استفاده از مواد شیمیایی (در بخش‌های قبل ساز و کار آن

توضیح داده شد) به آنها فرصت رشد و بیماری‌زایی داده‌ایم. در واقع این فرضیه نیز به همان احتمالی باز می‌گردد که معتقد است در دوره شیوع بسیاری از اختلالات تنفسی ناشی از عوامل باکتریایی بوده است که یا ویروس کرونا شرایط بیماری‌زایی آن را تسهیل نموده (عفونت ثانویه) و یا اصلاً دستورالعمل‌های افراطی و نادرست منجر به طغیان و بیماری‌زایی آنها شده است. سندی احتمالی و جالب که بر این ادعا وجود دارد افزایش ناگهانی آمار مبتلایان به سندروم کاوازاکی در کودکان می‌باشد.

در بحبوحه دوره شیوع کرونا منابع پزشکی خبر از افزایش ابتلای کودکان به سندروم کاوازاکی داده و این خبر کانون توجه بسیاری از متخصصین قرار گرفت.

نشانگان کاوازاکی بیماری نادری است که عمدتاً در کودکان دیده می‌شود و دارای علائم زیر است:

۱. قرمز شدن کف دست و پا

۲. راش‌های مخملکی سرتاسر بدن

۳. شکاف لب و زبان توت فرنگی و درگیری گره‌های لنفی گردن

این بیماری عمدتاً توسط دو باکتری از خانواده کوکسی‌های گرم مثبت ایجاد می‌شود: استافیلوکوکوس آرئوس و استرپتوکوکوس پایوژنز که این دو باکتری با تولید سمومی به نام انتروتوکسین TSST و اگزوتوکسین تب‌زای B,C موجب آسیب به جدار عروق و مویرگ‌ها شده و نتیجه آن خونریزی‌های زیر جلدی و قرمز شدن پوست در اطفال می‌باشد که به آن سندروم کاوازاکی می‌گویند^۱.

حال این نکته بسیار جای تأمل دارد که به چه علت یک بیماری نادر با عفونت باکتریایی تا به اندازه چند برابر افزایش یافته و بر خلاف گذشته که تنها مواردی معدود در جهان از ابتلای به این بیماری گزارش می‌شد درست در دوره شیوع کرونا موارد متعددی از کودکان مبتلا به این بیماری در اروپا، آسیا و آمریکا گزارش شده است؟ آیا این بدان معنی نیست که باکتری عامل این بیماری نیز چند برابر گذشته قادر به

^۱ Muray Microbiology

بیماری‌زایی شده و به عبارت دیگر بیشتر طغیان نموده است؟ آیا می‌توانیم این موضوع را به بزرگسالان نیز تعمیم دهیم؟

چه توجیهی می‌توان بر این مسئله داشت؟ جز اینکه بپذیریم دوره شیوع دوره افزایش عفونت‌های باکتریایی بوده تا جایی که حتی نادرترین گروهی که از نادرترین بیماری این عفونت‌ها متأثر می‌شده‌اند تا به این اندازه افزایش یافته‌اند. اگر بپذیریم عفونت‌های باکتریایی ناشی از کوکسی‌های گرم مثبت تا به اندازه‌ای افزایش یافته که نادرترین بیماری ناشی از آن یعنی سندروم کاوازاکی تا به این اندازه افزایش یافته است پس بنا بر عقل و منطق می‌بایست شایع‌ترین بیماری‌های ناشی از این باکتری‌ها یعنی پنومونی‌ها نیز افزایش یافته باشد، چرا که عامل هر دو یکی‌ست و عقل حکم می‌کند اگر ابتلای به یک باکتری در کودکان افزایش یافته است به همان موازات ابتلای به آن در جمعیت بزرگسال نیز افزایش یافته باشد، اما بیماری ناشی از آن در بزرگسالان عمدتاً به عنوان کرونا تلقی شده و علائم آن به علت شباهت به کرونا از آن تفکیک نشده است.

اما مگر دانش پزشکی ابزار و ادوات تفکیک و افتراق میان پنومونی‌های باکتریایی و ویروسی را در اختیار ندارد تا بتواند مشخص کند علت بیماری ویروس کروناست یا باکتری‌های فوق؟

تشخیص این دو بیماری از هم عمدتاً به واسطه سه تکنیک تشخیصی صورت می‌گیرد:

۱. نخست روش کشت که اولاً کشت ویروسی در بیمارستان‌ها انجام نمی‌شود و کشت باکتری نیز نیاز به زمانی بین ۱-۲ هفته دارد و بدیهی‌ست که در کرایتریای تشخیص وارد نشود.
۲. دومین روش متد تخصصی PCR می‌باشد که مدت زیادی در دسترس نبود و مدت اندکی پس از دسترسی نیز از دستورالعمل تشخیص حذف گردید و تابلوی بالینی بیمار و سی.تی.اسکن جایگزین آن شد، به این شکل که هر کس علائم مربوطه را داشته باشد می‌بایست مبتلا به کرونا تلقی گردد.

۳. سومین متد روش تصویربرداری یا همان سی.تی.اسکن ریه می‌باشد که اولاً بنا بر مورد فوق در بسیاری از بیماران انجام نمی‌گیرد و ثانیاً حتی اگر انجام پذیرد الگوی تشخیص پنومونی باکتریال و ویروسی هنوز محل چالش و اختلاف نظر است و علیرغم وجود الگوهای متفاوت درگیری ریوی در میکروب‌های مختلف (مثلاً الگوی لوبار در باکتری‌ها و الگوی اینتراستیشیال در ویروس‌هایی مانند کرونا) بازهم در موارد زیادی این عفونت‌ها صرف استناد به تصاویر سی.تی.اسکن قابل تشخیص نخواهند بود و ناچار می‌بایست از سایر تست‌های آزمایشگاهی بهره جست.

پس در عمل مبتلایان به عفونت‌های باکتریال در موارد بسیاری از مبتلایان به ویروس قابل تمییز نخواهند بود و جملگی مبتلایان به ویروس کرونا در نظر گرفته می‌شوند. به علاوه اینکه اکنون می‌دانیم بخش عظیمی از بیماری و درگیری تنفسی در مبتلایان واقعی به ویروس نیز ناشی از عفونت ثانویه باکتریایی می‌باشد و این گروه نیز از مبتلایان واقعی به ویروس تفکیک نخواهند شد.

می‌توان اینگونه نتیجه گرفت بر خلاف “تصور” عموم که خود این تصور ساخته و پرداخته طراحان فریب است این احتمال وجود دارد بسیاری از بیماران در حقیقت توسط یک عامل باکتریایی با منشأ داخلی مبتلا به بیماری شده باشند و افزایش جمعیت بیماران با توجه به راهکارهای ایجاد اپیدمی مصنوعی و سیاست‌های بیمارسازی دور از ذهن نیست.

حال چه عاملی موجب شده تا عفونت‌های باکتریالی که تا این اندازه می‌توانند شبیه کرونا باشند درست مقارن با شیوع کرونا افزایش یافته باشند؟

پاسخ در پروتکل‌های بهداشتی و تضعیف سیستم ایمنی به واسطه استرس و دور نگاه داشتن مردم از شرکای جنسی نهفته است که در بخش‌های دیگر شرح داده شده است. توضیح در این خصوص بسیار است که ذکر تمامی آنها از حوصله بحث خارج است اما برای نشان دادن اینکه چگونه پروتکل‌های افراطی بهداشتی مانند پازل‌های پنهان موجب

بیمارسازی و ایجاد اپیدمی مصنوعی می‌گردد به ذکر یک مثال می‌پردازیم:

مثلاً باکتری هموفیلوس آنفولانزا در حالت عادی در مخاط بینی و مجاری تنفسی حاضر بوده ولی قادر به بیماری‌زایی نیست، چرا که مخاط مجاری نفسی مانند سدی این میکروب را از سلول‌های اپی تلیال تنفسی جدا ساخته است.

حال تأثیر دستورالعمل‌های افراطی در این خصوص را بررسی نماییم:

۱. چنانچه فرد در معرض بخارات ناشی از مواد شوینده قرار گیرد در نتیجه آسیب ناشی از این مواد مخاط تنفسی دچار اختلال و از هم گسیختگی شده و این فرصت برای باکتری فراهم می‌آید تا به وسیله پیلی و پروتئین‌های غشای خارجی به مخاط متصل شده و با بکارگیری سایر فاکتورهای بیماری‌زایی نظیر IgA پروتئاز پروتئین‌های دفاعی سیستم ایمنی (آنتی بادی‌های مخاطی) را تخریب نموده و بتوانند از سلول‌های اپی تلیال عبور کرده و خود را به جریان خون برسانند و بیماری‌زایی کنند.

۲. حال اگر این فرد در شرایط استرس و وحشت نیز باشد بنابر افزایش هورمون‌های استرس سیستم ایمنی هومورال و سلولار وی نیز به اندازه‌ای ضعیف می‌گردد که سیستم ایمنی حتی در خون نیز قادر به مقابله با این باکتری نخواهد بود؛ مضاف بر اینکه این باکتری با ترندهایی مانند آزاد کردن کپسول خود قادر است آنتی بادی‌ها را به دام انداخته و اجزای مهمی از سیستم ایمنی به نام کمپلمان را نیز غیر فعال سازد.

۳. آسیب به میکروبیوتا و میکروب‌های همزیست در پوست و مخاط باعث شده تا میکروب‌های مفیدی وجود نداشته باشند که هم مانع تکثیر این باکتری شوند و هم با تولید ترکیبات ضد میکروبی آن را نابود سازند.

۴. سپس علائمی مانند پنومونی و تب و سرفه و... در فرد ظاهر می‌گردد که چون فرد در دوره شیوع کرونا بسر می‌برد اولین تشخیص عفونت ناشی از کروناست. در واقع در این احتمال آنچه موجب شده یک

باکتری ساکن در مخاط بینی بدل به بیماری مشابه با کرونا شود اقدامات خود فرد و فضای رعب و وحشت رسانه‌ای می‌باشد.

این مثال در خصوص سایر باکتری‌های دیگر نیز صادق است به ویژه اگر جمعیت میکروب‌های همزیست دیگر در اثر بهداشت افراطی کاهش یافته باشد. چرا که در این صورت جایگاه اتصال فراوانی برای گونه‌های فرصت طلب فراهم می‌آید تا بیماری‌زایی کنند.

پس استفاده طولانی مدت و بدون تعویض ماسک راهی برای پدید آوردن یک فضای پر میکروب دقیقاً در مجاورت دهان و بینی افراد است در حالی که فرد با زدن ماسک گمان می‌کند حاشیه امنی از جهت محافظت علیه ویروس برای خود پدید آورده است، با هراس از ویروسی که از واهمه آن ماسک زده است هر لحظه هزاران باکتری و قارچ را از مجاری تنفسی خود خارج کرده و در فضای ماسک انباشته می‌سازد؛ هر لحظه باکتری‌ها و قارچ‌های مقیم فضای تنفسی و گوارشی تکثیر شده و جمعیتی قابل توجه از آن با بازدم از این مجاری خارج شده و در حالی که طبیعتاً می‌بایست از بدن انسان دور ریخته شود درست در چند میلی‌متری دهان و بینی حبس می‌شود و مجموع این میکروب‌ها شانس ورود مجدد به سیستم تنفسی و گوارشی را خواهند داشت و اگر در این شرایط عمده جمعیت این میکروب‌ها باکتری‌های فرصت طلب عامل پنومونی باشند (سایر گونه‌های مفید در اثر قرنطینه افراطی و شستشوی افراطی از بین رفته باشند) فرد مبتلا به بیماری‌هایی با علائم بسیار مشابه با کرونا خواهد شد.

با استفاده طولانی و غیر اصولی از ماسک موازنه میان جمعیت میکروب‌های موجود در دم و بازدم برهم خورده و در حالی که در حالت عادی می‌بایست مقداری از میکروب‌ها با بازدم خارج شده و هوای ورودی تازه حاوی مقدار کمی از میکروب‌ها باشد، با استفاده از ماسک‌ها هوای تازه‌ای که می‌بایست وارد سیستم تنفسی و گوارشی شود دارای جمعیت بیشتری از میکروب‌ها می‌باشد و این امر به نوبه خود امری مخاطره آمیز است.

به ویژه اینکه ماسک‌ها پس از مدتی به مانند چمدانی از باکتری‌های استافیلوکوک و سودوموناس در آمده که بالقوه توانایی ایجاد بیماری‌های تنفسی را دارد که علائم آن بسیار شبیه به کروناست. و اکنون می‌بایست به یک مورد تکان دهنده از عفونت ثانویه کرونا که در بیمارستان شیراز به ثبت رسیده اشاره کرد. پسری ۱۴ ساله با علائم شدید تنفسی و تست مثبت PCR کرونا که نتیجه کشت خون وی وجود عفونت همزمان استافیلوکوک بوده است و برخلاف پنوونی‌های کرونا که در آنها معمولاً تجمعات مایع در ریه (Pleural Effusion) دیده نمی‌شد در این بیمار تجمعات مایعات در نتایج سی.تی.اسکن آشکار است و بدین معناست که عفوت همزمان یا ثانویه ناشی از استافیلوکوک علت پنومونی بوده نه ویروس کرونا^۱.

ذکر این امور شاید از این جهت حائز اهمیت باشد که بدانیم عامل منتج به فوت نه ویروس کرونا بلکه همان باکتری است که می‌تواند در هر بازدم ما در فضای پشت ماسک انباشته گردد! حال آیا تعویض ماسک و دست کم از چهره برداشتن آن به مدتی که منافی اصول معقول بهداشتی نباشد امری بی‌اهمیت خواهد بود؟

رفته رفته پاسخ این سوال را خواهیم دانست که چرا در سال ۲۰۲۰ تا این اندازه مبتلایان به اختلالات تنفسی و عفونت‌های تنفسی افزایش یافته است.

پس در حقیقت موضوع عفونت‌های همزمان و ثانویه‌ای که به نظر می‌رسد در خصوص ویروس کرونا از خود ویروس پیچیده‌تر باشد با ماسک زدن‌های طولانی مدت کمی قابل توجیه باشد و سبب بروز این فرضیه شود که “شاید” استفاده بیش از اندازه از ماسک و اجبار بر استفاده از آن و عدم تعویض مرتب آن موجب آن شود که فرد جمعیتی انبوه از باکتری‌های عامل پنومونی را به جای محیط در فضای ماسک

^۱ A Case of COVID 19 and Staphylococcus Coinfection-

انباشته کرده و مجدداً به واسطه تنفس آنها را وارد سیستم گوارشی خود کند و این امر از نظر علمی غیر ممکن نیست. مضاف بر اینکه اکنون می‌دانیم پس از عفونت ویروسی با بروز آسیب به مخاطات تنفسی و ماکروفاژهای آلوئولار و خطوط سیستم ایمنی در مجاری تنفسی تا چه اندازه بدن در مقابل این باکتری‌ها بی‌دفاع است (که در بخش قبل مفصلاً شرح داده شد). حتی با فرض اینکه اصلاً فرد مبتلا به عفونت ویروسی نیز نشده باشد انباشت باکتری‌ها و قارچ‌ها در فضای داخلی ماسک و امکان بازگشت آنها به داخل مجاری تنفسی نیز خود امری خطرناک است. به طور ساده تصور کنید انسانی که می‌بایست در هر دم حجمی از اکسیژن را به همراه جمعیتی مثلاً هزار عددی از باکتری و قارچ وارد ریه خود کند (به طور طبیعی سیستم ایمنی قادر به مقابله با این حجم میکروبی می‌باشد) اکنون در هر دم جمعیتی صد هزار عددی از باکتری و قارچ که در فضای ماسک وجود دارد وارد بدن خود کرده و بدتر اینکه این جمعیت با بازدم از بدن خارج نشده و در ماسک حبس شده و مجدداً این چرخه ادامه دارد. حال تصور کنید این میکروب‌های در فضای داخل مجاری تنفسی و حتی در فضای ماسک (به میزان خیلی کمتر) دائماً در حال تکثیر و افزایش جمعیت است و ما به واسطه ماسک مانع خروج جمعیت مازاد آن از داخل بدن شده‌ایم. گویی که ماسک نیز عضو جدیدی از بدن است که میکروب‌هایی که می‌بایست از بدن وارد محیط خارج شوند را در خود حبس کرده و به ما باز می‌گرداند در حالی که جمعیت این میکروب‌ها هر ساعت با تکثیر در حال افزایش است. آیا این رویه موجب بروز بیماری نمی‌شود؟ آیا اکنون برای کسانی که مبتلای قطعی به ویروس هستند زدن ماسک امری خطرناک نیست؟ در پاسخ باید گفت که این خطر می‌بایست با داروهای آنتی بیوتیک کاسته شود که همانا فلسفه تجویز آنتی بیوتیک در عفونت‌های ویروسی نیز همین است که چون ویروس زمینه عفونت باکتریایی را مهیا کرده است، باکتری‌های مقیم دستگاه تنفسی منجر به بیماری نشوند، لذا با آنتی بیوتیک از این امر "جلوگیری" می‌شود "نه درمان".

- منتقدین در پاسخ به این فرضیه اینگونه استدلال کرده‌اند که در سال‌های گذشته نیز کادر درمان ساعت‌های متمادی از ماسک استفاده می‌کرده و به جز مواردی نادر از سرگیجه و سردرد، هیچ مشکلی نظیر بیماری‌های فوق‌الذکر برای وی ایجاد نمی‌شده است؛ در پاسخ باید گفت:
۱. آیا کادر درمان در سال‌های گذشته به اندازه دوره شیوع دست‌ها و بدن خود را ضدعفونی می‌کرده است؟ که جمعیت میکروب‌های همزیستی که گونه‌های بیماری‌زای باکتریال را محدود و نابود می‌کند را از بین برده باشد؟
 ۲. آیا کادر درمان در سال‌های قبل نیز به اندازه دوره شیوع در فشار و استرس بوده است؟
 ۳. آیا کادر درمان سال‌های قبل نیز به واسطه پروتکل‌های مشابه دوره شیوع فاصله‌گذاری اجتماعی را رعایت می‌کرده و تماس فیزیکی وی با هم‌نوعان و شرکای جنسی آنها منقطع گشته است؟
 ۴. از همه مهم‌تر آیا در سال‌های قبل ویروسی شدیداً مسری (و به زعم ما ساختگی) مانند: کرونا در جامعه وجود داشته که فرضاً در صورت انباشت میکروب‌های بیماری‌زا در محفظه ماسک ضمن ابتلای به ویروس منجر به بروز عفونت ثانویه باکتریال شود؟
 ۵. آیا در سنوات قبل کادر درمان مانند دوره شیوع علاوه بر محل خدمت خود، در خیابان و اماکن عمومی و حتی محیط منزل نیز از ماسک استفاده می‌نموده؟ یا نهایتاً چند ساعت در محل کار؟
- طبیعتاً مقایسه ساعات طولانی استعمال ماسک در دوران شیوع و دوران قبل از آن قیاس صحیحی نمی‌باشد.
- کاهش اکسیژن خون (هایپوکسیا) افزایش میزان کربن دی‌اکسید در خون (هایپرکپنیا): آیا استفاده از ماسک موجب بروز سرطان می‌شود؟



Dr Otto Heinrich Warburg

Winner of the 1931
Nobel Prize in Physiology



Discovered the Cause of Cancer in **1923**

**"CANCER grows in
Oxygen Deprived ACIDIC tissue"**

"DISEASES cannot survive in an ALKALINE BODY"

*"Cancerous tissues are **acidic**, whereas
healthy tissues are **alkaline**"*

*"Deprive a cell 35% of its oxygen for 48 hours and it may become
cancerous."*

تصویر ۱۲۲- جمله معروف پروفسور اتو واربورگ برنده جایزه نوبل فیزیولوژی: سرطان‌ها در شرایط هایپوکسی و اسیدی رشد می‌کنند و یا اینکه ۳۵ درصد از اکسیژن سلول را بگیرد، سلول پس از ۴۸ ساعت سرطانی خواهد شد.

بررسی مخاطرات استفاده غیر اصولی از ماسک گاهی به خطا رفته و رنگ و بوی اغراق و توطئه به خود می‌گیرد.

پروفسور اتو واربورگ^۱ معتقد است هیچ سلول سرطانی نمی‌تواند در محیط قلیایی رشد کند و چنانچه ۳۵ درصد اکسیژن یک سلول در طی ۴۸ ساعت کاهش یابد آن سلول تبدیل به یک سلول سرطانی خواهد شد! در نقل و قول مذکور دو نکته کلیدی وجود دارد که ممکن است انگشت اتهام را به سمت ماسک‌ها نشانه رود:

۱. کاهش اکسیژن خون (هایپوکسی)
 ۲. اسیدی شدن خون در نتیجه افزایش کربن دی‌اکسید (هایپرکپنیا)
- در کوتاه زمانی پس از اجباری شدن استفاده از ماسک افراد بسیاری مدعی شدند که استفاده طولانی از ماسک موجب بروز هایپوکسی و

^۱ Otto warburg

هایپرکپنیا شده و همین امر جهان را به سونامی بزرگی از سرطان‌ها و اختلالات عصبی سوق خواهد داد.

با توجه به اینکه انسان در هر بازدم مقداری زیادی از کربن دی‌اکسید را از ریه‌های خود خارج کرده و در مقابل هوای حاوی اکسیژن تازه با به ریه‌های خود وارد می‌سازد این پرسش پیش می‌آید که با استفاده از ماسک آیا اختلالی در روند تبادل گازهای تنفسی ایجاد می‌شود؟

افراد متعددی به ویژه دانشمند عصب شناسی به نام دکتر مارگارت گریس نیز مدعی شده بودند که استفاده طولانی مدت از ماسک و باز گشت هوای بازدمی به داخل ریه که دارای مقادیر کمتری اکسیژن و مقادیر بیشتری کربن دی‌اکسید می‌باشد باعث کاهش اکسیژن خون (هایپوکسیا) و افزایش کربن دی‌اکسید خون (هایپرکپنیا) در افراد می‌شود که این امر موجب بروز آسیب‌های عصبی به مناطقی از مغز نظیر هیپوکامپ می‌گردد. اهمیت هیپوکامپ در سیستم عصبی انسان به اندازه‌ای است که به آن قلب مغز گفته می‌شود و این بخش مرکز یادگیری و حافظه بوده که هرگونه آسیب بر آن موجب اختلالات شدید عصبی و رفتاری در بلند مدت می‌شود.

دکتر گریس معتقد است در نخستین روزهای استفاده از ماسک افراد به واسطه بروز آسیب به سلول‌های عصبی خود و کاهش اکسیژن‌رسانی به مغز و سایر اندام علائمی مانند سرگیجه، عدم تمرکز، سردرد، بدن درد و خستگی و فراموشی را تجربه می‌کنند اما بدن رفته رفته به این شرایط سازگار شده و پس از مدتی این علائم در فرد دیده نمی‌شود در حالی که آسیب‌های ناشی از کاهش اکسیژن همچنان در حال وقوع بوده و سیستم عصبی هر لحظه در حال از دست دادن بخشی از توانایی‌های ویژه خود می‌باشد. با توجه به اینکه آسیب‌های ناشی از این پدیده که به آن آسیب‌های تباه کننده عصبی یا نورودژنراتیو نیز گفته می‌شود در بلند مدت خود را نشان می‌دهد، افراد این آسیب‌ها را احساس نمی‌کنند.

جمعیتی از پزشکان و کارکنان سلامت در سراسر جهان ویدئوها و پیام‌های تصویری مبنی بر عدم کارایی ماسک در کنترل شیوع منتشر نموده و با زیر سؤال بردن پروتکل‌های سازمان بهداشت جهانی این شائبه

را تقویت نمودند که اگر ماسک زدن کارایی لازم را نداشته و یا به گفته گروه دیگر از پزشکان موجب بروز بیماری‌های مهلکی مانند سرطان و اختلالات عصبی می‌شود، اصرار سازمان بهداشت جهانی و وزارت بهداشت زیر نظر آن در سراسر جهان مبنی بر اجباری شدن پوشیدن ماسک از چه بابت است؟ آیا این سازمان در صدد بیماری سازی و افزایش مبتلایان به بیماری‌های فوق الذکر بوده؟ و یا تصمیم مذکور راهکاری برای کنترل بحران شیوع می‌باشد؟ اکنون که کمپانی‌های دارویی و صنایع پزشکی سودای آن بر سر دارد که حاکم بلامنازع اقتصاد جهان شود آیا بیمارتر بودن مردم و وجود جمعیتی عظیم از بیماران در کره زمین خود تضمینی بر سلطه این سازمان و این کمپانی‌ها نخواهد بود؟ آیا اعتیاد جدید بشر به دارو و بیمار بودن آن قرار است جایگزین اعتیاد سابق بشر به انرژی باشد؟ شاید پاسخ به این سؤال از عهده کسی ساخته نباشد و شایسته باشد این مسئله در حدود یک پرسش ذهنی و یک چالش نظری باقی بماند صرف‌نظر از اینکه صحیح یا غلط باشد چون به هر جهت تاکنون هیچ تحقیق علمی نتوانسته ثابت کند زدن ماسک منجر به کاهش اکسیژن خون می‌گردد. اما حفظ این مسئله در گوشه‌ای از ذهن (تا آنجا که به توهم توطئه منجر نشود) برای پایش رفتارهای سازمان بهداشت جهانی قدری لازم است چراکه اگر جمعیت عظیمی از مردم کره زمین به بیماری‌های مختلف مبتلا باشند این امر موجب وابستگی بیش از پیش جهان به این سازمان و کمپانی‌های داروسازی زیر مجموعه آن شده و به بی‌رحمانه‌ترین شکل و غیرانسانی‌ترین وجه ممکن سلطه جهان را در سطحی فراملی و فرا قاره‌ای به دست این سازمان خواهد داد و با شناختی که از این سازمان و کارنامه نه چندان پاک آن داریم شایسته است حتی از کنار ضعیف‌ترین احتمالات نیز به سادگی عبور نکرده و راستی آزمایی آن را به میکروسکوپ‌های آزمایشگاه بسپاریم. به دیگر کلام دلیلی برای صحت ادعاهای این گروه از محققین تا به امروز در تحقیقات علمی وجود ندارد اما همچنین دلیل محکمی هم بر اطمینان تام و بی‌قید و شرط به سازمان بهداشت جهانی وجود ندارد! چرا که اکنون می‌دانیم تمامی داده‌های علمی و اکتشافات به نحوی از انحا از فیلتر سازمان‌های کلان

بهداشتی گذشته و اگر این سازمان‌ها در صدد سانسور یافته‌ای برآیند به راحتی می‌توانند این کار را انجام داده و یا اینکه مانند فریب قرن جهان را در آستانه یک بحران زیستی قرار دهند.

تا آن زمان آسیب‌شناسی ناشی از استفاده غیر اصولی و طولانی مدت از ماسک‌ها در همین دو محور خلاصه می‌شود:

۱. بروز علائمی مانند سرگیجه و بی‌حالی: که می‌تواند با استناد به خطای روان شناختی تأیید منجر به القای حس خود بیمار پنداری در فرد شده و استرس را در او تشدید کند، در نتیجه سیستم ایمنی وی در بحرانی‌ترین شرایط شیوع یک ویروس تضعیف گردد.

۲. استفاده غیراصولی و طولانی از ماسک منجر به انباشت باکتری‌ها و قارچ‌های بیماری‌زا در فضای پشت ماسک گردد و خود این میکروب‌ها قادر شوند بیماری‌های تنفسی مشابه با کرونا را ایجاد کنند و یا در صورت ابتلای به ویروس کرونا فرد را در معرض عفونت ثانویه یا حتی مرگ قرار دهد.

۳. الزام و اجبار بر ماسک زدن سبب شود افراد بیشتر صورت خود را لمس کرده یا خاراند و همچنین سطح ماسک را لمس نمایند که اگر به واسطه شستشوی افراطی جمعیت میکروب‌های بی‌خطر در پوست کاهش و جمعیت گونه‌های بیماری‌زا افزایش یافته باشد ممکن است همین اقدام منجر به بروز بیماری‌های تنفسی گردد (در بخش‌های قبل مخاطرات این اقدامات به طور کامل بررسی شده است).

توصیه سازمان‌های ذیصلاح بهداشت برای افراد مختلف به این صورت می‌باشد که افراد عادی از ماسک‌های ساده جراحی و یا ماسک‌های پارچه‌ای استفاده کنند و کارکنان کادر درمان و سرویس‌های بهداشت و سلامت از ماسک‌های N95 (علت نامگذاری آن جذب ۹۵ درصدی ذرات موجود در هواست) استفاده کنند. توصیه‌ای که به تدریج رو به افراط رفته و مردم هراسان و وحشت زده را به سمت استفاده از ماسک‌های N95 به مدت طولانی سوق داد و نمی‌توان از این بابت آنها را ملامت کرد چرا که در مقابل حجم عظیم تبلیغات رسانه‌ای از مرگبار بودن این ویروس چنین عکس‌العملی از جانب مردم امر غریبی نیست و در چنین مواقعی هر

کس جان خود را در معرض تهدید ببیند حاضر است یک بیماری و اختلال را به جان بخرد تا دستکم زنده بماند. حقیقت امر این است که طبق آخرین یافته‌های علمی، ماسک‌های معمولی صرفنظر از تجمع باکتری‌ها و قارچ‌ها مشکل چندانی از بابت اختلال در تبادل گازهای تنفسی ایجاد نمی‌کند اما ماسک‌های N95 تا مقدار کمی دارای اثرات نامطلوب بر سیستم گازهای تنفسی و سیستم ایمنی افراد می‌باشد. اگرچه استفاده از ماسک ممکن است در ابتدا تا حدود کمی موجب کاهش اکسیژن خون شود و این امر ممکن است خود دلیلی احتمالی بر سرگیجه و سردرد و درد عضلانی در نتیجه اختلال در اکسیژن رسانی به این بافت‌ها باشد، اما به طور کلی کاهش اکسیژن خون در نتیجه استفاده از ماسک در حد و اندازه‌ای نیست که آسیب مشهودی چنان که برخی نظریه‌پردازان ادعا می‌کنند بر سلامت دستگاه تنفسی داشته باشند و می‌توان گفت نظریات بدبینانه در این مورد کمی به افراط رفته است چرا که سیستم فیزیولوژی انسان قادر است رفت رفته با این حالت سازگاری پیدا کند. اما استفاده از ماسک از جهاتی می‌تواند اسبابی در جهت القای هر چه بیشتر استرس و وحشت و همچنین تضعیف سیستم ایمنی فراهم کند که این اثرات غیر قابل انکار هستند.

در سال ۲۰۰۶ محققین اثرات استفاده طولانی مدت از ماسک‌های N95 در ۲۱۲ نفر از کارکنان کادر درمان را بررسی نموده و به این نتیجه رسیدند که ۳۷ درصد از این افراد بروز علائمی از جمله سردرد و خستگی و احساس گیجی را گزارش داده‌اند^۱.

این بدان معناست که با استفاده از ماسک گاهی همان علائمی در فرد پدیدار می‌شود که رسانه‌ها به صورت شبانه روزی آن را منتسب به بیماری کرونا دانسته و با همین روند همه روزه افراد زیادی گمان می‌کنند مبتلا به کرونا شده و راهی مراکز تشخیص و درمان می‌شوند (که ممکن است جواب مثبت کاذب وی را در شمار مبتلایان قرار دهد) و

^۱ Headaches and the N95 face mask amongst healthcare provider, E C

حتی اگر چنین نکنند استرس ناشی از خود بیمار پنداری موجب کاهش توانایی سیستم ایمنی آنها خواهد شد.

به چه علت استفاده از این ماسک‌ها موجب بروز علائم فوق الذکر شده و آیا این امر مخاطره آفرین است؟ آیا پوشیدن این نوع ماسک در دوره شیوع اثرات زیانبار بر سلامت افراد دارد؟

از نظر تئوری با توجه به ماهیت ضخیم این ماسک‌ها بدیهی‌ست که بخشی از کربن دی‌اکسیدی که می‌بایست در هر بازدم از ریه افراد تخلیه و از دهان و بینی کاملاً خارج شود در فضای ماسک محبوس شده و بخشی از آن ممکن است در دم بعدی وارد ریه‌های فرد گردد و بدین ترتیب درصد کربن دی‌اکسید که یک گاز سمی می‌باشد در هوای ورودی به ریه‌ها افزایش یافته و منجر به بروز حالتی موسوم به هایپرکپنیا در خون افراد می‌شود. به بیان ساده افرادی که از این ماسک‌ها به صورت غیراصولی و افراطی استفاده می‌کنند ممکن است درصد بالاتری از کربن دی‌اکسید در خون خود داشته و از نظر ایمنولوژیک این حالت منجر به بروز اختلالاتی در سیستم عصبی و سیستم ایمنی می‌گردد^۱:

۱. هایپرکپنیا موجب اختلال در سیستم ایمنی ذاتی به واسطه کاهش فاکتورهای اصلی ایمنی در گلبول‌های سفید می‌گردد: یکی از مهمترین فاکتورهای التهاب فاکتور هسته‌ای NF-KB می‌باشد که آغازگر فرایند التهاب و مبارزه به عوامل بیماری‌زا بوده و با افزایش رونویس از ژن‌های آن مسیرهای التهاب با تولید سایتوکاین‌های التهابی آغاز می‌شود. اهمیت این فاکتور به اندازه‌ای‌ست که هر گونه کاهش در تولید آن به دلایل ژنتیکی و محیطی موجب افزایش ابتلای فرد به انواع بیماری‌های عفونی می‌گردد. افزایش کربن دی‌اکسید خون موجب کاهش بیان این فاکتور پراهمیت و به تبع آن تضعیف سیستم ایمنی می‌شود. به بیان دیگر با استفاده طولانی مدت از این ماسک‌ها افراد به نوعی خود را در مقابل میکروب‌ها کم دفاع و ضعیف‌تر می‌سازند. این در حالی‌ست که CDC بروز

^۱ Hypercapnia Suppresses Macrophage Antiviral Activity and Increases Mortality of Influenza A Infection via Akt1, <https://doi.org/10.1101/2020.02.13.946400>doi

این عارضه را محدود به افرادی می‌داند که دارای بیماری‌های زمینه‌ای ریوی می‌باشند و ابداً در نظر نگرفته است که در دوره شیوع کرونا سیستم ایمنی ذاتی افراد در اثر برخورد با مواد شیمیایی و استرس و... تا به چه اندازه مردم عادی را نیز شبیه بیماران ریوی کرده است.

۲. افزایش کربن دی‌اکسید در مجاری تنفسی شرایطی مناسب برای رشد گروهی دیگر از باکتری‌های ایجاد کننده پنومونی بمانند هموفیلوس آنفولانزا را فراهم می‌سازد که در مطالعات متعددی به عنوان عفونت ثانویه آنفولانزا و کرونا گزارش شده است. عفونت ناشی از این باکتری با بروز تب، بدن درد، سرفه، پنومونی و در کودکان با بروز مننژیت همراه بوده و از جمله مهلک‌ترین عفونت‌های تنفسی باکتریال می‌باشد. درمان این عفونت تجویز سفالوسپورین، کلاریترومایسین و آزیترومایسین می‌باشد (که در بخش‌های قبل این احتمالات بررسی شده و به این مسئله پرداخته‌ایم که چرا آزیترومایسین یکی از موفق‌ترین داروهای درمانی در مبتلایان به کرونا بوده است، اینجا این احتمال کمی تقویت می‌شود)

۳. افزایش کربن دی‌اکسید در خون باعث کاهش فعالیت ضد ویروسی گروه مهمی از گلبول‌های سفید به نام ماکروفاژها می‌شود. به علت اختلال در مسیر وابسته به Akt که در نتیجه بالا بودن کربن دی‌اکسید رخ می‌دهد ماکروفاژها قادر به بلعیدن ویروس‌ها و همچنین فعال کردن مسیرهای ایمنی اکتسابی (عرضه آنتی ژن به لنفوسیت‌ها) نخواهند بود و بدین ترتیب فرصت طلایی برای بیماری‌زایی ویروس‌ها و باکتری‌ها ایجاد می‌شود.

پس از نظر تئوری استفاده طولانی و غیر اصولی از این نوع از ماسک‌ها توسط افراد عادی (به ویژه بدون تعویض) موجب بیماری‌زایی و تضعیف سیستم ایمنی می‌شود. به ویژه اینکه بیماری‌هایی که در نتیجه این امر رخ می‌دهد از نظر علائم بسیار شبیه بیماری کرونا می‌باشد اما اینکه در عالم واقعیت نیز این اتفاقات رخ داده باشد را می‌بایست به میکروسکوپ آزمایشگاه سپرد که البته تاکنون گزارشی از آن ثبت نشده است.

بدین ترتیب ما با استفاده غیر اصولی و عدم اطلاع رسانی و آموزش صحیح افراد را به سمتی برده ایم که خود زمینه ابتلا به بیماری هایی را در خود فراهم کنند که بسیار شبیه به کرونا می باشد. حال باید از خود پرسید اگر ماسک ها چگونه که باید و شاید در مقابل ویروس ها از ما محافظت نمی کنند و در عین حال خود می توانند موجب بروز اختلالات عصبی و ایمنولوژیک شوند به چه دلیل تا این اندازه بر پوشیدن آنها پافشاری می گردد؟

بعد روان شناسی ماسک اجباری

یک دلیل احتمالی بر اجبار و اصرار استفاده از ماسک می تواند القای حس تقصیر و قصور در مردم عادی باشد! چرا که می دانیم حتی با فرض اجباری کردن ماسک باز هم افراد زیادی به هر دلیلی این قانون را زیر پا گذاشته و از ماسک استفاده نمی کنند؛ با این شرایط رسانه ها می توانند بسیار ساده تقصیر شیوع و افزایش مبتلایان را متوجه خود مردم کرده و به نوعی مردم را در مقابل مردم قرار دهند، به این صورت که مردم به جای اینکه مسببین و مقصرین اصلی شیوع که همانا سازندگان ویروس و نشرکنندگان آن، ایجاد کنندگان رعب و وحشت و اپیدمی مصنوعی هستند را به بوته فراموشی سپرده و مردم عادی را مقصر این شرایط بدانند. در حالی که می دانیم در جغرافیاهای متعددی مردم عادی حتی در تجمعات میلیونی خود از ماسک استفاده نکرده و حتی در کشورهایی که استفاده از ماسک اجباری نبوده نه تنها فاجعه ای انسانی رخ نداده بلکه به طرز عجیبی آمار مبتلایان و کشته شدگان نیز کمتر می باشد (در بخش های بعدی به این موضوع خواهیم پرداخت).

با اجباری شدن ماسک و تبلیغات رسانه این رفتار کم کم به صورت یک ارزش اجتماعی درآمده و ماسک نزدن یک هنجارشکنی رذیلانه و جنایت در حق ممنوع قلمداد می شود و به دنبال آن زمانی که آماری مبنی بر تشدید شیوع و افزایش مبتلایان توسط رسانه ها نشر می شود ناخواسته پیکان اتهام مردم را نشانه می رود.

در حقیقت اجباری شدن ماسک توسط حکومت‌ها نوعی فرار هوشمندانه سیاستمداران از مسئولیت‌ها و تقصیرهای احتمالی بوده که تلاش دارد با انحراف افکار مردم از مطالبه‌گری از حکومت‌ها در خصوص کنترل شیوع و مقابله با آن مقصری از جنس مردم برای این وضعیت فراهم ساخته و مردم فراموش کنند که این ویروس توسط چه کسی با چه اهدافی ساخته شده است.

دوره بحران دوره سخت و پیچیده تصمیم‌گیرهای دشوار و حساس بوده و گاهی می‌بایست اهم را بر مهم ترجیح داده و برای حصول نتیجه‌ای مساعد گاه مصلحت در این است از روش‌هایی استفاده کنیم که در حالت عادی چندان بی‌خطر نیستند. مثلاً در زمان مواجهه با یک همه‌گیری مهلک که جان بسیاری از انسان‌ها را تهدید می‌کند، استفاده از ماسکی که شاید در برخی از افراد بیماری‌زایی کند چندان امر غیر معمولی نیست، اما نکته اساسی اینجاست آیا عامل تهدیدگری با این ابعاد وجود دارد که ما خطر بروز بیماری‌هایی را برای رهایی از آن تهدید به جان بخریم؟ و یا چینش این سیاست‌گذاری‌ها تعمداً به گونه‌ای است که افراد با انجام آنها احساس بیماری کنند و حال که تصادفاً علائم بیماری مهلک (کرونا) شبیه همان بیماری‌هایی است که در نتیجه بهداشت افراطی به آن دچار می‌شوند افراد دائماً در ظن به بیماری مهلک و هراس و وحشت ناشی از آن به سر ببرند؟

آیا اندکی عجیب نمی‌نماید که علائم ویروس کرونا در هر فصل شبیه رایج‌ترین بیماری‌های آن فصل بوده و با تغییر فصول علائم نیز تغییر می‌کند؟ مثلاً در فصل زمستان که سرماخوردگی‌ها و پنومونی‌ها رایج‌تر هستند علائم این بیماری به شکل سرماخوردگی‌های رایج، در فصل بهار که حساسیت‌ها رایج هستند، علائمی همچون التهاب چشم و از دست رفتن بویایی و چشایی و التهاب پوستی (حتی کهیر و خارش) به لیست علائم اضافه می‌شود و نهایتاً در تابستان که همواره نارسایی‌های گوارشی رایج است علائم این بیماری به یکباره دربرگیرنده اختلالات گوارشی می‌گردد؟

به هر حال استنباط نگارنده این است که ماسک و اجباری شدن آن بیش از آنکه یک مسئله بهداشت‌محور باشد یک مسئله سیاسی و یک نمایش قدرت از کودتای جهانی سفید می‌باشد. نمادی از پیروزی فریب! چرا که نه تحقیقات دانشمندان دانمارکی توانسته مزایای قابل توجهی برای ماسک زدن به دست دهد، نه جمعیت میلیون نفری بدون ماسک در کربلا و بلاروس و... به کام مرگ رفته‌اند!

در گذشته فاتحان یک سرزمین تا مدتی مردم سرزمین مغلوب را ملزم به پوشیدن لباسی خاص و یا دوختن نمادی خاص بر روی لباس خود می‌کردند تا بدین طریق تأسیس حکومت جدید خود را با نمایشی از قدرت اعلام نمایند. به نظر می‌رسد از همان روزی که ماسک‌ها به عرصه مد و صنعت مدلینگ و فشن پا نهاد، جنبه نمادین بودن این کودتا قدری بیشتر هویدا شده است.

برای پاسخ به این پرسش قدری زود است و لازم است چند پرده دیگر از روایت فریب ذکر شود تا در نهایت قطعات پازل فریب در کنار هم تکمیل گردد.

آیا به جز استفاده افراطی از ماسک بدون توجه به مخاطرات آن (که بسیار شاهد آن بودیم و هر روز صدها و شاید هزاران فرد هراسان را از نزدیک دیده‌ایم که نه تنها ماسک N95 بر صورت دارند بلکه گروهی از آنها به صورت چند لایه از ماسک‌های جراحی در زیر آن نیز استفاده کرده و گروهی نیز ماسک‌ها را با پوشش شیلد صورت توأم کرده‌اند) راه‌های دیگری نیز وجود دارد که افراد خود بیماری را در درون بدن خود پرورش دهند در حالی که گمان کنند بیماری از جایی خارج از بدن آنها وارد شده است؟

استفاده از ماسک بدون آموزش و روشن‌گری خود می‌تواند "از نظر تئوری" محل بروز بیماری‌های مختلفی باشد. مثلاً حتی اگر "فرض کنیم" انتقال از سطوح حقیقت داشته باشد و افراد با لمس سطوح مقادیری از ویروس را که قادر به بیماری‌زایی می‌باشد بر روی دستان خود قرار دهند، اگر این فرد ماسکی بر روی صورت داشته باشد که می‌بایست هر چند دقیقه یکبار آن را لمس نموده و بر روی صورت خود تنظیم کند ذرات

ویروسی به ماسک متصل شده و ممکن است وارد دستگاه تنفسی وی شود. علاوه بر این هنگامی که افراد از ماسک استفاده می‌کنند بیشتر دچار خارش و التهاب‌های جلدی می‌شوند و بدیهی‌ست بیشتر به صورت خود دست بزنند، حال اگر ذرات ویروسی را بر روی دست خود داشته باشند با این کار شانس ورود ویروس از سینوس‌ها و مجاری تنفسی افزایش خواهد یافت.

اما اینکه در عالم واقعیت تا به چه اندازه از بیماری‌ها و اختلالات ایجاد شده بدان مرتبط است نیاز به تحقیقاتی مشابه تحقیقات مسئله انتقال از سطوح داشته و بررسی آن به این سادگی‌ها میسر نمی‌باشد.

در شرایطی که کمترین آسیب اثبات شده پوشیدن ناصحیح و مفرط ماسک شامل درد عضلانی، سرگیجه، سردرد و گاهی تنگی نفس می‌باشد تا به چه میزان افراد در نتیجه ماسک زدن علائمی را تجربه کرده‌اند که بلافاصله آن را ناشی از ویروس دانسته و با خودبیمار پنداری دچار ترس و استرس شده‌اند؟ آسیب روانی ناشی از این واقعه در مناطقی از دنیا به حدی بوده که جمعیت زیادی از مردم را برای اعتراض به خیابان‌ها کشانده و اقصی نقاط جهان نظیر لندن و برلین و کالیفرنیا شاهد تجمعات و اعتراضاتی از این دست بوده که ماسک اجباری را یک توطئه و ترفندی برای بیمارسازی شمرده‌اند و شگفت اینکه معترضین حاضر در این تجمعات که هیچ کدام ماسکی بر صورت نداشته و فاصله‌گذاری اجتماعی را نیز رعایت نکرده بودند و هر قدر رسانه‌ها چشم به راه یک جوینار خون و فاجعه انسانی ناشی از این تجمعات بودند بیهوده بود!



تصویر ۱۲۳- کدام کمپانی مد بهتر شما را نجات خواهد داد؟

معمای کشتی نظامی و زنان تنها

یکی از اخباری که در دوره شیوع نشر و جنبه‌ای مرموز از بیماری کرونا را به معرض دید جهان گذاشت ابتلای تعداد ۶۱ نفر از دریانوردان در یک کشتی آرژانتینی به ویروس کرونا بود، در حالی که این افراد ۳۵ روز بر روی دریا بوده و با دنیای خارج هیچ ارتباطی نداشته‌اند و حتی قبل از سوار شدن بر کشتی تست PCR بر روی همه آنها انجام شده بوده و ۱۴ روز در قرنطینه بوده‌اند. حتی با احتساب چهارده روز دورهٔ نهفتگی ویروس (با فرض خطا در انجام آزمایش و ناتوانی آزمایشگاه از غربالگری ناقلین) و حتی با فرض پذیرش انتقال از ناقل بی‌علامت (که خود محل چالش است) باز هم از نظر علمی نمی‌توان پذیرفت که بعد از ۳۵ روز در این کشتی فردی به کرونا مبتلا شده باشد.^۱

علاوه بر این عده زیادی از زنان که در آلمان در دوره شیوع خود را به طور کامل در منزل قرنطینه نموده و هیچ ارتباطی با دنیای خارج از خانه نداشتند - به طوری که حتی برای خرید از منزل خارج نشده و مواد غذایی و مایحتاج آنها توسط کارکنان فروشگاه به درب منزل تحویل می‌شده و پس از شستشو و ضدعفونی کامل به داخل منزل منتقل شده بود - نیز به "بیماری کرونا" مبتلا شده و به بیمارستان منتقل شدند.

نکته قابل توجه رعایت بیش از اندازه پروتکل‌های بهداشتی در کارکنان این کشتی می‌باشد و بیش از پیش این پرسش را به ذهن متبادر می‌کند که آیا ممکن است همان اقداماتی که برای جلوگیری از ابتلا انجام داده‌ایم ما را به سمت بیشتر بیمار شدن سوق داده باشد؟

بروز مواردی مشابه بیش از پیش توجه ما را به این نکته جلب می‌کند که آیا ممکن است مسیر انتقال ویروس و ابتلای به بیماری آنگونه نباشد که ما تصور می‌کنیم؟ آیا در این پاندمی اشتباهی وجود دارد؟ شاید ذکر پرده‌ای دیگر از فریب ما را در پاسخ به این پرسش یاری کند.

"ویروسی ساخته‌ام"

کودتای سفید پوزه بند آغاز شده است...

^۱ به نقل از رویترز

پرده هفدهم فریب

”سیاست همان طبابت است در مقیاسی بزرگتر! (رودلف ویرشا)“

القای وسواس، افسردگی با بهداشت افراطی

طراحی طرحی جهانی به عظمت فریب قرن تنها نیازمند بعد پزشکی و زیست‌شناسی نبوده و طبعاً نیاز به در نظر گرفتن زمینه‌های روانی نیز دارد. چرا که آفت فریب اندیشه و تفکر است و طراح فریب می‌بایست به هر حربه‌ای متوسل شود تا فریب خوردگان از این موضوع مطلع نشوند و کمتر از قوای عقلانی خود استفاده نمایند.

سیستم عصبی انسان به گونه‌ای تکامل یافته که در هنگامه وحشت، استرس، افسردگی و حتی وسواس بخش‌هایی که مسئول شکل‌گیری رفتارهای خردورزانه بشری است به طور موقت غیرفعال شده و در مقابل بخش‌هایی که مسئول حفظ بقاء و حیات است (مغز حیوانی) بیش از اندازه فعال گردد.

امروزه یکی از ترفندهای رهبری بر جهان مشغول نگاه داشتن آنها به مسائلی است که به گونه‌ای سیستم عصبی آنها را تنظیم کند که این افراد حتی از تفکر و تعقل نیز بازمانده باشند و به همین خاطر است که اغلب دیکتاتورها مسائلی از جمله وجود دشمنی خارجی که هر لحظه ممکن است به ما هجوم بیاورد را در صدر سخنان خود قرار می‌دهند (مثلاً رهبر کره شمالی) و یا حتی رهبران لیبرال نیز نگرانی‌های متفاوتی از جنس رشد تروریسم، گرم شدن زمین، اتمام منابع سوخت‌های فسیلی طرد و باز ماندن از ماراتن پیشرفت را در سخنان خود حذف نمی‌کنند.

فردریک نیچه، فیلسوف بزرگ آلمانی می‌گوید: افسردگی به انسان فرصت اندیشیدن خواهد داد، بنابراین برای نادان نگاه داشتن انسان می‌بایست به هر روش ممکن وی را اندوهگین و افسرده ساخت.

در حقیقت بهشت رهبران، سیاستمداران و حکام، جاییست که مردم هر چه بیشتر نادان، افسرده و مطیع باشند و به مانند گله‌ای فاقد شعور در ید این چوپانان قرار گیرد. در این میان افسردگی و اندوه نقش مهمی در فرمانبرداری و مقید ساختن مردم ایفا می‌کند تا جایی که از جمعیت انسانی ذی شعور و صاحب کرامت می‌تواند گله‌ای مطیع و اطاعت کنندگانی که بدون اندیشه کورکورانه از رهبران اطاعت می‌کنند پدید آورد.

اما آیا دوره شیوع کرونا سرآغاز نوع جدیدی از رهبری بر مردم بوده است؟ اگر پاسخ مثبت است این رهبری با چه ساز و کاری پدید آمده و انجام پذیرفته است؟

پاسخ در واژه‌ایست به نام وسواس. فرزند ترس!

وسواس شامل وسواس فکری و وسواس عمل است، که رابطه آن با افسردگی رابطه لازم و ملزوم است. به طوری که هم وسواس می‌تواند منتج به افسردگی شود و هم افراد افسرده بسیار مستعد بروز وسواس هستند و به دیگر کلام وسواس و افسردگی مفهومی در هم تنیده و زاییده یکدیگرند.

از ابتدای شیوع کرونا و مقارن با همه‌گیری وحشت رسانه‌ای و فضای وحشت حاکم بر جهان یگانه راه بقاء پیشگیری و مراقبت‌های بهداشتی بوده است، تا جایی که سازمان بهداشت جهانی شستشوی دست‌ها به مدت ۲۰ ثانیه با مواد شوینده را به تعداد ۲۰ تا ۳۰ مرتبه در طول روز (حتی در منابع غیررسمی بیشتر) به عنوان یکی از دستورالعمل‌های اصلی مقابله با ویروس معرفی می‌کند.

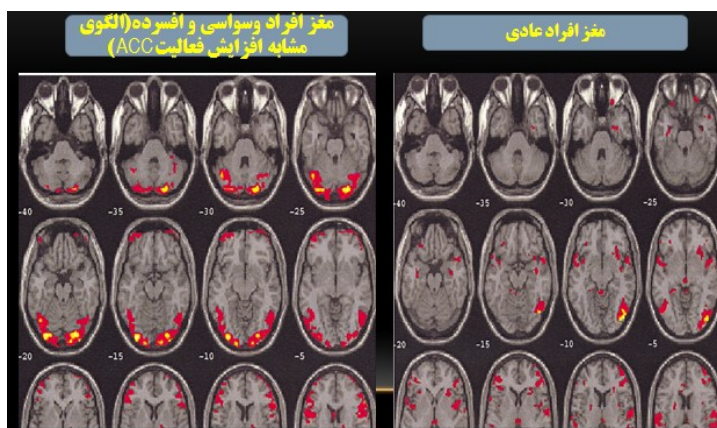
صرفنظر از آسیب شستشوی مفرط بر میکروب‌های مفید سطح پوست و همچنین اثرات مخرب شوینده‌ها بر لایه‌های بیرونی پوست این عمل منجر به نتایج دیگری نیز می‌شود که خود از پرده‌های فریب قرن به شمار می‌رود.

در مواقع بحران و بیماری اعمال و اقدامات فراوانی هستند که می‌توانند حتی در صورت فقدان آثار واقعی به عنوان دارونما عمل کنند. مثلاً اگر به فرد مبتلا به نوعی از سرطان گفته شود که مصرف روزانه پنج عدد هسته زردآلو موجب درمان وی می‌گردد ممکن است بنابر آثار روانی

ناشی از اعتماد بیمار به درمان فعل و انفعالات عصبی - ایمنولوژیکی رخ دهد که در نتیجه شاهد بهبودی در فرد بیمار باشیم که مشابه آن بسیار اتفاق افتاده است. اما این در صورتیست که عمل معرفی شده (در اینجا هسته زردآلو) خود عملی خطرناک نباشد که آغازگر اختلالات دیگری باشد.

در نگاه اول شاید شستن بیش از حد دست‌ها امری خطرناک به نظر نرسد مخصوصاً اینکه احساس بهتری از عطر خوش مواد شوینده و گرمای مطبوع آب با حس امنیت و مراقبت توأم شده و این اقدام را نوعی اقدام مثبت و پیشگیرانه تلقی می‌کند. یا ضدعفونی اشیاء و سطوح امری دلچسب به نظر برسد، اما در لایه‌های پنهان این دستورالعمل‌ها چیز دیگری نهفته است. رفتاری که رفته رفته رو به اختلالی می‌رود به نام وسواس! و وسواس هم خود دروازه ورود به افسردگیست.

اما خروجی این وسواس و افسردگی چه تابلوی رفتاری و چه چیزهایی خواهد بود که آن را در زمره پرده‌های فریب قرن درآورده است؟ نخست باید پلی به سیستم عصبی مرکزی انسان زد و مختصری از نوروفیزیولوژی اعصاب در این حالت را بررسی نمود.



تصویر ۱۲۴- در تصویر فوق که از پژوهش‌های دانشگاه کمبریج انگلستان ارائه شده است، تفاوت‌های میان یک مغز عادی و یک مغز مبتلا به وسواس و افسردگی را از نظر فعالیت در نوروهای قشر مغز مشاهده می‌کنید.

همانطور که در تصویر ۱۲۴ مشخص است افراد در حالت وسواس و افسردگی الگوی متفاوتی از فعالیت عصبی را از خود نشان داده‌اند به این معنا که بخش‌هایی در مغز آنها بیش از حالت عادی فعال شده (رنگ قرمز) و فعالیت این بخش‌ها موجب بروز رفتارهای متفاوتی در این افراد می‌گردد.

با توجه به اینکه هدف این کتاب بررسی دقیق این فعل و انفعالات نبوده و انگیزه تألیف آن صرفاً اشاره به ابعاد فریب قرن و اهداف آن (که نسل نوین رهبری یکی از آنهاست) می‌باشد، مانند بخش‌های قبل باز هم به ذکر یک مورد از این موارد پرتعداد اکتفا می‌گردد.

– ناحیه ACC یا Anterior Cingulat Cortex:

۱. ناحیه ACC مسئول پردازش و شکل‌گیری درد است: با بیش از حد فعال بودن این بخش سیگنال‌های درد و رنج تشدید شده است! با فعال بودن این منطقه افراد بیش از پیش احساس درد و فلاکت کرده و خود را اسیر رنج‌های گران و مشکلات عظیم می‌دانند. در واقع افراد مبتلا به اختلالات وسواس – افسردگی از احساس درد و فلاکت‌های غیر واقعی دچار رنجی وصف ناشدنی می‌شوند که گاهی آن‌ها را به سمت رفتارهای خطرناک مانند خودکشی سوق می‌دهد. در حالی که اغلب این درد و رنج‌ها غیرواقعی، غیرمنطقی و برخاسته از اوهام می‌باشد (آیا این رفتار آشنا نیست؟ آیا احساس درد و فلاکت انسان را وادار به هر امر مشکوکی مانند تن دادن به واکسیناسیون و پروتکل‌های بهداشتی نخواهد کرد؟)

۲. فعال بودن این بخش باعث القای حس طرد شدگی و انزوا می‌شود. در یک مطالعه بر روی دانش‌آموزان یک مدرسه گروهی از دانش‌آموزان را وارد بازی فوتبال کرده اما به سایر دانش‌آموزان گفته شد تا به آنها پاس نداده و به نوعی آنها را در زمین بازی نادیده بگیرند. مغز این دانش‌آموزان سپس بلافاصله توسط تکنولوژی MRI مورد بررسی قرار گرفت و نتیجه آن فعالیت بیش از اندازه ACC در مقایسه با سایرین بود. در نتیجه فعالیت این منطقه با حس انزوا و طرد شدگی بسیار در ارتباط است. حس جدا افتادگی و تفاوت با سایر افراد که احساسی خطرناک

است (آیا این رفتار آشنا نیست؟ این رفتار تا به چه اندازه می‌تواند جامعه جهانی را مستعد پذیرش رهبری‌های نوظهور کند؟)

۳. فعال بودن ACC باعث ایجاد رویکرد بیش از حد احساسی می‌گردد و به همین خاطر است افراد مبتلا به وسواس - افسردگی نوعاً رفتارهای غیرطبیعی از خود نشان داده مثلاً برای مرگ گریه‌ای در خیابان ساعت‌ها اندوهگین بوده و گریه می‌کنند اما سایر مسائل عقلانی برای آنها موضوعی مهم به شمار نمی‌رود! و یا ساعت‌ها برای مرگ یک هنرمند نه چندان صاحب هنر به خیابان‌ها رفته و برای کشته‌شدگان سقوط هواپیمای یک کشور اروپایی شمع‌های پر شمار پشت دیوار سفارت بر می‌افروزند و نسبت به کودکان کار در چند متری محل زندگی خود بی‌اعتنا هستند (آیا این رفتار آشنا نیست؟)

۴. فعال بودن ACC باعث می‌شود شما بیش از اندازه از نظر رفتاری وابسته به سیستم پاداش و مجازات باشید!

یعنی اگر خطایی مرتکب شدید (مثلاً ماسک نزدن) و مورد مجازاتی هر چند کوچک قرار گرفتید (شماتت جامعه) کمتر به تکرار آن عمل مایل باشید! و یا اگر بالعکس عملی مرتکب شدید که بسیار از سوی حاکمان و جامعه مورد ارج و تکریم است (مانند رعایت بهداشت، ماسک زدن، شستشوی افراطی) بسیار مایل به تکرار آن باشید. فعال بودن محور پاداش - مجازات در افراد مبتلا به وسواس - افسردگی یکی از بزرگترین مواهب الهی برای حاکمان و رهبران جهان بوده تا جایی که این گروه همواره تلاش می‌کنند مردم بیشتر تحت تأثیر این سیستم رفتاری باشند. به نوعی فرمانبرداری جامعه در نتیجه پاداش و کیفر که امروزه یکی از ارکان شکل‌گیری جوامع و تمدن‌ها به شمار می‌رود در حالت افسردگی و وسواس بسیار تشدید می‌گردد و همین دلیلی بر علاقه رهبران و سیاستمداران بر این سیستم رفتاری می‌باشد. این سیستم رفتاری تقریباً میان انسان و حیوان مشترک بوده و غالب حیواناتی که امروزه در سیرک‌ها موجبات سرگرمی ما را فراهم می‌آورد و حیواناتی که این روزها در کنار بشر با حالتی رام و همزیستانه زندگی بشر را زیباتر کردند با

استفاده از همین سیستم رفتاری تربیت شده‌اند. (آیا این رفتار آشنا نیست؟)

۵. فعال بودن ACC و بروز رفتارهای ایرادگیرانه و به اصطلاح ناراضی‌های انسانی در ارتباط بوده و هر قدر این ناحیه فعال‌تر بوده شرکت کنندگان در تحقیق افرادی ایرادگیر و ناراضی و انتقادگر بوده‌اند. (آیا این رفتار آشنا نیست؟)

حال از میان آثار عصبی - رفتاری ناشی از وسواس و افسردگی می‌توان به این پرسش پاسخ داد که چرا افسردگی مردم تا به این اندازه مطلوب حاکمان و رهبران جهان است. چرا که با وجود افسردگی نه تنها فرصت اندیشیدن از مردم سلب می‌گردد، بلکه موجب بروز حالتی از فرمانبرداری کورکورانه ناشی از وحشت و رنج با چاشنی پاداش و مجازات می‌گردد.

مردمی افسرده که در اعماق افکار خود احساس فلاکت و انزوا به وی دست داده با کمی تدابیر مدیریتی (پاداش و کیفر) به راحتی بدل به سربازانی بی‌جیره و موجب و مطیع خواهد شد که غایت مطلوب هر رهبری‌ست. هر آن چیزی که رهبران از مردم می‌خواهند با القای افسردگی و وسواس‌های مختلف قابل حصول است.

حال به دوره شیوع ویروس کرونا بازگردیم! مردمی که اکنون درگیر چند محور از موارد فوق هستند:

۱. وسواس فکری ناشی از اپیدمی مصنوعی، خودبیمارپنداری، هم‌نوع هراسی و ظن به ناقلیت نسبت به همه انسان‌ها و همه اشیا

۲. وسواس عملی ناشی از ضدعفونی افراطی همه چیز و همه جا
۳. افسردگی ناشی از قرنطینه و تعطیلی مشاغل و تفریحگاه‌ها و جدایی از هم‌نوعان و حتی خانواده

۴. افسردگی القاء شده در اثر وسواس بهداشتی و دوری از شرکای جنسی

۵. افسردگی و یأس ناشی از سؤالات ذهنی و تبلیغات رسانه‌ای (که این وضعیت تا چه زمانی ادامه خواهد داشت، آیا باز به روال سابق زندگی

بازخواهیم گشت، آیا دوباره جهان شبیه قبل می‌شود، آیا افرادی از نزدیکان و خانواده‌ام از بین خواهد رفت)

خروجی این شرایط شاید همان چیزی باشد که انگیزه طراحان فریب بوده است. مردمی خسته و افسرده که برای برون رفت از این شرایط تن به هر کاری می‌دهند و از هیچ اقدامی فروگذار نخواهند کرد. و بدیهی‌ست در چنین شرایطی هر چیز که روزنه‌ای از امید بوده و رنگ و بوی نجات و خلاصی داشته باشد در چشم مردم موهبتی الهی قلمداد شده و اقبال عمومی به سود آن خواهد بود. مثلاً کشف یک واکسن در چنین شرایطی همان فرشته نجات از درد و مصیبت خواهد بود در حالی که افکار سرکوب شده در اثر افسردگی و اندوه و اضطراب هرگز نخواهند اندیشید آیا اصلاً چنین بیماری از ابتدا در این مقیاس وجود داشته است؟ آیا اصلاً نیازی به واکسیناسیون وجود دارد؟ چرا با وجود امکان انتقال از ناقل بی‌علامت جمعیت میلیونی تظاهرات کننده و عزادار دچار بیماری نشده‌اند؟ به چه علت افرادی که به طور مطلق در قرنطینه بودند و یا حتی اعضای کشتی آرژانتینی به بیماری مبتلا شدند؟ یا اینکه چرا به فاصله چند ساعت از اعلام نتایج انتخابات آمریکا از موفقیت سه واکسن سخن گفته می‌شود؟ یا اینکه چگونه ووهان چین، خاستگاه ویروس چند ماه پس از آغاز همه‌گیری فستیوال‌های چند ده هزار نفره بدون رعایت پروتکل‌ها برگزار می‌کند؟ بالطبع افراد بدین موضوعات نخواهند اندیشید و فقط و فقط بر اثر افسردگی و خستگی ذهنی به دنبال راه خروجی از این وضعیت خواهند بود.

یک ذهن طبیعی و عاری از فشارهای ناشی از ترس و افسردگی شاید به دنبال پاسخ‌هایی برای این سؤالات باشد اما ذهنی که در نتیجه افسردگی و استرس تحت فشار و سرکوب قرار گرفته ترجیح می‌دهد نظاره‌گر و شنونده اخبار باشد تا متفکر و تحلیل کننده! به همین خاطر است اغلب مردم ترجیح می‌دهند اخبار منفی و غیرواقعی را پذیرفته و کماکان به برنامه‌های سازمان بهداشت جهانی عمل کنند، چون این افراد به واسطه افسردگی القایی دچار نوعی مغزشویی شده‌اند که برطرف شدن

آن نیاز به تلاش‌های مجدانه‌ای در سطح کلان داشته و حتی از عهده این سطور نیز بر نمی‌آید.

خلاصه کلام اینکه به لطف شیوع ویروس کرونا و تبلیغات رسانه‌ای آن یکی از مصالح اصلی رهبری بر مردم یعنی افسردگی و خسته‌روانی ناشی از شیوع در سطح کلان فراهم آمده که بخشی از آن ناشی از پروتکل‌های غیرواقعی و آسیب‌رسان این سازمان بوده و بخشی دیگر ناشی از تبلیغات رسانه‌ای و مهندسی آمارها می‌باشد. این دو عامل در کنار هم بیش از پیش برای مردم افسردگی به ارمغان آورده است و بدیهی‌ست در حالت افسردگی و هراس توانایی‌های عقلانی و تحلیلی انسان کاهش یافته و پرده‌های فریب در حاشیه امنی دور از اذهان متفکران و تحلیلگران قرار می‌گیرد.

جالب‌تر اینکه ارتباط افسردگی و ابتلای به کرونا تا اندازه‌ای بوده که در موارد متعددی تجویز داروهای ضد افسردگی مانند فلوکسامین منجر به بهبود بیماران مبتلا به کرونا شده است.^۱ (البته به علت عوارض جانبی نباید این داروها به صورت خودسرانه مصرف شود). ذکر این موضوع از این بابت است که مشخص کنیم افسردگی نیز مانند استرس موجب پیشرفت بیماری می‌شود و همانند وحشت این لبه تیغ شیوع نیز از رسانه‌ها بر گردن انسان‌ها قرار داده می‌شود.

”ویروسی ساخته‌ام

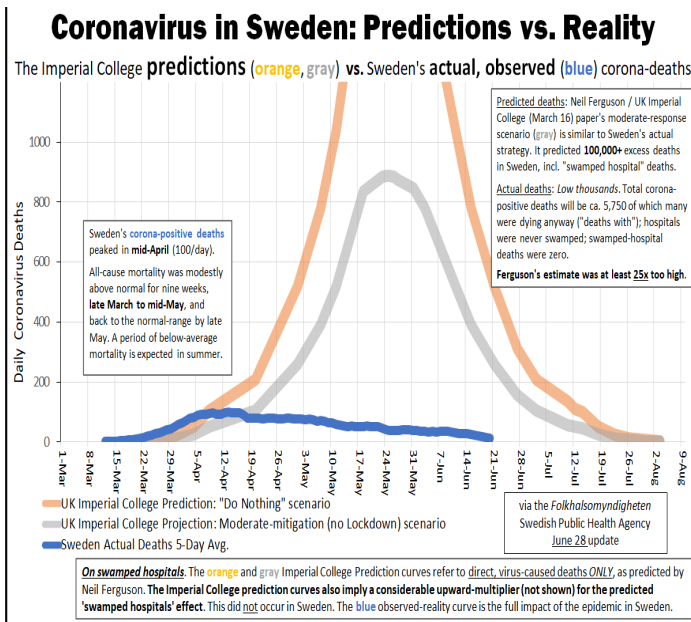
اگر دوستان رسانه‌دار یاری کنند هم رهبری بر افکار مردم آسان‌تر می‌شود و هم افسردگی مبتلا به ویروس را تسهیل می‌کند تا بیماران بیشتری تولید کنم... جامعه‌ای از مردم وحشت‌زده و افسرده نهایت خواسته من است... در مقابل من هم به ثروت رسانه‌داران خواهم افزود... من طراح فریب قرن هستم“

^۱ Fluxamine vs placebo and clinical Deterioration in outpatients with symptomatic covid-19, jama 2020.22760

پرده هجدهم فریب

”سوئد، کشوری که هرگز قرنطینه و اجبار را در دستور کار خود قرار نداد.

آنجا که تمام پیش بینی‌های علمی شکست خورد!“



تصویر ۱۲۵- پیش‌بینی مراکز معتبر علمی جهان از جمله کالج سلطنتی بریتانیا(امپریال کالج لندن) در خصوص قرنطینه و عدم قرنطینه: منحنی نارنجی رنگ نشان دهنده پیش‌بینی این مرکز از کشته‌های کرونا در شرایط قرنطینه، منحنی خاکستری رنگ تعداد کشته‌ها در شرایط ملایم بدون قرنطینه و تعطیلی و منحنی آبی رنگ کشته‌های کشور سوئد در حالی که هرگز تن به قرنطینه و قوانین اجباری نداده و مردم آن تقریباً به زندگی عادی ادامه دادند.

* منحنی نارنجی رنگ: پیش‌بینی آمار مرگ و میر در زمانی که هیچ اقدام پیشگیرانه‌ای مانند قرنطینه انجام نگیرد.

* منحنی خاکستری: پیش‌بینی آمار مرگ و میر در زمانی که مقدار اندکی از اقدامات پیشگیرانه مانند منع تشکیل تجمعات و... انجام پذیرد.

* منحنی آبی رنگ: منحنی مرگ و میر در کشور سوئد در شرایطی که هیچ قرنطینه و تعطیلی، هیچ اجبار و التزامی بر پوشیدن ماسک و شستشوی افراطی را در دستور کار خود قرار نداد و تنها به منع تجمعات بالای ۵۰ نفر و منع بازدید از خانه سالمندان اکتفا کرد.

کشور سوئد و اتاق فکر بهداشت عمومی آن که آندرس تینگل (مدیر آژانس بهداشت عمومی سوئد) در رأس آن قرار داشت با بررسی‌های اپیدمیولوژیک و ایمنولوژیک به این نتیجه رسیدند که ابتلای به بیماری کرونا در اکثر افراد به صورت خفیف خواهد بود و قرنطینه و تعطیلی کمکی به کنترل شیوع نخواهد کرد. از این رو در این کشور با اینکه قوانین فاصله‌گذاری و لزوم عدم تشکیل تجمعات بالای ۵۰ نفر وضع گردید باز هم اغلب مردم به زندگی عادی خود ادامه داده و در روزهای اوج شیوع تصاویری که از شهر استکهلم منتشر می‌گردید نشان دهنده جمعیت زیادی از مردم در مراکز شهر می‌داد. خانه‌ها، رستوران‌ها، باشگاه‌ها و مدارس به چشم می‌خوردند. انگار که در سوئد خبری از کرونا نباشد!

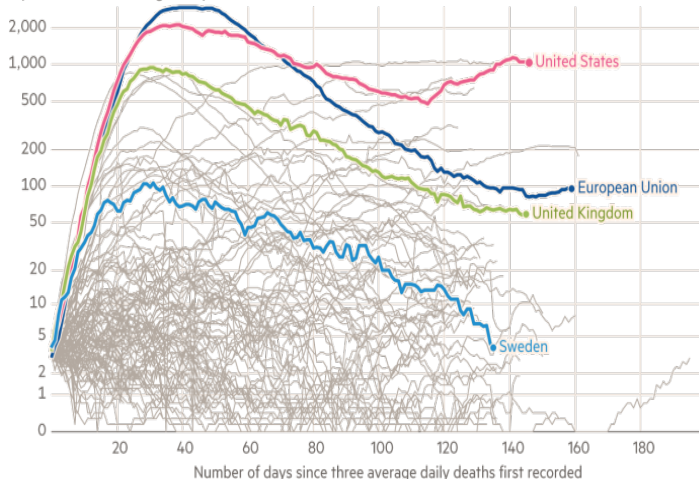
این اقدام سوئدی‌ها موجب بی‌مهری جوامع علمی و بهداشتی قرار گرفت و اتهامی مانند ایمنی گله‌ای را متوجه مسئولین این کشور نمود در حالی که آندرس تنگل همواره این منکر این اتهام بوده است. این در حالی‌ست که سوئد کارنامه‌ای درخشان در دوره شیوع از خود نشان داده تا جایی که ۷۵ درصد تلفات آن در مراکز سالمندان (مراکز پرستاری سالمندان) به ثبت رسیده است.

این راهبرد در ابتدا کمی ناموفق به نظر می‌رسید. زمانی که آمار بدوی تلفات ناشی از کرونا در سوئد به مراتب بیش از همسایگانی همچون نروژ و دانمارک بود که در آنها قرنطینه اعلام شده بود، و تنها در ۳/۷

درصد مردم استکهلم آنتی بادی اختصاصی علیه کرونا شناسایی شده و سیاست وارونه سوئد رسماً شکست خورده بود!^۱ اما دیری نپایید که موج دوم ابتلا در قاره اروپا موجب تأملی مجدد بر رویه سوئد شده و دانشمندان را مجدداً به تفکر واداشت. زمانی که در آگوست ۲۰۲۰ تمام کشورهایی که قوانین قرنطینه در آنها رعایت شده بود رکورد مبتلایان و تلفات ناشی از کرونا را شکستند اما سوئد توانسته بود این بیماری را تقریباً کنترل کند و نمودار تلفات جانی آن نسبت به سایر کشورها قدری متفاوت باشد. چه چیزی موجب مصونیت تقریبی مردم سوئد از موجهای بعدی شده بود؟

New deaths attributed to Covid-19

Seven-day rolling average of new deaths, by number of days since three average daily deaths first recorded



Source: Financial Times analysis of data from the European Centre for Disease Prevention and Control, the Covid Tracking Project, the UK Dept of Health & Social Care and the Spanish Ministry of Health. Data updated August 7 2020 11.42am BST. Interactive version: ft.com/covid19

© FT

تصویر ۱۲۶- تلفات پائین سوئد در مقایسه با سایر کشورها در دوران همه‌گیری

در زمانی که مردم سوئد کم و بیش به زندگی عادی خود ادامه می‌دادند محققین و نظریه‌پردازان معتقد به ایمنی گله‌ای اعلام کرده بودند که سوئد حتی به آستانه ایمنی گله‌ای نرسیده است و آزمایش‌ها نشان داده مقدار آنتی بادی در خون جمعیت این کشور به حد و اندازه‌ای نرسیده که موجب ایمنی گله‌ای شود و در نتیجه سیاست ایمنی گله‌ای در سوئد شکست خورده است. پس با توجه به اینکه در خون این افراد آنتی بادی محافظت‌کننده ساخته نشده پس چه عاملی موجب مقاومت و مصونیت بیشتر مردم سوئد در مقابل موج‌های بعدی شیوع شده است؟ آیا به جز آنتی بادی‌ها و ایمنی هومورال عامل دیگری نیز دست به کار محافظت از افراد در مقابل ویروس است؟

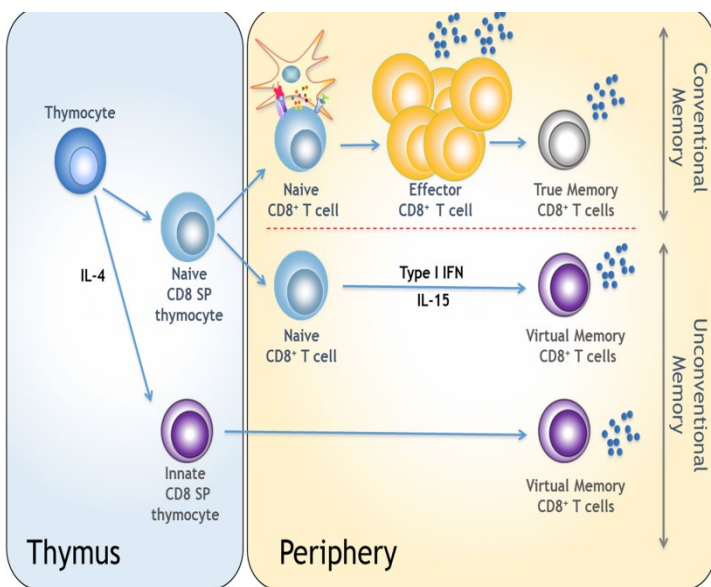
در واقع این نظریه‌پردازان در یک مورد به خطا رفته بودند: در نظر نگرفتن ایمنی خاطره سلولی ناشی از تکثیر لنفوسیت‌ها. (ایمنی پنهان) امروزه برای اینکه اثربخشی یک واکسن بر روی یک داوطلب ارزیابی شود میزان آنتی بادی‌های اختصاصی در خون فرد به عنوان شاخصی از ایمنی‌زایی واکسن در نظر گرفته می‌شود. به این صورت که مثلاً اگر پس از تزریق واکسن کرونا به یک فرد پس از ۳-۴ هفته آنتی بادی‌های اختصاصی ضد کرونا از نوع igG در خون فرد ساخته شود و این مقدار آنتی بادی موجب محافظت فرد در مقابل ویروس گردد، این فرد را مصون از بیماری در نظر می‌گیریم. مقصود اینکه ملاک و شاخص ایمنی‌زایی و مصونیت از یک ویروس در پزشکی سنتی مقدار آنتی بادی‌های اختصاصی می‌باشند. این در حالی‌ست که از عامل مهمتری در ایمنی‌زایی به نام ایمنی سلولی غافل شده‌ایم.

در حقیقت ما ممکن است با یک ویروس برخورد کرده باشیم و سیستم ایمنی ما در مقابل این ویروس به دو صورت عمل کند:

۱. سیستم ایمنی هومورال فعال شده و علیه آن ویروس آنتی بادی ساخته شود: در این صورت در صورت ورود مجدد ویروس آنتی بادی‌ها به ویروس متصل شده و آن را خنثی و نابود می‌کنند. طبیعتاً مقدار آنتی بادی‌ها رفته رفته در خون کاهش می‌یابد چرا که آنتی بادی‌ها ساختار پروتئینی داشته و دارای نیمه عمر مشخصی هستند، اما کلون‌های

لنفوسیت‌های آنتی بادی ساز (پلاسماسل با عمر بالا) تا مدت‌های طولانی‌تری در مراکزی همچون مغز استخوان وجود خواهند داشت به ساختن آنتی بادی خواهند پرداخت.

۲. سیستم ایمنی سلولی علیه ویروس فعال شود: در این صورت ممکن است آنتی بادی اختصاصی علیه ویروس در فرد ساخته نشود اما جمعیتی از گلبول‌های سفید در فرد ایجاد می‌شود که در صورت ورود مجدد ویروس آن را نابود می‌کنند، اما چون بر خلاف آنتی بادی‌ها این جمعیت از گلبول‌های سفید جز با روش‌های بسیار تخصصی قابل ردیابی و شناسایی نیستند ممکن است به اشتباه این افراد را فاقد ایمنی و مصنوعیت بدانیم.



تصویر ۱۲۷

همانطور که در تصویر ۱۲۷ مشاهده می‌کنید؛ گروه مهمی از گلبول‌های سفید ما که نقش مهمی در مبارزه با ویروس‌ها دارند لنفوسیت‌های CD8⁺ T یا به اصطلاح لنفوسیت‌های قاتل نامیده می‌شوند.

سیستم ایمنی انسان به گونه‌ای است که در اندام‌های لنفاوی خود (مانند تیموس) ارتشی از لنفوسیت‌های قاتل به صورت آماده باش دارا بوده که هر یک از آنها برای یک میکروب خاص اختصاصی هستند. به بیان ساده ما در تیموس خود هم اکنون دارای لنفوسیت‌های ضد کرونا، لنفوسیت‌های ضد آنفولانزا، لنفوسیت‌های ضد میکروب سل و... هستیم. به طرز جالبی سیستم ایمنی حتی برای ویروس‌هایی که هنوز به وجود نیامده‌اند (بنابر تغییرات آنتی ژنی) نیز دارای لنفوسیت‌های اختصاصی می‌باشد و این یکی از شگفتی‌های سیستم ایمنی انسان می‌باشد که موجب شده جمعیتی از لنفوسیت‌های اختصاصی علیه مثلاً ویروس‌هایی که قرار است سال ۲۰۲۲ به وجود بیایند؟ (در نتیجه تغییر آنتی ژنی) نیز در ما موجود است.

حال چنانچه افراد با دُرهای پایین ویروسی در جامعه برخورد داشته باشند به طوری که یا به صورت بسیار خفیف به بیماری مبتلا شوند و یا اصلاً ویروس پس از ورود به بدن توسط سیستم ایمنی ذاتی فرد نابود شود، در این صورت چه اتفاقی رخ خواهد داد؟

۱. ویروس نخست توسط گلبول‌های سفیدی به نام ماکروفاژها و سایر سلول‌های بلعنده (فاگوسیت) بلعیده می‌شود.

۲. در درون سلول‌های بلعنده ویروس قطعه قطعه می‌شود و قطعاتی از ویروس به عنوان نمونه به لنفوسیت‌های T معرفی می‌گردد و این لنفوسیت‌ها دچار تکثیر و افزایش جمعیت خواهند شد.

۳. لنفوسیت‌های T خود دارای دو گروه می‌باشند که وظایف هر گروه متفاوت است:

الف. لنفوسیت‌های T CD4 پس از تکثیر و فعال شدن به سمت مراکز استقرار لنفوسیت‌های دیگری به نام لنفوسیت‌های B رفته و با فعال کردن موجب ساخته شدن آنتی بادی می‌شوند

ب. لنفوسیت‌های T CD8 پس از تکثیر و فعال شدن مستقیماً به خود ویروس و سلول‌هایی که توسط ویروس آلوده شده‌اند حمله کرده و چنانچه سلولی را شناسایی کند که ویروس در آن پناه گرفته باشد سلول

میزبان را به همراه ویروس داخل را نابود می‌کند. این لنفوسیت‌ها خود به دو گروه تقسیم می‌شوند:

- گروه نخست دارای عمر کوتاهی بوده و پس از مدت معینی می‌بایست دچار مرگ سلولی (آپوپتوز) شوند،

- گروه دوم که به آنها لنفوسیت‌های خاطره می‌گوییم عمر طولانی‌تری داشته و به مدت بسیار طولانی (گاهی تا سال‌ها و شاید آخر عمر) در فرد باقی خواهد ماند و چنانچه ویروس مذکور به بدن فرد وارد شود با توجه به اینکه جمعیت زیادی از این لنفوسیت‌های اختصاصی به صورت آماده و فعال حضور دارند بلافاصله ویروس کشته شده و برخلاف دفعه اول ورود ویروس که لازم بود ویروس توسط بلعنده‌ها تجزیه و به لنفوسیت‌ها معرفی گردد این بار نیازی به این پروسه نسبتاً طولانی نبوده و در زمانی بسیار کوتاه ویروس توسط لنفوسیت‌های خاطره CD8 از بین خواهد رفت. به این پدیده ایمنی خاطره ناشی از لنفوسیت‌های کشته می‌گوییم (ایمنی سلولی خاطره)^۱.

حال اگر ایمنی خاطره ناشی از لنفوسیت‌های خاطره با ایمنی هومورال و آنتی بادی نیز توأم شود روند حذف ویروس سریع‌تر و قدرتمندانه‌تر خواهد بود اما حتی اگر ایمنی هومورال نیز بنابر دلایلی شکل نگرفته باشد (غیاب سیگنال‌های کمکی) همین جمعیت لنفوسیت‌های CD8 دفاعی قدرتمند علیه ویروس به شما رفته و به مبارزه با ویروس می‌پردازد تا ویروس یا موفق به بیماری‌زایی نشود و یا بیماری بسیار خفیف باشد. در نتیجه برای اینکه یک فرد در مقابل ویروس دارای مصونیت نسبی باشد الزاماً نیازی نیست مقدار زیادی آنتی بادی در خون خود داشته باشد، چرا که آنتی بادی‌ها تنها عضوی از اجزای سیستم

^۱ Robust T cell immunity in individual with asymptomatic or mild covid 19-Cell -26,june,2020

ایمنی خاطر هسند و حتی در غیاب آنها اجزای مهم دیگری نظیر ایمنی خاطر CD8 قادر به دفاع از فرد خواهد بود.

در واقع خطای منتقدین دولت سوئد در همین مسئله بود که این گروه تنها به مقادیر آنتی بادی موجود در خون افراد به عنوان شاخص مصونیت بسنده کرده بودند در حالی که حتی افرادی که فاقد آنتی بادی در خون خود بودند نیز چنانچه با دُزهای کم ویروسی برخورد داشته باشند (که با توجه به قدرت سرایت ویروس کرونا این امر بسیار محتمل است) دارای جمعیت زیادی از لنفوسیت‌های کشنده در خون خود بوده‌اند که آنها را در مقابل ویروس قدری مقاوم‌تر نموده است. در مقابل کشورهایی که با قوانین قرنطینه مردم را از برخورد با دُزهای کم ویروسی محروم ساخته بودند، پس از رفع قرنطینه و قرار گیری در معرض ویروس هم به علت داشتن لنفوسیت‌های کشنده و هم به علت کاهش قدرت سیستم ایمنی ناشی از بهداشت افراطی، قرنطینه و استرس نتوانستند دفاع متناسبی علیه ویروس انجام داده و در نتیجه بیشتر بیمار شده‌اند.

به همین خاطر در موج‌های بعدی ویروس کرونا کشورهایی همچون فرانسه و اسپانیا و... دارای آمار بسیار بیشتری نسبت به سوئد بوده‌اند و دولت سوئد بدون قرنطینه و قوانین سخت مشابه همچنان یکی از کم تلفات‌ترین کشورهای اروپا می‌باشد که توانسته این بیماری را با موفقیت کنترل نماید.

در زمانی که آمار مبتلایان به ویروس در قاره اروپا صعودی شده و موج دیگری از شیوع آغاز می‌شود مردم سوئد به واسطه اینکه جمعیت بسیاری از لنفوسیت‌های خاطر CD8 و یا حتی در موارد کمتری آنتی بادی اختصاصی علیه کرونا را در خون خود دارا می‌باشند نسبت به سایر کشورها مرگ و میر کمتری را به ثبت رسانیده و می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که ابتلای افراد در این ناحیه بسیار ملایم‌تر و کم تلفات‌تر بوده است.

البته نباید از این موضوع غافل شد که انجام چنین راهبردهای جسورانه‌ای نیاز به زیرساخت‌های گسترده و امکانات بسیار می‌باشد که جمعیت ۱۰ میلیونی سوئد و اختصاص بودجه‌های قابل توجه به بخش بهداشت این کشور و مراکز متعدد و مجهز این کشور، سوئد را به کشوری نسبتاً موفق در این زمینه بدل کرده است و بدیهی‌ست که در کشورهایی که امکانات و زیرساخت‌های پزشکی آن به این اندازه نمی‌باشد انجام چنین راهبردهایی ممکن است اثر عکس بدهد.

به هر جهت آنچه بسیار در این مسئله حائز اهمیت است اینکه کشوری در قاره اروپا با تبعیت نکردن از عمده‌ترین سیاست مقابله با کرونا یعنی قرنطینه موفقیت بیشتری نسبت به سایر کشورها کسب نمود که قرنطینه را اجباری کرده بودند و این مورد نیز یکی دیگر از مصادیق فریب و گمراه‌کننده بودن راهکارهای اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی می‌باشد.

حکومت سوئد قصد داشت با این رویه مانع رکود اقتصادی و تبعات مالی بر کشور خود شود اما کاهش نرخ تولید ناخالص ملی سوئد و زیان‌های مالی ناشی از شیوع این کشور را نیز دچار مشکلات اقتصادی فراوان نمود (هرچند زیان‌های مالی سوئد بسیار کمتر از همسایگان اروپایی خود بود) اما سوئد با این اقدام مسائل مهمتری را برای جهانیان روشن کرده بود!

سوئد خط بطلانی جسورانه بر دستورالعمل‌های مشکوک سازمان بهداشت جهانی کشیده و ثابت می‌کند هر قدر از دستورات این سازمان به طور تام اطاعت نشود آن کشور موفقیت بیشتری در مبارزه با بیماری کسب خواهد کرد! فرضیه‌ای که در ویتنام و تایوان بیش از پیش به واقعیت نزدیک شد.

”ویروسی ساخته‌ام
و به هیچکس ارتباطی ندارد که چرا هر کس از
دستورالعمل‌های من پیروی نکرد در مقابل ویروس من
موفق‌تر عمل کرده است... اصلاً چرا باید چنین چیزی را
بدانند!

من طراح فریب قرن هستم...”

پرده نوزدهم فریب

اعتراضات و تجمعات بدون رعایت پروتکل های بهداشتی

انتقال از ناقل بی علامت

در تعریف بیماری کرونا موضوعی بسیار مبهم و پیچیده وجود دارد: این بیماری توسط ناقل بی علامت نیز منتقل می شود! یعنی بر خلاف سایر بیماری ها که افراد مبتلا دارای علائمی مشهود هستند که موجب می شود افراد از بیماری یکدیگر مطلع شوند، در این بیماری می بایست حتی به افراد بسیار سالمی که بدون هیچ علائمی در حال گذران حیات خود هستند نیز مشکوک شویم و همه را به عنوان ناقل احتمالی ویروس در نظر بگیریم.

موضوعی که تصادفاً توسط سخنگوی سازمان بهداشت جهانی بی اعتبار اعلام شده و بلافاصله نیز تکذیب می گردد! اما حقیقت چیست؟ آیا ممکن است افرادی که خود بیمار نیستند نیز موجب انتقال ویروس به دیگران شوند؟ در این هنگام می بایست ناقلین را به دو دسته تقسیم نمود:

۱. ناقل بی علامت مطلق یا Asymptomatic: این افراد هیچ علائمی را نداشته و در آینده نیز نخواهند داشت، پس در نتیجه اصلاً بیمار و به عبارت دیگر ناقل ویروس نبوده اند تا بتوانند ویروس را به فردی دیگر منتقل کنند! هرچند سازمان بهداشت جهانی بر این مسئله پافشاری می کند که این گروه ممکن است بدون اینکه خود مبتلا شوند ویروس را در جامعه نشر کنند!

۲. ناقل بی علامتی که قرار است به زودی علامت دار شود یا Presymptomatic: یعنی فردی که در آستانه بروز علائم قرار دارد؛ بدیهی ست که این فرد نیز حتی در صورت ابتلا در مراحل اولیه ابتلا به سر می برد که پیش از آن ویروس نتوانسته وارد سلول ها او شده و در

مقادیر زیاد تکثیر نماید و سپس به واسطه قطرات تنفسی ویروس را به دیگران انتقال دهد، لذا ضریب نشر آلودگی آنها قدری پایین تر است. اما در همان ابتدای بروز علائم ولو به میزان خفیف این فرد می تواند سایرین را آلوده کند.

بنابر موازین عقل چون ما نمی دانیم فردی که امروز با وی سر و کار داریم ممکن است در روز بعد واجد علائم بشود یا خیر می بایست بنا را بر Presymptomatic بودن نهاده و فاصله خود را با او حفظ نماییم. اما اتفاق عجیب تری در این زمان در دست وقوع است.

در بحبوحه دوره شیوع اتفاقات متعددی مردم را خشمگین کرده و آنها را به ترک قرنطینه و ورود به خیابان ها واداشته است. درست در زمانی که سازمان بهداشت جهانی و زیرمجموعه های آن رعایت فاصله گذاری دو متری و استفاده از ماسک و شیلد صورت را تنها راه نجات از مرگ دردناک کرونایی عنوان می کنند و مردم را از صحبت کردن، آواز خواندن و فریاد زدن بر حذر می دارند تا قطره های تنفسی کمتری در محیط نشر گردد، جمعیت عظیمی از مردم در سراسر جهان و در قلب مناطق پرخطر و پر تلفات به خیابان ها آمده و بدون رعایت موارد مذکور خشم و انزجار خود را به موضوع مربوطه اعلام می کنند. به برخی از تصاویر اجتماعات توجه کنید:



تصویر ۱۲۸

جمعیت معترض به نژادپرستی در استرالیا که در خوشبینانه‌ترین حالت نیمی از آنها ماسک بر چهره دارند که البته به گفته بسیاری از آنها دلیل استفاده از ماسک نیز در بسیاری از آنها ممانعت از شکار دوربین‌های امنیتی بوده نه هراس از ویروس کرونا. با این وجود و با علم به اینکه ماسک‌ها بدون فاصله‌گذاری قدرت‌چندانی در ممانعت از انتشار ویروس نداشته و تنها قادرند حدود ۳۰ درصد از آلودگی ویروسی را به خود جذب کنند این سؤال در ذهن هر فرد کنجکاو می‌بایست ایجاد شود که به چه علت جمعیت حاضر در خیابان‌ها ظرف چند روز آینده به بیمارستان‌ها منتقل نشدند و سیل تلفات چند هزار نفری متعاقب این تظاهرات‌ها ایجاد نگردید؟



این در حالی است که می‌دانیم بنا بر قانون احتمالات حتی در میان جمعیت معترض می‌بایست صدها انسان با بیماری‌های زمینه‌ای قلبی، ریوی و... وجود داشته باشد و اگر مسئله قدرت انتشار و کشندگی ویروس کرونا صادق باشد کافی‌ست تنها یک نفر از این خیل عظیم جمعیت ناقل ویروس بوده باشد. در این صورت افراد به صورت تصاعدی آلوده شده و پس از مدتی خیابان‌های محل اعتراض می‌بایست تبدیل به گورهای دسته جمعی گردد. اما حتی با وجود برگزاری اعتراضات آمار مبتلایان و کشته‌شدگان تا حدود یک ماه پس از اعتراضات در قاره اروپا نزولی بوده و حتی در برخی از کشورها به پایین‌ترین میزان خود می‌رسد.

با چه ادله‌ای می‌توان مبتلا نشدن این جمعیت عظیم را توجیه نمود؟ بسیاری از متخصصین در پاسخ به این پدیده چند دلیل آورده‌اند: از جمله اینکه مردم اروپا دارای امکانات بیشتری از لحاظ تجهیزات بهداشتی و غربالگری و قرنطینه مبتلایان بوده و سطح بالای تکنولوژی پزشکی در قاره سبز موجب شده تا برگزاری این تظاهرات‌های گسترده و میلیونی منجر به بروز فاجعه انسانی نشود؛ به عبارت دیگر مانع فاجعه انسانی را امکانات زیرساختی و رعایت اصول بهداشتی و در اختیار داشتن دانش و تکنولوژی پزشکی در این کشورها برشمرده‌اند. وجود مراکز تشخیصی و درمانی متعدد، خدمات پزشکی رایگان، وجود دارو و آموزش‌های مقتضی و وفور کیت‌های تشخیصی از نظر بسیاری از افراد عامل عدم ابتلای معترضین بوده است.

با این وجود اگر چنین عاملی سبب شده قاره سبز تبدیل به قاره سرخ نشده و جمعیت معترضین رهسپار تخت‌های بیمارستان نگردد پس باید انتظار داشته باشیم در کشورهای درحال توسعه که ابداً از چنین امکانات و دانشی برخوردار نبوده و حتی در ابتدایی‌ترین مسائل بهداشتی از جمله بهداشت آب آشامیدنی دچار مشکلات فراوانی هستند، با بروز واقعه‌ای مشابه شاهد فاجعه‌ای تاریخی و مرگ دسته جمعی معترضین باشیم. فرضیه‌ای که تظاهرات بی‌سابقه در پاکستان خط بطلانی تلخ بر آن کشید.



تصویر ۱۳۰

این در حالی است که در اجتماعات پاکستان حتی همان تعداد محدود استفاده کننده از ماسک نیز به چشم نمی خورد و اگر فردی اندک آشنایی با ساکنین این سرزمین داشته باشد می داند رعایت دستورالعمل های بهداشتی از جمله شستشوی دست و... با الکل و شوینده نیز چندان جایگاه خاصی در میان این افراد نداشته. پس نتیجه می گیریم عدم ابتلای افراد در تجمعات عظیم و چند هزار نفری ابدأ ارتباطی با میزان امکانات پزشکی و عوامل مشابه نداشته و شاید گویای حقیقتی دردناک در خصوص فریب قرن است که از ساکنین جهان پنهان شده است.

و اما تیر خلاص مراسم مذهبی شیعیان در چهلم شهادت امام سوم شیعیان بود؛ درست در زمانی که دانشمندان اروپایی به منظور کاهش پرتاب قطره های تنفسی حاوی ویروس به محیط سفارش به عدم استفاده از حروف «ب» و «پ» می کنند (چون معتقدند ادای این حروف منجر به خروج ذرات تنفسی بیشتری از دهان شده تا جایی که سرود تولد را به علت داشتن تعداد زیاد حروف «ب» و «پ» خطرناک می نامند) همانطور که در تصویر ملاحظه می کنید خیل عظیمی از جمعیت در کشوری که از نظر تجهیزات بهداشتی و دارویی ابدأ با کشورهای اروپایی قابل مقایسه

نیست، آن هم در مراسمی مذهبی که همراه با ذکر ادعیه و اشعار بوده و خواه ناخواه ضریب خروج قطره‌های تنفسی از دهان و بینی چند برابر حالت عادی است در این مراسم شرکت نموده و ظرف سه الی چهار هفته بعد منابع خبری این کشور اعلام می‌دارند که آمار مبتلایان و کشته‌شدگان نه تنها صعودی نبوده بلکه کاهش نیز یافته است.



تصویر ۱۳۱

به طرز عجیبی حدود سه هفته پس از عزاداری چند میلیون نفری در شهرهای نجف و کربلا، درست زمانی که تمام دنیا چشم به راه یک فاجعه انسانی در این کشور هستند آمار کشته شدگان ناشی از کرونا در این شهرها از سوی دولت و وزارت بهداشت عراق "صفر" اعلام می‌شود. دانشمندان و محققین چه توضیحی برای این پدیده خواهند داشت؟ مگر نه اینکه اگر حتی یک مبتلا و یک ناقل بی‌علامت در میان این جمعیت عظیم بوده باشد باید موجب آلوده شدن کل جمعیت شده و فاجعه‌ای تاریخی به بار آورد؟ پس تنها چهار فرض منطقی وجود دارد.

۱. ویروس آنگونه که گفته می‌شود مسری و کشنده نیست و افسانه رعب انگیز آن تنها محصول رسانه‌هاست.
 ۲. مسیر انتقال ویروس مسیری که سازمان‌های کلان بهداشتی اعلام می‌کنند، نیست.
 ۳. ساز و کار بیماری‌زایی ویروس آنگونه که ادعا می‌شود نبوده و در یک کلام مسائلی مبهم و معماگونه در میان است که ابداً نمی‌تواند سهوی بوده باشد.
 ۴. مسئله انتقال از ناقل بی‌علامت ممکن صحت نداشته باشد. و شاید نیاز به توضیح و تکرار نباشد که تصاویر این عزاداری‌ها، اعتراضات و سیر نزولی قربانیان کرونا در این کشورها مورد عنایت رسانه‌ها قرار نگرفته احتمالاً به این علت که موجب کاهش ترس و واهمه مردم از این ویروس و برملا شدن فریب قرن خواهد شد.
- ذکر این موضوع از یک جهت بسیار دارای اهمیت است! ما قالبی نو برای پرسش یافته‌ایم، که می‌توانیم با استناد به آن بر خطاهای شناختی و تله‌های فکری چیره شویم!
- پرسش غلط این است: این جمعیت عظیمی که همه روزه مبتلا شده و جان خود را از دست می‌دهند را چه چیزی بیمار کرده است؟
- پرسش صحیح این است: چرا در جمعیت میلیون نفری معترض و عزادار یک جویبار خون راه نیفتاد؟
- اکنون که با ترفندهای خطاهای شناختی و همچنین سیاست‌های بیمارسازی و آمارسازی‌های رسانه‌ای آشنا شده‌اید، قطعاً باید قادر باشید تفاوت این دو پرسش را درک کنید!

Elsevier Public Health Emergency Collection

Public Health Emergency COVID-19 Initiative

Respir Med. 2020 Aug; 169: 106026.

Published online 2020 May 13. doi: [10.1016/j.rmed.2020.106026](https://doi.org/10.1016/j.rmed.2020.106026)

PMCID: PMC7219423

PMID: [32513410](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32513410/)

A study on infectivity of asymptomatic SARS-CoV-2 carriers

Ming Gao,^{a,1} Lihui Yang,^{b,1} Xuefu Chen,^c Yiyu Deng,^d Shifang Yang,^e Hanyi Xu,^e Zixing Chen,^e and Xinglin Gao^{e,*}

تصویر ۱۳۲

Conclusion

In summary, all the 455 contacts were excluded from SARS-CoV-2 infection and we conclude that the infectivity of some asymptomatic SARS-CoV-2 carriers might be weak.

تصویر ۱۳۳

سرانجام در حول و حوش یک سالگی شیوع و پس از انتخابات آمریکا، تأییدیه واکسن تحقیقات به تدریج به سمتی می‌رود که نشان می‌دهد مسئله انتقال از ناقل بی‌علامت نیز مانند سطوح بیشتر یک جنگ روانی و فریب تبلیغاتی بوده است و خطر چندی از این گروه متصور نمی‌باشد.
”ویروسی ساخته‌ام

مردم باید سؤال پرسیدن را بیاموزند!

نپرسند: چرا جمعیت چهارده میلیونی عزاداران عراقی یا جمعیت میلیونی تظاهرکنندگان آمریکایی یک راست به قبرستان نرفتند؟

باید بپرسند: پس چرا اینهمه مردم همه روزه می‌میرند؟
لابد از دستورالعمل‌های من پیروی نکرده‌اند!
خوشبختانه کمتر کسی سؤال نخست را پرسید...
من طراح فریب قرن هستم“

پرده بیستم فریب

واحد شمارش وحشت: چگونه به این نتیجه رسیدیم ویروس کرونا ویروسی مرگبار و تهدیدی برای بشریت است.

واحدهای شمارش گاه به صورت یک جزئی و یک مؤلفه‌ای هستند، مانند؛ نفر به عنوان واحد شمارش شتر و یا قلاده واحد شمارش شیر. گاهی واحدهای شمارش دارای دو مؤلفه هستند مانند سرعت که عبارت است از میزان جابجایی به نسبت زمان؛ یعنی در محاسبه واحد سرعت دو جزء زمان و مسافت جابجا شده می‌بایست اندازه‌گیری شود.

اما واحد شمارش و ارزیابی وحشت رسانه‌ای ناشی از بیماری کمی متفاوت است و در مورد بیماری کرونا این شمارش قدری پیچیده‌تر شده است. در خصوص آمارهای ناشی از بیماری به طور کلی با چهار نوع شمارش سر و کار داریم:

۱. آمار مبتلایان و کسانی که به واسطه تست مثبت آزمایشگاهی در گروه مبتلایان قرار گرفته‌اند.

۲. آمار بیماران بستری شده.

۳. آمار کشته‌شدگان و کسانی که جان خود را از دست داده‌اند.

۴. نسبت فوت شدگان به مبتلایان که میزان کشندگی ویروس را تعیین می‌کند (و از مقایسه جمعیت مبتلا و جمعیت فوت شده می‌توان جمعیت بهبود یافته را تخمین زد).

آمارهای مذکور در لایه اول نوعی آمار خام و محتاج تفسیر بوده که می‌بایست به دقت تحلیل شده تا مشخص شود آنچه به مردم به عنوان اخبار پاندمی ارائه می‌گردد بنا بر اصول علم آمار و اپیدمیولوژی آمار صحیحی است یا خیر.

به عنوان مثال یکی از رسمی‌ترین منابع خبری یا به عبارتی معتبرترین مرجع اعلام آمار، مبتلایان و کشته‌شدگان ناشی از ویروس کرونا آمار و اعداد این بیماری را اینگونه اعلام می‌کند:

Cases
37.1M

Deaths
1.07M

Location	Cases ↓	Deaths
 Iran	496K +3,875	28,293 +195
 United States	7.75M +51,037	214K +591
 India	7.05M +73,272	108K +926
 Brazil	5.08M +26,749	150K +559
 Russia	1.29M +12,846	22,454 +197

تصویر ۱۳۴- آمار فوتی‌ها و مبتلایان کرونا در ایران و جهان. (آمار مربوط به قبل از ۲۰۲۱ است)

در تصویر ۱۳۴ یک ستون تعداد افراد مبتلا شناسایی شده و در ستون دیگر تعداد افرادی که جان خود را از دست داده‌اند!

حال می‌بایست به این نکته پرداخت که ملاک شناسایی افراد بیمار و فوتی چه روش و چه تست آزمایشگاهی می‌باشد و بر چه اساسی افراد در این دو ستون قرار می‌گیرند؟

به طور کلی برای شناسایی مبتلایان به بیماری کرونا چهار روش عمده بالینی و آزمایشگاهی وجود دارد:

۱. تست ژنتیک عفونی یا همان تست حلق و بینی که اساساً دارای ۴۰-۵۰ درصد خطا بوده و همانگونه که در فصل مربوطه بررسی گردید دارای جواب‌های مثبت و منفی کاذب فراوان می‌باشد و بنا بر دلایل علمی که ذکر گردید اصلاً شاید صلاحیت اینکه معیار نهایی ابتلای فرد به بیماری به شمار برود را نداشته باشد. کافیست به این نکته تأمل کنیم

که قطعی‌ترین و آخرین روش احراز ابتلای افراد به کرونا روشی دارای خطا و نامناسب می‌باشد.

۲. تست سرولوژی و شناسایی آنتی بادی‌های ضد کرونا (الایزا): این تست نیز بنا بر دلایلی که ذکر می‌شود فاقد ارزش بالینی زیاد بوده و نمی‌تواند معیاری از ابتلای فرد به ویروس کرونا محسوب گردد.

۳. تست رادیولوژی و یا همان سی.تی.اسکن: که این روش نیز قادر به افتراق ذات‌الریه‌های مختلف از هم نبوده و حتی تشخیص ذات‌الریه‌های باکتریایی و ویروسی با استناد به آن هنوز یک چالش علمی محسوب می‌شود و این تکنیک تنها نشان‌دهنده بروز التهاب و درگیری ریوی بوده که می‌تواند توسط عوامل شیمیایی و میکروبی متعددی ایجاد گردد.

۴. سایر تست‌های آزمایشگاهی نظیر CBC, CRP, ESR, LDH و معاینات بالینی و بررسی علائمی مانند؛ تب، فشار خون و اکسی متری (اندازه‌گیری اکسیژن خون) که این روش نیز اختصاصی نبوده و هزاران بیماری و اختلال دیگر نیز می‌تواند موجب تغییر در شاخص‌های مذکور گردد.

به همین خاطر ملاک قطعی احراز ابتلای فرد روش اول یعنی روش PCR می‌باشد و تمام افرادی که در جدول آمار این بیماری قرار گرفته‌اند با این روش مورد بررسی قرار گرفته‌اند. پس بهتر است بگوییم ستون مبتلایان به کرونا متعلق به افرادی‌ست که تست PCR آنها مثبت شده است نه الزاماً کسانی که به کرونا مبتلا شده‌اند، چرا که می‌دانیم این روش دارای موارد مثبت و منفی کاذب فراوانی است و حتی با وجود انجام این تست نیز ممکن است افرادی به اشتباه وارد آمار مبتلایان شده باشند که اصلاً مبتلا نیستند. (این در حالی‌ست که اعتقاد داریم تعداد واقعی مبتلایان بسیار بیشتر از این مقدار می‌باشد)

حال اگر فرض کنیم نتایج این تست دارای حساسیت و اختصاصیت ۱۰۰ درصدی بوده (که می‌دانیم نیست و حساسیت آن در خوشبینانه‌ترین حالت یعنی هنگامی که نمونه‌گیری صحیح انجام شده باشد و آلودگی از محیط وارد فضای نمونه‌گیری و استخراج ژنوم و انجام تست قرار نگیرد و نیروی متخصص بدون خطا آن را انجام دهد -

شرایطی که هرگز در آزمایشگاه این طور فراهم نمی‌شود و تست‌ها دارای خطا می‌باشد - بین ۵۰ تا ۶۰ درصد است)، باز هم آمارها دارای چند نکته قابل توجه و بعضاً مشکوک می‌باشد که به قرار زیر است:

۱. در این جدول آماری که نشان دهنده میزان افرادی که بستری شده و در مراکز درمانی مورد مداوا قرار گرفته‌اند به چشم نمی‌خورد، چرا که از این جمعیت حدود ۹۵-۹۰ درصد آن اصلاً نیازی به بستری نداشته و در منزل و حتی بدون دارو مداوا می‌شوند.

درصد بسیار زیادی از این افراد از جمله کسانی هستند که تنها تست PCR آنها مثبت شده و حتی علائم ساده‌ای مانند تب و سرفه را نیز تجربه نکرده‌اند. نمونه این گروه را می‌توان در کارکنان شرکت‌هایی که تست PCR در آنها اجباری بوده و یا ورزشکارانی نظیر فوتبالیست‌ها و حتی سیاستمداران برجسته یافت. این افراد در واقع افرادی هستند که بنا بر نتایج مثبت کاذب تست شناسایی شده‌اند.

درصد بسیاری از این افراد با استراحت در منزل و مصرف یک آنتی بیوتیک ساده مانند آزیترومایسین (حتی بدون آن) دوره ابتلایی مانند یک سرماخوردگی ساده فصلی را تجربه کرده‌اند.

گروهی از این افراد با دوره ابتلای طولانی‌تر و کمی علائم شدیدتر در منزل قرنطینه شده و با برنامه دارویی متشکل از داروهای ضد ویروسی! (مانند هیدروکسی کلروکین) و مهارکننده سیستم ایمنی (مانند ناپروکسن) درمان شده‌اند.

در این میان تنها گروه کوچکی که دارای علائم شدید تنفسی و یا ضعف عمومی شدید بوده‌اند به طوری که برای ادامه حیات نیازمند دستگاه‌های تنفسی (ونتیلاتور) و امور پزشکی از قبیل اینتوباسیون بوده در مراکز درمانی بستری شده‌اند: لازم به ذکر است که حتی از گروه مذکور نیز اکثراً مداوا شده و تنها ۱-۲ درصد از این افراد جان خود را بر اثر بیماری از دست داده‌اند.

به طوری که حتی مرکز کنترل عفونت‌های آمریکا CDC آمار مداواشدگان بیماری را در گروه‌های سنی به این شرح اعلام می‌نماید که حاکی از تلفات پایین این بیماری می‌باشد:

گروه سنی	درصد بهبودی
۰ - ۱۹ سال	۹۹/۹۹ درصد
۲۰ - ۴۹ سال	۹۹ درصد
۵۰ - ۶۹ سال	۹۸ - ۹۹ درصد
۷۰ سال و بالاتر	۹۴ درصد

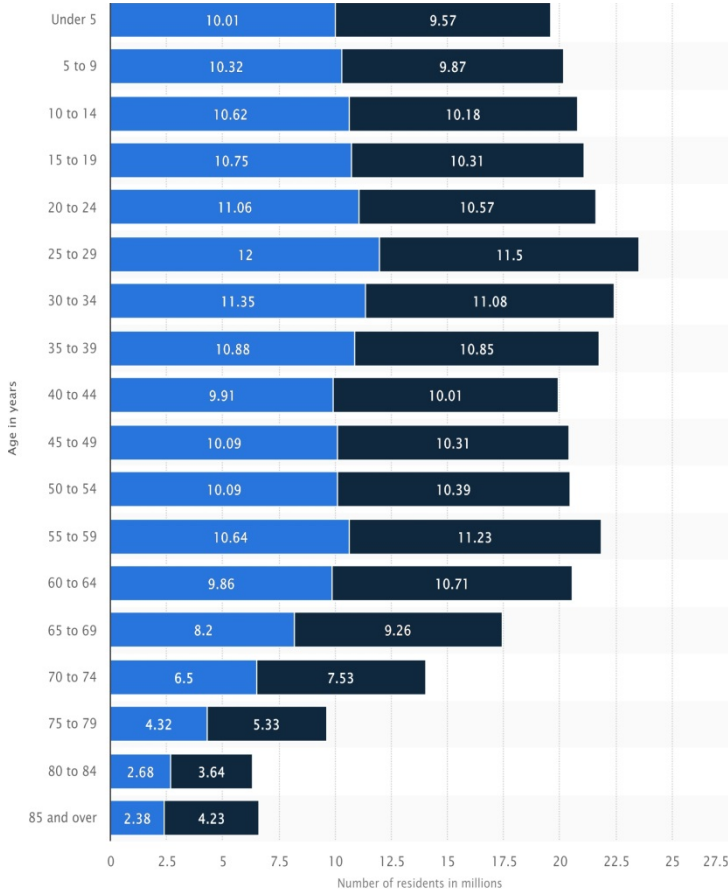
همانگونه که از آمار مشخص است در سه گروه سنی نخست یعنی افراد یک ساله تا هفتاد ساله درصد تلفات ناشی از بیماری تقریباً یک درصد است و این بدان معناست که بیماری کرونا تنها در یک درصد افراد یک ساله تا هفتاد ساله منجر به فوت شده است. تنها در یک گروه یعنی افراد هفتاد سال به بالا آمار تلفات به ۶ درصد رسیده است و چنانچه بخواهیم به طور کلی از این اعداد میانگین بگیریم این درصد دچار افزایش ناشی از اثر تجمعی درصد گروه آخر شده و باید بگوییم به طور کلی آمار تلفات بیش از ۲ درصد می‌باشد! (نزدیک ۳ درصد)

یعنی تنها با همین ترکیب آماری و ارائه آمار خام می‌توان کشندگی ویروس را در نظر افراد عادی دو برابر جلوه داد که این امر هر چند با منطق ریاضی صحیح است اما با منطق اپیدیمیولوژیک و پزشکی سازگار نبوده و حتی با تفکیک ساده‌ای مانند تفکیک سنی می‌توان فهمید همه افراد در دایره شمول این درصد قرار نخواهند گرفت و گویی تعمداً تلاش شده کشندگی ویروس بیشتر جلب نظر کرده باشد.

حال باید دید اصلاً چند درصد افراد در جامعه آماری بررسی CDC در گروه‌های سنی چهارگانه قرار می‌گیرند و بیشترین گروه سنی در جامعه چه گروهی هستند؟

در سال ۲۰۱۰ میانگین سنی مردم آمریکا ۳۶٫۸ و در سال ۲۰۱۸ این عدد به حدود ۳۸ رسیده است و این بدان معناست عمده جمعیت مردم آمریکا در گروه‌هایی قرار می‌گیرند که درصد کشندگی ویروس در آنها حدود ۱ درصد می‌باشد و گروه چهارم (افراد هفتاد ساله و بالاتر) که نرخ کشندگی ویروس در آنها ۶ درصد گزارش شده است درصد کمی از افراد جامعه آمریکا را تشکیل می‌دهند و درصد آنها بنا بر تصویر پایین بسیار

اندک می‌باشد. مجوع افراد با میانگین سنی بالای ۷۰ در آمریکا چیزی در حدود ۳۰ میلیون نفر است که با توجه به جمعیت حدوداً ۳۳۰ میلیونی آمریکا تقریباً ۹ درصد جمعیت این کشور را تشکیل می‌دهد.



● Male ● Female

تصویر ۱۳۵- جمعیت مقیم ایالات متحده از نظر جنسیت و سن - ۱

جولای ۲۰۱۹

به همین سادگی اعداد و ارقام قادر به فریب ذهن انسان می‌باشد و با تعمیم میزان کشندگی در یک بلوک سنی کم جمعیت به کل جمعیت اثر ریاضی آن بر میانگین کشندگی موجب چندبرابر شدن درصد کشندگی و ویروس در اذهان عموم می‌گردد در حالی که بنا بر منطق پزشکی این امر صحیح نبوده و این گروه سنی به واسطه اینکه عمدتاً دارای شرایط زمینه‌ای و بیماری‌های زمینه‌ای هستند بهتر است در بررسی‌های کلان به این شکل وارد نشده تا در ارزیابی‌های نهایی دچار خطا نشویم. در حقیقت بررسی‌هایی که کشندگی و ویروس کرونا را بیش از ویروس‌های دیگر مانند آنفولانزا دانسته‌اند و چنین موج عظیمی از وحشت و هراس به ارمغان آورده‌اند تا حدی زیادی ناشی از آمار خام و تفکیک نشده ریاضی بوده که می‌بایست در درجه اول از نظر سن تفکیک شود و در درجه دوم بررسی تخصصی‌تری از نظر بیماری‌های زمینه‌ای بر روی افرادی که جان خود را از دست داده‌اند می‌بایست در دستور کار قرار گیرد.

اما نکته دیگر که حتی از تفکیک سنی مهمتر بوده و بسیار محل تأمل می‌باشد این است که تا چه اندازه این افراد واقعاً به علت عفونت و ویروس کرونا جان خود را از دست داده‌اند؟

آیا تمام فوت شدگان از کرونا فوت کرده‌اند؟

آیا ممکن است افرادی که در اثر بیماری‌های دیگر جان خود را از دست داده‌اند نیز در شمار کشته‌شدگان کرونا قرار گرفته باشند؟

بنا بر اعلام مرکز CDC تنها در ۶ درصد از افرادی که بر اثر ویروس کرونا جان خود را از دست داده‌اند علت مرگ "صرفاً" کرونا بوده است و ۹۴ درصد دیگر دارای یک و یا دو بیماری و اختلال دیگر بوده‌اند. این بررسی حیرت انگیز و تکان دهنده هر چند در بطن خود سوء برداشت‌ها و تفاسیر اشتباهی نیز به همراه داشت از جمله اینکه از ۹۴ درصد باقیمانده ابتلای به کرونا نادیده گرفته شده و این گونه به نظر می‌رسد که در مرگ آنها بیماری کرونا نقشی نداشته است که این برداشت اشتباه می‌باشد.

اما نکتهٔ حائز اهمیت این بود که ۹۴ درصد از کشته‌شدگان دارای بیماری‌های دیگری از جمله سرطان، بیماری‌های قلب و عروق، اختلالات خودایمنی و... بوده‌اند که هیچ یک از این موارد موجب نمی‌شود آنها را فاقد صلاحیت حیات بدانیم و مبتلایان به این بیماری‌ها نیز به اندازه سایر انسان‌ها دارای حق حیات هستند، اما مسئلهٔ فنی در جایی‌ست که می‌بایست بررسی کنیم این گروه بزرگ ۹۴ درصدی در کدام یک از دسته‌های زیر قرار می‌گیرند؟ (پیش از آن مباحث بخش‌های نخستین مبنی بر تشخیص غلط و قرارگیری بیماران غیر کرونایی در زیرگروه کرونا را نیز در ذهن داشته باشید)

۱. گروهی که دارای بیماری زمینه‌ای بوده‌اند، تست کرونا در آنها به طور کاذب مثبت شده است. این افراد در اسناد فوت مبتلا به تلقی شده و در شمار تلفات منجر به فوت ویروس قرار می‌گیرند.

۲. گروهی که دارای بیماری‌های زمینه‌ای بوده‌اند، به بیماری کرونا مبتلا شده و بالطبع تست آنها نیز مثبت شده اما این ابتلا سهم چندانی در مرگ آنها نداشته است و علت منتج به فوت بیماری زمینه‌ای در آنها بوده و یا به عبارت دیگر شانس اینکه بیماری کرونای آنها مانند ۹۹ درصد مبتلایان بهبود پیدا کند وجود داشته اما بیماری زمینه‌ای علت مرگ بوده ولی در اسناد مربوط فوت علت مرگ کرونا ثبت شده است. در حالی که حتی با عدم ابتلا به کرونا نیز جان خود را از دست می‌دادند.

۳. گروهی که مبتلا به بیماری زمینه‌ای بوده‌اند و چنانچه به عفونت ویروسی مبتلا نمی‌شدند قادر بودند با وجود همان بیماری زمینه‌ای به حیات خود ادامه دهند و عفونت ویروسی با تشدید بیماری زمینه‌ای شرایط حیات آنها را سخت نموده است. مانند کسانی که دارای بیماری‌های قلبی بوده‌اند و ابتلای به کرونا و افزایش التهاب و سایتوکاین‌های التهابی منجر به تشدید نارسایی قلبی و عروقی شده (کرونا سوار بر بیماری زمینه‌ای شده است) و همین امر موجب مرگ آنها شده است: این گروه حتی با فرض عدم وجود ویروس کرونا ممکن است با ابتلای به سایر عفونت‌های ویروسی مانند آنفولانزا جان خود را از دست بدهند و به عبارتی شانس آسیب‌پذیری این گروه از کرونا و سایر

ویروس‌ها تقریباً به یک اندازه است با این تفاوت که کرونا ویروسی مسری‌تر و فاقد دارو و واکسن موثر است (و همین موضوع کمی خطر ناشی از کرونا را نسبت به سایر عوامل عفونی افزایش می‌دهد) و اکنون در دورهٔ همه‌گیری آن به سر می‌بریم.

۴. افرادی که به بیماری‌های زمینه‌ای مبتلا بوده‌اند که این بار بیماری زمینه‌ای شرایط را برای عفونت ویروسی تسهیل کرده است، مانند بیماران نقص ایمنی و اختلالات متابولیک نظیر دیابت که این گروه نیز در مقابل سایر عفونت‌ها به ویژه عفونت‌های ویروسی به همین اندازه آسیب‌پذیر هستند و حتی در نبود ویروس کرونا نیز ممکن است بنا بر سایر عفونت‌های میکروبی جان خود را از دست دهد؛ با این تفاوت که کرونا مسری‌تر و فاقد دارو و واکسن مؤثر است.

۵. گروهی که بنا بر دلایل دیگری جان خود را از دست داده‌اند اما بنا بر مصلحت اندیشی مسئولین بهداشت و یا دغدغه‌های اقتصادی مرگ آنها ناشی از کرونا به ثبت رسیده است. مثلاً در کشورهای اروپایی بنا بر قوانین حاکم بر آن چنانچه فردی جان خود را بر اثر شیوع یک بیماری مسری همه‌گیر از دست دهد تمام هزینه‌های مربوط به درمان و کفن و دفن بر عهده دولت خواهد بود و افراد زیادی ممکن است به این علت مایل باشند متوفی خود را در این گروه قرار دهند و یا در شرایط شیوع و لزوم عدم تشکیل تجمعاتی مانند مراسم تشییع و ترحیم مسئولین مرکز درمانی با انگیزه‌های خیرخواهانه و انسانی متوفایان ناشی از سایر بیماری‌ها را نیز به نام کرونا ثبت نمایند (که کسی نمی‌تواند منکر بروز این اوامر شود).

حال سؤال اساسی اینجاست که در شرایطی که تنها ۱-۲ درصد مبتلایان به بیماری کرونا جان خود را از دست می‌دهند تا چه اندازه همین درصد ناچیز نیز به اشتباه در محاسبات قرار گرفته و ممکن است اعضای گروه‌های پنجگانه مذکور در جمعیت فوت‌شدگان ویروس ورود پیدا کرده باشند.

امروزه می‌دانیم که در انجام طرح‌های تحقیقاتی با اهمیت مثلاً اثر یک واکسن و یا یک دارو بر روی جمعیت مورد مطالعه می‌بایست شرایطی که در کلیت تحقق موجب بروز خطا می‌شود در شرکت کنندگان بررسی گردد. مثلاً اگر تأثیر یک دارو بر سلامت قلب و عروق شرکت‌کنندگان بررسی می‌شود لازم است شرایط سلامت قلبی، کلیوی، کبدی، عصبی، پوستی و... در شرکت‌کنندگان بررسی شود تا اگر مثلاً فرد مبتلا به یکی از اختلالات فوق باشد از جمعیت هدف کنار گذاشته شود. چون ممکن است مثلاً در طی پژوهش در وی اختلالات کبدی یا صفراوی رخ دهد که آن را ناشی از عوارض داروی مورد آزمایش بدانیم در حالی که علت این پدیده بیماری‌های زمینه‌ای فرد می‌باشد.

حال سؤال اینجاست آیا در بررسی میزان کشندگی این ویروس نیز این شرایط بررسی شده است؟ قطعاً چنین اقدامی ممکن نیست چون مبتلایان مراجعین به مراکز بیمارستانی هستند که طبعاً سابقه صحیحی از بیماری‌ها و زمینه‌های آنها در دسترس نیست و حتی اگر چنین شواهدی در دسترس باشد باز هم تشخیص اینکه بیماری زمینه‌ای بیشتر در مرگ فرد سهم داشته است یا ویروس کرونا امری دشوار است. به همین خاطر این جمعیت از جامعه آماری حذف نشده و ۹۴ درصد کشته شدگان ناشی از ویروس را تشکیل می‌دهند که تردیدی نیست حتی از همین جمعیت هم گروهی در دسته‌های پنجگانه مذکور قرار می‌گیرند که نباید آنها را به حساب ویروس کرونا گذاشت و در بدبینانه‌ترین حالت فقط دسته سوم و چهارم (افرادی که بیماری کرونا منجر به تشدید بیماری زمینه‌ای در آنها شده و بالعکس) را در آمار متوفیان قرار داد و

بدین ترتیب آمار کشته‌شدگان واقعی بسیار کمتر از آمار اعلام شده می‌باشد.

نتیجه اینکه کشندگی ویروس از نظر عملی بسیار کمتر از اعداد اعلامی بوده و در بسیاری از فوت‌شدگان نیز علت منتهی به فوت صرف ویروس کرونا نیست و تنها ۶ درصد این افراد صرفاً بنا بر ویروس کرونا جان خود را از دست داده‌اند و تردیدی نیست که این ملاحظه کاهش آمار واقعی کشته‌شدگان می‌شود.

اما آنچه در رسانه‌ها نشر می‌گردد ابداً رویکردی منطقی از سنخ علم پزشکی نداشته و بیشتر احساسات و بزرگنمایی بر آن حاکم است تا خبر از یک بلای عظیم و یک فاجعه بی‌سابقه بدهد. بدیهی‌ست که موارد ذکر شده به این سبب که موجب تغییر نگرش مردم به مقوله ویروس و شیوع می‌گردد در کمتر رسانه و مرجع علمی ارائه می‌گردد و به جای آن همه روزه آمار مبتلایان و کشته‌شدگان به صورت خام و بدون تفسیر اعلام می‌گردد که همین موضوع کمی شک برانگیز می‌نماید.

دلایل فوق را اگر در کنار تمایل برخی مسئولین سیاسی مبنی بر افزایش آمار تلفات ناشی از کرونا و دریافت امتیازهای اقتصادی و سیاسی قرار دهیم شاید بتوانیم دلیلی بر بی‌علاقگی تفکیک کشته‌شدگان بر اساس سن و بیماری‌های زمینه‌ای یافته باشیم و چنانچه متعاقب تلفات بالای یک کشور اموری همچون دریافت تسهیلات بلاعوض از اتحادیه اروپا، برقراری صلح و آتش بس کشوری که درگیر جنگ می‌باشد، در خانه محبوس کردن معترضین حاضر در خیابان و مجازی شدن انتخابات برای حزبی که قصد تقلب دارد در انتظار رهبران سیاسی باشد بدیهی‌ست

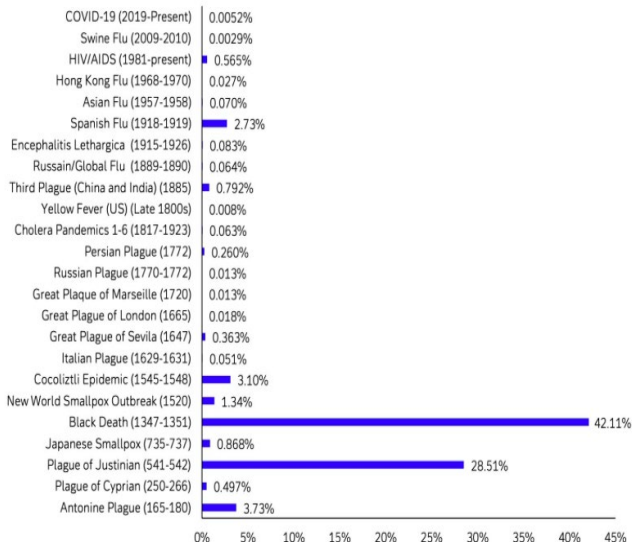
این افراد وقایع شیوع را اینگونه مصادره به مطلوب کرده باشند و آن را به هیبیتی درآورده باشند که بیشتر هولناک بوده و از روایت واقعی آن کمی متفاوت است. در نهایت این نمایش قرار است با واکسیناسیون پایان یابد! در حقیقت یکی از دلایلی که فریب قرن در اکثر مناطق جهان به جز معدود مناطقی همچون سوئد در هیبت یک بیماری مرگبار ظاهر شد و رهبران بر آتش آن هیزم ریختند این است که هر یک بنا بر نیازمندی‌های روز خود از آن بهره‌برداری کردند و این بهره‌برداری در هر کشور به شکلی متفاوت بوده است که در جای خود بحث می‌شود.

به هر جهت واقعه شیوع از زاویه‌ای به مردم عرضه شده و رسانه‌ها روایتی از آن را به خورد افکار عامه داده‌اند که موجب القای وحشت و هراس شود و ابعادی از این بیماری که ممکن است قدری از هیبت هولناک آن بکاهد را به طرز مشکوکی سانسور کرده‌اند. اما تمام ماجرا این نیست...

پرده بیستم و یکم فریب

آمارسازی و تولید وحشت

Figure 1: Estimated death toll of pandemics as a percentage of global population



Source : Deutsche Bank, Federal Reserve Bank of San Francisco, [wikipedia.org/wiki/List_of_epidemics](https://www.wikipedia.org/wiki/List_of_epidemics) and various online references within, OurWorldInData

Updated through 8 June

تصویر ۱۳۶- تخمین تعداد مرگ و میرهای همه‌گیری درص‌دی از جمعیت جهان

تصویر ۱۳۶ نشان دهنده میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های مسری در سراسر جهان از سال ۱۶۵ میلادی تا سال ۲۰۲۰ میلادی می‌باشد. تصویر گویای این واقعیت است که تلفات جانی ناشی از بیماری کرونا حتی با پذیرش صحت آمارها (که اکنون می‌دانیم تعداد زیادی از آنها در واقع به علت کرونا جان خود را از دست نداده‌اند) بسیار کمتر از

سایر پاندمی‌ها بوده و تنها موجب مرگ ۰,۰۰۵ درصد از جمعیت جهان شده است.

بسیار شنیده‌اید که این بیماری با آنفولانزای اسپانیایی مقایسه شده و از نظر تهدید برای جوامع بشری در ردیف آنفولانزای اسپانیایی قرار گرفته است، این در حالی‌ست که طبق آمار تلفات ناشی از آنفولانزای اسپانیایی حدوداً ۵۴۶ برابر ویروس کرونا بوده و حتی قرار گرفتن نام این دو بیماری در کنار هم امری غلط و قیاسی مغرضانه به شمار می‌رود.

در واقع تفاوت بسیاری وجود دارد میان ویروس کرونایی که رسانه‌ها به وجود آورده‌اند و ویروس کرونایی که حقیقتاً در جهان موجود است. چنانچه اگر به صورت یک طرفه تنها به اخبار و آمار رسانه‌ها استناد کنیم، می‌بایست کشورهای جهان را درگیر موج عظیمی از مرگ و میر دانسته و سال ۲۰۲۰ را یکی از سال‌های پر مرگ و میر کشورهای جهان بدانیم. اما در واقعیت آمار مرگ و میر در اغلب کشورهای جهان نسبت به سال‌های گذشته تغییر محسوسی نداشته و به نظر می‌رسد فرضیه‌ای که معتقد است مرگ‌های رایج تنها به اسم کرونا ثبت شده‌اند امری دور از ذهن نباشد.

یک مرکز تحقیقات علمی مستقل در سوئیس (swiss policy research) در مورد ویروس کووید-۱۹ تحقیقات علمی مستقلی بدون تعصب و منافع سیاسی انجام می‌دهد که هر ماه اطلاعاتش آپدیت می‌شود، خلاصه اطلاعات آن برای ماه سپتامبر ۲۰۲۰ در زیر آمده است: برای مشاهده رفرنس‌ها به سایت مذکور مراجعه کنید:

swprs.org/facts-about-covid-19

۱. طبق آخرین مطالعات ایمنولوژیک، شدت کشندگی کلی کووید-۱۹ در جمعیت عمومی در اکثر کشورها بین ۰,۱ درصد و ۰,۵ درصد است که قابل مقایسه با همه‌گیری‌های آنفلوانزای متوسط در سال‌های ۱۹۵۷ و ۱۹۶۸ است.

۲. برای افراد در معرض خطر یا افرادی که مواجهه زیاد با ویروس دارند (از جمله کارکنان مراقبت‌های بهداشتی)، درمان زودهنگام یا پیشگیری برای جلوگیری از پیشرفت بیماری ضروری است.

۳. در کشورهایی مانند انگلستان (با قفل) و سوئد (بدون قفل و قرنطینه)، مرگ و میر کلی از ابتدای سال در محدوده آنفلوآنزای شدید فصلی است. مرگ و میر در ایالات متحده آمریکا بیشتر است (قابل مقایسه با ۱۹۶۷-۱۹۵۷)، اما در کشورهایی مانند آلمان و سوئیس مرگ‌ها کمتر از آنفلوآنزای شدید است. با این حال، میزان آنتی بادی در بخش‌های زیادی از اروپا که قبلاً در آن قفل شده بود، هنوز پایین است.

۴. در اکثر نقاط، خطر مرگ برای جمعیت سالم (مدرسه و سر کار) مانند احتمال خطر مرگ فرد با خودروی سواری تا محل کار روزانه خود است. این خطر در ابتدا بیش از حد تخمین زده شد، زیرا بسیاری از افراد فقط با علائم خفیف یا بدون علائم مورد توجه قرار نگرفتند.

۵. حدود ۸۰ درصد از کل افراد فقط علائم خفیف دارند یا علائمی ندارند. حتی در میان افراد ۷۰-۷۹ ساله، حدود ۶۰ درصد فقط علائم خفیف دارند. حدود ۹۵ درصد از کل افراد حداکثر علائم متوسطی دارند و نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند.

۶. به دلیل تماس با ویروس‌های کروناویروس قبلی (یعنی ویروس‌های سرماخوردگی) ممکن است تا ۶۰ درصد از کل افراد در حال حاضر پاسخ ایمنی سلول T جزئی در برابر ویروس کرونا داشته باشند. علاوه بر این، ممکن است تا ۶۰ درصد کودکان و حدود ۶۰ درصد بزرگسالان از قبل دارای آنتی بادی‌های واکنش متقابل باشند.

۷. میانگین سن مرگ و میرهای کووید-۱۹ در بیشتر کشورهای غربی بیش از ۸۰ سال است - به عنوان مثال ۸۴ سال در سوئد - و فقط حدود ۴ درصد از متوفیان هیچ پیش شرط زمینه‌ای جدی ندارند. بر عکس همه‌گیری آنفلوآنزا، سن و مشخصات خطر مرگ کووید اساساً با مرگ و میر طبیعی مطابقت دارد.

۸. در بسیاری از کشورها، تا دو سوم کل مرگ‌های اضافی در خانه‌های سالمندان رخ داده است که در واقع این افراد از قرنطینه عمومی بهره‌ای نمی‌برند. علاوه بر این، در بسیاری از موارد مشخص نیست که آیا این افراد واقعاً از کووید-۱۹ مرده‌اند یا از هفته‌ها استرس شدید و انزوا.

۹. تا ۳۰ درصد از کل مرگ‌های اضافی ممکن است توسط کووید-۱۹ اتفاق نیفتاده باشد، بلکه به دلیل اثرات قفل، وحشت و ترس ایجاد شده باشد. به عنوان مثال، درمان حملات قلبی و مغزی تا ۴۰ درصد کاهش یافت، زیرا بسیاری از بیماران دیگر جرأت رفتن به بیمارستان را نداشتند.

۱۰. بسیاری از گزارش‌های رسانه‌ای در مورد مرگ افراد جوان و سالم از کووید-۱۹ نادرست است: بسیاری از این جوانان یا از کووید-۱۹ نمی‌میرند، آنها قبلاً به سختی بیمار شده بودند (به عنوان مثال از لوسمی تشخیص داده نشده)، افزایش ادعای بیماری کاوازاکی در کودکان نیز اغراق آمیز بود.

۱۱. بیشتر علائم کووید-۱۹ همچنین می‌تواند به علت آنفلوانزا شدید (از جمله ذات‌الریه، ترومبوز و از دست دادن موقتی حس چشایی و بویایی) ایجاد شود، اما با کووید-۱۹ شدید این علائم در واقع بسیار شایع‌تر و برجسته‌تر هستند.

۱۲. حدود ۱۰ درصد از افراد علامت‌دار کووید-۱۹ به مرتبه حاد (طولانی) مبتلا می‌شوند و علائمی را گزارش می‌کنند که برای چندین هفته یا ماه ادامه دارد. این مسئله همچنین ممکن است افراد جوان و قبلاً سالم را که دارای پاسخ ایمنی قوی به ویروس کرونا هستند، تحت تأثیر قرار دهد.

۱۳. منحنی‌های نمایی و آماری "موارد مثبت" که اغلب نشان داده می‌شوند، گمراه کننده هستند، زیرا تعداد آزمایشات نیز به طور تصاعدی افزایش می‌یابد. در اکثر کشورها، نسبت آزمایشات مثبت به آزمایشات کلی (یعنی میزان مثبت بودن) همیشه زیر ۲۰ درصد باقی مانده است. در بسیاری از کشورها، گسترش ویروس قبل از شروع اجرای قفل و قرنطینه، به اوج رسیده بود.

۱۴. در بیشتر نقاط آلوده کووید-۱۹، از جمله شهرهای نیویورک، لندن، استکهلم و برگامو، به محض اینکه ۲۰ درصد افراد علیه ویروس کرونا ویروس جدید آنتی بادی ایجاد کردند، میزان عفونت کاهش یافت. این مقدار بسیار کمتر از برآورد اولیه بود که گفته بود ۶۰ تا ۸۰ درصد لازم است آنتی بادی تولید کنند.

۱۵. کشورهایی که قفل و قرنطینه نداشتند، مانند؛ ژاپن، بلاروس و سوئد، وضعیت بدتری از بسیاری از کشورها تجربه نکرده‌اند. سوئد حتی توسط WHO مورد ستایش قرار گرفت و اکنون از ایمنی بالاتر در مقایسه با کشورهای قفل شده بهره‌مند است. ۷۵ درصد از مرگ سوئدی در مراکز پرستاری (مثلاً خانه‌های سالمندان) اتفاق افتاده است که به اندازه کافی سریع محافظت نشده است.

۱۶. ترس از کمبود ونتیلاتور توجیهی نداشت. به گفته متخصصان ریه، تهویه تهاجمی (لوله گذاری) بیماران کووید-۱۹، که تا حدی از ترس انتشار ویروس انجام می‌شود، در واقع غالباً اثر عکس داشته و به ریه‌ها آسیب می‌رساند.

۱۷. هنوز شواهد علمی در مورد اثربخشی ماسک‌های صورت پارچه‌ای در جمعیت عمومی وجود ندارد و یا هیچ مدرکی وجود ندارد و معرفی ماسک‌های اجباری نمی‌تواند همه‌گیری را در اکثر کشورها مهار یا کند، برخی از کارشناسان هشدار می‌دهند که ماسک‌های صورت ممکن است در تنفس طبیعی اختلال ایجاد کنند و در صورت استفاده مکرر ممکن است “ناقل میکروب” شوند.

۱۸. بسیاری از کلینیک‌ها در اروپا و ایالات متحده در حین قفل کردن تا حد زیادی مورد استفاده قرار نگرفتند و در برخی موارد مجبور بودند کارکنان خود را به خانه بفرستند. میلیون‌ها عمل جراحی و درمان لغو شد، از جمله بسیاری از آزمایشات سرطان و پیوند اعضا.

۱۹. رسانه‌های زیادی تلاش نمودند اوضاع در بیمارستان‌ها را دراماتیک نشان دهند، حتی گاهی اوقات با تصاویر و فیلم‌های دستکاری شده. به طور کلی، گزارش غیرحرفه‌ای بسیاری از رسانه‌ها ترس و وحشت

را در جامعه به حداکثر رسانده است. در نتیجه، طبق نظرسنجی‌های بین‌المللی، بیشتر مردم به طرز چشمگیری مرگ و میر کووید-۱۹ را بیش از حد می‌دانند.

۲۰. کیت‌های آزمایش ویروس که در سطح بین‌المللی مورد استفاده قرار می‌گیرند، ممکن است در بعضی موارد نتایج مثبت و کاذب منفی کاذب ایجاد کنند، به قطعات ویروس غیرعفونی ناشی از عفونت قبلی واکنش نشان دهند یا به ویروس‌های کروناویروس مشترک با توالی ژنی تا حدی مشابه واکنش نشان دهند.

پرده بیست و دوم فریب

چگونه می توان آمار را مهندسی کرد؟ (خواسته یا ناخواسته)

اگر به آخرین به روز رسانی جدول مبتلایان و تلفات بیماری کرونا رجوع کنیم (در لحظه نگارش این مطلب) تعداد مبتلایان و تعداد تلفات به شکل زیر خواهد بود:

COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC

Last updated: October 23, 2020, 19:00 GMT

[Graphs](#) - [Countries](#) - [Death Rate](#) - [Symptoms](#) - [Incubation](#) - [Transmission](#) - [News](#)

Coronavirus Cases:

42,343,959

[view by country](#)

Deaths:

1,146,889

تصویر ۱۳۷ - آخرین آمار همه گیری کووید-۱۹
بدین معنا که تا این لحظه ۴۲ میلیون نفر به این بیماری مبتلا شده و بیش از یک میلیون نفر در اثر این بیماری جان خود را از دست داده اند. نحوه محاسبه این آمار نیز در کلیت بسیار ساده است. وزارت بهداشت هر کشور به صورت مستمر آمار و ارقام مبتلایان و کشته شدگان خود را به

سازمان بهداشت جهانی ارائه داده و این سازمان با لحاظ نمودن آمار جدید اطلاعات این مرجع را به روزرسانی خواهد کرد.

با احتساب این نسبت از تلفات به کل مبتلایان نرخ کشندگی ویروس چیزی در حدود ۲,۶۹ درصد خواهد بود، یعنی با کمی ارفاق ویروس تقریباً ۳ درصد از مبتلایان را به کام مرگ کشانده است. این در حالی است که در فصول گذشته مفصلاً بدین موضوع پرداختیم که نرخ کشندگی ویروس در گروه‌های سنی زیر ۶۹ سال حدوداً ۱ درصد بوده و تنها در گروه سنی بالای ۷۰ سال که اکثر آنها دارای یک یا چند بیماری زمینه‌ای بوده‌اند نزدیک ۶ درصد است که این گروه درصد کمی از جمعیت کشورهای مطالعه شده را تشکیل می‌دهند و به نوعی اثر عددی فرمول‌های ریاضی موجب شده تا میانگین نرخ کشندگی ویروس بیش از آنچه هست به نظر برسد.

در آمار و ارقام اعلام شده از سازمان جهانی نیز چنین منطقی حاکم است و نسبت ۱,۱۴ میلیون به ۴۲ میلیون عددی حدوداً ۳ درصدی را به عنوان نرخ کشندگی ویروس به ذهن آورده و در معرض توجه قرار می‌دهد.

اما این تمام ماجرا نیست و این مبحث نیز دارای نقاط مبهم و خاکستری بی‌شماری می‌باشد.

۱. تصور کنید آمار مبتلایان دو برابر آمار فعلی یعنی چیزی در حدود ۸۰ میلیون نفر باشد و آمار کشته‌شدگان همان ۱,۱۴ میلیون نفر؛ در این صورت نرخ کشندگی ویروس به عدد حدوداً ۱,۳۵ خواهد رسید. به بیان ساده اگر تعداد مبتلایان بیش از تعداد اعلام شده باشد این جمعیت موجب کاهش نرخ کشندگی ویروس در مرحله محاسبات عددی خواهد شد:

الف. در بسیاری از کشورها مجوز انجام تست‌های PCR به مراکز خصوصی در سطح گسترده اعطا شده است، به طوری که هر شهر دستکم ۵-۱۰ مرکز تشخیص مولکولی داشته که این مراکز آمار تست‌های مثبت خود را به مراجع دولتی اعلام نکرده و این آمار در جایی ثبت نمی‌شود. بلکه تنها مراکز دولتی در هر استان که عمدتاً بیمارستان‌های دولتی

متعلق به دانشگاه علوم پزشکی هستند، این تست‌ها را در تعداد محدود انجام داده و نتایج آن مستقیماً در سامانه دانشگاه و مرکز آمار وزارتخانه ثبت می‌شود.

ب. بنا بر محدودیت‌های مالی و هزینه بالای این تست‌ها دولت‌ها هر روزه تعداد محدودی از این تست‌ها را در سطح کشور انجام می‌دهند، مثلاً ایران در مورخ ۱۳۹۹/۰۸/۰۱ تعداد ۱۰ هزار تست به صورت روزانه انجام داده که اگر این تعداد را تقسیم بر ۳۱ استان کنیم، هر استان ۳۲۲ تست خواهد بود. که علاوه بر محدودیت تعداد این نکته نیز حائز اهمیت است که انجام این تست برای همه مقدور نبوده و تنها گروهی از بیماران بستری که عمدتاً افراد سالمند و مبتلا به بیماری زمینه‌ای هستند و یا به هر دلیلی در گروه پرخطر قرار گرفته‌اند برای انجام تست انتخاب می‌شوند و به طور کلی گروهی برای تست بر سایر گروه‌ها ارجح به شمار می‌روند.

ج. بسیاری از افراد مبتلا بدون اینکه اصلاً تست PCR انجام داده باشند و آمار آنها در جایی ثبت شود به صورت خفیف به بیماری مبتلا شده و یا با تجویز دارو در منزل درمان می‌شوند و کمتر مایل هستند برای تشخیص راهی آزمایشگاه‌های خصوصی شوند، به ویژه اینکه این تست در برخی از کشورها از پوشش بیمه خارج بوده و بیمار می‌بایست آن را به صورت شخصی پرداخت نماید و هزینه نسبتاً گران این تست خود موجب می‌شود اقشار متوسط و اقشار متوسط به پایین به انجام آن مایل نباشند و بدون احراز ابتلا به واسطه تست درمان را آغاز نمایند.

د. از مطالب فوق چنین بر می‌آید که گروه اعظم مبتلایان اصلاً در قالب آمار مبتلایان در نیامده و در آمار مبتلایان ثبت نمی‌شوند و همین امر موجب می‌شود تعداد مبتلایانی که وزارت بهداشت کشورها همه روزه اعلام می‌کنند بسیار کمتر از کسانی باشد که واقعاً به بیماری مبتلا شده‌اند.

و. محاسبه نسبت و تناسب در ریاضی امری ساده بوده و نسبت تشکیل شده از یک خط کسری است که در بالای خط، صورت کسر، مثلاً عدد A و در پایین کسر، مخرج کسر، مثلاً عدد B قرار دارد.

حال نسبت کشته شدگان به مبتلایان را اگر کسری ساده تصور کنیم
یعنی به صورت زیر:

$$\text{کشدگی} = \frac{\text{تلفات } a}{\text{مبتلایان } b}$$

با بزرگ شدن مخرج کسر یعنی عدد b درصد کشدگی کاهش خواهد یافت و در مقابل اگر مخرج کسر عدد ثابتی باشد و صورت کسر بزرگ شود این عدد باز هم بزرگتر خواهد شد.

اما آیا ممکن است علاوه بر اینکه تعداد مبتلایان واقعی به ویروس در آمارها ثبت نشده و این عدد بسیار کوچکتر از عدد واقعی مبتلایان می باشد، عدد a یعنی تلفات نیز به همان نسبت کاهش یافته باشد؟ یعنی افرادی بر اثر بیماری کرونا جان خود را از دست داده باشند اما در آمارها ثبت نشده باشند؟

به طرز بسیار جالبی این اتفاق نه تنها برای تعداد تلفات رخ نداده است، بلکه بنا بر دستورالعمل های سازمان بهداشت جهانی و به تبع آن وزارت بهداشت کشورهای جهان در دوره شیوع حتی افرادی که بر اثر بیماری های تنفسی غیرکرونا بی نیز فوت شده اند، بدون انجام تست PCR و صرف استناد به بالین بیمار می بایست در شمار کشته شدگان این بیماری قرار گیرند.



معاون محترم درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

جناب آقای دکتر فریدون نوحی

ریاست محترم مرکز تحقیقات قلب و عروق شهید رجایی

جناب آقای دکتر ولایی

رئیس محترم مرکز آموزشی پژوهشی درمانی سل و بیماریهای ریوی دکتر مسیح دانشوری

موضوع: در پاسخ به استعلام نحوه تدفین اجساد کووید ۱۹ براساس پاسخ کتبی آزمایش

با سلام و احترام

در پاسخ به نامه شماره ۹۸/۷۰۲/۳۹۴۹ پ/۹۸/ص مورخ ۹۸/۱۲/۲۶ معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی شیراز در خصوص استعلام نحوه تدفین اجساد کووید- ۱۹ براساس پاسخ کتبی آزمایش؛ پیرو مکاتبات شماره ۳۰۰/۱۸۴۹ د مورخ ۹۸/۱۲/۱۴ و ۴۰۰/۳۱۴۰۰ د مورخ ۹۸/۱۲/۱۶ ضروری است خواهشمند است دستور فرمایید به منظور تسهیل روند تدفین بیماران فوت شده در بیمارستان ها با تشخیص اولیه و یا شک به بیماری کووید - ۱۹ و اجتناب از نگهداری اجساد در سردخانه های بیمارستانی و معانت از گسترش بیماری، با پیش فرض ابتلای قطعی تمامی بیماران فوت شده، اجساد را به عنوان موارد مثبت کووید - ۱۹ ثبت و برای تدفین اقدام فرمایند.

دکتر فاطمه جان بابایی

معاون درمان

تصویر ۱۳۸- بخشنامه‌ای که همه فوتی‌ها را به اسم کرونا تدفین کنند یعنی در مراکز بیمارستانی در میان افرادی که گمان می‌شود جان خود را بر اثر بیماری کرونا از دست داده‌اند، افرادی نیز وجود دارند که مبتلا به کرونا نبوده‌اند و صرف استناد به نتایج سی.تی.اسکن و بالین (علائم بالینی مانند سرفه و تنگی نفس و تب شدید) و بدون انجام تست

PCR مبتلا به کرونا شناخته شده و در زمره آمار فوتی‌ها قرار گرفته‌اند (تصویر ۱۳۸). چنین فرضی دور از منطق نبوده اول به دلیل اینکه اصلاً تست PCR در بسیاری از بیمارستان‌ها انجام نمی‌شود در حالی که آمار فوتی‌های ناشی از کرونا از این بیماری همه روزه ثبت می‌گردد و دوم اینکه اصلاً در ماه‌های نخست شیوع کیت‌های PCR در اختیار بسیاری از کشورها و بیمارستان‌ها قرار نگرفته و اغلب طبق پروتکل ابلاغی با استناد به بالین مرگ بسیاری از افراد را ناشی از کرونا دانسته‌اند.

این بدان معناست که نه تنها مخرج کسر کشندگی بسیار کوچکتر از مقدار واقعی خود بوده است، بلکه صورت کسر نیز بسیار بزرگتر از مقدار واقعی خود می‌باشد و این دو عامل موجب شده نرخ کشندگی که با توجه به آمارهای سازمان بهداشت جهانی اعلام می‌شود واقعی نبوده و اگر در حد و اندازه واقعی خود ظاهر شود آنگونه که باید و شاید موجب هراس و وحشت نمی‌شود، چرا که اگر نرخ کشندگی حتی ۱ درصد هم باشد جامعه جهانی از ویروسی که ۹۹ درصد مبتلایان آن بهبود یافته‌اند هراس چندانی به خود راه نخواهند داد.

در حقیقت این نظر برخاسته از این تمثیل است که بسیاری از مبتلایان واقعی ممکن است در آمارها ظاهر نشده و به دلایلی همچون ضعف تشخیصی، گران قیمت بودن تست، محدودیت‌های ناشی از ثبت مشخصات فردی، نگرانی از مراجعه به محیط درمان و ابتلای خفیف از نظرها پنهان شوند اما تابوت‌ها و افراد فوت شده به هیچ عنوان مانند گروه قبل قابل چشم پوشی نبوده و هیچ مرگی نیست که در جایی ثبت نشود! به ویژه اینکه برای افرادی که در بیمارستان جان خود را از دست می‌دهند کیت‌های تشخیصی موجود بوده و همچنین تمایل بسیاری برای ثبت آنها به نام کرونا وجود دارد! برخلاف مبتلایان بی‌نام و نشان امروزه در هیچ کشوری مرگ بی‌نام و نشان در کار نخواهد بود و بدون ثبت مرگ در مراکز ثبت احوال و ارائه گواهی فوت که در آن علت فوت می‌بایست مشخص باشد، هیچ جسدی به خاک سپرده نخواهد شد و هیچ جسدی از کمند آمار و ارقام وزارتخانه‌ها نمی‌تواند بگریزد در حالی که میلیون‌ها

مبتلاً ممکن است اصلاً به پزشک مراجعه نکرده و اصلاً آزمایشی نداده باشند و اصلاً بیماری خود را با کسی در میان نگذاشته باشند.

این پدیده را در کنار این عامل تجسم کنید که بسیاری از مرگ‌های غیر کرونایی نیز در مراکزی از جهان ممکن است بنا بر عوامل زیر به نام کرونا ثبت گردد:

۱. رایگان بودن هزینه‌های درمان و کفن و دفن
۲. اجتناب از برگزاری مراسم تدفین به منظور کاهش تجمعات
۳. ثبت علل مرگی که چندان خوشایند نیست، مانند؛ خودکشی و قصور پزشکی به عنوان کرونا
۴. نتایج مثبت کاذب کیت‌های PCR

همه و همه مرگ‌هایی هستند که به اشتباه در آمار فوتی‌ها ثبت شده و بدیهی‌ست چنین احتمالی در خصوص مبتلایان مطرح نمی‌باشد. پس در حقیقت با این وجود نرخ کشندگی چیزی نیست که با نگاه به آمار به نظر می‌رسد و عدم شفاف‌سازی در این خصوص چه دلیلی می‌تواند داشته باشد؟

به عنوان نتیجه می‌توان اینگونه گفت که آمار مبتلایان واقعی این بیماری بسیار بیشتر از چیزی‌ست که آمارها مدعی هستند، چرا که این ویروس به شدت مسری بوده و قدرت سرایت آن حقیقتاً بالاست و طی جهش‌های متعددی قدرت اتصال و سرایت آن افزایش یافته است! ولی آمار فوتی‌های ناشی از این ویروس بسیار کم و احتمالاً کمتر از آمار ارقام اعلام شده می‌باشد و این موضوع سبب شده تا عده کثیری از آمار مبتلایان ثبت نشوند (چون ۹۰ درصد مبتلایان به صورت خفیف مبتلا شده و بیشتر آنها حتی بدون مراجعه به مراکز تشخیص مولکولی و بیمارستان با تجویز چند داروی ساده درمان می‌شوند که همین موضوع دلیلی بر پایین بودن قدرت کشندگی این ویروس می‌باشد) و در مقابل عده بسیاری به اشتباه در آمار کشته شدگان ثبت شوند که همین مسئله موجب شده صورت کسر بزرگتر و مخرج کسر کوچکتر از مقدار واقعی شده و نسبت عددی این دو یعنی نرخ کشندگی به صورت کاذب افزایش یافته و این بیماری را در هیبت قاتلی بالفطره و بلایی خانمان‌سوز درآورد.

از آنجا که منافع بسیاری در شیوع و وحشت جامعه جهانی وجود دارد بدیهی‌ست کمتر کسی مایل به شفاف‌سازی و تحلیل داده‌های عددی این شیوع باشد و عمده تلاش رسانه‌ها و صاحب نظرانی که مورد وثوق رسانه‌ها هستند در راستای بیماری هراسی و تولید وحشت بوده است.

پرده ییست و سوم فریب

”چون می‌خواهیم جوانان ما دلیر به بار آیند، باید چنان داستان‌هایی به آنها بگوییم که آنها را تا حد امکان از ترس در مقابل مرگ آزاد کند. کسی که بیم مرگ در درونش جای دارد نمی‌تواند شجاع باشد!“

جمهور افلاطون، کتاب سوم

رهبری
فرمانده نظامی بر سربازان رهبری می‌کند
حاکم بر مردمان یک سرزمین رهبری می‌کند
پاپ بر مسیحیان رهبری می‌کند
رهبر معترضین بر گروه معترضین رهبری می‌کند
رهبر ارکستر بر نوازندگان رهبری می‌کند
چه عاملی از رهبر یک ”رئیس“ پدید آورده و از رهبری شوندگان
”مروّس“؟

پاسخ: ”اشتراک!“
سربازان جملگی در یک مورد با یکدیگر اشتراک و شباهت دارند و آن
به تن داشتن لباس خدمت و فریضه خدمت است.
مردم یک سرزمین در سکونت در چارچوب مرزهای آن سرزمین با
یکدیگر اشتراک دارند.

مسیحیان در پرستش مسیح و مقدس شمردن کلیسا
معترضین در خشم و نارضایتی
نوازندگان در نواختن ساز
جمعیت رهبری شونده ممکن است تفاوت‌های متعددی در نژاد، زبان،
ویژگی‌های رفتاری و حتی اعتقادات شخصی داشته باشند. مثلاً مردم یک
سرزمین می‌توانند رنگین پوست و سفید پوست باشند، مسیحی یا

مسلمان یا کلیمی باشند، گروهی هوادار فوتبال و گروهی هوادار اسب دوانی باشند، گروهی فقیر و گروهی غنی باشند، اما زمانی که همگی در یک مورد؛ یعنی سکونت در چارچوب مرزهای یک کشور - اشتراک داشته باشند، همگی مشمول یک قانون واحد بوده و تحت یک حاکمیت واحد قرار خواهند گرفت و به دیگر کلام همین یک اشتراک موجب می‌شود که بتوان بر آنها رهبری کرد. همچنین نوازندگان یک گروه ارکستر ممکن است از نژادها و تیره‌های متنوعی باشند و گرایش‌های مذهبی، جنسی و سیاسی متفاوتی داشته باشند، اما همین که همگی در یک مورد اشتراک دارند (نواختن ساز) همین اشتراک موجب می‌شود با تکیه بر آن تحت رهبری رهبر ارکستر قرار گیرند.

در نتیجه اشتراک لازمه رهبری و استیلا بر گروه‌های مختلف است و مادامی که بتوان عامل مشترکی در میان مردم پدید آورد رهبری بر آنها سهل و آسان می‌گردد. مثلاً اگر اکثر مردم یک قاره معتقد به مسیح باشند، می‌توان صرف‌نظر از قومی و ملیت‌های آنها، تنها با همین اشتراک آنها را بر اساس اعتقادات مذهبی خود مسلح نموده و به جنگ‌های صلیبی اعزام نمود. حال انگیزه آغاز جنگ ممکن است هر گونه جاه‌طلبی رهبرانه و یا یک هدف سیاسی و اقتصادی باشد، اما جمعیت رهبری شونده غافل از این انگیزه پنهان صرف باورهای مذهبی خود در این جنگ شرکت کرده و جانبازی خواهند کرد.

مقصود اینکه اشتراک مردم در یک یا چند عامل خود یکی از ابزارهای رهبری بر آنها می‌باشد تا جایی که اگر بتوان تمام مردم جهان را در یک عامل و یک گرایش و یک عنصر واحد شبیه هم کرد، به راحتی می‌توان بر آنها حکومت نمود؛ به همین خاطر پادشاهان جاه‌طلب و ماجراجوی تاریخ که سودای حکومت بر تمام جهان را در سر داشتند، تلاش می‌کردند با اقدام نظامی و کشورگشایی مردم جهان را در چند مورد به نقطه اشتراک برسانند. مثلاً اسکندر قصد داشت تمام سرزمین‌های شرق را به واسطه کشورگشایی در چارچوب مرزهای امپراطوری خود قرار دهد و با این وصف ساکنین این مناطق در چند عامل به نقطه اشتراک رسیده

و تحت سلطه وی قرار می‌گرفتند؛ نخست سکونت در حوزه قلمرو خاکی اسکندر و سپس به رسمیت شناختن اسکندر به عنوان پادشاه این قلمرو. پس بدیهی‌ست که اگر مردم جهان در یک یا چند عامل رویکرد و گرایش مشترکی داشته باشند رهبری و سلطه بر آنها با تکیه بر همان نقطه اشتراک بسیار راحت خواهد بود. فرض کنید شما در یک روستا زندگی می‌کنید و تنها چشمه آب روستا در زمین کشاورزی شما قرار دارد، حال تمام مردم روستا در یک وصف اشتراک دارند و آن نیازمندی به آبی‌ست که در چشمه واقع در زمین شما قرار دارد. اکنون شما قادر خواهید بود هر گونه که مایل باشید بر آنها قانون وضع کنید. مثلاً برداشت آب را به ساعت خاصی موقوف کرده یا مردم را گروه بندی کنید و یا برای برداشتن آب از هر کدام سیدی میوه طلب کنید...! در معنای واقعی کلمه شما می‌توانید با این اشتراک هرگونه که مایل باشید بر مردم دهکده رهبری کنید.

حال بروز همه‌گیری ویروسی موجب شده مردم جهان مانند ساکنین همین روستا در چند زمینه مختلف یا یکدیگر اشتراک داشته باشند و اوصاف مشابهی در آنها پدید آید:

۱. ترس از بیماری
۲. میل به بقاء و بیمار نشدن
۳. تمکین به هر امری که موجب تضمین بقای آنها شود اعم از رعایت بهداشت و استفاده از ماسک و...
۴. مهمترین گزینه؛ عاملی که در سایه شیوع نیازمندی همه مردم جهان است: واکسن!

یک بحران دقیق و حساب شده می‌تواند مردم را در یک نیازمندی واحد مشترک سازد.

تنها گزینه اول و دوم خود دلیلی بر کاهش تمایل جامعه جهانی به هرگونه طغیان و سرکشی، دادخواهی‌های خیابانی و شورش‌هاست! در جامعه‌ای که وحشت مرگ سایه افکنده است افراد بیش از پیش میل به بقاء یافته و دل بسته زندگی می‌شوند! لازمه هر تغییر اساسی در ساختار قدرت سیاسی این است که عده‌ای با پذیرش اینکه ممکن است جان خود

را در این راه از دست بدهند باز هم پا به عرصه مجاهدت بگذارند. به دیگر کلام هر انقلاب و هر طغیانی مستلزم این است که عده‌ای داوطلبانه سینه خود را برای گلوله و تیغ بگشایند و مرگ را بر زندگی ترجیح دهند. اما وحشت ناشی از بیماری سبب می‌شود حتی انقلابی‌ترین افراد نیز برای حفظ جان خود تن به دستورالعمل‌های ایمنی بدهد. اگر امروز چگوارا و فیدل کاسترو نیز در جامعه حضور داشتند بی‌تردید به رعایت اصول بهداشتی می‌پرداختند و حال آیا کسی که از موجودی نامرئی به وحشت افتاده می‌تواند در مقابل پلیس ضد شورش سینه سپر کند؟ کسانی که برای زنده ماندن روزانه ۴۰ مرتبه دستان خود را می‌شویند آیا آلوده شدن دست و صورت خود به خون هم رزمان خود را تاب می‌آورند؟

شیوع بیش از هر زمان از مردم جهان موجوداتی جان دوست پدید آورده که برای زنده ماندن تن به هر دستورالعملی خواهند داد.

حال شاید بتوان اندکی درک کرد که چرا اوج قربانیان و بحران‌های شیوع در کشورهایی بوده که معترضینی در خیابان داشته‌اند، وحشت مرگ و میل به بقاء موجب فروکش کردن حس دلآوری و از خودگذشتگی شده و انقلابیون اکنون به مراقبت از جان خود در مقابل عاملی نامرئی مشغولند و خیابان‌های پاریس و کاتالونیا و لبنان از معترضین جان بر کف تهی گشته است و معترضین به جای سنگ و مقواهای شعار الکلی و دستکش به دست دارند.

اکنون تمام آن چیز که فاتحان تاریخ و جهانگشایان در حسرت آن بوده‌اند بدون جنگ و خونریزی در یکایک مردم جهان پدید آمده و مردم سراسر جهان در چند چیز به اشتراک و شباهت رسیده‌اند و حال کافی‌ست گروهی خاص در مقام تضمین این نیاز مشترک ظاهر شود.

این گروه به راحتی می‌تواند به حاکمیتی مافوق حاکمیت‌ها سیاسی رسیده و به نوعی جهان را در یک ابر رهبری در اختیار بگیرد. در این زمان اگر سازمانی مدعی شود یگانه مرجع معتبر در خصوص نشر اطلاعات در خصوص بیماری، معرفی دارو، ارائه دستورالعمل‌های بهداشتی و خلاصه امور مربوط به بیماری می‌باشد این سازمان به گونه‌ای زیرپوستی و نامحسوس بر تمام جهان سلطه یافته است. با این تفاوت که

در حکومت‌ها و رهبری‌های کلاسیک حاکمیت می‌بایست مشروعیت خود را از محلی به دست آورد و به نحوی از انحا مردم در انتخاب و به رسمیت شناختن آن نقشی داشته باشند. مثلاً اگر حکومت رایش سوم به رهبری هیتلر بر نیمی از اروپا حاکم می‌شود این بدان معناست که دارای ظرفیت‌های نیروی انسانی برای فتح نیمی از اروپا بوده و همین موضوع بدان معناست که افراد بسیار زیادی که زیر پرچم آلمان برای هیتلر جنگیده‌اند به این حکومت و به این رهبر اعتماد و ایمان دارند و رهبران آن را با عشق و امید روزی به روی دست بلند می‌کرده‌اند. اما در ابر رهبری ایجاد شده به واسطه یک بیماری و جنگ رسانه‌ای مشروعیت ابر رهبر زاییده تبلیغات و حقه‌های رسانه‌ای بوده و حکومت‌های سیاسی که اکنون در حلقه دوم رهبری قرار گرفته‌اند نه با درایت و تدبیر که کورکورانه و صرف تقلید از سایر کشورها به واسطه هراس از دست دادن زمام حکومت خود و از هم پاشیدگی اوضاع کشور خود به اطاعت ابر رهبر در آمده‌اند، یعنی چاره‌ای جز تن دادن به سلطه رهبری مدرن نداشته‌اند. و این همان کودتای سفید است! کودتای پوزه بند!

ابرهبری که می‌تواند هر روز روایت جدیدی از بیماری وصف کرده و قانون جدید وضع کند. مثلاً ماسک را اجباری کند و یا هر کشوری را به سبب تشدید شرایط بیماری با اهرم‌های خود وادار به تعطیلی نماید. یک روز مسئله انتقال از سطوح را عنوان کرده و روز دیگری اعلام کند انتقال از سطوح به اثبات نرسیده. یک روز برای توزیع واکسن موعدی را تعیین کند و روز دیگر توزیع آن را به سال‌های آتی موکول کند. کشورهای مورد علاقه خود را در صف اول توزیع واکسن و دارو قرار دهد و مغضوبین خود را حتی با وجود کارایی در سیستم مدیریت و اکتشافات دارویی تأیید نکند. یک روز با اعلام اثربخشی یک غذا سهام آن شرکت را رونق ببخشد و روز دیگر با ادعای سرطانزا بودن، آن کمپانی را به مذلت بکشد. یک روز مردم جهان را از موفقیت واکسن غرق شادی کند و روزی دیگر با اعلام ظهور ویروسی جهش یافته معجون وحشت طبخ کند!

ابر رهبر قادر است با اعلام وضعیت فوق‌العاده انتخابات را به صورت مجازی و پستی برگزار کند تا شرایط تقلب و حذف سیاسی یک کاندیدا

مهیا گردد، و یا هر جا که احتمال بروز اعتراض و نافرمانی مدنی وجود دارد با اعلام وضعیت قرمز و فرمان قرنطینه معترضین را درخانه‌ها محبوس کند. ابر رهبر می‌تواند با نشر اعلامیه‌ای از اثر بخشی یک دارو شاخص بورس آن شرکت را تا ستارگان آسمان بالا ببرد و با اعلام اثرات جانبی یک دارو شرکت‌ها و دولت‌های متعددی را به زیان و ورشکستگی سوق دهد.

حال باید از خود پرسید به واسطه تصمیمات این سازمان و این مراجع به چه میزان سرنوشت کشورهای دیگر و به تبع آن اقتصاد و سیاست آنها تغییر می‌کند؟ هر اقدام سازمان و هر خبری که از آن منتشر می‌شود تا به چه اندازه بر اقتصاد یک کشور تأثیر گذار است؟ این سازمان تا به چه اندازه می‌تواند بر سرنوشت انتخابات‌های سیاسی و مهره چینی‌های شطرنج قدرت اثر گذاشته و با سیاه‌نمایی از اوضاع پاندمی در یک کشور مدیریت و صلاحیت‌های یک رهبر را خدشه‌دار کرده و در مقابل با ستایش یک حزب و یک جناح در کنترل موفق بیماری در یک ایالت و یک کشور از آن قهرمانی برای صندوق‌های رأی پدید آورد.

در حقیقت ابر رهبر در شرایط شیوع تصمیم گیرنده مهره چینی‌های اقتصادی و سیاسی جهان بوده و با اشاره‌ای می‌تواند کشوری را وادار به اطاعت از پروتکل‌های خود نموده یا مثلاً ضمن تعطیلی و گشایش صنوف و صنعت آن کشور بازار سهام و بورس آن منطقه را تحت الشعاع قرار داده و به راحتی آن را در اختیار هم پیمانان خود قرار دهد. پس در حقیقت در ”دوره شیوع رهبری جهان در دست سازمان و جمعیتی است که یگانه مرجع معتبر و صالح به شمار می‌رود“ و رهبران کشورهای دیگر مخیر هستند تحت رهبری این ابر رهبر قرار بگیرند یا خیر. مثلاً کشوری مانند سوئد تقریباً به غالب پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های قرنطینه و تعطیلی تن نداده و از اطاعت ابر رهبر سر باز می‌زند که البته نخست با فشار رسانه‌ای و بی‌مهری ابر رهبر به عنوان حاکمیتی بی‌تدبیر و مجرمی بالفطره که جان مردم خود و مردم جهان را به مخاطره انداخته معرفی می‌شود، اما در عمل نسبت به بسیار از کشورهای دیگر کارنامه موفق‌تری کسب می‌نماید (و سپس تحسین می‌شود).

بسیاری از معتقدین به تئوری دسیسه، اقدام به اجباری شدن پوشیدن ماسک را نمایش قدرتی از اراده ابر رهبرهای نوین و سمبلی از موفقیت آنها در نسل جدیدی از رهبری دانسته و با بیان اینکه در گذشته و جهان باستان نیز بردگان ملزم به پوشاندن دهان خود با پوششی بسیار مشابه با ماسک‌های امروزی بوده و می‌بایست از طبقه اشراف و نجبا متمایز می‌شدند، امروزه نیز این امر را دلیلی بر رهبری این گروه در مقیاسی جهان دانسته‌اند چیزی شبیه اینکه تمام جهان به فتح گروه واحدی درآمدہ باشد و گروه غالب برای نشان دادن غلبه خود مردم سرزمین مغلوب را وادار کنند، مثلاً لباسی خاص بر تن کرده و یا نمادی واحد را بر روی لباس‌های خود بدوزند.

صرفنظر از صحت و سقم این فرضیات آنچه مسلم است اینکه اشتراک مردم جهان در یک رویکرد واحد خود زمینه رهبری و استیلای بر آنها را فراهم کرده و اکنون که جهان در یک احساس واحد یعنی هراس از بیماری به نقطه اشتراک رسیده است به راحتی می‌توان بر ذهن و جسم آنها حکومت کرده و با تداوم این شرایط این رهبری را تمدید کرد.

مادامی که این شرایط بر جهان حاکم است و می‌توان با هر خبر علمی، تحقیقات، نوید اکتشاف دارو و واکسن، اعلام موج جدیدی از بیماری در روند زندگی مردم جهان تغییری پدید آورد، مثلاً آنها را وادار به تعطیلی و خانه‌نشینی کرده یا به سمت خرید یک محصول دارویی یا بهداشتی سوق داد و وادار به خرید ادوات خاصی نمود، در حقیقت ابر رهبری به قوت خود باقی‌ست؛ امروزه شادی و اندوه مردم در دست ابر رهبر است. امید و یأس در گرو اخبار ابر رهبر است و حتی جنگ‌ها و درگیری‌های میدانی نیز به خبری از ابر رهبر می‌تواند متوقف گردد! (با اعلام پاندمی گروهک تروریستی داعش رسماً تعطیلی عملیات‌های خود را به علت شیوع بیماری اعلام می‌کند).

پس امروزه چه کسی در حال حکومت بر جهان است؟

یک ابر رهبر به نام سازمان بهداشت جهانی با چند حامی مالی (صاحبین پشت پرده)!

همان ابر رهبری که می‌تواند با تبلیغات و رسانه خود مردم را وادار به خرید یک محصول بهداشتی و دارویی کند و امتیاز تولید و فروش آن را خود و ایادی خود در اختیار گیرد.

ابر رهبری که می‌تواند برای تخریب یک جناح سیاسی ناکارآمدی یک حزب را در مدیریت شیوع تبدیل به تیتراژ اول رسانه‌ها کند.

ابر رهبری که می‌تواند هر نقطه از جهان را با فشارهای منحصر به فرد وادار به تعطیلی و سقوط ارزش سهام کردند.

ابر رهبری که می‌تواند با تأیید یک کمپانی و یک تولید کننده اقیانوسی از ثروت را به سمت وی سرازیر کند.

ابر رهبری که می‌تواند با اعلام وضعیت قرمز در یک جغرافیا سیل جمعیت معترضین را از خیابان به خانه‌ها هدایت کرده و به مثابه نیروی ضد شورشی مقتدر عمل کند.

ابر رهبری که می‌تواند با القای ترس و مهندسی رسانه مردم جهان را وادار کند به همان چیزی بیندیشد که آنها انتخاب کرده‌اند و در موضوعاتی که خوشانید آنها نیست کنجکاوی نکنند.

ابر رهبری که وفاداران به خود و سربازان نمونه خود را ثروتی بی‌حد و حصر بخشیده (زاکربرگ، گیتس، بزوس) و مخالفین و منتقدین خود را منزوی و مطرود می‌نماید و حتی اجازه حضور در جلسات کارشناسی را از آنها سلب می‌کند (تایوان).

اکنون که این ابر رهبری فرصتی تکرارناپذیر در اختیار ابر رهبران قرار داده است بدیهی‌ست که دوره شیوع به درازا کشیده و هر روز لایه جدید از بیماری کشف شود و جهان به روال سابق بازنگردد. مضاف بر اینکه ابر رهبر در این طرح فریب تجربه و دانش بیشتری نیز کسب کرده و در امر رهبری اکنون "گرگی باران دیده" شده است. وی انبوهی از داروها و پروتکل‌های درمانی را بر روی میلیون‌ها نفر آزمایش کرده و به لطف شیوع گنجینه‌ای از دانش ژنتیکی مردم جهان را در نمونه‌گیری‌های PCR جمع‌آوری نموده است. در نهایت ابر رهبر کلید مرگ و زندگی جدیدی به نام واکسن را در اختیار دارد که خود اهرمی تکرار نشدنی در استیلای به خلق و حکام جهان است.

هر قدر میزان اشتراکات و شباهت‌ها در مردم یک ناحیه بیشتر باشد رهبری بر آنها سهل‌تر خواهد بود به همین خاطر است حکومت‌های کمونیست همواره تلاش کرده‌اند مردم جوامع خود را به صورت یکپارچه و متحد الشکل درآورده و آنها را در مالکیت‌های اشتراکی به شکل کپی‌های کم و بیش یکسانی از الگوی یک شهروند کمونیست در آورند، چرا که در این صورت به راحتی می‌توان بر آنها حکومت و رهبری کرده و تمام امور آنها را کنترل نمود.

حال شیوع محدوده وسیع‌تری را نشانه گرفته است و مردم جهان جملگی در چند مورد اشتراک دارند:

۱. هراس از ویروس و بیماری که سازمان بهداشت جهانی آن را یکی از بزرگترین بلاهای تاریخ می‌خواند.

۲. استفاده از ماسک و اطاعت از دستورالعمل‌های بهداشتی که سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده است.

۳. مصرف داروهایی که توسط سازمان بهداشت جهانی مورد تأیید قرار می‌گیرند و نیاز به واکسن.

۴. اعتماد به منابع و مراجع سازمان بهداشت جهانی و ایادی آن

۵. تنظیم الگوهای زندگی خود بر طبق دستور سازمان بهداشت جهانی مبنی بر تعطیلی، قرنطینه، نیمه وقت، غیر حضوری که تجربه نشان داده با وجود ایجاد زیان‌های مالی بر گروهی خاص گروه دیگر را بسیار ثروتمند کرده و احیاناً گروهی که به ثروت رسیده‌اند خود از حامیان مالی سازمان بهداشت جهانی هستند.

آیا می‌توان اکنون به این نکته اندیشید که جهان به تسخیر و رهبری یک سازمان فراملی درآمده که هراس از بیماری کشورهای مختلف را مانند سربازانی مطیع برای آنها اجیر کرده است؟ آیا کودتای سفید پوزه‌بند انجام شده است؟
از خیابان‌ها سؤال کنید!

”ویروسی ساخته‌ام“

جهانی را غرق وحشت کرده‌ام،
وحشت مرگ خیابان‌ها را از وجود معترضین پاک
می‌کند،
میل به بقاء و جان دوستی، ترس از مرگ داس دروگر
انقلاب‌گران و آشوبگران طغیانگر است!
بیم مرگ نقطه پایان دلاوری‌هاست!
یاد می‌گیرند که از مرگ بترسند، چه مرگ با بیماری! چه
مرگ با گلوله!
دستی که روزی چهل مرتبه از ترس بیماری شسته شود
تاب خونین شدن در خیابان ندارد!
در سایه وحشت هر کس به دنبال راه نجات خود به هر
ریسمان امیدی چنگ می‌زند
چه بهتر که روزنه امید بر دیواری باشد که یک سوی
دیوار جهان ایستاده و یک سوی دیوار من نشسته‌ام...
مادامی که وحشت مرگ حکمفرماست من حاکم
بلامنازع جهان خواهم بود
تا روزی که شیشه‌های پر از پرنده‌های نجات را از زیر
پیراهنم خارج کنم...
من طراح فریب قرن هستم“

پرده بیست و چهارم فریب

رسوایی تشخیص و افسانه ابتلای مجدد

”مردی در میدان شهر ایستاده بود و کلاه خود را تکان می داد.

وقتی از او علت این کار را جویا شدند گفت: سعی دارم مانع نزدیک شدن گله کرگدن ها به شهر شوم! به او گفتند: اما اینجا که کرگدنی دیده نمی شود! پاسخ داد: پس در انجام وظیفه مقدس خودم موفق بوده ام“

آنجا که افسانه ها نقل محافل شد و واقعیت ها سانسور

مسئله مصونیت هر قدر برای افراد عادی سرشار از امید و شادی ست برای تاجران دارو رهبران سیاسی یک کابوس است. چرا؟ چون اگر مردم بدانند که ممکن است ضمن ابتلای به بیماری در مقابل آن مصون شوند و دیگر بدان مبتلا نشوند دیو هراس و وحشت این بیماری شکسته شده و افراد با علم به مصونیت بی محابا به زندگی عادی خود باز خواهند گشت. فردی که یک بار به بیماری مبتلا شده و از کمند آن رسته است و می داند که قرار نیست مجدداً بدان مبتلا شود آیا از وحشت ابتلا در خانه می ماند؟ آیا کسب و کار خود را تعطیل می کند؟ آیا خسته و نومید و مضطرب در پای اخبار و جراید چشم به راه کشف دارو و واکسن می نشیند؟ آیا دستورالعمل های مشکوک را اطاعت می کند؟ و از همه مهمتر، آیا واکسن خواهد زد؟

جواب تمام سوالات منفی است. مصونیت به معنای پایان هراس و وحشت است، همان چیزی که جهان بر سر آن به توافق رسیده. پس می‌بایست به گونه‌ای رفتار کرد که حتی برای افرادی هم که یک بار مبتلا شده‌اند راه گریزی از وحشت و سلطه سفید باقی نماند. این گروه نیز می‌بایست مانند افرادی که مبتلا نشده‌اند غرق در وحشت و اضطراب باشند و گمان کنند که مجدداً مبتلا می‌شوند.

این در حالی‌ست که این افراد نه تنها پس از ابتلا مجدداً مبتلا نمی‌شوند و مصونیت آنها تا سال‌های سال برقرار است، بلکه حتی گروهی هم که مبتلا نشده‌اند و در سال‌های قبل توسط یکی از اعضای خانواده کروناویروس به سرماخوردگی‌های فصلی مبتلا شده‌اند نیز مقاومت بیشتری در مقابل ویروس خواهند داشت.

افرادی که در سنوات قبل در معرض سایر اعضای خانواده کروناویروس قرار گرفته‌اند، بنا بر شباهت ساختمانی میان ویروس کرونا سال ۲۰۱۹ و ویروس کرونا سال‌های قبل (که در دانش ایمنولوژی به آن قرابت آنتی ژنی و شباهت در اپی توپ‌های ایمنوژن می‌گوییم که منجر به واکنش متقاطع می‌گردد) می‌توانند مقاومت زیادی در مقابل ویروس کرونا سال ۲۰۱۹ از خود نشان دهند. چرا که سیستم ایمنی بر علیه ساختارهای مشترک میان سویه‌های سال قبل و سویه سال ۲۰۱۹ فعال شده و جمعیت بسیار زیادی از گلبول‌های سفید به نام لنفوسیت‌های اختصاصی اکنون قادرند به مبارزه با ویروس جدید بپردازند. این بدان معناست که اگر فرد در سال‌های قبل نیز توسط گونه‌هایی از کروناویروس نظیر HCoV-229E, HCoV-HKU1, HCoV-NL66, HCoV-OK43 به سرماخوردگی‌های رایج مبتلا شده باشد، لنفوسیت‌های خاطره که طی این ابتلا در بدن وی تشکیل شده است قادر است در مقابل ویروس جدید الظهور SARS-COV-2 نیز مقاومت کرده و یا فرد اصلاً مبتلا نشود و یا اینکه اگر مبتلا شود ابتلای وی بسیار خفیف و گذرا باشد.

در نتیجه افراد نه تنها در مقابل ویروسی که یک بار بدان مبتلا شده‌اند تا مدت‌های مدید و سال‌های متمادی مصونیت خواهند داشت، بلکه حتی اگر بدان مبتلا هم نشده باشند و سال‌های قبل سرماخوردگی‌های ساده را به موجب سایر اعضای گونه کروناویروس تجربه کرده باشند باز هم در مقابل ویروس مقاوم خواهند بود!

مسئله‌ای که قریب به یک سال پس از شیوع به تدریج راه خود را ژورنال‌های علمی می‌گشاید. در اکتبر سال ۲۰۲۰ ژورنال Science اعلام می‌کند که ۲۰ تا ۵۰ درصد افراد دارای مقاومتی مشابه به سویه جدید ویروس کرونا هستند و این امر شاید دلیلی بر این باشد که چرا همه افراد تجربه یکسانی از دوره ابتلا نخواهند داشت، برخی شاهد یک ابتلای شدید و برخی شاهد یک ابتلای خفیف خواهند بود.

(Selective an cross reactive SARS-COV-2 T cell epitopes in unexposed humans, Science)

آیا اگر مردم بدین موضوع واقف گردند که ممکن است بنابر یک بار ابتلا یا یکبار ابتلا به سایر گونه‌های ویروس در سال‌های قبل ممکن است اصلاً نیازی به واکسیناسیون و یا تهیه داروهای گران قیمت نداشته باشند و یا نیازی به رعایت قوانین سخت قرنطینه و بهداشت افراطی وجود نداشته باشد، این فریب عظیم شکل خواهد گرفت؟ پس طبیعی می‌نماید که این مسائل مورد اقبال رسانه‌ها قرار نگیرد و بالعکس هر روز بر طبل ابتلای مجدد کوبیده شود. چرا که ارزشمندتر از بیماری که به بیماری مبتلا شده و بر روی تخت بیمارستان تبدیل به موجودی آزمایشگاهی برای کمپانی‌های دارویی شده، افرادی هستند که از بیماری دچار هراس و وحشت شده و خود اکنون مهره‌ای ارزشمند در سیاست‌های مصرف‌گرایی برای تهیه مواد شوینده و بهداشتی و یک سرباز مطیع در رهبری سفید نوین به شمار می‌روند. در حقیقت در ادبیات تجاری نویت وحشت واحد پول ارزشمندتری نسبت به بیمار محسوب می‌گردد. چرا که فرد وحشت زده خود می‌تواند یک بیمار بالقوه باشد و تا هر زمان به صلاح طراح فریب باشد با تبلیغ یک محصول خاص و رعایت یک پروتکل خاص خود را بیمارتر کرده و به تخت بیمارستان نزدیک‌تر سازد.

عملکرد سیستم ایمنی در مقابل یک عامل عفونی به گونه‌ای است که هم پاسخ‌های ایمنی اجرایی علیه میکروب مهاجم ایجاد گردد و هم پاسخ ایمنی خاطره. به این شکل که مثلاً اگر یک ویروس وارد بدن شود سیستم ایمنی نه تنها آن را به عنوان یک مهاجم شناسایی کرده و گلبول‌های سفید آنها را نابود می‌کنند، بلکه اطلاعات ساختاری آن ویروس به گونه‌ای در حافظه سیستم ایمنی ثبت می‌شود که اگر مجدداً این ویروس وارد بدن شود بلافاصله به عنوان مهاجم شناسایی شده و فرصت بیماری‌زایی برای آن فراهم نشود؛ به همین خاطر است که انسان با یک بار ابتلا به یک بیماری مثلاً آبله مرغان و یا اوریون دیگر به آن مبتلا نمی‌شود. ساز و کار واکسن‌ها نیز بر همین اساس است و با تقلید ابتلا و القای ابتلای بسیار خفیف موجب می‌شود لنفوسیت‌های خاطره تا مدت‌های طولانی در بدن فرد به وجود آمده و مانع ابتلای مجدد به آن بیماری بشوند.

اما این اصل در مورد همه میکروب‌ها صادق نیست و گروهی از میکروب‌ها با تغییرات ساختمانی خود می‌توانند از کمند سیستم ایمنی بگریزند. یعنی به واسطه جهش‌های ژنتیکی اجزای ساختمانی خود را تغییر دهند (تغییرات آنتی ژنی) و پس از یکبار ابتلا اگر مجدداً وارد بدن شوند سیستم ایمنی به واسطه همین تغییر ظاهر نتواند آنها را شناسایی کند و در نتیجه میکروب قادر به بیماری‌زایی شود. ویروس‌های آنفولانزا و کرونا نیز در همین گروه قرار دارند و به همین خاطر است ما سرماخوردگی‌های ناشی از این ویروس را ممکن است همه ساله تجربه کنیم و با سرماخوردگی یکباره نسبت به ابتلای مجدد مصون نشویم. چون هر بار و هر فصل ویروس به واسطه جهش‌های ژنتیکی پروتئین‌های ساختاری خود را تغییر می‌دهد که برای سیستم ایمنی خاطره ما ناشناخته بوده و به نوعی ویروس جدیدی برای سیستم ایمنی محسوب می‌شوند.

پس با تغییرات آنتی ژنی ویروس واکسن‌ها نیز اثرات خود را از دست می‌دهند و به همین خاطر است که واکسن‌های آنفولانزا به صورت فصلی می‌بایست تزریق شود چرا که واکسن هر سال و هر فصل مربوط به

ویروس همان فصل و سال بوده و با اینکه موجب مصونیت فرد در مقابل سویه مثلاً A می‌شود، با بروز تغییرات آنتی ژنی و پیدایش سویه‌های جدید از همان ویروس (مثلاً سویه B) مصونیت‌زا نخواهد بود و می‌بایست واکسن جدیدی علیه این سویه طراحی و تولید شود.

پس مادامی که سویه جدید از یک خانواده ویروسی به موجب تغییرات آنتی ژنی پدید نیامده است، فرد با یکبار ابتلا در مقابل آن سویه مصون خواهد بود مگر چند حالت استثنایی:

۱. ابتلای وی به گونه‌ای باشد که پاسخ ایمنی اکتسابی علیه ویروس شکل نگرفته و لنفوسیت‌های T&B اختصاصی علیه ویروس ایجاد نگردد، که احتمال بروز چنین حالتی بسیار اندک است.

۲. فرد مبتلا به بیماری‌های نقص ایمنی باشد و اساساً ژنتیک وی به گونه‌ای باشد که بدن او نتواند پاسخ ایمنی خاطره علیه ویروس ایجاد کند که احتمال بروز این حالت نیز بسیار اندک می‌باشد.

۳. حالت بسیار نادرتر برخورد فرد با دُزهای بالای ویروسی و مفهوم ایناکلوم^۱ ویروسی می‌باشد: به این شکل که فرد ضمن یک بار ابتلا اگر مجدداً در معرض دُزهای بالای ویروسی قرار بگیرد ممکن است سیستم ایمنی نتواند پاسخ ایمنی متناسبی از خود نشان دهد و فرد مجدداً دچار بیماری شود. این حالت بسیار نادر و بیشتر مختص کارکنان کادر درمانی می‌باشد و بدیهی‌ست که در افراد عادی به ندرت رخ می‌دهد.

حال سؤال اینجاست؛ آیا ما با یک بار ابتلای به بیماری کرونا مجدداً به آن مبتلا خواهیم شد؟

پاسخ: اگر شما جزو سه دسته فوق نباشید خیر. چون ضمن ابتلا دو نوع ایمنی خاطره در شما پدید آمده یکی ایمنی خاطره پنهان که توسط لنفوسیت‌های T ایجاد می‌شود و دیگری ایمنی خاطره غیر پنهان که به واسطه تولید شدن آنتی بادی‌های اختصاصی علیه ویروس به وجود می‌آید.^۲

^۱ Inoculum

^۲ منبع در پرده هفدهم فریب و فصل بررسی سوئد ذکر گردیده است.

تحقیقات اخیر در دانشگاه منچستر نیز موید همین نظر است که در افرادی که یک بار به بیماری کرونا مبتلا شده‌اند حتی اگر آنتی بادی اختصاصی نیز ساخته نشود جمعیت لنفوسیت‌های خاطره ایجاد می‌شود که در مقابل ابتلای مجدد برای فرد مصونیتی را فراهم خواهد کرد و از ۴۲ میلیون نفر مبتلا تاکنون ابتلای مجدد ۶ نفر به صورت قطعی گزارش شده است.^۱ پژوهش‌های اخیر بر روی افرادی که مدعی شده‌اند مجدداً به ویروس کرونا مبتلا شده‌اند نشان داده که این ویروس از قاعده فوق پیروی کرده و مثلاً در فرد هنگ‌کنگی که مجدداً مبتلا شده بوده است ویروس کرونا دوم حدود ۲۴ نوکلئوتید با ویروس کروناي اول تفاوت داشته است و این بدان معناست که در واقع ویروس کرونا دچار تغییراتی شده و سویه نسبتاً جدیدتری از نظر ژنتیکی فرد را مجدداً مبتلا نموده است.^۲ این امر دربرگیرنده دو نکته مهم است:

نخست اینکه؛ به طور کلی ابتلای مجدد وجود ندارد مگر در موارد بسیار بسیار استثنایی!

دوم؛ اینکه ابتلای افراد به کروناویروسی با ژنتیک متفاوت خبر از ظهور سویه جدیدی از ویروس خواهد داد که این سویه دارای علائمی خفیف‌تر از سویه پیشین بوده و می‌توان به جرأت گفت میزان کشندگی و مخاطرات سابق را ندارد، چرا که می‌دانیم همه ساله سویه‌های جدید از خانواده کروناویروس و آنفولانزا ویروس بر اثر تغییرات آنتی ژنی به وجود خواهد آمد و ویروس هیچ تعهدی نداده است که سویه سال ۲۰۲۱ به اندازه سویه سال ۲۰۱۹-۲۰۲۰ سویه پر دردسری باشد (البته اگر ویروس ساخت طبیعت باشد نه لابراتورهای انسانی).

پس با این وجود افراد با یک بار ابتلا در مقابل سویه کووید-۱۹ مصونیتی به دست خواهند آورد و ابتلای مجدد به آن بسیار نادر و امری غیرمعمول خواهد بود. با این وجود اگر ابتلای مجدد وجود داشته باشد

^۱ Coronavirus Reinfection Cases:What we know so far and vital

missing clues ,Sheena cruickshank,oct,16,2020

^۲ first Case of covid-19reinfection reported by researchers inHong

kong-UK news.original paper

طبیعتاً می‌بایست تحقیقات واکسن نیز امری عبث و بی‌فایده باشد، چرا که پس از تزریق واکسن نیز به عنوان تقلیدی از عفونت اولیه مجدداً به عفونت مبتلا شود. (مگر آن که مدعی شویم واکسن می‌تواند از عفونت ویروسی هم بهتر عمل کند که در بخش انتهایی خواهیم خواند) حال سؤال اینجاست، علت اینکه عده زیادی از افراد مدعی می‌شوند چند باره به این ویروس مبتلا می‌شوند چیست؟

پاسخ این سؤال را می‌بایست در پرده‌های فریب بیماری جستجو کرد! همان زمانی که جنگ روانی و وحشت رسانه موجب شده بود هر بیماری با علائم مشابه اعم از پنومونی‌های باکتریال و وایرال را با برچسب بیماری کرونا در شمار آمار مبتلایان درآوریم، در حالی که بسیاری از آنها اصلاً مبتلا به کرونا نبوده و مبتلا به بیماری‌هایی با علائم مشابه بوده‌اند. حال چون ویروس کرونا در آنها موج بیماری نشده و به اشتباه در گروه مبتلایان قرار گرفته‌اند طبیعتاً هیچ ایمنی خاطره‌ای اعم از سلولی و هومورال در آنها به وجود نیامده است و عفونت کرونایی که گمان می‌شود عفونت مجدد است در واقع عفونت اولیه می‌باشد.

به دیگر کلام افسانه ابتلای مجدد سرپوشی نه چندان هوشمندانه بر ضعف تشخیص و سیاست‌های بیمارسازی در دوره‌ای بوده که سازمان‌ها و دولت‌ها تشنه اعداد و آمار بیشتر بوده‌اند و دلیل بسیاری از افسانه‌های ابتلای مجدد همین سیاست ضعف تشخیص و طبقه‌بندی کردن سایر بیماران در گروه بیماران کرونا به صورت سهوی و یا عمدی با انگیزه بیمارسازی و شعله‌ور ساختن آتش تبلیغات پاندمی می‌باشد. حال که فرد "واقعاً" مبتلا به کرونا شده و مشخص گردیده که هم ابتلای مجدد نادر است و هم بیماری سابق کرونا نبوده است می‌بایست به استدلال‌های غلط نظیر ابتلای مجدد متوسل شد. پس بهتر است مانند مردی کلاه به دست در میدان شهر از امکان ابتلای مجدد افسانه‌سرایی کنیم که اگر هم چنین چیزی رخ نداد آن را به حساب صلاحیت‌های خود در مدیریت و تدبیر امور بدانیم.

این در حالی‌ست که امروزه می‌دانیم حتی آنتی بادی‌های اختصاصی و لنفوسیت‌های اختصاصی در خون افرادی که به کرونا مبتلا نشده‌اند (به

طور اختصاصی به صورت خفیف و یا بی علامت مبتلا شده اند) نیز وجود دارد^۱ و آنها را نسبت به این بیماری تا حدودی مقاوم نموده است. پافشاری بر ابتلای مجدد توجیه دیگری جز تمایل به القای وحشت در گروهی که گمان کرده اند چون یک بار مبتلا شده اند دیگر مبتلا نمی شوند، لذا نیازی به واکسن ندارند حتی ممکن است پروتکل ها را رعایت نکنند از یک سو و سرپوش بر بیمارسازی و آمارسازی های نادرست و "کرونا تلقی کردن هر بیماری مشابه" نخواهد داشت.

اما در این میان گروهی نیز وجود دارند که به اشتباه مدعی ابتلای مجدد می شوند. گروهی که بیماری در آنها عود کرده و طول دوره بیماری طولانی می شود و ممکن است به اشتباه گمان کنند که بهبود یافته اند، چرا که ممکن است بیماری زایی ویروس به هر دلیلی مانند پاسخ های ایمنی کاهش یافته و بیماری دچار سرکوب موقت شود. پس از مدتی بنا بر افت توان سیستم ایمنی و یا افزایش جمعیت ویروس در نتیجه عوامل محیطی (استرس و تغذیه) بیماری اوج گرفته. علائم در فرد پدیدار می گردد و با توجه به اینکه ممکن است حتی ۱-۲ ماه از پیدایش نخستین علائم سپری شده باشد فرد گمان می کند مجدداً مبتلا شده است در حالی که این ابتلا در واقع ادامه بیماری اولیه بوده است.

"ویروسی ساخته ام"

کسی حق ندارد صرف ابتلای یکباره به آن از وحشت

معاف شود

و یا از واکسیناسیون بگریزد... من طراح فریب قرن هستم"

^۱ Preexisting and de novo humoral immunity to SARS-CoV-2 in humans, Kevin W. Ng

پرده بیست و پنجم فریب

کاهش باروری توسط ویروس و واکسن

”من وانمود نمی‌کنم که کنترل بارداری تنها راه جلوگیری از افزایش جمعیت است. جنگ تاکنون در این رابطه ناامیدکننده ظاهر شده است، اما شاید جنگ میکروبی مؤثرتر باشد...”

(برتراند راسل، کتاب تأثیر ساینس در جامعه)

”واکسن ستون فقرات صنایع داروسازی است، کودک واکسینه شده به صورت مادام‌العمر تبدیل به یک مشتری می‌شود.

(دکتر شری تنپنی در کتاب **Saying No to vaccines**)

یکی از جنبه‌های شگفت‌انگیز و نه چندان خوشایند ویروس کرونا کاهش باروری و توانایی تولید مثل در انسان است. گیرنده‌های ACE2 که اصلی‌ترین گیرنده ویروس می‌باشد نه تنها در سطح سلول‌های تنفسی و پوست، که در سیستم تناسلی انسان و بر روی بیضه انسان نیز به مقدار قابل توجهی وجود دارد.^۱

این بدان معناست که در صورت ابتلا به این ویروس و ورود ویروس به گردش خون، این ویروس قادر است به گیرنده‌های موجود در سیستم تناسلی نیز متصل شده و به دنبال آن با مکانیسمی که هنوز به درستی

^۱ Bioinformatic analysis reveals that the reproductive system is potentially at risk from 2019-nCoV DOI:10.31219/osf.io/j2uyw

شناسایی نشده است موجب کاهش باروری در افراد گردد. پژوهش‌های محققان نیز در چند دانشگاه مختلف نشان داده که در مبتلایان به بیماری کرونا کیفیت اسپرم‌ها و همچنین کمیت آنها به میزان زیادی کاهش یافته است.^۱

بررسی‌های متعددی نیز نشان داده که در افراد مبتلا به این بیماری میزان نازایستی‌های جنسی و اختلافات زناشویی در خانواده‌ها نیز رو به افزایش رفته و به عنوان نتیجه می‌توان کاهش باروری و کاهش توانایی جنسی را از عوارض این بیماری در نظر گرفت.^۲

معمولاً در بیماری‌های عفونی به واسطه شکل‌گیری پاسخ‌های ایمنی و افزایش سایتوکاین‌های التهابی مقداری از قوای جنسی افراد دچار اختلال می‌گردد، اما یافته‌های علمی در بیماری کرونا حاکی از آن است که این بیماری به مقدار بسیار زیادتری نسبت به سایر عفونت‌ها به سیستم باروری و تناسلی آسیب زده و با توجه به اینکه گیرنده‌های ویروسی در سلول‌های جنسی افراد، به ویژه در آقایان وجود دارد، ویروس به طور مستقیم می‌تواند این سلول‌ها را تحت الشعاع قرار داده و موجب بروز اختلال باروری در مبتلایان گردد.

حال این موضوع از چه بابت اهمیت می‌یابد؟

پاسخ: در طراحی واکسن و کارآزمایی‌های بالینی و سوء استفاده از خستگی روانی مردم

با توجه به اینکه واکسن‌ها به نوعی تقلید کننده عفونت ویروسی بوده و می‌بایست توسط گیرنده‌های سیستم ایمنی به عنوان یک عامل بیگانه شناسایی شود، باید کاهش باروری و کاهش توانایی تولید مثل نیز در مراحل طراحی و کارآزمایی واکسن مورد بررسی قرار گیرد. چرا که اگر ویروس بر روی سلول‌های تناسلی دارای گیرنده بوده، توانسته است تا به این اندازه موجب کاهش باروری و لطمه به قوای جنسی افراد گردد،

^۱ Coronavirus may be sexually transmitted and cause male infertility,

Coronavirus: A possible cause of reduced male fertility, Chuan Huang, Xiren Ji . <https://doi.org/10.1111/andr.12907>

^۲ بلومبرگ

واکسن این ویروس نیز می‌بایست از این حیث به طور کامل مورد بررسی قرار گیرد.

جهان بخش مهمی از سلامت خود در مقابل میکروب‌ها را مدیون واکسن‌هاست (هر چند در بخش‌های نخست اشاره کردیم که فلسفه واکسیناسیون ممکن است از عوامل افزایش دهنده اختلالات عصبی و... بوده و به قیمت مصونیت در مقابل چند میکروب انسان را مستعد بسیاری از بیماری‌ها نظیر اختلالات طیف اوتیسم و سرطان و آلرژی کرده باشد) و واکسن‌های موفق‌تری تا به امروز توانسته‌اند بیماری‌هایی از قبیل آبله، سیاه سرفه و فلج اطفال را به پایین‌ترین میزان خود برسانند. تقریباً کسی نمی‌تواند منکر این شود که واکسن‌ها دستکم بیماری‌های مهلک عفونی را در جمعیت بشری کاهش داده و برخی را نیز به مرز ریشه کن شدن کشانده است.

اما واکسن ویروس کرونا قدری از این قاعده مستثنی می‌باشد:

۱. این واکسن نخستین واکسن همگانی‌ای است که بر مبنای تکنولوژی جدید mRNA ساخته شده و قرار است یک کد ژنتیکی وارد بدن افراد سازد. (سایر روش‌های واکسیناسیون پر از سال‌ها کار آزمایشی و مشاهده اثرات جانبی خطرناک یا حذف شده و یا تغییر یافته‌اند، مثلاً مدت زمان بسیاری پس از استفاده از واکسن‌های حاوی ادجوانت آلومینیوم (آلوم) بیماری‌زا بودن آن به اثبات رسیده و این نوع ادجوانت‌ها منسوخ گردیدند. طبیعتاً برای احراز سلامت یک روش واکسن‌سازی به مدت زمان طولانی‌تری نیاز است).

۲. این واکسن نخستین واکسنی است که طی چند ماه تحقیق به بهره‌برداری رسیده است! (تمامی واکسن‌ها می‌بایست ۷-۸ سال مورد بررسی قرار گیرند تا اثرات بلند مدت آن، حتی اثرات آن بر روی نسل‌های آتی مشخص گردد، چرا که به لطف چنین مقایسه‌هایی در بخش سوم دانستیم انجام واکسیناسیون ممکن است موجب افزایش میزان ابتلا به برخی از اختلالات نسبت به کسانی که واکسن دریافت نکرده‌اند شده باشد).

۳. این واکسن نخستین واکسنی است که برای جلوگیری از ویروسی تزریق می‌شود که در ۹۵ درصد مبتلایان ایجاد یک سرماخوردگی متوسط نموده است و ۵ درصد مبتلایان آن نیاز به بستری داشته‌اند و از این جمعیت نیز تنها حدود ۱-۲ درصد جان خود را از دست داده‌اند که از همین درصد نیز حدود ۹۴ درصد دارای بیماری‌های زمینه‌ای جدی بوده‌اند! (سایر واکسن‌هایی که تاکنون تزریق کرده‌ایم بر علیه میکروب‌های مهلک و مرگباری نظیر وبا، طاعون، سیاه زخم، فلج اطفال، آبله و... ساخته شده‌اند و برای نخستین بار و شاید دومین بار پس از واکسن آنفولانزا بشر دست به کار طراحی واکسن برای یک بیماری است که به اندازه بیماری‌های دیگر مهلک و مرگبار نبوده، به ویژه اینکه اکنون پس از مطالعه فصول قبل می‌دانیم بخش عمده‌ای از این بیماری ساخته و پرداخته رسانه‌ها و محصول راهکارهای افراطی بوده است).

در نگاه کلی همین دلایل برای اینکه یک واکسن مورد تردید و تشکیک واقع شده و بررسی‌های گسترده و دقیق قبل از تزریق آن صورت بگیرد کافی به نظر می‌رسد، اما یک عامل می‌تواند منجر به نادیده گرفتن موارد فوق گردد!! پاندمی؛ همه‌گیری و شرایط اورژانسی. یعنی شرایط آنقدر وحشتناک است که چاره‌ای جز واکسیناسیون نیست!

در چنین شرایطی می‌توان مجوز کارآزمایی‌های بالینی واکسن و هم مجوزی برای تزریق آن بدون در نظر گرفتن عوارض بلند مدت آن را اخذ نمود. اکنون شاید قدری دلیل این حجم از تبلیغات گسترده و اصرار بر هولناک بودن این بیماری را درک کنیم، چرا که اگر جهان غرق در یک بحران تاریخی نباشد، چنین واکسنی هرگز بدون گذشت چندین سال راستی آزمایی به مردم جهان تزریق نخواهد شد. اما ایجاد یک اپیدمی مصنوعی، آمار سازی به واسطه کیت‌های متقلبانه، در اختیار گرفتن رسانه‌های برای القای یک بحران میکروبی، نشر ویدئوهای دروغین از بیهوش شدن ناگهانی مردم در خیابان‌های ووهان، نشر ویدئوهایی دروغین از گورهای دسته جمعی، قرار دادن اجساد سایر بیماران در گروه کشته‌شدگان کرونا، ایجاد استرس و قرنطینه‌های افراطی برای افزایش بیماری‌های مشابه، ارائه راهکارهای تولید کننده بیماری در کنار نشر

عمدی ویروس همه و همه جهان را در یک چاه تاریک سردرگمی فرو می‌برد که یگانه راه نجات خود و پایان این کابوس را در واکسن خلاصه می‌سازد.

مردمی که طی یک سال همه‌گیری از اجتماعات و دیدن عزیزان خود محروم شده‌اند، حسرت آغوش عزیزان خود را می‌کشند، تفریحات و سرگرمی‌های آنها تعطیل شده است، شغل و تجارت خود را از دست داده‌اند، با محدودیت‌های رفت و آمد مواجه شده‌اند، پول خود را صرف خرید ماسک و شوینده کرده‌اند، در همه جا سخن از مرگ و رنج دیگران شنیده‌اند، در برخورد با واکسنی که ادعا می‌شود یگانه راه پایان این کابوس است چه عکس العملی نشان خواهند داد؟

بدیهی‌ست که خستگی روانی مردم، ناآگاهی آنها از مبانی واکسیناسیون و عوارض جانبی آن و تبلیغات خوش رنگ و لعاب رسانه‌ها از فرشته نجاتشان در سرنگ‌های واکسن، سبب می‌شود نه تنها با جان و دل به استقبال واکسن‌ها بروند، بلکه آن را به عنوان یک مطالبه انسانی و یک موهبت الهی قلمداد کنند. بدین ترتیب به جای متقاعد کردن مردم به تزریق یک واکسن، آنها را تبدیل به مطالبه‌گران واکسنی کرده‌ایم که شاید در هجمه‌های شدید تبلیغاتی به نکات فنی و ظریف‌تر واکسن‌ها غفلت ورزند.

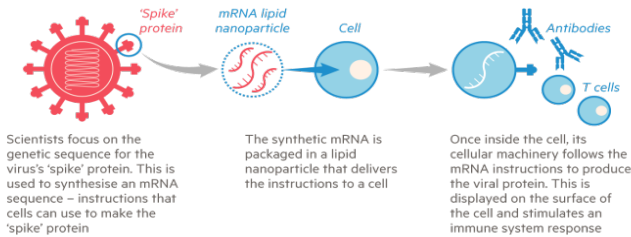
و در این مورد می‌بایست حق را به مردم داد چرا که اگر انسان مدت‌ها خود را گرسنه و تنها در یک چاه سرد و تاریک دریابد (چاهی که رسانه‌ها و رهبران جهان برای مردم پدید آوردند) به هر طنابی که احتمال دهد وی را از این مصیبت خلاص خواهد کرد چنگ خواهد زد! ولو اینکه این طناب دستان وی را زخمی کند یا اینکه حتی در میانه راه پاره شود و یا بدتر از آن، پس از خروج از چاه همین طناب وی را به دار آویزد! واکسن‌های فعلی ویروس کرونا اغلب بر پایه mRNA ساخته شده‌اند^۱، یعنی به جای اینکه یک ویروس کشته شده و یا ضعیف شده وارد بدن

^۱ برخی از سازندگان واکسن از روش ویروس غیرفعال شده نیز استفاده کرده‌اند. اما دو غول دارویی جهان یعنی فایزر و مدرنا از این روش برای طراحی واکسن استفاده کرده‌اند.

فرد گردد یک کد ژنتیکی به فرد تزریق می‌شود که می‌تواند موجب ساخته شدن پروتئین‌های Spike ویروسی گردد (همان قسمتی که ویروس به وسیله آن به گیرنده‌های خود متصل می‌شود) و بدون اینکه سلول‌های بدن آلوده شده باشند با دریافت این کد ژنتیکی موجب ساخته شدن این پروتئین‌ها شده و از آنجایی که این پروتئین ویروسی یک توالی بیگانه برای بدن می‌باشد، سیستم ایمنی بر علیه آن آنتی بادی ساخته و ایجاد مصونیت کند. این در حالی‌ست که تنها پروتئین‌های اتصالی ویروس در بدن انسان و توسط سلول‌های انسانی ساخته می‌شود و سایر اجزای ویروسی در کار نخواهد بود و همین امر این نسل از واکسن‌ها را “ظاهراً” به یکی از سالم‌ترین و امن‌ترین واکسن‌ها بدل ساخته است.

How the Pfizer-BioNTech vaccine works

mRNA vaccines give the immune system genetic instructions to recognise the virus



Source: Pfizer
© FT

تصویر ۱۳۹- واکسن‌های رایج حاوی نوعی کد ژنتیکی هستند که باعث ساخته شدن پروتئین‌های ویروسی بر سطح سلول‌های خودی بدن شده و به این طریق سیستم ایمنی را وادار به ساختن آنتی بادی و فعال کردن لنفوسیت‌ها می‌نماید تا اگر فرد در معرض ویروس قرار بگیرد این عوامل ویروس را نابود کرده و وی نسبت به ویروس ایمن گردد.

ظاهراً از نظر تئوری با توجه به مکانیسم عمل واکسن خطرات چندانی از جانب این نوع از واکسن‌ها متصور نمی‌باشد، چرا که عاری از ویروس بوده و تنها یک کد ژنتیکی را در خود حمل می‌کند که قرار است سیستم ایمنی ما را به نوعی فریب داده و آن را وادار به ساختن پروتئین‌های دفاعی علیه پروتئین‌های سطحی ویروس بنماید تا اگر خود ویروس هم

وارد بدن فرد شد آنتی بادی‌ها و سایر اجزای سیستم ایمنی که به وسیله این پروتئین ویروسی آمادگی مقابله با آن را کسب کرده‌اند به خود ویروس حمله کنند.

به بیان ساده در این گروه از واکسن‌ها قرار است سلول‌های خودی انسان از جهاتی شبیه ویروس شود!

اما آیا ورود یک کد زنتیکی از جنس mRNA به داخل بدن انسان به طور مطلق عاری از مخاطرات و اثرات جانبی است؟ یا نبود ویروس در این واکسن‌ها صرفاً نوعی تبلیغات است؟

پاسخ: خیر! این واکسن‌ها هم می‌تواند به صورت بالقوه دارای مخاطرات باشند! (از نظر تئوری)

۱. بر خلاف آنچه مبنی "بر بی‌اثر بودن واکسن‌های mRNA بر روی ژن‌های انسانی" اعلام می‌شود، در صورت وجود سوء نیت‌های بیولوژیک این کدها قابلیت تأثیر بر ژن‌های انسانی را دارد به ویژه اگر بتواند به عنوان MicroRNAها عمل کند. ورود یک توالی ریبونوکلیکی به داخل سلول‌های انسانی می‌تواند منجر به خاموش شدن و غیرفعال شدن برخی از ژن‌ها و بالعکس می‌تواند منجر به روشن شدن یا فعال شدن گروهی دیگر از ژن‌ها شود! امروزه به این تکنیک در علوم سلولی و مولکولی تکنیک siRNA و shRNA می‌گویند. به این شکل که یک توالی کوتاه از جنس RNA می‌تواند وارد سلول‌ها انسانی شده و به رشته mRNA مکمل خود متصل شده و بدین ترتیب یک ژن را غیرفعال سازد. لازم به ذکر است که اثر این siRNA موقتی بوده و فنوتایپ حاصله پس از چند دور تقسیم از بین می‌رود.

به طور طبیعی siRNAها منشأ درونی و داخل سلولی نیز دارند و با اتصال به mRNAهای مهاجم از جانب ویروس‌ها و حتی ترانسپوزون‌ها از سلول‌های خودی دفاع می‌کنند و یا با منشأ خارجی می‌تواند به عنوان ابزاری برای خاموش کردن یک سری ژن‌های هدف مورد استفاده قرار گیرد. این توالی به صورت دو رشته بوده و پس از ورود به سلول تحت تأثیر آنزیمی به نام RNA-Helicase قرار گرفته و تک رشته‌ای می‌شود، سپس در ساختمان پروتئینی به نام Risc قرار می‌گیرد. اکنون این

مجموعه می‌تواند محصول ژن‌های میزبان را که به صورت mRNA هستند را در صورت مکمل بودن کامل نابود کرده یا در صورت انطباق نسبی غیرفعال سازد! در نتیجه یک ژن میزبان به طور کامل بی‌اثر و به اصطلاحاً خاموش شود. اگر طراح واکسن دارای سوء نیتی باشد می‌تواند در یک ویال واکسن که هیچ ویروسی در آن وجود ندارد با قرار دادن یک کد ژنتیکی یک سری ژن‌های هدف را غیرفعال و خاموش کرده و یا یک سری ژن‌ها را فعال سازد. و طبیعتاً زمانی که این واکسن با تأییدیه سازمان بهداشت جهانی در اختیار کشورهای دیگر به ویژه کشورهای جهان سوم قرار می‌گیرد، امکان بررسی این موضوع با توجه به مشخص نبودن توالی هدف (به عنوان فرمول محرمانه واکسن) و مشخص نبودن اثرات مولکولی آن میسر نبوده و هیچ گزینه دیگری به جز اعتماد بر کمپانی سازنده باقی نمی‌ماند! چیزی شبیه اینکه بیهوش زیر دست یک جراح باشیم و چاره‌ای جز اعتماد بر جراح نداشته باشیم. یعنی به این باور رسیده باشیم که این جراح در هنگام بیهوشی ما دست به درمان ما خواهد زد نه مثلاً سرقت اعضای بدن و آسیب به ما. تغییر در ساختار ژنتیکی انسان در مبحث بیوتروریسم می‌تواند منجر به فجایی هولناک شود و به همین خاطر گزینه شناخت کمپانی واکسیناسیون و عوامل پشت پرده آن می‌تواند راهگشای ما در این مسئله باشد. به بیان ساده اگر متولی واکسیناسیون افرادی خادم و دلسوز باشند می‌توان قدری به این موضوع اعتماد کرد و اگر متولیان این امر افرادی شریر و بد نام باشند، طبیعتاً می‌بایست سختگیرانه‌تر به مقوله واکسیناسیون نظر کرد و دستکم آن را مورد بررسی‌ای بیشتر قرار داد.

حال متولیان این واکسیناسیون چه کسانی هستند؟ به این سوال در انتهای فصل پاسخ خواهیم داد.

۲. ورود یک کد ژنتیکی ریبونوکلیکی به داخل سلول‌های خودی قرار است منجر به ساخته شدن یک پروتئین بیگانه بر روی سلول‌های خودی می‌شود. به نوعی بخشی از سلول‌های خودی را شبیه به پیکره ویروسی خواهد ساخت. این موضع از نظر تئوری ممکن است در بلند مدت منجر به ایجاد واکنش‌های خودایمنی و القای پاسخ‌های ایمنی علیه خود بدن

فرد شود، چرا که قرارگیری یک پروتئین بیگانه بر روی سلول‌های خودی از نظر ایمنولوژیک ممکن است منجر به ایجاد اپی‌توپ‌های جدیدی شود که علیه آن آنتی بادی ساخته شود و این آنتی بادی‌ها در غیاب ویروس به سلول‌های خودی انسان متصل شده و بیماری‌های خود ایمن ایجاد گردد (این واکنش به علت ایجاد واکنش‌های نامطلوب آلرژیک برای مبتلایان به آلرژی در مرحله اول منع شده است و همین مسئله این فرض را کمی جدی‌تر می‌سازد هر چند سازندگان واکنش این مسئله را ناشی از پروتئین‌های آلرژن موجود در ساختار واکنش بدانند...) با توجه به اینکه خود ویروس کرونا موجب بروز اختلالاتی در باروری و تولید مثل است، نگرانی ناشی از عوارض بلند مدت واکسیناسیون آن چه با ویروس غیرفعال شده و چه حتی با واکنش‌های mRNA یک نگرانی منطقی و علمی‌ست که فشارهای رسانه‌ای و برانگیختن احساسات عمومی با مغالطه‌های احساسی نظیر داستان امیرکبیر و واکنش آبله^۱ موجب می‌شود کمتر کسی این مسئله مهم را در نظر بگیرد.

این موارد احتمالی همگی از جمله ایراداتی هستند که با تحقیق بیشتر و بررسی‌های بلند مدت مرتفع خواهند شد، اما مسئله اینجاست که این واکنش تنها چند ماه پس از تولید و کارآزمایی، یعنی مدت زمانی که امکان بررسی چنین مواردی وجود ندارد قرار است تزریق عمومی شود!

^۱ گفته شده در دوران صدارت امیرکبیر مذهبیهون تندرو که مخالفت واکسیناسیون آبله بوده‌اند با بیان اینکه تزریق واکنش منجر به ورود اجنه به بدن می‌شود مردم را از واکسیناسیون بر حذر می‌داشتند و امیرکبیر از این بابت به گریه افتاده است... هواداران بی‌چون و چرای واکسیناسیون با تمسک به این داستان تاریخی کسانی که خواهان بررسی بیشتر واکنش‌ها هستند را همسنگ مذهبیهون افراطی زمان قاجار می‌دانند. در حالی که احتیاط و بررسی‌های تخصصی نسبت به واکنشی که نمی‌دانیم محتویات آن چه چیزی است نه مخالفت با کلیات واکسیناسیون است نه خرافه پرستی، بلکه با شناختی ساختار فاسد برخی کمپانی‌های داروسازی و همچنین برنامه‌های فریبنده بهداشت جهانی به دست آورده‌ایم، حساسیت پیرامون این موضوع شرط عقل است.

گروه دیگری از واکسن‌ها یک ویروس ضعیف شده و غیرفعال شده باشد که فرایند عفونت و ایمنی خاطره را شبیه‌سازی می‌نماید.

مسئله اصلی ویروس و واکسیناسیون

اکنون که می‌دانیم خود ویروس قادر بوده به قوای جنسی و تناسلی آسیب برساند منطقاً می‌بایست توانایی‌های تولید مثل افرادی که کارآزمایی بالینی واکسن به آنها تزریق شده است نیز در بلند مدت بررسی گردد حتی با این فرض که این واکسن‌ها فاقد ویروس می‌باشند! (حتی با این فرض که می‌دانیم کدهای ژنتیکی موجود در واکسن‌ها نیمه عمر کوتاهی حتی کمتر از چند ساعت شاید داشته باشند). چرا که نمی‌دانیم آیا بیان پروتئین‌های ویروسی Spike ویروسی و ساخته شدن گیرنده‌های ویروسی توسط سلول‌های خودی می‌تواند اثر نامطلوبی بر سیستم تولید مثل و سیستم عصبی داشته باشد یا خیر، ورود یک توالی ریبونوکلیکی می‌تواند به طریقی بر الگوی بیان ژن‌های دخیل در باروری و تولید مثل اثر نامطلوب داشته باشد؟ در صورتی که اجزای سیستم تناسلی مملو از گیرنده‌های ACE2 هستند که می‌تواند به پروتئین‌های گیرنده ویروسی متصل شوند، لذا عقبه ایجاد اختلالات باروری توسط ویروس از یک سو، و تمایل دست اندرکاران و متولیان ساخت واکسن به کاهش جمعیت زمین از سویی دیگر لزوم بررسی این عامل را ضروری می‌نماید. در واقع قرار است سلول‌های خودی انسان قرار است همان پروتئینی ویروسی را بسازند که به ویروس توانایی اتصال به گیرنده‌های ACE2 را داده و بخش زیادی از این گیرنده‌ها در سیستم تولید مثل انسان وجود دارند و همچنین یک کد ژنتیکی وارد سلول‌ها شود که بعید نیست برخی از ژن‌های انسان را غیرفعالی یا فعال سازد. هر قدر هم از نظر تئوری این احتمال ضعیف باشد که این امر منجر به واکنش ناخواسته‌ای گردد، باز هم بنابر اهمیت آن و مقیاس وسیع جهانی واکسیناسیون می‌بایست این مسئله بررسی گردد. اما آیا با توجه به بحران و نیاز مبرم جهان به واکسن چنین چیزی ممکن است؟ در نگاه کلی قرار گرفتن یک توالی اسید آمینه‌ای متعلق به ویروس بر سطح سلول‌های خودی انسان

در قالب مولکول‌های MHC^۱ تهدیدی بر سلامت انسان محسوب نمی‌شود. اما بر خلاف سایر برنامه‌های واکسیناسیون و مشاهده دلایلی مبنی بر انگیزه‌های هولناک از سوی مراجع کلان بهداشتی لازم است به این مقوله قدری سختگیرانه‌تر نظر کرد و تمام احتمالات را به میکروسکوپ آزمایشگاه و پژوهش‌های بلند مدت واگذار کرد. به نظر می‌رسد مسئله باروری و تولید مثل بیش از هر عامل دیگری در موضوع واکسیناسیون دارای محوریت است. چرا که اولاً انگیزه کاهش جمعیت زمین بارها از سوی بنیاد گیتس مطرح شده، ثانیاً این بنیاد امروزه خود حامی مالی سازمان‌های کلان بهداشتی و از متولیان تولید واکسن است و ثالثاً اینکه خود ویروس کرونا اثرات نامطلوبی بر سیستم باروری داشته است. نکته نگران کننده دیگری در خصوص واکسن‌ها و ناباروری وجود دارد؛

“It is unknown whether COVID-19 mRNA Vaccine BNT162b2 has an impact on fertility”

”در شناسنامه رسمی واکسن‌ها در خصوص تأثیر واکسن بر روی باروری با این جمله مواجه می‌شویم که ما نمی‌دانیم این واکسن بر روی باروری و تولید مثل چه اثری خواهد داشت“^۲

کمپانی‌های سازنده با درج این جمله شوکه کننده به نوعی از خود سلب مسئولیت نموده‌اند!

آیا سنجش چنین عاملی در کارآزمایی‌های بالینی مورد توجه قرار می‌گیرد؟

^۱ ساختاری بر سطح سلول‌های انسانی که قرار گرفتن پروتئین‌های بیگانه بر روی آن خبر از عفونی شدن یا سرطانی شدن سلول داده و به نوعی شناسنامه سلامت سلول و نظارت سیستم ایمنی به شمار می‌رود (MHC). گروهی دیگر از این ساختار با تجزیه ویروس و قرار دادن پروتئین‌های ویروس بر روی خود بر سطح سلول، لئوسیت‌های سیستم ایمنی را برای ساختن آنتی بادی و مبارزه با ویروس فعال می‌کند.

^۲ Regulatory Approval of Pfizer /BioNTech Vaccine for COVID-19.

آیا از نظر زمانی این فرصت وجود دارد که کیفیت تولید مثل در افراد داوطلب نیز به طور کامل مورد بررسی قرار گیرد؟
 آیا اصولاً ما می‌توانیم صبر کنیم که جمعیت داوطلب انسانی که واکسن به صورت آزمایشی بر روی آنها تزریق شده است صاحب فرزند شده و تأثیر واکسن را بر روی این مقوله مورد سنجش قرار دهیم؟ آیا لازم است میزان ابتلای به اختلالات طیف اوتیسم قبل و پس از واکسیناسیون کرونا را مقایسه کنیم؟ آیا اصلاً جنگ رسانه‌ای و فشار بی‌وقفه رسانه‌ها بر اذهان عموم اجازه چنین کاری به ما می‌دهد؟ جهان خود را در یک چاه تیره و عمیق یافته که یگانه راه نجات را واکسیناسیون می‌داند؟!

آیا بحران کرونا تا به این اندازه جدی است که تمامی مخاطرات احتمالی واکسن را به جان بخریم و واکسنی که اثرات بلندمدت آن نامشخص است به خود تزریق کنیم؟

شاید اگر به جای ویروسی کرونایی که تنها حدود ۲ درصد از مبتلایان خود (آن هم با وجود بیماری‌های زمینه‌ای) را از بین برده است و ویروس دیگری با نرخ کشندگی بیشتری نظیر طاعون، وبا و ابولا شایع شده بود این امر قدری معقول‌تر به شمار می‌رفت، اما یک واکسیناسیون مبهم اجباری برای ویروسی که شاید ۳۰-۴۰ درصد از مبتلایان آن اصلاً متوجه ابتلای خود نشده باشند، ۹۰ درصد مبتلایان علامت‌دار آن تجربه یک سرماخوردگی متوسط داشته‌اند و حتی با کیت‌های متقلبانه و صحنه آرای‌های وحشت‌زا نتوانسته اثری بر نمودار مرگ و میر بسیاری از کشورهای جهان بگذارد امری معقول است؟

آیا می‌توان به کسی که در انتهای چاه به انتظار کمک است بگوییم قدری صبر کند تا صحت طناب نجات وی را بررسی نماییم؟! بدیهی‌ست مردم وحشت زده و نومید که مشاغل خود را ضمن شیوع از دست داده‌اند و یا تفریحات و روابط عادی آنها سلب شده است به هر ریسمانی برای نجات خود از بحران (عمدتاً جنگ روانی و رسانه‌ای) چنگ خواهند زد و مردمی که حتی تعویق تزریق واکسن از این هفته به هفته بعد را بر

می‌تابند چگونه نسبت به این خطر بالقوه (حتی در حد احتمال تئوری) آگاه خواهند شد؟

در عالم واقعیت همیشه این امکان برای انسان وجود ندارد که صحت یک ادعا و موضوع را با راستی‌آزمایی آن "موضوع" بسنجد، گاهی لازم است برای قضاوت در خصوص یک ادعا به "مدعیان" آن نیز توجه کنیم، به ویژه اگر خود آن موضوع برای ما در دسترس نباشد و امکان بررسی آن فراهم نباشد (نظیر واکسنی که هنوز نمی‌دانیم چه اثری بر ما خواهد داشت)! تصور کنید در یک بیابان بی‌آب و علف گم شده‌اید و اگر به آبادی و یا چاه آبی نرسید جان خود را از دست خواهید داد. در این هنگام افرادی مدعی می‌شوند که آبادی و چاه آب در مسیری است که آنها ادعا می‌کنند. آیا اگر فرد مدعی در عقبه خود سابقه سرقت، سوء قصد و... داشته باشد، باز هم به دنبال وی خواهیم رفت؟ دستکم اگر چنین کنیم اسلحه خود را نیز به همراه خواهیم برد! و یا طول مسیر با هشیاری و درایت مراقب اقدامات احتمالی وی خواهیم بود، چون این امکان وجود دارد که حتی آب چاه توسط وی مسموم شده باشد و یا در میانه راه هم دستان وی به انتظار قافله نشسته باشند تمامی هوش و حواس خود را به کار می‌گیریم. حال ممکن است بعدها ثابت شود که حق با وی بوده و این نگرانی‌ها صرفاً یک سوءظن برخاسته از اوهام بوده است.

اکنون بشر در وضعیتی مشابه قرار گرفته است که نه می‌توان به طور قطع مدعیان را مردود دانست و نه می‌توان به آنها اعتماد کرد. تنها گزینه معقول بررسی و تحقیق است! اما آیا رسانه‌ها چنین فرصتی به دست می‌دهند؟ اگر بخواهیم تنها با تکیه بر اعتبار و شهرت افراد دخیل در این پروژه تن به واکسیناسیون بدهیم به چه کسانی اعتماد کرده‌ایم؟



تصویر ۱۴۰- بدون شرح!

اما آیا دلایل ما برای سختگیری در حوزه واکسیناسیون منطقی و معقول است؟

۱. همانطور که گفته شد که جمعیت زمین در حال افزایش است و مسئله کاهش جمعیت نیز بارها از سوی متولیان امر نظیر خانواده گیتس و سازمان بهداشت جهانی مطرح گردیده است و از طرف دیگر همین گروه دست اندر کار صنایع دارویی و واکسن می‌باشند. (در بخش کوواکس خواهیم خواند).

۲. به طور تصادفی نخستین کمپانی دارویی که موفقیت خود در ساخت واکسن را اعلام می‌کند (فایزر)، موفق‌ترین کمپانی در ساخت یکی از رایج‌ترین داروهای سقط جنین (سایتوتک) نیز می‌باشد که شاید مسئله جالب توجهی نباشد، اما رکوردشکنی این کمپانی در پرداخت خسارت و شکایات بیمارانی که از داروهای این کمپانی استفاده کرده‌اند خود بسیار محل تأمل است.

۳. از سوی دیگر نگاه مشکوکانه به واکسن‌ها با توجه به اظهارات محققانی مانند دکتر جودی میکوویتس که معتقد است واکسن‌ها به صورت عمدی منجر به ورود نوعی از ویروس‌های به نام رتروویروس‌ها به مردم آمریکا و افزایش ابتلای به سرطان و اختلالات عصبی شده است^۱ از یک سو، و همچنین افزایش ابتلای به اختلالات طیف اوتیسم مقارن با واکسیناسیون جهانی موجب می‌شود نگاه بدبینانه به واکسن‌ها آن قدرها هم نزدیک به تئوری توطئه نباشد از سوی دیگر.

۴. به ویژه اینکه در سال ۲۰۱۸ اثبات شده است که واکسن آنفولانزا موجب افزایش ۳۶ درصدی در ابتلای به عفونت‌های تنفسی نظیر کرونا در جمعیت مورد مطالعه شده است^۲، حال در این خصوص می‌بایست قدری نگرانی‌های معتقدین به تئوری توطئه را منطقی دانست و برای شفاف‌سازی این مسئله میزان باروری و سلامت جنسی جمعیت داوطلبین به طور کامل مورد بررسی قرار گیرد. چرا که در صورت توزیع انبوه واکسن در مقیاس جهانی اگر واکسن نیز مانند خود ویروس اثر نامطلوبی بر باروری افراد بگذارد همین مسئله منجر به یک خیانت و فاجعه انسانی شود. سراسیمگی و هراس ناشی شیوع ممکن است نوعاً موجب شود افراد از این موضوع غافل شده و بدون در نظرگیری جوانب ضروری زیر فشار رسانه‌ای و جنگ روانی به تزریق واکسن رضایت دهند و یا حتی بدتر از آن خود خواستار انجام واکسیناسیون بر روی خود شوند. در حالی که لزوم تزریق واکسن و اصل کارایی آن نیز توسط بسیاری از محققین در هاله‌ای از ابهام می‌باشد. امروز در شرایطی پس از انتخابات آمریکا شرکت‌های واکسن‌سازی از موفقیت ۹۰ درصدی آن سخن می‌گویند که کارایی و ایمنی‌زایی واکسن آنفولانزا حتی تا ۵۰-۶۰ درصد بوده است! سازندگان واکسن نیز اذعان کرده‌اند که انتظار ایمنی‌زایی ۵۰-

^۱ Criminalization of science whistleblowers: A mind blowing interview

with Judy Mikovits, Naturalnews

^۲ influenza vaccine:military study shows 36% Higher Odds of

Coronavirus,2017-2018

۶۰ درصدی از واکسن کرونا داشته‌اند اما با مشاهده اثربخشی ۹۰-۹۵ درصدی آن شگفت‌زده شده‌اند...!

۵. و یا اینکه اکنون که می‌دانیم بخش عظیمی از بحران شیوع نوعی فریب و صحنه‌آرایی فریبکارانه به منظور بزرگنمایی بوده و این ویروس آنقدرها هم موجب مرگ و میر افراد نشده است و یا دستکم اگر اصرار بر بیمار کردن مردم از سوی سازمان‌های بهداشتی و رسانه‌ها نباشد این ویروس خود به تنهایی نمی‌تواند مسبب فاجعه‌ای شود که ادعا می‌شود، آیا اصلاً انجام واکسیناسیون برای چنین ویروسی که ۹۵ درصد مبتلایان آن ابتلایی در حد و اندازه سرماخوردگی متوسط داشته‌اند ضروری‌ست؟ چرا زمانی که ویروس‌های دیگر نظیر آنفولانزا که سالانه حدود ۷۰۰ هزار نفر را از بین می‌برد تا این اندازه هدف کمپانی‌های بزرگ برای تحقیقات واکسن قرار نگرفته، واکسیناسیون آن اجباری نمی‌شود، برای مسافرت و سوار شدن بر قطار و هواپیما کارت واکسیناسیون آن و یا گواهی عدم ابتلای به آن خواسته نمی‌شود، اما ویروسی به نام کرونا نیازمند چنین تمهیداتی می‌گردد؟ تا جایی که برای واکسن زدگان آن کارت شناسایی صادر می‌گردد تا در سراسر جهان بتوان آن‌ها را شناسایی کرد؟ چرا در خصوص سایر پاتوژن‌ها چنین اقدامات سختگیرانه‌ای انجام نمی‌شود؟ حتی در حد ظن و احتمال نیز رد پای از کنترل و رهبری در این مقوله محسوس است، چرا که در سایر بخش‌های این شیوع ردپای فریب و دروغ بسیار مشهود است و تضمینی وجود ندارد مسئله واکسیناسیون آن نیز مانند کیت‌هایی که با نوشابه کوکاکولا مثبت شده‌اند، یا داروهای گران قیمتی که اثری کمتر از آب خالص داشته‌اند و یا پروتکل‌هایی که بیماری‌ساز بوده‌اند عاری از انگیزه‌های رذیلانه نباشد.

۶. واکسن کرونا مخالفین بسیاری نیز در بین پزشکان و محققان داشته است. از جمله دکتر کری مادج^۱ و دکتر شری تنپنی^۲ که مدعی

^۱ Carrie Madej

^۲ Sherri Tenpenny

شده‌اند این واکسن تغییر دهنده DNA انسانی هستند و به همین خاطر این افراد از جوامع علمی و دایره اعتبار علمی خارج شده‌اند...!

۷. هیچ چیز خوبی اجباری نیست و برای هیچ چیز خوبی دست به دامن فریب و تقلب نمی‌شوند!

انتقادات از واکسن‌ها گاهی رو به افراط رفته و با ادعاهایی نظیر تزریق میکروچیپ‌هایی رصد و کنترل افراد توسط هوش مصنوعی همراه می‌گردد، در حالی که می‌دانیم مسئله کنترل و رهبری بر افراد از طریق واکسیناسیون نیاز به میکروچیپ و موارد مشابهی ندارد بلکه حتی اگر در ویال‌های واکسن آب خالص نیز تعبیه شود و مردم از هراس بیماری خواهان تزریق آن باشند همین امر موجب پیدایش یک نسل سفید از رهبری خواهد شد و اگر طراح واکسن با سوء نیت قصد انجام پروژه‌های بیولوژیک بر روی مردم جهان باشد با در دست داشتن اطلاعات ژنتیکی آنها (که از طریق تست‌های پی.سی.آر و سواب‌های حلق به دست آمده) می‌تواند قطعات کوچکی از miRNA ها را به نام واکسن وارد بدن افراد کند که با اثر بر الگوی بیان ژن‌های فرد حتی به صورت موقت منجر به بروز مطلوب خود شود. اما آنچه مسلم است انجام یک پروژه جهانی بی‌سابقه واکسیناسیون، پس از ظهور یک ویروسی که اعتقاد داریم ساخته دست بشر است، پس از فریب و صحنه‌آرایی‌های متقلبانه در بزرگنمایی آن، پس از حصول اطمینان از جنایات دارویی و تحقیقات غیراخلاقی، پس از تجارت‌های کلان شرکت‌های دارویی و جهش سرمایه متولیان رسانه و تولید وحشت غیرمنطقی، نمی‌تواند خالی از انگیزه‌های جانبی باشد. وگرنه چه لزومی دارد که تا به این اندازه جهان را غرق وحشت رسانه‌ای نمود تا مردم پس از خستگی روانی و استیصال در مقابل واکسن تسلیم شده و یا به استقبال آن بروند؟ آیا چنین اقدامی می‌تواند یک اقدام خیرخواهانه برای سلامت مردم جهان باشد؟ آن هم زمانی که می‌دانیم سلامت یک انسان برای سازمان‌های بهداشتی به معنای از دست دادن یک مشتری و یک خریدار دارو و خدمات پزشکی است؟ آیا کمپانی‌ها و سازمان‌های کلان بهداشتی برای رضای خدا در حال حذف مشتریان خود و کساد کردن بازارهای خود هستند؟ در حالی که بیمار بیشتر برای آنها

به معنای ثروت بیشتر و رهبری بیشتر است؟ بهداشت و سلامت بشر و رهایی بشر از ویروس‌ها و بیماری‌ها به مثابه پایان حکمرانی کمپانی‌های دارویی بر روی تابلوهای بورس و بانک‌های جهانی‌ست! آیا این کمپانی‌ها و این نهادها خود تبر به ریشه خود خواهند زد؟

موج‌های دوم و سوم؛ طرحی برای کاهش مقاومت در

مقابل واکسیناسیون

به طرز جالبی ارتباط عجیبی بین موج‌های دوم و سوم کرونا و میزان رضایت به تزریق واکسن وجود دارد.

تابستان: طبق اعلام نظر سنجی‌های انجام شده در شهریور ماه سال ۱۳۹۹ توسط سر جرمی فارار مدیر موسسه Wellcom Trust در آمریکا، تقریباً ۷۹ درصد مردم آمریکا به واکسن کرونا اعتمادی نداشته و حاضر به تزریق واکسن نیستند^۱!

پاییز: طبق نظرسنجی‌های انجام شده گالوپ و روایت نیوزویک در ایالات متحده آمریکا در ۴۲ درصد مردم آمریکا به واکسن کرونا اعتماد ندارند. و مشخصاً اگر موج‌های پاندمی به چهار و پنج موج دیگر می‌رسید نه تنها کسی نسبت به واکسن‌ها تردیدی نمی‌کرد، بلکه تقاضای آن تبدیل به یکی از مطالبات تاریخی مردم می‌شد و در مقابل شاید اگر مردم می‌دانستند نه تنها با یک بار ابتلا نسبت به این ویروس مصونیت خواهند یافت، بلکه حتی بدون ابتلا و صرف برخورد با ویروس بدون بروز علائم نیز به آن مقاوم می‌شوند، یا حتی اینکه سرماخوردگی‌های سال‌های قبل بر اثر کرونا ویروس‌ها نیز موجب مقاومت در مقابل ویروس خواهد شد و یا اصلاً اینکه حتی در صورت ابتلای به این ویروس تا ۹۵ درصد مانند سرماخوردگی‌های متوسط بهبودی خواهند یافت، آیا باز هم به تزریق واکسن رضایت می‌دادند؟ این شاهکار رسانه‌ها در سانسور کردن

حقایق و نشر فریب و وحشت است که علیرغم این موارد کماکان مردم جهان با دریایی از وحشت و نومیدی به انتظار واکسن نشسته‌اند! به نظر می‌رسد با هر بار ایجاد موج جدیدی از بیماری مقاومت مردم در مقابل تزریق واکسن کاهش یافته و فشار رسانه‌ای و تولید وحشت موجب می‌شود این افراد خواه ناخواه در مقابل واکسیناسیون تسلیم شوند. سرانجام پس از آغاز واکسیناسیون در انگلستان و با لزوم ارائه کارت واکسیناسیون برای مسافرت، اخذ خدمات شهری و... به نظر می‌رسد این واکسن به طور ضمنی و تلویحی اجباری شده و عدم تزریق آن موجب محروم شدن افراد از بخشی از حقوق شهروندی خود می‌گردد! همین موضوع جمعیت زیادی را به خیابان‌های لندن و برلین کشانده و موجب تشکیک بیشتر مسئله واکسیناسیون توسط محققین مذکور می‌شود.

در حال حاضر هیچ نمونه واکسن در دسترس نمی‌باشد تا بتوان به طور دقیق ساختار آن و عملکرد آن را بررسی نمود اما حتی صرف‌نظر از خود واکسن و تنها با کنار هم قرار دادن شواهدی که نشان می‌دهد اصل بیماری نوعی فریب، عمد، تقلب، صحنه‌آرایی و جنایت بوده است، آیا باید برای رهایی از همین فریب به همان راهکاری تن دهیم که طراحان فریب برای ما تعیین کرده‌اند؟ زمانی که می‌دانیم این بیماری یک فریب بزرگ جهانی‌ست آیا واکسن این بیماری یک رخداد نافع و بی‌خطر است؟ آن هم زمانی که طبق گمانه‌زنی‌ها قرار است این واکسیناسیون حتی از چارچوب‌های اجبار فراتر رفته و افرادی که آن را تزریق نکرده‌اند با ممنوعیت‌ها و محدودیت‌هایی در زندگی عادی (ورود به ادارات، ثبت نام مدارس و دانشگاه، فعالیت‌های تجاری و امور استخدامی و...) مواجه شوند؟ این حجم از فشار رسانه‌ای، سیاسی و قانونی برای واکسیناسیون آیا تنها موضوعی بهداشت محور است؟ یا حربه‌ای برای کنترل و رهبری؟ این بار در قالب یک شناسنامه بهداشت (سلامت) و یک پرونده ژنتیکی!

قضاوت در مورد درستی و یا نادرستی اظهارات این محققین امری دشوار است و نمی‌توان آن را قاطعاً رد یا تأیید نمود به همین خاطر در خصوص واکسن‌ها تنها به یک کلمه می‌بایست بسنده کرد: "مشکوک"

و تنها راهکار برخورد با آن: تحقیقات بیشتر و بیشتر! اجتناب از شتابزدگی و اقدام تحت تأثیر جنگ رسانه‌ای.

اگر چه در فصول نخستین گفته شد واکسیناسیون از نظر تکامل و انتخاب طبیعی ممکن است به زیان گونه انسانی باشد (در حد فرضیه) اما نمی‌توان منکر کارکرد مثبت بسیاری از واکسن‌ها شد و همانطور که گفته شد برای اتخاذ تصمیمی نظیر حذف واکسیناسیون‌ها به نفع روند باستانی تکامل قدری زود است، اما نکته قابل توجه اینکه نباید واکسن کرونا را با واکسن‌هایی همچون واکسن آبله، فلج اطفال و سیاه سرفه مقایسه نمود، چرا که بر خلاف این میکروب‌ها این بار ما با ویروسی سر و کار داریم که شواهد گویای ساختگی بودن آن است (بخش چهار) و به همین خاطر نباید با منطق حاکم بر میکروب‌های طبیعی بدان نگریم، چرا که ویروس ساختگی دارای یک سازنده است و قطعاً سازنده ویروس برای واکسن و داروی ویروس نیز تدابیری از قبل اندیشیده است! مضاف بر اینکه جنگ روانی و حمله‌های رسانه‌ای و در نتیجه آن فشارهای متقلبانه و اصرار بر تسلیم مردم در مقابل واکسیناسیون نیز قدری این موضوع را مشکوک‌تر می‌سازد! مخصوصاً اگر بدانیم شاید در حقیقت نیازی به تزریق این واکسن نیز نداشته باشیم، هر چه نباشد ما مقوله واکسیناسیون را با میکروب‌های کشنده‌ای نظیر آبله، طاعون، وبا، سیاه زخم، کزاز و فلج اطفال شناخته‌ایم که عدم تزریق واکسن نتایج مرگباری را به ارمغان می‌آورد، اما اکنون در نتیجه یک فریب بزرگ جهانی قرار است در مقابل ویروسی که بیشتر ایجاد سرماخوردگی می‌نماید (و در عده اندکی موجب مرگ می‌شود) همه افراد تحت واکسیناسیون قرار گیریم...! این نخستین بار در تاریخ است که انسان برای سرماخوردگی متوسطی که حتی ۹۵ درصد مبتلایان آن در منزل مداوا می‌شوند دست به واکسیناسیون اجباری می‌زنیم. یا بهتر بگوییم؛ رسانه‌ها و آمارسازی‌ها ما را متقاعد کرده است چنین کنیم! آن هم زمانی که صرف یک بار ابتلا، حتی برخورد با ویروس و حتی ابتلای به سرماخوردگی‌های دیگر کرونایی در مقابل آن مقاوم‌تر می‌شویم... به راستی این همه اصرار و اجبار از چه بابت است؟

پس باید مراقب مغالطه‌های تکنوکراسی و مجذوبان کمپانی‌های دارویی بود تا حساسیت بر این واکسن خاص به مثابه مخالفت با واکسیناسیون مورد حمله و انتقاد قرار نگیرد و آن را با مخالفت مردم با واکسیناسیون آبله در دوران صدارت امیرکبیر به بهانه ورود اجنه به بدن مقایسه نکنیم. چرا که این بار موضوع واکسن‌ها نیستند بلکه موضوع فریب قرن است...!! فرصتی که گلوبالیسم شاید صد سال به انتظار آن نشسته است.

شاید کاهش باروری و اخلال در قوای جنسی افراد موضوع چندان تهدید کننده‌ای به نظر نرسد و در مقایسه با خطراتی همچون مرگ، این مسئله قدری کم اهمیت‌تر جلوه کند. به همین خاطر ممکن است این پرسش پیش آید که چرا تا به این اندازه در خصوص مسئله جنسی و باروری می‌بایست حساسیت به خرج داد؟

غریزه جنسی و مسئله باروری انسان صرفاً غریزه جنسی و قوای تولید مثل انسان نیست، بلکه یک رکن اصلی شکل‌گیری شخصیت انسان، تنظیم‌کننده سازوکارهای عصبی وی و تعیین‌کننده کیفیت زندگی و سرنوشت او می‌باشد و در نگاه کلان مسئله سرمایه اجتماعی یک کشور و جامعه‌ست! بسیاری از رفتارهای انسان نظیر اطاعت‌پذیری، جاه‌طلبی، بلند پروازی، شجاعت، خطر کردن، ماجراجویی تحت تأثیر غریزه جنسی بوده و چنانچه بتوان با یک عامل مشخص غریزه جنسی افراد را تحت الشعاع قرار داد می‌توان تا حد زیادی از وی موجودی مطیع و رام، بی‌خطر و کنترل‌شونده پدید آورد! در چارچوب طنز و شوخی هم شاید به همین دلیل در گذشته بسیاری از سرداران و سربازان را اخته می‌کرده و یا تا همین چندی پیش در غذای سربازخانه‌ها مواد کاهنده میل جنسی مانند کافور به کار می‌رفته است! شاید ارتباط مستقیمی بین اطاعت‌پذیری و کاهش میل جنسی وجود دارد. پس نه تنها می‌توان از این عامل احتمالی برای کنترل جمعیت بهره‌برداری کرد، بلکه می‌توان به وسیله آن افراد را موجوداتی کم‌خطرتر تبدیل نمود. در یک کلام این امکان از نظر علمی وجود دارد که به واسطه واکسیناسیون‌های دوره‌ای از انسان موجودی را پدید آورد که با انسانی که می‌شناخته‌ایم متفاوت باشد.

از آنجا که پیوستگی و ارتباط زیستی عمیقی بین سیستم ایمنی، سیستم عصبی و سیستم جنسی وجود دارد تنها با اثر گذاشتن بر روی یکی از آنها (سیستم ایمنی) با استفاده از ابزارهای مولکولی که ممکن است در واکسن‌ها وجود داشته باشد، ولو به طور موقت می‌توان سیستم عصبی افراد را نیز تحت تأثیر قرار داد و به هر سوء نیتی جامه عمل پوشاند، به همین خاطر است که معتقدیم می‌بایست نسبت به واکسن‌ها، سختگیرانه و با پژوهش‌های بلند مدت پرداخت!

رخداد جالب‌تر اینکه برخی از حکومت‌ها که پیش از این به روی هم اسلحه کشیده و بمب و موشک بر روی هم می‌ریختند، امروزه برای یکدیگر واکسن خریداری می‌کنند!

”حکومت رژیم صهیونیستی با معاونت امارات متحده عربی اقدام به خرید ۱,۵ میلیون دُز واکسن برای مردم فلسطین نموده است!“ یا شیوع مردم را مهربان‌تر کرده و یا واکسن‌ها محل ابهام هستند...

سازوکار کوواکس (COVAX) و واکسن‌های گیتس

در اواخر آوریل ۲۰۲۰ رویدادی جهانی به میزبانی تدریس آدهانوم (مدیر کل سازمان جهانی بهداشت)، امانوئل ماکرون (رئیس جمهور فرانسه)، اورسلا فون در لاین (رئیس کمیسیون اروپا) و بیل گیتس با عنوان همکاری جهانی پیشگامانه برای تسریع در توسعه و دسترسی به آزمایشات و درمان‌ها و واکسن‌های کووید-۱۹ برگزار شد. هدف از برگزاری این رویداد، این بود که اعضای آن بتوانند دولت‌ها، دانشمندان، خیرین و سازمان‌های کلان بهداشتی در سطح جهان (بنیاد گیتس، CEPI، FIND، مؤسسه GAVI، صندوق جهانی پول، Wellcon، Unitaid و بانک جهانی) را در جهت رسیدن به راهکار عادلانه برای تولید و توزیع واکسن گرد هم جمع کند.

حوزهٔ مربوط به تولید و توزیع واکسن و ویروس کرونا در این مجمع کوواکس نام دارد. رهبران و مدیران کوواکس عبارتند از:

۱. اتحاد جهانی واکسن و ایمن‌سازی موسوم به GAVI که زیر نظر بنیاد گیتس اداره می‌شود.

۲. سازمان جهانی بهداشت (اولین حامی مالی بیل گیتس)
۳. ائتلاف نوآوری‌های همه‌گیری یا CEPI (اولین حامی مالی بیل گیتس)
و اما سابقه بیل گیتس و بنیاد GAVI: بیل گیتس که خود فاقد هرگونه تحصیلات پزشکی و بهداشت و سلامت است با معاونت بنیاد راکفلر اقدام به تأسیس بنیاد بیل و ملیندا گیتس نمود و سپس با استفاده از ظرفیت پزشکان و پیراپزشکان و به منظور کسب وجهه پزشکی اتحاد جهانی واکسن و ایمنی‌زایی موسوم به GAVI را پدید می‌آورد. سخنرانی عجیبی از جانب بیل گیتس در همایش TED موجب بروز یک نگرانی جدید می‌شود: "جمعیت جهان در حال افزایش و رسیدن به مرز ۱۰ میلیارد نفر است، دی اکسید کربن افزایش یافته و کره زمین به سمت نابودی می‌رود، به وسیله واکسن می‌توان ۱۰-۱۵ درصد جمعیت جهان را کاهش داد."^۱
اکنون و پس از همه‌گیری ویروس کرونا بیل گیتس با شعار عدالت با لحنی توأم با دلسوزی برای مردم فرودست مفتخرانه اعلام می‌کند که واکسن کرونا می‌بایست در اختیار مردم فقیر و نه پولدار قرار داده شود تا عدالت اجرا شود!

اما این عدالت تاکنون چگونه توسط GAVI ایجاد شده است؟
۱. بیل گیتس ۱٫۲ میلیارد دلار صرف واکسیناسیون (فلج اطفال) جمعیت ۴۹۶ هزار نفری کودکان هندی نموده است و در حالی که پیش از آن فلج اطفال تقریباً در هند ریشه کن شده بود، حدود ۳۷۰ هزار کودک به فلج اطفال مبتلا شده‌اند!

۲. در طرح واکسیناسیون بیل گیتس ۱۲۰۰ دختر به ناباروری دچار شده‌اند.

۳. آزمایش نمونه واکسن خانواده گیتس در آفریقا در سال ۲۰۱۰ بر روی ۵۰۴۹ نفر منجر به مرگ ۱۵۱ نفر و ابتلای ۱۰۴۸ نفر به تشنج و بیماری‌های سخت شده است.

^۱ بعدها و در دفاع از این اظهارات عجیب گیتس بسیاری از تطهیرکنندگان وی اعلام می‌دارند که مقصود گیتس از این سخنرانی کاهش جمعیت به وسیله واکسیناسیون صحیح است. چرا که با واکسیناسیون صحیح و سالم ماندن نوزادان والدین تلاش بیشتری برای تولید فرزندان بیشتر نخواهند کرد و به همین ترتیب جمعیت تا ۱۵ درصد کاهش خواهد یافت...!

رابرت کندی جونیور از آخرین بازماندگان خانواده کندی (رئیس جمهور اسبق آمریکا) کمپینی را علیه بنیاد خیریه گیتس به راه انداخته و اسنادی مبنی بر فلج کردن ۳۵۰ هزار کودک هندی توسط این بنیاد و همچنین جنایات این بنیاد در آفریقا را نشر نموده است! این در حالیست که امروزه بسیاری از کشورها با افتخار در حال خرید واکسن از طریق ساز و کار کوواکس هستند.

یعنی در حال آماده شدن برای خرید واکسنی که نخستین بار در حال بهره برداریست، اثرات بلند مدت آن را کسی نمی‌داند، کسی نمی‌داند محتویات آن چیست، صرفاً به علت ترس و به امید پایان بحران در حال تزریق آن هستند و به ادعاهای سازندگان واکسن و رسانه‌ها اعتماد کرده‌اند. و تنها گزینه ما اطمینان به سازنده و تأیید کننده این واکسن است. مجموعه‌ای اقماری که در پس هر سازمان و نهاد و اتحادیه‌ای به یک اسم مشترک خواهیم رسید: بیل گیتس! همان فردی که متهم به انجام جنایات فراوان از طریق واکسیناسیون بر روی مردم هند و آفریقا می‌باشد! سرمایه‌گذاری که بهداشت را موفق‌ترین بنگاه مالی جهان می‌داند...!! آیا این بنگاه برای سود دهی بیشتر نیاز به مردمی سالم دارد یا مردمی بیمار؟



تصویر ۱۴۱- شخص اول حامی پروژه‌های واکسیناسیون، مؤسس اتحادیه جهانی واکسن و ایمنی‌زایی، حامی مالی سازمان بهداشت جهانی و مرکز کنترل عفونت‌های آمریکا، اهداء کننده مبالغ هنگفت مالی به کمپانی‌های واکسن‌سازی، یک تاجر سرمایه‌گذار بدون تحصیلات پزشکی!

اهمیت حساسیت بر روی مسئله واکسیناسیون و ناباروری

آیا علاوه بر دلایل مذکور عللی دیگری نیز وجود دارند که مسئله ناباروری و واکسیناسیون را از هیبت یک نگرانی نظری و یک تردید سیاسی یا اقتصادی خارج کرده و در عوالم پزشکی بدان معنا ببخشد؟

برای درک این مسئله نخست به تبیین مفهوم ناباروری‌های خودایمن باید پرداخت:

به طور کلی خودایمنی عبارت است از هدف‌گیری اجزای بدن انسان توسط سیستم ایمنی و تخریب سلول‌های خودی. مثلاً در بیماری مالتیپل اسکلروزیس یا به اختصار ام‌اس سیستم ایمنی بدن به اشتباه به سلول‌های عصبی حمله کرده و منجر به بروز آسیب‌های جدی عصبی می‌شود. اما ریشه بسیاری از بیماری‌های خودایمنی عوامل عفونی هستند. به این شکل که یک میکروب می‌تواند وارد بدن انسان شده و بر علیه پیکره آن آنتی بادی‌های اختصاصی ضد میکروب ساخته شود که در نهایت منجر به نابودی میکروب مهاجم گردد. اما در برخی مواقع این آنتی بادی‌های تشکیل شده بر علیه میکروب‌ها می‌تواند به اشتباه به سلول‌های خودی انسان نیز حمله کرده و منجر به بروز بیماری‌های خودایمن گردد. یک مثال رایج در این زمینه بیماری رماتیسم قلبی است که متعاقب عفونت میکروبی ناشی از باکتری استرپتوکوک ایجاد می‌گردد، به این صورت که آنتی بادی‌های اختصاصی که علیه این باکتری تولید شده به علت شباهت برخی پروتئین‌های ساختاری میان ساختمان باکتری و ساختمان دریچه‌های قلب به اشتباه به سلول‌های قلبی انسان حمله‌ور شده و منجر به بروز بیماری خود ایمنی می‌شود.

امروزه می‌دانیم که ویروس کرونا با مکانیسمی که هنوز برای ما نامشخص است منجر به کاهش باروری و توانایی تولید مثل در مبتلایان شده است و از آنجایی که هنوز این مسئله به درستی مورد بررسی قرار نگرفته است می‌بایست سازوکارهای احتمالی ایجاد ناباروری را در نظر آوریم:

۱. یکی از دلایل احتمالی که خطر کاهش باروری را هم در ویروس و هم در واکسن ویروس به ذهن متبادر می‌سازد، شباهت میان ساختمان پروتئین‌های ویروسی (Spike protein) و پروتئین‌هایی دخیل در شکل‌گیری سیستم تولید مثل مانند؛ Synsyntin1 می‌باشد. همانطور که در پرده سوم فریب ذکر گردید این پروتئین ماهیتاً ریشه ویروسی داشته و طی تکامل در ۲۵ میلیون سال قبل وارد ژنوم انسان شده و شاید دلیل این شباهت میان این پروتئین (که اکنون یکی از اجزای مهم شکل‌گیری جفت و بندناف می‌باشد) و پروتئین‌های ساختمانی ویروس کرونا ویروس نیز همین ماهیت ویروسی این پروتئین باشد، این مسئله توسط محققین متعددی مانند وولفگانگ وودارگ^۱ به اطلاع آژانس پزشکی اروپا رسیده است، اما محققین در پاسخ به این ادعا اینگونه پاسخ داده‌اند که شباهت میان پروتئین Synsyntin1 و پروتئین‌های ساختمانی ویروس کرونا بسیار کم بوده و به نظر نمی‌رسد آنتی بادی‌های ایجاد شده توسط واکسن بتواند به صورت خودایمن به پروتئین‌های انسانی متصل شده و منجر به ناباروری شود.^۲

لازم به ذکر است که مسئله ایجاد پاسخ‌های خودایمنی متعاقب عفونت‌های میکروبی با مسئله لزوم مداوم برخورد با میکروب‌های کم خطر و بی‌خطر به منظور افزایش قدرت ایمنی در منافات نیست، بلکه در این مسئله مقصود میکروب‌های بیماری‌زا و پرخطری هستند که برخورد سیستم ایمنی اجرایی نظیر پاسخ‌های ایمنی هومورال و سلولار با آنها ممکن است منجر به بروز خودایمنی گردد و همین عوامل بیماری‌زا نیز توسط میکروب‌های همزیست محدود و بعضاً نابود می‌شوند (رجوع شود به بخش میکروبیوتا).

۲. دلیل دیگر بر حساسیت مسئله خودایمنی و واکنش‌های ناخواسته ایمنی اجزای دیگر واکسن‌ها هستند که به منظور پایداری واکسن و

^۱ پزشک آلمانی که معتقد است واکسن‌های کرونا منجر به ایجاد ناباروری خواهد شد.

^۲ Petition/Motion for administrative/Regulatory action regarding confirmation of efficiency end point and use of data in connection with following clinical trials, 2020-002641-42, Wolfgang Wodarg

تحويل محموله میکروبی موجود در واکسن به سلول‌های انسانی در ساختمان واکسن‌ها تعبیه می‌شوند... موارد متعددی که گفته می‌شود ممکن است دلیل بروز واکنش‌های آلرژیک در همان کسانی باشد که پس از تزریق واکسن دچار عوارض از نوع حساسیت‌ها شده‌اند؛

نانوذرات پلی اتیلن گلايکول یا به اختصار: PEG یکی از این اجزا می‌باشد که به طرز جالبی در جمعیت انسانی، حتی افرادی که تاکنون با این ماده برخورد نداشته‌اند پاسخ‌های ایمنی همورال یا همان آنتی بادی‌های اختصاصی بر علیه آن در را در خون خود دارا می‌باشند. در یک بررسی حیرت‌انگیز در سال ۲۰۱۶ محققین مشاهده کردند که در خون افرادی که حتی تاکنون داروهای حاوی PEG را دریافت نکرده‌اند نیز آنتی بادی‌های igM و igG در ۷۰ درصد جمعیت افراد مورد مطالعه یافت شده است و ۳۰ درصد این افراد به صورت توأمان هم دارای igM و هم igG اختصاصی علیه PEG هستند. بدیهی‌ست که اگر این آنتی بادی‌ها در خون فرد وجود داشته باشد و واکسن‌ها یا داروهای حاوی این افزودنی به آنها تزریق گردد واکنش‌ها ناخواسته متعددی در فرد رخ خواهد داد. هنوز مشخص نیست به چه علت در این افراد این آنتی بادی‌ها به وجود آمده است.^۱

واکسن‌های تولید شده توسط کمپانی‌های فایزر و مدرنا به طور گسترده از این نانوذره در واکسن‌های خود استفاده کرده‌اند که بنا بر گفته نشریه ساینس تاکنون هیچ واکسنی از این ماده استفاده نکرده است، بلکه این نانوذره در ساختمان برخی از داروها به کار رفته است.^۲

شاید اکنون این پرسش مطرح شود که این کمپانی با وجود این احتمالات چگونه موفق به اخذ مجوز برای واکسن‌های خود شده است؟ پاسخ قدری ناراحت کننده است: به گفته استفان هان (کمیسیونر سازمان غذا و داروی آمریکا) مسئولین کاخ سفید به ویژه مارک

^۱ analysis of Pre-existing igG and igM Antibodies against polyethylene Glycol(PEG) in the General Population, Qi Yang et al.2016

^۲ Suspensions grow that nanoparticles in Pfizer's COVID-19 vaccine trigger rare allergic reactions By Jop de Vrieze Dec. 21, 2020

میدوز(رئیس ستاد کارکنان کاخ سفید) مقامات این سازمان را تهدید کرده‌اند که در صورت عدم صدور مجوز واکسن‌های مذکور سریعاً استعفای خود را می‌بایست تقدیم کنند^۱.

”ویروسی ساخته‌ام

وحشت آن ویروس قرار است جان‌ها و سلامت انسان‌ها را
هر چند ماه یکبار در اختیار سرنگ‌هایی قرار دهد که من
برای مردم جهان آماده کرده‌ام...

برای مردم جهان شناسنامه‌ای جدید خواهم ساخت!
تا دیروز کسی برای تردد مردم در خیابان کارت شناسایی
طلب نمی‌کرد!

از حالا حتی برای تردد و خرید از فروشگاه نیز می‌بایست
کارت شناسایی جدید را ارائه دهند!

هویت جدید... شناسنامه واکسن و تست پی.پی.سی.آر!
حتی نظریه‌پرداز فریب قرن هم نمی‌داند که چه چیزی در
انتظار جهان است... من طراح فریب قرن هستم“

^۱ به نقل از گاردین

پرده بیست و ششم فریب

هورمون عشق!

رابطه جنسی

یکی از مواردی که آثار مثبت آن هم در پیشگیری و هم درمان بیماری کرونا در تحقیقات متعددی به اثبات رسیده است، هورمون اکسی توسین یا همان هورمون عشق می باشد^۱، که همین مسئله در برگیرنده اطلاعات مهمی در خصوص بیماری و شناخت گسترده تری از ساختار فریب به دست خواهد داد.

هورمون اکسی توسین که ترشح آن در بدن بسیار ساده و کم هزینه می باشد در هنگام رابطه جنسی، ابراز و دریافت محبت، در آغوش کشیدن و اموری مشابه به اوج ترشح خود رسیده و ترشح آن موجب آغاز فعل و انفعالات متعددی در سیستم ایمنی و سیستم فیزیولوژیک فرد می شود:

۱. هورمون اکسی توسین و تستوسترون دارای رابطه عکس هستند و اثرات یکدیگر را خنثی می کنند؛ افزایش میزان اکسی توسین موجب افزایش جمعیت گلبول های سفیدی به نام لنفوسیت TH1 می شود که این لنفوسیت ها بازوی اجرای قدرتمندی در مقابل ویروس ها و همچنین سلول های سرطانی هستند.

۲. ترشح اکسی توسین معمولاً با ترشح اندورفین توأم بوده و اندورفین هورمونی است که در انسان ایجاد حس نشاط و رضایت می نماید؛ اندورفین موجب افزایش جمعیت گلبول های سفیدی به نام سلول های NK (سلول های کشنده طبیعی) می گردد که این سلول ها عملکرد مهمی در شناسایی سلول های آلوده به ویروس و نابودی آنها داشته و در دفاع ضد

^۱ این تحقیقات توسط دانشمند ایرانی به نام علی امامی در دانشگاه تولیدوی آمریکا انجام و به ثبت رسیده است.

ویروس رکن مهمی به شمار می‌رود. اندورفین موجب کاهش فشار خون و جلوگیری از افزایش فشار خون شده که بالا بودن فشار خون خود یکی از فاکتورهای خطر ساز در خصوص ابتلای به بیماری کرونا می‌باشد.

۳. افزایش اکسی توسین و اندورفین با کاهش مقدار کورتیزول (هورمون استرس) همراه است که این هورمون موجب تضعیف سیستم ایمنی و لطمه به خطوط دفاعی ضد ویروس می‌شود. به علاوه اینکه بالا بودن مقدار کورتیزول موجب القای سیگنال‌های خطا توسط گیرنده‌های سیستم ایمنی نیز می‌شود^۱ و مقدار پاسخ‌های ناخواسته و نادرست سیستم ایمنی به سلول‌ها خودی را افزایش می‌دهد؛ به همین خاطر بروز ترس و استرس در بیماران مبتلا به کرونا موج آسیب بیشتر سیستم ایمنی به ریه این افراد التهاب بیشتر می‌شود.

نتیجه اینکه روابط صمیمانه انسانی، محبت‌های بین فردی و رابطه جنسی یکی از قوی‌ترین تقویت‌های سیستم ایمنی علیه ویروس کرونا بوده و افزایش اکسی توسین در این افراد می‌تواند هم موجب پیشگیری از عفونت و هم موجب درمان بهتر عفونت می‌شود.

اما چنانچه به اوضاع روانی و اوضاع اجتماعی دوره شیوع بنگریم متوجه تغییرات نگرشی انسان‌ها خواهیم شد. نگاه انسان‌ها به یکدیگر نگاه انسان به ممنوع خود نبوده و بدل به نگاه انسان به ناقل ویروس و پستیچی مرگ شده است. انسان‌ها در نتیجه فشار رسانه‌ها و غوغاسالاری‌های مراجع بهداشتی و مسائلی همچون امکان انتقال از ناقل بی‌علامت و دوره نهفتگی ویروس بدبینانه و وحشت‌زده هر یک از اطرافیان خود را ناقل ویروس دانسته و طبیعتاً نگاه پر مهر سابق به آنها را نخواهند داشت. در چنین شرایطی مهرورزی و نوع دوستی، محبت ورزی و روابط صمیمانه جمعی که همگی متضمن افزایش تولید و ترشح اکسی توسین است، معنا نداشته و شرایط قرنطینه و قوانین منع تجمع جهان را به سلول‌های انفرادی متحرک تبدیل کرده است.

این بدبینی و ناقل پنداری انسان‌ها تا جایی بوده که حتی زوجین یکدیگر را از رابطه جنسی محروم ساخته و جمعیت عظیمی از مراجعین اعلام داشته‌اند از ابتدای دوره شیوع تا به امروز حتی رابطه زناشویی را نیز از خود سلب نموده‌اند. در چنین شرایطی نه تنها مقدار اکسی توسین، اندورفین کاهش یافته مقدار کورتیزول نیز کاهش می‌یابد. این در حالی‌ست که استرس و وحشت رسانه‌ها و اوضاع اجتماعی دوره شیوع خود موجب افزایش کورتیزول شده و طبیعتاً حذف رابطه جنسی به عنوان یکی از کاهنده‌های کورتیزول بسیار به نفع ویروس می‌باشد.

تحقیق بسیار جالبی که در پایگاه Scincetimes نیز به چاپ رسیده است بیانگر این بوده که اکثر مردانی که جان خود را بر اثر بیماری کرونا از دست داده‌اند در مقایسه با گروهی که زنده مانده‌اند دارای مقدار کمتری از هورمون‌های جنسی و همچنین واسطه‌های هورمون‌های جنسی موسوم به گنادوتروپین‌ها بوده‌اند. این بدین معناست که پایین بودن هورمون‌های جنسی با افزایش مرگ و میر در بیماران کرونایی دارای ارتباط مستقیم است و این مطالعه ثابت کرده هر قدر این هورمون‌ها در افراد بیشتر باشند شانس بهبودی در آنها نیز بیشتر است.^۱ اما پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های سازمان بهداشت جهانی در این خصوص نه تنها سکوت کرده، بلکه تلویحاً با تأکید بر اجتناب از تماس فیزیکی مردم را به سمتی سوق می‌دهد که حتی شرکای جنسی نیز از هراس ابتلا از یکدیگر فاصله بگیرند و بر کسی پوشیده نیست که در چنین شرایط رعب‌انگیزی که نگاه انسان‌ها به هم‌نوع خود نگاه انسان به ناقل ویروس می‌باشد تا به چه اندازه از میزان روابط جنسی کاسته می‌گردد و به دنبال کاهش فعالیت جنسی و سلامت جنسی تعادل سیستم هورمونی نیز بهم ریخته و نتیجه آن می‌تواند در قالب کاهش همان هورمون‌هایی ظاهر شود که کاهش آنها فرد را در مقابل ویروس آسیب پذیرتر می‌کند. گواه دیگری که بر کاهش روابط موفق زناشویی و رضایت جنسی میان

^۱ Scincetimes, men hypogonadism leading low testosterone levels more die coronaviruse

شرکای جنسی وجود دارد افزایش نرخ طلاق پس از دوره شیوع و قرنطینه می‌باشد که در کشورهای متعددی در اروپا و آمریکا گزارش شده است به طوری که تنها در ایالات متحده آمریکا نرخ طلاق ۳۴ درصد افزایش یافته است و توضیح این مسئله که طلاق و نارضایتی زوجین از یکدیگر تا به چه اندازه از روابط جنسی و زناشویی نشأت می‌گیرد را به متخصصین روان‌شناسی واگذار می‌کنیم.^۱ نارضایتی جنسی، خیانت و دلایلی مشابه که ریشه در مسائل زناشویی دارند همواره در لیست عمده‌ترین دلایل جدایی زوجین قرار دارند.^۲

این بدان معناست که دستورالعمل‌های دوره شیوع بیشتر در جهت‌یست که سیستم ایمنی افراد تضعیف شده و افراد بیشتر در خطر بیماری قرار گیرند و در صورت ابتلا شانس بهبودی کمتری داشته باشند تا اینکه موجب منع گسترش بیماری شود. قوانین سخت قرنطینه نه تنها از طریق کاهش میکروبیوتا و بیمارسازی بیشتر موجب تشدید شرایط شیوع می‌شود، بلکه جداساختن انسان‌ها به ویژه شرکای جنسی از یکدیگر نیز با کاهش اکسی توسین و اندورفین و گنادوتروپین‌ها به نوبه خود موجب کاهش قدرت سیستم ایمنی می‌شود و همانند سایر پرده‌های فریب حاکی از علاقه طراحان فریب به وجود بیماران بیشتر و بیماری‌های بیشتری (جسمی و روحی) می‌گردد.

^۱ www.natlawreview.com/article/divorce-rates-and-covid-19

^۲ Jason Crowley, CFA, CFP, CDFA Nov. 3, 2020. [survivedivorce](https://survivedivorce.com)

پرده تلخ فریب قرن

مرگ پزشکان و پرستاران

پرده‌ای که فریب نیست اما دستمایه تبلیغات فریب می‌شود! یکی از عواملی که وحشت شیوع ویروس کرونا را چند برابر کرده و کشندگی این ویروس را به رخ همه می‌کشد مرگ اعضای کادر درمان بوده که از نخستین روزهای شیوع در چین آغاز شده و تا به امروز ادامه یافته است و همه روزه افرادی فداکار از شایسته‌ترین فرزندان جان را به کام مرگ کشیده است.

تنها پرده‌ای از فریب که فریب نیست و می‌توان به جرأت اعلام داشت که در این گروه عمده عاملی که موجب مرگ می‌شود ویروس کروناست. اما سؤال اینجاست که چگونه این گروه خدوم که هم واجد دانش پزشکی هستند، هم دارای تجهیزات و امکانات پیشگیرانه و چنانچه به بیماری مبتلا شوند همیشه برای آنها تخت‌های خالی و بخش مراقبت‌های ویژه فراهم بوده و کمبودی در قبال دارو و ملزومات درمان متوجه آنها نیست باز هم جان خود را از دست می‌دهند.

در حقیقت یکی از مواردی که وحشت و سردرگمی از این بیماری را صد چندان نموده است مرگ کادر درمان و بدتر از آن قرار دادن مردم عادی و کادر درمان در یک ردیف می‌باشد.

اگرچه هنوز اطلاعات مکفی در خصوص علت مرگ کادر درمان در دسترس نمی‌باشد اما می‌توان چند عامل را با آمار فوت شدگان و مبتلایان سفیدپوش مرتبط دانست:

۱. برخورد با دُزهای بالای ویروس؛ تصور کنید شما امروز سوار مترو شده‌اید و به حساب احتمالات ممکن است مثلاً با سه فرد مبتلایی که فاقد علامت است برخورد نمایید (که انتقال از ناقل بی‌علامت هنوز محل اختلاف نظر بوده و در جای خود مفصلاً بررسی می‌شود). برای شما این

شانس وجود دارد که با دُز کمی از ویروس برخورد کرده و در نتیجه آن سیستم ایمنی بر آن دُز کم فائق آمده و علاوه بر نابودی ویروس پاسخ ایمنی سلولی و هومورال (لنفوسیت‌های کشنده و آنتی بادی) نیز در شما شکل بگیرد. اما برای کارکنان کادر درمان که همه روزه با تعداد بی‌شماری از مبتلایان واقعی با علائم شدید مواجه بوده و حجم عظیمی از ویروس حتی با رعایت پروتکل‌های بهداشتی با آنها برخورد خواهد کرد شرایط بسیار متفاوت است. طبیعتاً کادر درمان بنا بر اقتضای شغلی خود همه روزه با دُز بالاتری از ویروس به صورت مستمر برخورد خواهند داشت که این عامل خود به صورت بالقوه تهدید کننده می‌باشد.

۲. اتمام اجزای سیستم ایمنی؛ سیستم ایمنی ماهیتی مصرفی داشته و اجزای آن به صورت لاپه‌ت‌هایی موجود نبوده و هر یک از آنها دارای عمر مشخصی می‌باشند. مثلاً یکی از اجزای مهم سیستم ایمنی به نام کمپلمان که توسط کبد ساخته می‌شود دارای مقدار معینی در طول شبانه روز بوده و اگر فرض کنیم در طول شبانه روز N میلی گرم از آن توسط کبد ساخته شود، با هر بار برخورد فرد با میکروب‌های مهاجم (به ویژه باکتری‌های گرم منفی که بیشتر سیستم کمپلمان را فعال می‌کنند) قدری از این پروتئین‌ها مصرف شده و جایگزین شدن آن توسط کبد هم نیاز به مدت زمان بیشتری داشته و هم نیاز به این دارد که اساساً کبد از سلامت کامل برخوردار باشد (در اثر الکلیسم و بیماری‌هایی مانند هپاتیت دچار آسیب نشده باشد) و مقادیر مناسبی از مواد پروتئینی و مینرال‌ها توسط فرد در طول شبانه روز مصرف شود (سوء تغذیه وجود نداشته باشد). حال اگر فرد در طول شبانه روز برخوردهای مکرر و بی‌شماری با میکروب‌های مهاجم داشته باشد و به اصطلاح با دُزهای بالای میکروبی برخورد کند پروتئین‌های سیستم کمپلمان مصرف شده و به اتمام می‌رسد و ممکن است گروهی از میکروب‌ها از کمند این جزء مهم سیستم ایمنی بگریزند و موفق به بیماری‌زایی شوند. ذکر مثال فوق از این بابت بود که نگاه ما به مقوله سیستم ایمنی نگاهی منطقی شده و این سیستم را سیستمی بی‌انتهای و تمام نشدنی تصور نکنیم. (این برخورد با برخورد دائم سیستم ایمنی با آنتی ژن‌های میکروبیوتا متفاوت است)

سایر اجزای سیستم ایمنی نیز دارای عمر معینی بوده و همانطور که زنبور عسل با نیش زدن دشمن جان خود را نیز از دست می‌دهند جمعیت بسیاری از گلبول‌های سفید نیز پس از از بین بردن میکروب‌های مهاجم خود دچار مرگ سلولی (آپوپتوز) می‌شوند و چنانچه فرد بیش از اندازه در معرض میکروب‌های مهاجم قرار گیرد جمعیت گلبول‌های سفید رفته رفته رو به کاهش می‌رود؛ چرا که سیستم ایمنی برای چنین منظوری طراحی نشده است که در مدت‌های طولانی در معرض میکروب‌های مهاجم قرار گیرد، بلکه لازم است مدت زمانی از مواجهه با عوامل مهاجم بگذرد تا این سیستم قوای خود را بازیابی کرده و با عوامل بیگانه مجدداً مقابله کند.

۳. خستگی سیستم ایمنی؛ همانطور که در بخش دیگری بیان گردید یکی از مهمترین اجزای سیستم ایمنی علیه ویروس‌های سلول‌های لنفوسیت کشنده CD8 هستند که به نوعی سربازان پیاده نظام سیستم ایمنی هستند و به طور مستقیم به ویروس‌ها و سلول‌های آلوده به ویروس حمله می‌کنند. تحقیقات اخیر نشان داده که چنانچه فرد به صورت مستمر با یک عامل ویروسی در برخورد باشد این لنفوسیت‌ها به علت دریافت نکردن سیگنال‌های کمکی از سایر لنفوسیت‌ها (لنفوسیت‌های کمکی CD4) دچار حالتی به نام خستگی ایمنولوژیک شده و توانایی رزمی خود را از دست می‌دهند. بدیهی‌ست که برخورد مداوم و همه روزه افراد با ویروس‌ها ممکن است موجب بروز خستگی ایمنولوژیک لنفوسیت‌های کشنده شده و فرد را در معرض ابتلا و حتی مرگ قرار دهد.

۴. بار روانی و استرس شدید؛ بر کسی پوشیده نیست که استرس با افزایش هورمون‌های ستیز و گریز (مانند کورتیزول) موجب کاهش قدرت سیستم ایمنی می‌شود که این مورد حتی در افراد عادی نیز موجب افزایش خطر ابتلا می‌گردد. حال تصور کنید فردی که در خط مقدم تشخیص و درمان حضور یافته، از ابتدای شیفت کاری خود شاهد مرگ و صحنه‌های دهشتناک از اینتوبه شدن بیماران و رنج و آلام آنها بوده، همه روزه خبر فوت افرادی از همقطاران و همکاران خود را دریافت می‌کند،

ممکن است مدت‌ها از دیدن خانواده خود محروم شده باشد چند برابر یک فرد عادی فشار روحی و روانی را تجربه کرده و چند ده برابر دیگران دچار استرس خواهد شد؟ چنانچه عامل مذکور را در کنار سه عامل فوق قرار دهیم نتیجه کمی دردناک خواهد بود! از یک طرف توانایی سیستم ایمنی اعضای کادر درمان به واسطه استرس و خستگی سیستم ایمنی کاسته می‌شود و از طرف دیگر هر روز با دُز بالایی از ویروس‌ها سر و کار دارند. یعنی این افراد تمام آن چیز که یک ویروس برای بیماری‌زایی احتیاج دارند به یکجا دارا بوده و بدن پزشکان و پرستاران می‌تواند بهشت ویروس‌ها باشد! در حالی که یک فرد عادی در جامعه نه به اندازه آنها دچار تضعیف سیستم ایمنی شده و نه به اندازه آنها با ویروس واقعی در تماس است.

حال فاجعه می‌تواند در ابعاد بزرگتری نیز رخ دهد و آن زمانی‌ست که اعضای کادر درمان از نظر تجهیزات و ادوات نیز در مضیقه باشند (که در موارد بسیاری در جهان شاهد آن بوده‌ایم) و یا بنا بر دوری از خانواده و شرکای جنسی دچار افسردگی و فشارهای روحی و روانی مضاعف نیز شده باشند. هیچکس نمی‌تواند منکر شود که اعضای کادر درمان همه روزه دقایقی به این موضوع اندیشیده‌اند که شاید امروز آخرین روز کاری آنها و حتی آخرین روز زندگی آنها باشد و اندیشیدن به این موضوع خود عاملی مسبب افسردگی‌ها و تنش‌های عصبی‌ست که از جمله قوی‌ترین تضعیف‌کنندگان سیستم ایمنی به شمار می‌رود.

اما بدیهی‌ست که این شرایط دشوار برای سایر مردم صادق نبوده و مردم عادی نه به صورت روزمره با دُز بالای ویروسی سر و کار دارند و نه سیستم ایمنی آنها به اندازه کادر درمان در اثر برخورد مداوم با ویروس و استرس تضعیف می‌گردد. لذا مقایسه این دو گروه اساساً قیاس صحیحی نمی‌باشد. اما با توجه به اینکه مرگ اعضای کادر درمان بیشتر کانون توجه رسانه‌ها قرار می‌گیرد و می‌تواند بیش از مرگ انسان‌های عادی به وحشت ناشی از شیوع دامن‌بزند دیری نپایید که این مرگ قهرمانانه نیز در ردیف ابزارهای تبلیغاتی فریب‌قرار گرفت.

ویروسی که حتی پزشکان و پرستاران را از پای در می‌آورد با انسان‌های عادی چه می‌کند؟ و شاید کسی سؤال نکند که این دو گروه شرایط یکسانی را تجربه نمی‌کنند که با یکدیگر مقایسه شوند.

اما مرگ اعضای کادر درمان به طریق رذیلانه دیگری نیز مورد بهره‌برداری طراحان فریب قرار گرفت. قرار دادن مردم در مقابل مردم! رسانه‌های وابسته به حکومت‌ها تلاش کردند با قرنطینه و ماسک اجباری تقصیر شیوع و همه‌گیری را به گردن گروهی از مردم بیندازند که از قوانین بهداشتی تبعیت نکرده‌اند و ابدأً بدین موضوع نپردازند که سازنده ویروس و نشر کننده آن، کارشکنان کنترل و مهار آن، محتکران و دلالان تجهیزات، رهبرانی که از آمار مبتلایان و تلفات برای اهداف سیاسی استفاده می‌کنند بازگردانان اصلی این واقعه تاریخی هستند و با سطحی‌ترین نگاه و استدلال مردم خود مردم را مقصر مرگ اعضای کادر درمان بدانند. هر چه نباشد این گروه از جمله شایسته‌ترین و برگزیده‌ترین اقشار جامعه بوده که با تلاش و توانایی خود توانسته‌اند پس از سال‌ها زحمت و مشقت یونیفورم مقدس تشخیص و درمان به تن کنند و اکنون با برانگیخته کردن احساسات عمومی حول این محور که مردمی که رعایت نکرده‌اند مسئول مرگ کادر درمان هستند طراحان فریب به حقه باستانی خود یعنی تفرقه‌بنداز و حکومت کن متوسل شده با این ترفند متهم اصلی این جنایات را از نظرها دور کردند. منهای اینکه بسیاری از این افراد صرف‌قصور مدیریتی مسئولین و اهمال آنها در فراهم‌سازی ملزومات، دارو و حمایت‌های مادی و معنوی جان خود را از دست داده‌اند و با این فریب متهم خود در کسوت مدعی درآمده و پیکان اتهام به سمت مردمی نشانه می‌رود که پروتکل‌های بهداشتی را رعایت نکرده‌اند. انحراف انگشت اتهام از سازمان‌های کلان بهداشتی، مسئولین و مدیران ارشد به سمت خود مردم یکی از حیل‌های طراحان فریب می‌باشد که مرگ اعضای کادر درمان را به مثابه حربه‌ای احساسی مصادره به مطلوب کرده و مردم را در مقابل مردم قرار داده است. در حالی که اگر بنا بود به علت عدم رعایت اصول بهداشتی مردم فاجعه‌ای خونبار به بار می‌آمد می‌بایست امروزه عراق و سوئد و بلاروس و پاکستان

خالی از سکنه می‌شد نه اینکه دست بر قضا کمترین تلفات در این مناطق دیده شوند! پس لزوماً می‌بایست علت شیوع و ابتلای مردم را در عامل دیگری جستجو کرد نه به فرض ماسک نزدن گروهی از مردم و یا خروج از قرنطینه آنها و به مدرسه رفتن دانش آموزان! اما مصالح و منافع طراحان فریب در این است که مردم خود را مقصر دانسته و با شوی تبلیغاتی گسترده تصاویر دردناک فوت کادر درمان را با تصاویر مردمی که ماسک نزده‌اند و یا به مسافرت رفته‌اند توأم ساخته و خود از دایره اتهام خارج شوند.

پرده بیست و هفتم فریب

شیوع پر برکت

آیا تا به امروز شما نیز با این جمله مواجه شده‌اید که در دوره شیوع تمام جهان دچار زیان‌های اقتصادی شده است و همه‌گیری بسیاری از دولت‌ها را به ورشکستگی کشانده است؟

در بخش‌های نخستین خواندیم که چگونه شیوع موجب مرگ پیش از موعد در عده زیادی از مصرف‌کنندگان بودجه شرکت‌های بیمه شده و بار سنگینی از روی دوش دولت‌ها از محل تأمین هزینه‌های درمانی و مستمری بیمه‌شدگان بر می‌دارد اما موارد بیشتری هم سزاوار تأمل و تحقیق است.

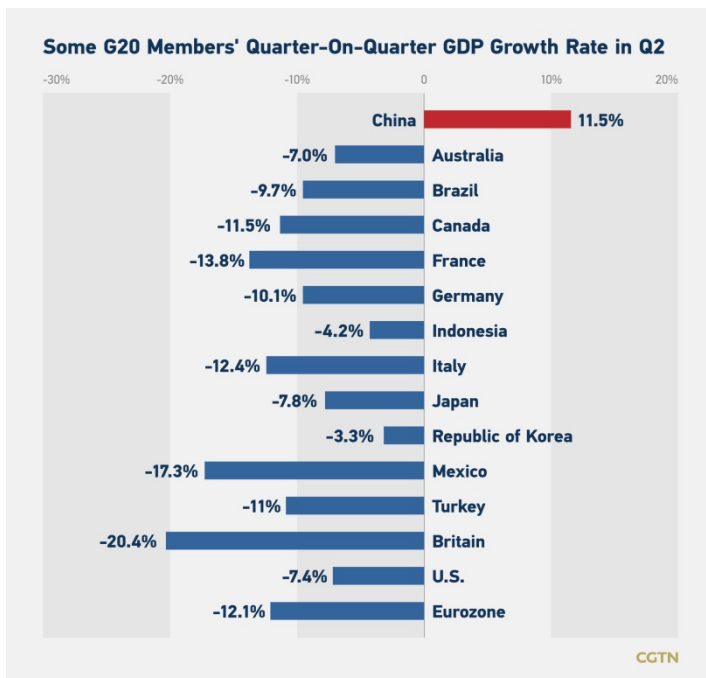
اغلب در مواجهه با تحلیل فریب به این استدلال متوسل می‌شوند که "دولت‌ها و افراد برجسته اقتصادی جهان از بروز این واقعه چه سودی می‌برند؟ مگر نه اینکه به علت تعطیلی فعالیت‌های اقتصادی‌شان دچار زیان‌های مالی هنگفت می‌شوند."

با توجه به اینکه نگارنده هیچ تخصص و دانشی در حوزه اقتصاد نداشته و ناچار است روایت و نظر شخصی خود را که با تکیه بر مسائل ایمنولوژی از افکار وی نشأت گرفته است را ذکر کند ممکن است کمی این دیدگاه با دیدگاه کارشناسان این حوزه متفاوت باشد و امید که خوانندگان آن را به عنوان نظرات یک فرد خالی از سواد اقتصادی و یک شخص ثالث عامی در نظر بگیرند و تحلیل فوق ساده و سطحی اینجانب را به بزرگی خود عفو نمایند.

یکی از مواردی که سبب می‌شود کمتر کسی مقوله شیوع را امری طرح‌ریزی شده و تعمدی قلمداد کند این تناقض ظاهری است که رهبران و سیاستمداران هرگز به کاری دست نخواهند زد که متضمن زیان مالی و اقتصادی آنها باشد، و اکنون که به واسطه شیوع بیماری صنایع و اقتصاد بسیاری از کشورهای جهان دچار تعطیل و رکود شده، طبیعتاً این شیوع

نمی‌تواند امری خودخواسته و تعمدی باشد بلکه پیشامدی ناگهانی و غم‌انگیز بوده است.

اما چگونه می‌توان از زیان اقتصادی سخن گفت وقتی که نمودار رشد اقتصادی تمامی کشورهای جهان در طول دوره شیوع منفی و نمودار رشد اقتصادی یک کشور خاص - که اتفاقاً شیوع از آن آغاز شده است - مثبت می‌باشد؟^۱

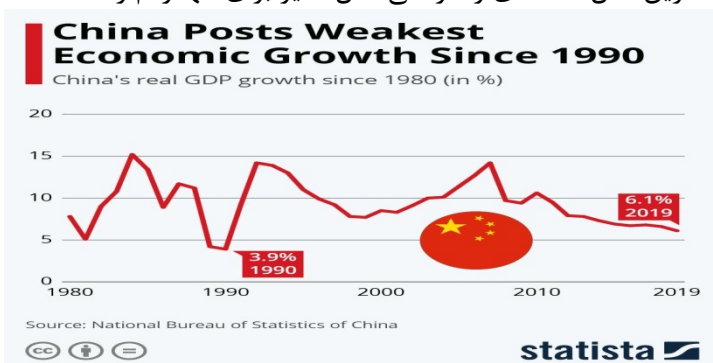


تصویر ۱۴۲- رشد مثبت اقتصادی چین در دوره شیوع در مقایسه با رشد اقتصادی کشورهای برجسته جهان

^۱ CGTN, COVID-19 sends most G20 members into negative GDP growth, except China
Updated 15:28, 05-Sep-2020

در طی شیوه کرونا به طرز عجیبی بر خلاف سایر کشورهای عضو G20 اقتصاد چین نه تنها منفی نبوده بلکه دارای رشد نیز می‌باشد. چه عاملی سبب شده خاستگاه ویروسی که موجب منفی شدن اقتصاد اکثر کشورهای جهان شده خود از این مسئله دچار زیان نشود؟ به زودی پاسخی احتمالی برای این پرسش خواهیم یافت. کمی به عقب بازگردیم و نگاهی به اوضاع اقتصاد چین قبل از شیوع ویروس کرونا بیندازیم.

در سال ۲۰۱۹ به لطف سیاست‌های کهنه تاجری که رئیس‌جمهور آمریکا شده سرعت ماشین اقتصاد چین کند می‌شود و این قدرت اقتصادی که در سال ۲۰۱۰ تمام چشم‌ها را به خود خیره کرده بود در سال ۲۰۱۹ یکی از بدترین سال‌های اقتصادی خود را در سی سال اخیر تجربه می‌کند، که بسیاری از کارشناسان دلیل این اتفاق را صرفاً سیاست‌های جدید کاخ سفید و دونالد ترامپ رئیس‌جمهوری آمریکا ذکر کرده‌اند. عواملی همچون انتقال سرمایه از آسیا به آمریکا و وضع تعرفه‌های مالیاتی سنگین بر کالاهای چینی و وادار کردن چینی‌ها به خرید کالاهای آمریکایی! به نظر می‌رسد نماینده جمهوری خواهان آمریکایی شدیداً موجب عصبانیت چشم بادامی‌های ریزنقش شده و ضعیف‌ترین سال اقتصادی را در سی سال اخیر برای آنها رقم زده‌اند.



تصویر ۱۴۳- رشد اقتصادی چین در سال ۲۰۱۹ و کمی قبل از شیوع در ضعیف‌ترین حالت خود در ۳۰ سال اخیر بوده است

شاید این مسئله جالب توجه باشد که دقیقاً در همان سالی که قرار است ویروس کرونا از چین ظهور کند، این کشور یکی از ضعیف‌ترین سال‌های اقتصادی خود را سپری کرده و به طرز عجیبی پس از شیوع در حالی که تمام اقتصادهای جهان رشد منفی دارند، اقتصاد این کشور دارای رشد مثبت است! حتی خوشبین‌ترین افراد نیز نمی‌توانند به این مسئله نگاهی عاری از ظن و تردید داشته باشند.

این بدین معناست که چین به واسطه شیوع گوی سبقت را از تمام رقبای خود ربوده است اما مسئله به همین جا ختم نمی‌شود. شیوع تبعات سنگینی هم برای حزب جمهوری‌خواه و تیم دونالد ترامپ (یکی از مسببین سقوط رشد اقتصادی چین) هم داشته است. کافی‌ست به مناظره‌های انتخاباتی و کارزارهای مرتبط با آن بنگریم که کانون مخالفت‌های سیاسی رقبای ترامپ موضوعی به نام "ناکارآمدی دولت ترامپ در کنترل شیوع" بوده و مسئله شیوع همچون پتکی از کینه و انتقام بر سر جمهوری‌خواهان فرود می‌آید!

همواره رجال سیاسی برای از میدان به در کردن یکدیگر دست به دامن تخریب‌های سیاسی و اقتصادی می‌شوند اما رقبای دونالد ترامپ برای مخالفت با او چه چیزی در چنته دارند؟ کارنامه ریاست جمهوری دونالد ترامپ دستکم برای مردم آمریکا کمتر جایی برای ایرادهای جدی اقتصادی باقی گذاشته است و درخشان‌ترین عملکرد اقتصادی را در سنوات اخیر به نام خود ثبت نموده است، دولت ترامپ مدعی‌ست که سرکردگان بزرگترین تروریست‌های جهان را به هلاکت رسانیده (ابوبکر البغدادی) و مبالغ بسیاری در هزینه‌های نظامی ارتش آمریکا در خارج مرزهای آن صرفه‌جویی شده. اما می‌توان از ناکارآمدی این دولت در کنترل شیوع و آمار بالای متوفیان به عنوان حربه‌ای کوبنده استفاده کرد و در شرایطی که همه‌گیری ویروس احساسات همه مردم را جریحه‌دار کرده و هراس و وحشت را به ارمغان آورده است از این موضوع بهره‌برداری سیاسی زیادی انجام داد و بر سایر دستاوردهای وی خاکستر فراموشی پاشید. پس در حقیقت در خود آمریکا هم احزابی که در رقابت با حزب جمهوری‌خواه و دونالد ترامپ هستند با دیده متفاوتی به مسئله

شیوع نگاه خواهند کرد! یعنی با شناختی که از مردان سیاست داریم می‌توانیم احتمال دهیم دست انتقام چین حتی از آستین خود آمریکایی‌ها و احزاب سیاسی همچون دموکرات‌ها نیز بیرون بزند. یعنی هرچه فاجعه و فضاخت بیشتری در مسئله شیوع به سمع و نظر مردم بیشتر شود اقبال عمومی از دونالد ترامپ روی خواهد گردانید. این مسئله آنقدرها هم مسئله پنهان و محرمانه‌ای نبوده و سبب شد تا خانواده ترامپ نیز به این موضوع اذعان کرده تا جایی که اریک ترامپ شیوع کرونا را جنجال رسانه‌ای دموکرات‌ها بخواند و مدعی شود اندک زمانی پس از انتخابات آمریکا این ویروس به طور عجیبی ناپدید خواهد شد.^۱ این اظهارات و این گمانه‌زنی‌ها این احتمال را بیش از پیش تقویت می‌کند که در پس پرده شیوع منفعت طلبی‌های حزبی و ملیتی نیز وجود داشته باشد و بیشتر در ادبیات سیاستمداران دقیق شویم که چرا اصلاً دونالد ترامپ از این ویروس به عنوان، ”ویروس چینی“ نام می‌برد! پس حتی در خاک آمریکا هم افرادی از تشدید شرایط بحران خرسند خواهند بود و می‌دانیم گاهی اصحاب سیاست برای نیل به اهداف و جاه طلبی‌های خود از هر اقدامی فروگذار نخواهند کرد ولو اینکه آن اقدام ایجاد یک بحران مصنوعی و یا حتی واقعی به قیمت جان مردم خودشان باشد چه برسد به بزرگنمایی شیوع و پروژه فریب. کافی‌ست اکنون پرده چهارم فریب را به یاد آوریم؛ آنجا که نشان دادیم تحقیقات پیرامون ویروس کرونا در دولت دموکرات باراک اوباما با سرمایه‌ای قابل توجه به ووهان منتقل شده است. حال هم صاحب ویروس و هم دارنده ویروس در نبردی اقتصادی - سیاسی در آستانه شکست کهنه تاجر جمهوری‌خواه هستند. چه برگ برنده‌ای بهتر از اینکه از این سرمایه خود رونمایی کنند؟ ویروسی که ”خود“ می‌دانند چندان کشنده نیست و لابد وجدان خود را نیز با این استدلال که ”ویروس کشندگی زیادی ندارد و ما سایر مرگ‌ها را به نام ویروس خواهیم زد“ اقناع کرده باشند. اما آیا ممکن است در میانه راه

^۱ washington post, Eric Trump claims coronavirus is Democratic hoax, will ‘magically’ vanish after 2020 election

کنترل اوضاع از دست آنها خارج شده باشد؟ و یا اینکه آغاز تا پایان این فریب سناریویی دقیق و از پیش تعیین شده بوده و اکنون به ثمر نشسته است؟

به مسئله زیان‌های مالی در اقتصادهای کلان دنیا بازگردیم، از سوی دیگر چگونه می‌توان از زیان و رکود سخن گفت وقتی سرمایه ۱۰ ثروتمند اصلی جهان طی دوره شیوع افزایشی قابل توجه داشته است؟ پس استعمال لفظ زیان به طور تام ممکن است صحیح نباشد!

باید بگوییم زیان عده‌ای و سود عده‌ای! و از رهگیری عده‌ای که سود کلانی به دست آورده‌اند، اتفاقاً به همان افرادی خواهیم رسید که حرف و حدیث‌های بسیاری پیرامون آنها وجود دارد، عمده این افراد حامیان مالی نهادهای کلان بهداشتی هستند.

پیش از هر چیز نخست باید به مفهوم منابع ثروت در جهان از زاویه‌ای متفاوت بنگریم که این چارچوب ساده و فرضی در درک مفهوم فریب قرن بسیار موثر خواهد بود^۱.

کره زمین را در نظر بگیرید، یک اکوسیستم و یک سامانه بسته که حیات در این سیاره وابسته به مایعی به نام آب است. جالب است بدانیم آب در این سیاره در مقادیری نسبتاً ثابت به مدت میلیون‌ها سال وجود داشته و خواهد داشت، یعنی تک تک قطرات آب موجود بر کره زمین میلیون‌ها سال است که وجود دارند و تنها در حال تغییر در آرایش مولکولی و تغییر فاز هستند و اگر بخواهیم دقیق‌تر بدان پردازیم تعداد اتم‌های اکسیژن و هیدروژن آن تقریباً در مقدار ثابتی می‌باشد که در کنار هم مولکول H_2O یعنی آب را تشکیل داده و این آب دائماً در حال تبدیل به بخار و یخ و آب جاری در نقاط کره زمین می‌باشد و یا طی واکنش‌های شیمیایی و جابجایی اتم‌های اکسیژن و هیدروژن تبدیل به ترکیبات دیگری خواهد شد، اما در نهایت مقدار آب موجود بر سطح کره زمین یک مقدار ثابت است. شاید بهتر است قدری این موضوع را با

^۱ استفاده از این مثال صرفاً به منظور ساده‌سازی فعل و انفعالات اقتصادی می‌باشد و از جهاتی نیز ممکن است صحیح نباشد.

مثال‌های غیرمعمول ساده‌تر کنیم؛ لیوان آب بر روی میز ما مملو از مولکول‌های آبی است که ممکن است یکی از آنها به شکل باران بر سر دایناسورها باریده باشد، یکی از آنها در جام شراب اسکندر مقدونی بوده، یکی از آنها در رگ‌های خشایارشا هخامنشی بوده، یکی از آنها اشک چشم راهبه‌ای در لهستان بوده، یکی از آنها قطعه یخ لیوان نوشیدنی هنرپیشه هالیوودی و یکی هم شاید در ادرار شترهای اعراب صحرائین! و به همین شکل این قطرات تا آخرین روزهای حیات این سیاره (شاید بی‌نهایت) موجود خواهند بود و دائم در حال تغییر و تبدیل هستند.

حال این سؤال به ذهن متبادر می‌گردد که با این وجود پس خشکسالی چه معنایی دارد؟ یعنی اگر در یک سرزمین مدتی طولانی باران و برف نبارد و رفته رفته منابع آب این سرزمین کاهش یابد این آب به کجا رفته؟

پاسخ: با توجه به اینکه مقادیر آب کره زمین یک مقدار ثابت می‌باشد، در هنگام خشکسالی در یک نقطه در نقطه دیگری از زمین منابع آب افزایش یافته و ممکن است همزمان با خشکسالی یک سرزمین، سرزمین دیگری در سیل فرو رود. پس در واقع در هنگام خشکسالی و سیل آب‌ها ناپدید نشده و یا به وجود نیامده است بلکه آبی که می‌بایست به میزان یکسان در همه سرزمین‌ها تقسیم شود در نقطه‌ای کاهش و در نقطه‌ای دیگر متمرکز و جمع شده است.

در نگاه ساده و کلی برای افرادی که همچون نگارنده سر رشته‌ای در اقتصاد ندارند، ثروت نیز از قاعده‌ای مشابه پیروی می‌کند. بر طبق گزارشی در سال ۲۰۱۵ کل ثروت جهان ۲۴۰ تریلیون دلار برآورد شده است که ۸۶ تریلیون آن یعنی حدوداً ۳۴ درصد آن فقط در کشور آمریکا قرار داشته و بعد از آن ۲۳ تریلیون آن یعنی ۹ درصد آن در چین قرار دارد.

در سال ۲۰۱۸ ثروت آمریکا به ۳۰ درصد ثروت کل جهان کاهش می‌یابد و ثروت چین به عددی می‌رسد می‌رسد که ۱۶ درصد ثروت

جهان است.^۱ اما در سال ۲۰۱۹ شرایط کمی متفاوت شده و معادله ثروت در جهان قدری تغییر می‌کند، به طوری که چین به پایین‌ترین میزان موفقیت خود در ۳۰ سال اخیر می‌رسد و انگشت اتهام این واقعه به سمت کاخ سفید و دونالد ترامپ نشانه می‌رود!

گفته می‌شود که چنگیزخان مغول پس از یورش به ایران و فتح شهرهای ایرانی به منبرها رفته و با سفسطه‌ای خلاقانه مردم و بزرگان شهر را در پای منبرها جمع می‌کند و به آنها می‌گوید که «من انتقام خداوند هستم که به موجب اعمال زشت شما بر شما فرود آمده‌ام!»

گویی شیوع مانند سپاهیان چنگیز بیش از هر کس دیگر به کیفر اعمال زشت ترامپ در قبال چین برخاسته است. این کشور رکورددار تلفات همان ویروسی می‌شود که خاستگاه آن همان سرزمینی‌ست که وی آن را فقیرتر کرده و جناح مخالف او که هزینه تحقیقات بر روی این ویروس را به چین و آزمایشگاه‌های ووهان پرداخته است به موجب این کیفر توانسته‌اند زمینه تقلب در انتخابات و حذف وی از کاخ سفید را فراهم آورند و بدین ترتیب منافع صاحب ویروس و دارنده فعلی آن به هم گره خورده است.

اما نکته جالب توجه اینجاست که اگر فرض کنیم پول و ثروت هم در مثالی مانند آب تقریباً در یک مقدار ثابتی در جهان وجود دارد و تنها ممکن است توزیع آن در جهان تغییر کند، همانطور که سیل و خشکسالی در زمین رخ می‌دهد، ثروتمند شدن و فقیر شدن نیز در جهان از همان الگو پیروی خواهد کرد.

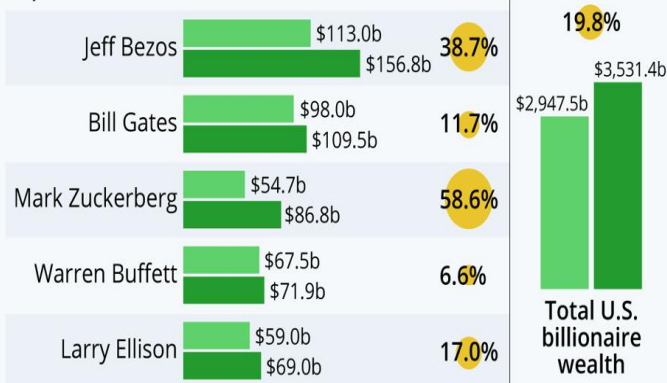
چگونه می‌توان از وقوع پاندمی به عنوان علت بروز زیان‌های اقتصادی یاد کرد در حالی که با نگاهی اجمالی به ثروت ثروتمندان برجسته دنیا بلافاصله خواهیم دانست که سرمایه این افراد چند برابر شده است؟ یعنی به همان میزانی که ثروت از دست گروهی خارج شده و یا در مارا تن افزایش ثروت عقب مانده‌اند، سیلاب ثروت به سمت گروهی دیگر سرازیر شده است.

U.S. Billionaire Wealth Surges During Pandemic

Change in the wealth of U.S. billionaires since the beginning of the pandemic

■ March 18 ■ June 17 ● % growth over 3 months

Top five U.S. billionaires



Source: Institute For Policy Studies



Forbes statista

تصویر ۱۴۴- افزایش چشمگیر ثروت بیل گیتس و مارکز زاکربرگ و جف بزوس که همگی از جمله حامیان مالی سازمان‌های مرتبط با بهداشت هستند. (رجوع کنید به پرده دوم و سوم فریب)

به عنوان مثال کافیست به تغییرات ثروت پنج ثروتمند آمریکایی توجه کنیم که پس از شیوع کرونا ثروت‌های آنها بسیار افزایش یافته است.

بنابراین می‌توان اکنون محلی که سیلاب جاری شده است را بهتر شناخت، ثروت در سراسری شیوع به حساب‌های چند شرکت فراملی سرازیر شده و سیلاب ثروت نصیب گروهی محدود شده است، پس چگونه می‌توان از شیوع به عنوان مقوله‌ای صرفاً زیان‌آور یاد کرد؟
انگار که شیوع برای مخالفین سیاست‌های ترامپ جز خیر و برکت نبوده است!

در نهایت باید گفت هر چند بروز همه‌گیری در نگاه اول تصویر کارخانه‌های تعطیل شده و بنگاه‌های اقتصادی غبار گرفته و اقتصادهای زیان دیده را به ذهن متبادر می‌کند، اما این فقط لایه سطحی و فوقانی آن است. آیا ممکن است منافعی در این امر وجود داشته باشد که سیاستمداران به طمع نفعی بزرگتر نفعی کوچکتر را قربانی کرده و به اصطلاح برای ده قدم به جلو سه قدم به عقب برداشته باشند؟

امروزه در بحث اقتصاد بیشتر با مفهوم افراد ثروتمند سر و کار داریم تا دولت‌های ثروتمند، و بخش عمده ثروت جهان در دست گروهی اندک قرار گرفته که این گروه آنقدر به قدرت و جایگاه اقتصادی رسیده‌اند که می‌توانند به دولت‌ها نیز کمک مالی کرده و در پروژه‌هایی به مدد دولت‌ها آمده و یا تسهیلاتی در اختیار دولت‌ها بگذارند. در حقیقت امروز کشورهای ثروتمند کشورهای هستند که خانواده‌های صاحب ثروت تابعیت آن کشورها را داشته و مقیم آنجا می‌باشند و از آنجا که افراد این لیست اغلب ساکن ایالات متحده آمریکا هستند منطقی می‌نمایند که ۳۰ درصد کل ثروت‌ها جهان متعلق به ایالات متحده باشد. بنابراین امروزه این افراد و کمپانی‌های ثروتمند هستند که موازنه توزیع ثروت در سراسر جهان را ترتیب می‌دهند و جهان رفته رفته به سمت اقتصاد غیردولتی رفته است.

تصویر گول زننده اقتصادهای کساد شده و تجارت‌های ورشکسته شده ممکن است مردم را دچار این ذهنیت کرده باشد که سیاستمداران و

رهبران جهان از بروز این همه‌گیری ناراضی و ناراحت بوده و احیاناً در اطلاع آن و کند شدن روند کنترل آن دستی نداشته‌اند. درک لایه‌های زیرین این زیان اقتصادی کمی دشوار است و می‌بایست برای ساده‌سازی آن به مثال‌های ملموس‌تری از جنس زاینده‌های افکار تهی از سواد اقتصادی نگارنده متمسک شویم.

نخست به ذکر دیالوگی ماندگار از رت باتلر یکی از شخصیت‌های شاهکار مارگارت میچل به نام بر باد رفته می‌پردازیم:

”در فروپاشی یک ساختار اجتماعی و اقتصادی به اندازه ساختن آن منافع مالی نهفته است“

اما چگونه؟ چگونه نقاب اقتصاد می‌تواند مردم را به نوعی فریب دهد که گمان کنند پاندمی برای رهبران و سیاستمداران نیز یک واقعه غم‌انگیز بوده است؟

اقتصاد امری پویاست و دائم در حال پوست‌اندازی و تغییر ساختارهای بنیادین خود است. به این مثال توجه کنید که در ساده‌ترین شکل روند پوست‌اندازی اقتصادی و چرخش زیرساخت‌های اقتصادی را ممکن است در ذهن شما ترسیم کند؛

به دوران پیش از اختراع خودروها بازگردیم. دوران کالسکه، درشکه، اسب و یابو و قاطرها!

ساختار اقتصادی جامعه در این دوران تا حد زیادی بر همین اساس شکل گرفته و اصناف متعددی حول محور اسب و کالسکه و درشکه تشکیل شده‌اند از جمله:

۱. پرورش دهندگان اسب و مزرعه‌داران
۲. متخصصین زایمان اسب، متخصصین نژادشناسی و خرید و فروش اسب

۳. متخصصین نعل‌کوبی

۴. پزشکان تجربی متخصص در، جا انداختن دست و پای اسب و پانسمان جراحات و درمان شکستگی‌های اسب

۵. سازندگان چرخ‌های درشکه و تعمیرکاران آن

۶. سازندگان شلاق، لگام، زین و یراق آلات مربوطه

۷. فروشندگان زین و پالان و وسایل جانبی
 ۸. متصدیان باربری با گاری و درشکه
 ۹. پیک‌ها و نامه‌رسان‌های اسب سوار
 ۱۰. بخش تخصصی سواره نظام و ادوات جنگی در ارتش‌ها شامل طراحان و اجرا کنندگان سازه‌های حمل و نقل توپ و جنگ افزار با چارپایان
 ۱۱. کشاورزان زراعت کننده علوفه اسب و قاطر
 ۱۲. فروشندگان داروهای چهارپایان
 ۱۳. دست اندرکاران برگزاری مراسمات و تشریفات و نمایش‌های حیوانات مذکور
 ۱۴. چرم دوزان و طراحان چکمه‌ها و دستکش‌های مخصوص
 ۱۵. رانندگان و مسافربران داخل شهری همراه با کالسکه و درشکه
 ۱۶. رانندگان و مسافربران خارج شهری و بین‌المللی
 ۱۷. مدرسان و آموزش دهندگان درشکه‌رانی و کالسکه سواری و اسب دوانی
 ۱۸. پرورش دهندگان اسب‌های جنگی
- و ده‌ها مورد از اصناف و مشاغل ک حول محور اسب و درشکه و کالسکه شکل گرفته‌اند و ذکر آنها از حوصله بحث خارج است.
- حال ضمن انقلاب صنعتی و با اختراع ماشین و به حاشیه رفتن صنعت درشکه رفته رفته این عناوین شغلی کمرنگ شده و بخش اعظم آن ممکن است اصلاً منقرض گردد و متصدیان آن ورشکسته و مغموم گردند. حال با توجه به این مورد آیا می‌توان گفت که با انقلاب ماشینی اقتصاد درشکه‌ای به طور کامل تعطیل شده و جامعه از محل تعطیلی درشکه دچار زیان‌های مالی و فلج شدگی اقتصادی گردیده؟ آیا می‌توان گفت انقلاب ماشینی موجب تعطیلی اقتصاد در جوامعی شده که درصد عظیمی از مردم آن به صورت اقماری در شغل‌های مرتبط با چهارپایان اشتغال داشته‌اند؟
- مسلماً خیر، چون این فروپاشی اقتصاد درشکه‌ای تنها لایه فوقانی تحولات صنعتی بوده و با جایگزین شده ماشین به جای درشکه ده‌ها و

صدها عنوان شغلی و اصناف جدید مرتبط با ماشین پدید خواهد آمد، از جمله:

۱. تعمیرکاران چرخ ماشین
۲. تعمیرکاران موتور
۳. تعمیرکاران برق خودرو
۴. تعمیرکاران بدنه
۵. تعمیرکاران صندلی خودرو
۶. رانندگان خودرو
۷. مدرسین رانندگی
۸. فروشندگان سوخت
۹. کارگزاران بیمه خودرو
۱۰. سازندگان هر قطعه از خودرو
۱۱. فروشندگان خودرو
۱۲. مسئولین خودروهای جنگی و...

در حقیقت با نوعی پوست‌اندازی در زیرساختی اقتصادی با تعطیلی ظاهری یک بخش عمده، بخش‌های جدیدی در ساختمان اقتصاد جامعه شکل می‌گیرد که صد البته برای گروهی دردناک و بی‌رحمانه بوده و تا مدت‌های مدید صنف بی‌رونق درشکه‌چی‌ها و درشکه‌معاش‌ها تصویری غم‌انگیز از اقتصاد فروپاشیده درشکه‌ای پدید می‌آورد، در حالی که گروهی که فرصت را مغتنم شمرده و همگام با این پوست‌اندازی صنوف سابق را رها کرده و به صنوف اقتصاد ماشینی پیوسته‌اند، وضعیت رضایت بخش‌تری خواهند یافت (در اقتصاد نوین به این افراد اصطلاحاً دست به ماشه گفته می‌شود).

اما آیا این قیاس ساده و نه چندان پیچیده در ارتباط با تغییر زیرساخت‌های اقتصادی مقارن با پاندمی نیز صادق است؟ یعنی ممکن است همانگونه که به واسطه اختراع ماشینی اقتصاد درشکه‌ای به اقتصاد ماشینی چرخش کرده بود، این بار با ظهور یک ویروس و همه‌گیری آن اقتصاد کشورها نیز دچار چرخش شود؟

اگر به تغییرات قیمت نفت و گاز از ابتدا تا انتهای شیوع دقت کنیم و در مقابل تغییرات قیمت دارو و لوازم بهداشتی را نیز در گوشه‌ای از ذهن خود داشته باشیم پاسخ این معما را خواهیم یافت.

و یا اگر به افزایش ثروت یکی از این ثروتمندان به نام «جف بزوس» صاحب کمپانی آمازون (محل خرید و فروش اینترنتی) و رونق کسب و کارهای مجازی توجه کنیم شاید بتوانیم قدری چرخش اقتصاد درشکه‌ای به ماشینی را این بار در چرخش اقتصاد به سمت اقتصاد مجازی و اینترنتی بیش از پیش ببینیم.

وینستون چرچیل نخست وزیر اسبق بریتانیا در جمله‌ای معروف اعتیاد بشر را در یک عامل خلاصه کرده و نیاز مشترک تمام انسان‌ها در سراسر جهان (که از آن به عنوان اعتیاد بشر نام می‌برد) را مهمترین عامل شکل‌گیری روابط بین‌المللی و بروز درگیری‌ها و جنگ‌ها می‌نامد... «سوخ، نفت و گاز!»

بر کسی پوشیده نیست که همواره یک رکن اصلی اقتصاد جهانی نفت و گاز بوده که اتفاقاً بخش اعظم آن در انحصار چند کشور از جمله ایران، روسیه، آمریکا، اروپای شمالی و کشورهای حاشیه خلیج فارس می‌باشد. داشتن نفت و گاز رهبران این کشور را در زمره تأثیرگذارترین مهره‌های سیاسی جهان درآورده تا جایی که به کرات در تاریخ این رهبران با افزایش قیمت نفت و یا حتی منع صادرات آن موجب خشم کشورهای دیگر به عنوان خریداران نفت و گاز شده‌اند، اما اندک زمانی پس از شیوع اعتیاد مشترک تمام مردم جهان رنگ دیگری به خود می‌گیرد. دارو، لوازم بهداشتی و واکسن!

۱. پاندمی کرونا دقیقاً مقارن با زمانی بود که شاهراه‌های اصلی صادرات نفت به اروپا و آمریکا (تنگه هرمز و باب المندب) تقریباً در اختیار ایران بوده و ایران با داشتن چنین اهرم مهمی می‌توانست در صورت بروز مشکلات سیاسی بحران‌های عظیمی در جهان ایجاد کند، به ویژه اینکه یکی از بزرگترین و حیاتی‌ترین توافقات سیاسی رهبران ایران و کشورهای موسوم به ۵+۱ (برجام) توسط طرف آمریکایی زیر پا گذاشته شده و طرف اروپایی نیز آنگونه که باید و شاید بدان پایبند نمانده و طرف

ایرانی می‌توانست تنها با تکیه بر اهرم تعیین کننده نفت در دسرهای بزرگی برای جهان پدید آورد. رقابت‌ها و درگیری‌های سیاسی میان رهبران ایران و امرای عرب بیش از پیش اثر خود را روی قیمت جهانی نفت و گاز نشان می‌دهد و از نوسان قیمت این فاکتور مهم افراد متعددی دچار نفع و زیان خواهند شد. عربستان و کشورهای حاشیه خلیج فارس هم جایگزین قابل اطمینانی برای جبران فروش نفت نیستند و می‌بایست معادلات بازار نفت دستخوش تغییراتی بنیادین گردد.

۲. بزرگترین اقتصاد جهان یعنی چین به عنوان یکی از بزرگترین خریداران نفت نیز از افزایش قیمت نفت و منع صادرات آن دچار زیان‌های اقتصادی عظیمی می‌گردید (و دست بر قضا این کشور در بدترین سال اقتصادی خود در سه دهه اخیر نیز به سر می‌برد) و از سوی دیگر این دولت از افزایش تعرفه‌های مالیاتی آمریکا بر کالاهای صادراتی و بازگشت بسیاری از سرمایه‌گذاران از چین به آمریکا بسیار ناخشنود بود و امید بسیاری به تغییر در ساختار سیاسی آمریکا در طی انتخابات اخیر بسته بود.

اکنون مدت زمان اندکی پس از شیوع ویروس کرونا قیمت نفت به اندازه‌ای افت کرد که حتی در برهه‌ای از زمان شاهد منفی شدن قیمت نفت نیز بودیم!

در مقابل همانطور که قیمت نفت در حال سقوط بود و کشورهای تولید و صادر کننده آن در حال زیان دیدن بودند، قیمت لوازم بهداشتی و دارو به شکل چشمگیری در حال افزایش بود. تقاضای بالا موجب شده بود اقلامی همچون ماسک، لباس‌های مخصوص، مواد دارویی و شوینده به قیمت چند برابر قبل عرضه شوند و برای شرح این چرخش اقتصادی تنها به ذکر یک مثال کوچک بسنده می‌کنیم:

قیمت نفت از هر بشکه حدود هشتاد دلار به هر بشکه ده دلار (و حتی منفی) می‌رسد، در مقابل قیمت ماسک‌های مصرفی از هر ماسک نیم دلار حتی تا ۷ دلار نیز در بازار آزاد می‌رسد.

حال بزرگترین خریدار نفت چه کسی است؟ چین
فروشنده عمده ماسک و لوازم بهداشتی چه کسی است؟ چین

چه کسی سودای فروش داروی ضد کرونا و واکسن را هم بر سر دارد؟
چین!

معادله‌ها به طرز مشکوکی به نفع چین تغییر کرده است و این کشور اکنون هم مایحتاج خود را به ارزان‌ترین قیمت خریداری می‌کند و هم محصولات خود را به قیمت بالاتری می‌فروشد (شاید همین موضوع دلیلی بر رشد اقتصادی مثبت این کشور در دوره شیوع باشد). و در انتها نیز با دهان کجی به سراسر جهان اندک زمانی پس از شیوع ویروس با نشر ویدئوها از فستیوال‌های چند هزار نفری در شهر ووهان (صد البته بدون رعایت هیچ پروتکلی) و جشن‌های متهدد با حضور رهبر همیشه خندان خود پیام سفید شدن شرایط و پایان همه‌گیری در کشور خود را به جهان مخابره می‌کند و حتی با هییتی قهرمانانه به کشورهایی همچون برزیل قول فروش واکسن نیز می‌دهد.



تصویر ۱۴۵- برگزاری فستیوال موسیقی در شهر ووهان چین، محل آغاز همه‌گیری کرونا آن هم درست در زمانی که اکثر کشورهای جهان همه روزه مبتلایان و متوفایان زیادی از این بیماری را گزارش می‌دهند. بعدها دولت چین مدعی شد که به ساکنین این منطقه واکسن کرونا تزریق کرده است، گویا

تصاویر جشن‌ها نیز تبلیغاتی خلاقانه برای کیفیت و تأثیر واکسن‌های چینی بوده.

واقعاً چنین اتفاق رخ داده است؟ یعنی به فاصله چند ماه پس از نشر یک ویروس از یک کشور، همان کشور موفق شده نفت مورد نیاز خود را به پایین‌ترین قیمت خریداری کند، در عین حال محصولات خود را با قیمت بیشتری به جهان عرضه کند و در نهایت زودتر از سایر کشورها بر این بیماری فائق آمده و قصد دارد به هیبتی قهرمان‌گونه به سایر کشورها واکسن نیز بفروشد!

اگر این کشور همان کشوری باشد که ویروس از آن ظهور کرده باشد، آیا شائبه ساختگی بودن و از پیش طراحی شده بودن این ماجرا باز هم تصویری برخاسته از توهم توطئه است؟ به همین سادگی هم از کشورهای تولیدکننده نفت به عنوان قدرتمندترین قطب‌های اقتصادی خلع قدرت گردیده و هم محصولات جدیدی (مانند تجربه تاریخی اقتصاد ماشینی به جای درشکه‌ای) به جهان عرضه می‌گردد. با این تفاوت که این بار اختراع جدید همچون ماشین دلچسب و مقبول نبوده بلکه از سنخ ویروس و بیماری و دارو و واکسن می‌باشد که نیمی از آن رعب‌انگیز و نیمی از آن امیدبخش است.

حال پس از پاندمی قدرت‌های نوظهور که عرضه‌کننده واکسن و دارو و مواد بهداشتی هستند، بر صندلی ریاست جهان به جای فروشندگان نفت و گاز تکیه خواهد زد و اقتصاد جهان از اقتصاد "نفت، طلا و اسلحه" به سمت اقتصاد "واکسن، دارو، نفت و طلا و اسلحه" گردش خواهد کرد.

حال کمپانی‌های بزرگ دارویی و پزشکی درست در همان میز قدرتی خواهند نشست که پیشتر دارندگان نفت و گاز بر آن حکمرانی می‌کردند. چرا که کشورهای جهان می‌بایست هر آنچه از نفت و گاز و طلا و آهن دارند تقدیم آنها کنند برای دریافت دارو و تجربه.

پس در حقیقت همه اقتصادهای کلان جهان دچار فروپاشی نشده و گروهی هوشمندتر سرمایه‌گذاری هوشمندانه‌تری انجام داده و بخشی از اقتصاد خود را موقتاً قربانی تجارت پرسودتری نموده است به عبارتی سه

قدم به عقب رفته‌اند برای ده قدم به جلو. شاید به همین دلیل است که در چین تنها یک استان آن درگیر بحران پاندمی می‌شود و با اینکه فاصله پکن تا ووهان از فاصله ووهان تا تهران بسیار کمتر است در اندک زمانی ویروس سراسر جهان را در می‌نوردد و به سایر استان‌های چین راهی نمی‌یابد! پس علاوه بر نفع سیاسی منافع اقتصادی کلانی نیز نصیب رهبران و سیاستمداران خواهد شد و مهره‌چینی قدرت درست مانند دوران چرخش اقتصاد درشکه‌ای به ماشینی مجدداً دچار چرخشی عظیم شده و تجارت دارو و واکسن و سایر لوازم بهداشتی شرایط را برای کشورهای دارنده نفت و گاز دشوار می‌سازد. اکنون چاه‌های نفت آزمایشگاه‌های واکسن‌سازی و داروسازی بوده و سرداران فاتح محققین سفیدپوش.

نتیجه اینکه با وقوع این همه‌گیری مهره‌چینی قدرت در جهان به سود چین، اروپا و آمریکا به عنوان پیشتازان تکنولوژی پزشکی و دارویی، بهداشتی و به زیان دارندگان نفت و گاز همچون روسیه و کشورهای حاشیه خلیج فارس چرخیده و رویای دیرینه آنها یعنی خلع سلاح و خلع قدرت این کشورها کمی به واقعیت نزدیکتر می‌شود. البته روسیه در این ماراتن سعی کرده فاصله خود را از دوست و رقیب خود را کم کرده، لذا از واکسنی رونمایی می‌کند که در هیچ منبع علمی از آن سخنی گفته نشده و جمیع محققین جهان را در حیرتی مشکوکانه و مالا مال از بی‌اعتمادی فرو می‌برد.

در نتیجه بروز این شیوع هر قدر هم برای مردمان عادی که ابتلا و شاید مرگ عزیزان و نزدیکان خود را تجربه کرده‌اند دردناک باشد برای برخی رهبران سیاسی آنقدرها هم غم انگیز نبوده، چرا که این شیوع هم راستا با اهداف سیاسی و اقتصادی آنها نیز بوده و می‌تواند اهدافی که شاید پیشتر برای احقاق آنها نیاز به جنگ‌های بزرگ و خونریزی‌های متعدد بوده را به راحتی برایشان محقق سازد.

پس حتی با نگاه یک فرد عادی و غیر متخصص نیز می‌توان فهمید که این همه‌گیری می‌تواند از نگاهی دیگر بسیار مطلوب بوده باشد و پشت چهره‌های نگران رهبران سیاسی جهان (نه همه آنها، چون به هر

حال گروهی در زمره زیان‌دیدگان این چرخش سیاسی و اقتصادی قرار می‌گیرند و بسیار میل به پایان پاندمی دارند) رضایت و خشنودی عمیقی از وقوع همه‌گیری پنهان شده باشد.

حال با وجود این موارد بحران کرونا از یک واقعه صرفاً پزشکی تبدیل به ابزاری سودمند می‌شود که شدت و ضعف آن، طولانی شدن آن، اخبار خوب و بد مرتبط با آن همگی می‌بایست از کانال مصلحت و تأیید سیاستمداران و تاجران عبور کند و حتی آمار مبتلایان و کشته‌شدگان ناشی از آن به موازات مطلوب رهبران تغییر نماید که خواهیم دید این امر بسیار انجام شده و می‌شود.

اما چطور ممکن است قداست دانش پزشکی و سفیدپوشان آلوده به مصالح سیاسی و اقتصادی شود و از یک پدیده پزشکی یک ابزار نوین پدید آید؟ آیا سفیدپوشان و افراد متخصص متوجه این فریب نمی‌شوند؟ و یا متوجه می‌شوند و سکوت می‌کنند؟

لازم است مجدداً به فصول اول و دوم رجوع نماییم و خطاهای ذهنی (خطاهای شناختی) را مجدداً مرور کنیم.

پاسخ این سؤال در پیکره سازمان‌های بین‌المللی بهداشتی نهفته است. این سازمان‌ها از جمله سازمان بهداشت جهانی ابداً یک ارگان مستقل نیستند که در چنین مواقعی صرفاً به اولویت‌های بهداشت پرداخته و مرزی میان خود و دستان آلوده سیاستمداران و تاجران بکشد. بلکه از آنجایی که بودجه این سازمان‌ها تماماً توسط افراد و دولت‌های ذینفع در فعل و انفعالات مذکور تأمین می‌گردد، به نظر می‌رسد اولویت این سازمان‌ها مصالح پشتیبان‌های مالی آن سازمان بوده باشد و این صرفاً نظر نگارنده نیست بلکه التزام و تعهد این سازمان به دولت‌ها و حاکمیت‌ها به کرات توسط خود سیاستمداران مطرح گردیده است، تا جایی که رئیس‌جمهور آمریکا در بحبوحه شیوع بودجه پرداختی سازمان بهداشت جهانی را به علت همکاری این سازمان با چین به یکباره قطع می‌نماید و تنها همین مثال سندی بر سیاسی بودن این سازمان می‌باشد. حال سازمان‌های با این عناوین بزرگ و خیره‌کننده تنها مرجع معتبر ارائه دستورالعمل‌ها و راهکارهای مقابله با شیوع هستند و تمام پزشکان و

متخصصین سراسر جهان نیز از این دستورالعمل‌ها تبعیت کرده و بدین ترتیب با کمترین احتمال به وجود فساد در رأس این سازمان زنجیره از خطاها، فریب‌ها و فسادها در تمام شبکه‌های بهداشت جهان پدید می‌آید و هر سفیدپوش و عضو کادر درمان در هر گوشه از جهان نماینده و مجری برنامه‌ها و دستورالعمل‌های این سازمان خواهد بود (چرا که هر گونه اقدام خلاف این چارچوب‌ها خطای حرفه‌ای و تخطی از قوانین پزشکی می‌باشد و مسئولیت مدنی و قضایی شامل حال فرد خاطی می‌گردد).

شناسنامه جدید اروپا

”نتیجه نشست بروکسل“: اعضای اتحادیه اروپا ۷۵۰ میلیارد یورو کمک مالی از اتحادیه اروپا خواهد کرد که ۳۹۰ میلیارد آن به صورت بلاعوض و ۳۶۰ میلیارد آن به صورت وام خواهد بود.^۱

چگونه اتحادیه اروپا که خود متشکل از کشورهای اروپایی‌ست می‌تواند به خود کمک مالی کرده باشد؟ یا بهتر بگوییم چگونه یک کشور به خود کمک مالی خواهد کرد؟ پاسخ: چاپ اسکناس (خلق پول)!

در واقع به واسطه شیوع بیماری و لطمه به اقتصاد قاره سبز اتحادیه اروپا مجوز چاپ اسکناس در مقادیر عظیم را تأیید کرده و اهمیت این موضوع به اندازه‌ای‌ست که از آن به عنوان سند شناسنامه جدید اروپا یاد می‌شود. اگر بحران و همه‌گیری در ابعاد جهانی رخ نمی‌داد اتحادیه اروپا تحت هیچ شرایطی اجازه چاپ اسکناس تا این اندازه را نداده و نیم نگاهی به اوضاع وخیم اقتصادی اروپا قبل از شیوع به ویژه در کشورهای ایتالیا و فرانسه و اسپانیا (که اتفاقاً در شمار پر تلفات‌ترین کشورهای دوره شیوع نیز هستند) کمی این احتمال را قوی‌تر می‌کند که در حقیقت این کشورها نیز از شیوع نفع برده‌اند. با این تفاوت که شیوع بیماری توانست چندین میلیون معترض جلیقه زرد فرانسوی و خشمگین اسپانیایی را نیز به خانه‌ها هدایت کند و آرامش را به خیابان‌های این کشورها آورد.

^۱ دویچه وله

با افزودن ۷۵۰ میلیارد یورو به بودجه ۱,۱ تریلیون یورویی اتحادیه اروپا برای سال‌های ۲۰۲۱ تا ۲۰۲۷، کمیسیون اروپا ۱,۸۵ تریلیون یورو در اختیار خواهد داشت تا به گفته "فون درلاین" بتواند اقتصادهای اروپا را به تحرک مجدد در آورد و متضمن آن باشد که اروپا به پیش خواهد تاخت.

این کمک‌ها اتحادیه اروپا را وادار به ایجاد اعتبار برای بازپرداخت وام تا سال ۲۰۵۸ میلادی می‌کند. بر این اساس رهبران کشورهای اروپایی موافقت کردند که تخفیف‌های فعلی آلمان، سوئد و هلند در موضوع مالیات بر ارزش افزوده‌ای که به اتحادیه اروپا می‌دهند، برداشته شود، همچنین کشورهای اتحادیه اروپا، مالیاتی را برای پلاستیک‌های غیربازیافتی وضع و درآمد آن را به صندوق‌های اتحادیه اروپا منتقل کنند. طبق این توافق، مقرر شد از سال ۲۰۲۳ میلادی مالیات بر کالاهای وارداتی به اتحادیه اروپا از کشورهایی که استانداردهای پایین‌تری در تولید گازهای گلخانه‌ای نسبت به اتحادیه اروپا دارند وضع شود. در واقع ضمن این رخدادهای مالیات‌های سنگینی برای کشورهای غیراروپایی وضع می‌شود که وجود یک نکته جالب توجه یعنی تولید گازهای گلخانه‌ای توجه را جلب می‌کند.

وزیر اقتصاد فرانسه از توافق رهبران اروپایی بر اثر برنامه نجات اقتصادی اروپا به عنوان تولد یک اروپای جدید نام می‌برد. «برونو لو مر» روز سه شنبه در گفت و گو با رادیو «فرانس انفو» گفت: این توافق، «شناسنامه تولد یک اروپای جدید» است.

او می‌گوید؛ این اروپای جدید، متحدتر و سبزتر به ویژه برای فرانسه و آلمان خواهد بود که برای نخستین بار در تاریخ اروپا به توافق رسید. روزنامه اقتصادی «لژکو» هم معتقد است این توافق موجب یک انقلاب کوچک در اروپا خواهد شد. اما در عین حال که امتیازهای قابل توجهی برای کشورهای شمال اروپا در بر خواهد داشت همچنین موجب کاهش جاه‌طلبی پاریس و برلین می‌شود. لژکو می‌نویسد: این توافق در ۲۷ سالگی تأسیس اتحادیه، اروپا را به بعدی جدید یعنی نوعی از همبستگی در بودجه و گام برداشتن به سمت شکلی از فدرالیسم متمایل می‌کند.

بانک مرکزی اروپا نیز بیش از یک تریلیون یورو در طول سال‌های پیش رو اوراق قرضه خریداری خواهد کرد. با این حال یکی از اصلی‌ترین مسائل پیش رو بر سر موفقیت این بسته، چگونگی تأمین منابع مالی لازم برای اجرای آن است. در شرایطی که بسیاری از کسب و کارها به دنبال تعطیلات سراسری گسترده و کاهش درآمد مصرف‌کنندگان با مشکلات مالی عدیده مواجه هستند، کشورهای اروپایی کار دشواری برای افزایش درآمد مالیاتی دارند. اورسلا فون در لین - رییس کمیسیون اروپا نیز گفته است اروپا یک بار دیگر وحدت خود را نشان داد و از این بحران قوی‌تر از قبل بیرون خواهد آمد.

حتی اگر فرض کنیم شیوع بیماری امری طبیعی و محصول وقایع زیست‌شناختی‌ست نیز باید بپذیریم این شیوع موهبتی الهی در حق برخی رهبران اروپایی بوده که هم برای آنها راهگشای مسائل اقتصادی بوده و هم آرامش را به خیابان‌های فرانسه و اسپانیا آورده است. به دیگر کلام موج بیماری صرفنظر از ساختگی بودن یا نبودن فرصت موج سواری‌های متعددی به رهبران و سیاستمداران داده و هر کس مطابق با نیازها و دغدغه‌های خود از آن بهره‌برداری کرده است و با توجه به اینکه چنین واقعه نادری فرصتی کم تکرار می‌باشد خود از طولانی شدن و شدت گرفتن آن خشنود بوده و تمایل چندانی به فروکش کردن آن نشان نمی‌دهند.

در حقیقت بزرگترین تحولات جهانی در هیاهوی شیوع بیماری به شکلی کاملاً آرام و نرم انجام گرفته است. در حالی که در دوران پیش از شیوع وقایعی همچون خروج بریتانیا از اتحادیه اروپا تا مدت‌ها کانون توجه رسانه‌ها می‌شد، اکنون وقایعی بزرگتر که از آن با عنوان انقلاب‌های کوچک یاد می‌شود در میان تیت‌ر کشته شدگان و مبتلایان کرونا کمتر به چشم می‌آید.

در افشاگری‌های عجیب دیگری در ۲۷ جولای ۲۰۲۰ الکساندر لوکاشنکو رئیس جمهور بلاروس اعلام کرد که بانک جهانی و صندوق بین‌المللی پول به او مبلغ ۹۴۰ میلیون دلار در قالب کمک مالی کووید

پیشنهاد نموده و در مقابل از اون چند چیز خواسته‌اند: تحمیل قرنطینه، ماسک اجباری، تعطیلی کشور و مقررات سخت رفت و آمد!

به چه علت صندوق بین‌المللی پول و بانک جهانی چنین مبلغ هنگفتی را تنها به یکی از کشورهای کوچک و کم جمعیت اروپا پیشنهاد می‌کند تا این کشور قوانین سخت قرنطینه برای مردم وضع نماید؟ آیا هدف بهداشت و سلامتی انسان‌هاست؟

شاید پاسخ این سؤال در وقایع اخیر بلاروس نهفته باشد، جمعیتی چند ده هزار نفری معترض در خیابان‌های پایتخت بلاروس بدون هیچگونه فاصله‌گذاری و رعایت موارد بهداشتی!

در دوره‌ای پر تنش که سازمان‌های بهداشتی جهان ضریب انتقال ویروس کرونا را خارق‌العاده وصف کرده‌اند و انتقال از ناقلین بی‌علامت و اشیاء را نیز در ردیف مسیرهای انتقال آورده‌اند آیا برگزاری راهپیمایی‌ها و تظاهرات‌های پر ازدحام نباید منتج به سیلابی از بیماری و مرگ دسته جمعی گردد؟ به این تصاویر دقت کنید و از خود سؤال کنید که این اعتراضات تا به چه اندازه توسط رسانه‌ها در دوره شیوع پوشش خبری داده شده است؟



تصویر ۱۴۶- معترضین بلاروسی در اوج دوران شیوع کرونا تقریباً بدون رعایت پروتکل‌های بهداشتی خواهان کناره‌گیری لوکاشنکو از قدرت شده‌اند.

انتظار می‌رفت پس از این اعتراضات پایتخت بلاروس مملو از اجساد بیماران کرونایی شود، ولی نشد!

بنا بر اصل احتمالات، قطعاً در این جمعیت عظیم چند ده فرد مبتلای قطعی حضور دارد و همچنین صدها ناقل بی‌علامت؛ بنابراین پس از انجام این اعتراضات که بی‌تردید توأم با فریاد و سردادن شعارهایی‌ست که بیش از پیش دراپلتهای تنفسی و ترشحات بزاقی افراد را وارد محیط می‌کند آیا نباید در بلاروس منتظر یک جویبار خون باشیم؟ اتفاقی که هیچگاه رخ نداد.

اما مسئلهٔ تکان دهندهٔ دیگری نیز وجود دارد!

یکبار دیگر به لیست افراد ثروتمند که طی شیوع ثروتمندتر شده‌اند بازگردیم و ببینیم صنعت و تجارت آنها حول چه محوری بوده که شیوع کرونا توانسته آنها را غنی‌تر کند:

۱. بیل گیتس؛ سرمایه‌گذار در امور دارویی و از حامیان مالی مرکز CDC و سازمان بهداشت جهانی

۲. مارک زاکربگ؛ رئیس شرکت فیس‌بوک و مجموعه‌های اقاماری آن نظیر اینستاگرام و واتس آپ و... و از حامیان مالی مراکز بهداشت از جمله CDC

۳. جف بزوس؛ رئیس شرکت آمازون مرجع خریدهای آنلاین و غیرحضور!

چیدمان این سه شخص بسیار جالب توجه است؛ یکی ارباب دارو و واکسن، دیگری ارباب رسانه و دیگری ارباب زندگی مجازی...!!

جالب‌تر اینکه محصولی به نام ویروس کرونا و هراس و وحشت ناشی از آن و طرح کلی فریب نیز برخاسته از سازمان بهداشت جهانی و رسانه‌هاست که اکنون می‌دانیم این سازمان توسط چه کسانی حمایت مالی شده و رسانه‌ها نیز متعلق به کسانی‌ست که از ذینفعان همه‌گیری کرونا هستند و این بدان معناست که هر روز طولانی‌تر شدن شیوع موجب افزایش ثروت همان کسانی می‌شوند که دست بر قضا سردمدار تبلیغات و رسانه‌ها و صنایع دارویی هستند.

منافع این سه گروه چنان در هم تنیده است که این افراد گاه به کمک یکدیگر نیز برخاسته و مثلاً شبکه‌های اجتماعی متعلق به ارباب رسانه مطالبی که موجب واکنس هراسی می‌شود را به طور کامل حذف و سانسور می‌نماید! تا جایی که حتی متون و نوشته‌های رئیس جمهوری آمریکا دونالد ترامپ نیز از صفحات اجتماعی حذف می‌شوند و یا محصولی دارویی توسط رسانه‌ها به افکار عمومی معرفی می‌شوند و فشار رسانه‌ای مردم را بیش از پیش وادار به ادامه قرنطینه و خانه‌نشینی کرده تا خریدها و داد و ستدها از طریق اینترنت انجام شود و ارباب دیگر هر روز ثروتمندتر شوند.

در چنین شرایطی که تداوم دوره شیوع، محل کسب منافع عظیم توسط گروهی از صاحبین قدرت است (که تعدادشان بسیار است و به عنوان مثال به ذکر سه مورد آنها بسنده کردیم) آیا این احتمال وجود ندارد که اطلاع دوره شیوع و تشدید آن، ایجاد وحشت رسانه‌ای و مهندسی آمارها با انگیزه‌های اقتصادی صورت گرفته باشد؟

اکنون که می‌دانیم دوره شیوع دوره ثروت‌افزایی گروهی از ثروتمندان و زیان مالی گروهی دیگر بوده پس منطقی نیست "صرفاً" از آن به عنوان دوره بروز زیان‌های مالی یاد کنیم، بلکه دوره شیوع، دوره تغییر مهره چینی‌های اقتصادی و جابجایی ثروت از حساب‌های بانکی یک گروه به حساب‌های بانکی گروهی دیگر بوده است. این بدان معناست که در این دوره اقتصاد، مانند دوره انقلاب ماشینی دچار پوست‌اندازی شده و طیف بزرگی از صنایع و تجارت‌ها (به مانند صنعت درشکه) جای خود را به نسل جدید از تجارت‌ها و صنایع داده است و ماهی‌های بزرگ این بار تعداد بسیاری از ماهی‌های کوچک را بلعیده‌اند و حجم عظیمی از ثروت از ید صاحبان قبلی آن به ید صاحبان جدید رسیده است.

و القای حس زیان دیدگی تنها پوششی بر این مسئله است که شیوع خود محل ثروت‌اندوزی گروهی بوده است که حتی اگر طراح این فریب نبوده‌اند لاقط گردانندگان و تشدید کنندگان آن بوده‌اند و همین امر مسئله شیوع را از یک بحران صرفاً پزشکی به فریبی سیاسی و اقتصادی بدل نموده است.

سیاست

کرونا در چه زمانی شایع شد؟ آیا درک اوضاع و احوال سیاسی و اقتصادی جهان در اواخر سال ۲۰۱۹ و اوایل ۲۰۲۰ منجر به درک بهتری از مفهوم فریب قرن خواهد شد؟

چنانچه بخواهیم بسیار ساده و به دور از جزئیات ملالت‌آور سیاسی و اقتصادی جهان در هنگام پاندمی را وصف کنیم گزیده‌ای از قابل‌توجه‌ترین موارد به شرح زیر خواهد بود که همگی در ردیف اخبار و اطلاعاتی قرار می‌گیرند که درک آن چندان پیچیده نیست و با ارائه یک وصف کلی به دور از جزئیاتی که در صلاحیت اندیشکده‌ها، پژوهشکده‌های سیاسی و اجتماعی است می‌توانیم نمایی کلی و صحیح از جهان در هنگام بروز پاندمی را در ذهن خود تجسم کنیم:

۱. ایالات متحده یکی از فرماندهان ارشد نظامی ایران را به شهادت رسانده و نیروهای نظامی ایران در اقدامی متقابل به یکی از بزرگترین پایگاه‌های نظامی آمریکا در خاک عراق حمله موشکی انجام داده بودند. این در حالی‌ست که رئیس‌جمهور آمریکا صراحتاً اعلام کرده بود در صورت کوچکترین اقدام نظامی و تلافی جویانه ایران، ۵۲ نقطه در خاک ایران را مورد حمله قرار خواهد داد. به عقیده کارشناسان سیاسی و نظامی درگیری میان این دو کشور آغازی بر جنگ جهانی سوم و جنگی خانمان‌سوز بوده و با دخالت‌های مستقیم و غیرمستقیم قدرت‌های هم‌پیمان این دو کشور در منطقه و شرکای سیاسی - اقتصادی آنها از جمله اسرائیل، روسیه، ترکیه، سوریه، عراق، کره شمالی و اعضای ناتو این درگیری پتانسیل تبدیل به یکی از فجایع تاریخ را خواهد داشت. به عبارت دیگر ظهور پاندمی از نظر زمانی مقارن با دوره‌ای شده بود که جهان به استقبال یک فاجعه نظامی و یک جنگ خانمان‌سوز رفته بود.

۲. ایالات متحده مالیات‌های سنگینی بر کالاهای ساخت چین وضع کرده و با سیاست‌های جدید دونالد ترامپ موجی از سرمایه‌گذاران آمریکایی و اروپایی سرمایه‌های خود را از چین به آمریکا انتقال داده بودند و این امر موجب عصبانیت بی‌اندازه حکومت چین به عنوان اولین

اقتصاد مؤثر دنیا شده بود. ادامه پروژه‌های اقتصادی ترامپ به شدت تهدید کننده منافع چین و همپیمانان او بوده و از سوی دیگر ایالات متحده در آستانه انتخابات ریاست جمهوری بود که انتخاب مجدد ترامپ می‌توانست تهدیدی بر موجودیت و بقای حکومت‌های متعددی باشد و از همه مهمتر موجب زیان‌های اقتصادی عظیم بر چین شود و وقوع رخدادی که بتواند اعتبار و حیثیت مدیریتی تیم رهبران فعلی آمریکا را خدشه‌دار کند می‌تواند نهایت خواسته چینی‌ها و دموکرات‌ها باشد.

۲. کمی آنسوتر در سوریه نیز شرایط رو به وخامت می‌رفت، ماجراجویی‌های رئیس جمهور ترکیه (رجب طیب اردوغان) این بار با ورود ارتش ترکیه به خاک سوریه و بخش‌هایی از خاک عراق توأم شده و این امر مقدمه نسل جدیدی از درگیری‌های نظامی در خاورمیانه بود که قطعاً از چشمان همپیمانان سوریه از جمله روسیه و... پنهان نمی‌ماند و هر یک از آنها به طریقی در راستای دفاع از دولت بشار اسد اقدام می‌کردند.

۳. رهبر جنجالی کره شمالی در آخرین ماه‌های سال ۲۰۱۹ خبر از یک غافلگیری بزرگ برای دشمنانش داده و با لحن تهاجمی همیشگی تهدیدی نظامی را علیه آمریکا و کره جنوبی علنی کرده بود.

۴. در اروپا هم شرایط پر تنش بود و جلیقه زردها خیابان‌های پاریس را در اختیار گرفته و شهر عشاق و شب بیداری‌های عاشقانه بدل به یکی از صحنه‌های خشونت‌آمیز شده و به عقیده بسیاری از کارشناسان این اعتراضات به سرعت در حال تبدیل شدن به صحنه‌های تاریخی انقلاب فرانسه بود. اتحادیه‌های کارگران در شهرهای بزرگ فرانسه اعتراضات گسترده‌ای را علیه عملکرد امانوئل مکرون به راه انداخته بودند و به تدریج کنترل اوضاع برای نیروهای امنیتی دشوارتر شده و آمار مجروحین و دستگیرشدگان هر ساعت افزایش می‌یافت.

۵. ایالات متحده خود را در چالش جدیدی یافته بود و در برخی از ایالت‌های آن زمزمه‌های استقلال شنیده می‌شد و صفوف مخالفین سیاست‌های دونالد ترامپ در خیابان‌ها هر روز به هم فشرده‌تر می‌شد.

۶. در عراق و لبنان نیز شرایط پرتنش بود و معترضین خشمگین در یک قدمی تصرف ساختمان‌های دولتی در شهرهای مختلف بودند. معترضین عراقی که مشخص نبود از دخالت‌های بیگانگان در عراق به ستوه آمده‌اند یا از سلطه آمریکایی‌ها و یا از بیکاری و فساد خشمگینانه به سفارت‌های کشورهای همسایه و آمریکا حمله می‌کردند و نیروهای امنیتی نیز ناگزیر به استفاده از مشت آهنین برای حفظ ثبات و آرامش بودند و آمار مجروحین و کشته‌شدگان هر روز در حال افزایش بود. لبنان نیز شاهد خشونت‌ها و درگیری‌های فراوان بود. معترضین در آنتلیاس جمعیت‌های بزرگی تشکیل داده بودند و در نباتیه به دفاتر و منازل مقامات سیاسی و امنیتی حمله می‌کردند. خیابان‌های بیروت توسط معترضین مسدود شده و به خودروهای حامل وزرا حملاتی انجام شده بود.

۷. جمعیت میلیونی معترض به قوانین استرداد در خیابان‌های هنگ کنگ تیترا اغلب خبرگزاری‌های جهان بود، اتفاقی که دولت اصلی چین را بسیار خشمگین کرده به طوری که آن را پس از بازگشت هنگ کنگ بدترین بحران نامیده بودند. معترضین قوانین مذکور را ناقض استقلال خود می‌دانستند و به هیچ عنوان بدون رسیدن به خواسته‌هایشان حاضر به ترک خیابان‌ها نبودند.

۸. دولت خودخوانده اسلامی عراق و شام (داعش) که هم رهبران اصلی خود و هم مناطقی تحت سیطره خود را از دست داده بودند و رسماً به انتهای مسیر حیات و جولان‌های خونبار خود رسیده بودند، در اقدامی حیرت‌انگیز از جمله اولین گروه‌هایی بودند که اعلام کردند به علت شیوع ویروس کرونا حملات و عملیات‌های نظامی خود را به حالت تعطیل و تعلیق در می‌آورند!

و ده‌ها و شاید صدها موارد مشابه که همگی در یک فاکتور مشترک هستند.

”ماه‌های انتهایی سال ۲۰۱۹ جهان آستن بروز فجایع نظامی، کودتاها و انقلاب‌ها و جنگ‌های فرسایشی و اصطلاحاً جنگ‌های جهانی بود“ که قطعاً برنده‌ای جز فروشندگان اسلحه در پی نداشته و اینگونه به

نظر می‌رسد خرد جمعی و توافق رهبران جهان بر عدم وقوع جنگ و درگیری بوده است. آیا رخدادی در جهان وجود دارد که هم جنگ‌ها را تعطیل کند و هم جمعیت معترضین را از خیابان‌ها به خانه‌ها رانده و تا مدتی آنها را با میل و رضایت خود محبوس کند؟

افرادی که در اعتراضات و درگیری‌های خیابانی دستگیر می‌شوند معمولاً سرنوشت مشابهی دارند؛ بازداشت موقت، محاکمه در دادگاه (که شامل حال همه نمی‌شود) و سپس محکومیتی از قبیل چند هفته زندان یا محرومیت از حقوق اجتماعی و مدنی و پرداخت جریمه.

آیا می‌توان بدون مداخله امنیتی تمام این موارد را در خصوص معترضین جاری نمود؟ که معترضین هم مدتی در محلی که خانه خودشان است محبوس شوند و از بسیاری از حقوق اجتماعی محروم گردیده و حتی مبالغی را نیز به صندوق‌های سیاست‌های مصرف‌گرایی تحت عنوان بسته‌های بهداشتی بپردازند و از همه مهمتر از ترس جان خود و خانواده خود دست از اعتراض بکشند؟

با این تفاوت که در مورد اول هزینه نگهداری و انتقال و دادرسی معترضین بر عهده دولت‌هاست، اما در مورد دوم دولت‌ها نه تنها هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنند بلکه می‌توانند به زور شمشیر همیشه بر گردن مردم نهاده خود - یعنی رسانه - مبالغی از آنها نیز با فروش مواد شوینده و بهداشتی اخذ کنند؟

نتیجه بسیار مطلوب است! معترضین هم مجازات شده‌اند و هم از خیابان‌ها به منازل هدایت شده و محبوس می‌شوند. پس نتیجه می‌گیریم بروز پاندمی چندان هم برای ابرقدرت‌ها و رهبران سیاسی نامطلوب و غم‌انگیز نبوده و بدیهی‌ست که از به درازا کشیدن آن خشنود بوده و این رخداد را به فال نیک بگیرند؟

شاید بتوان به عنوان جمله پایانی اینگونه جمع‌بندی کرد که: فریب قرن نخست با اهداف منفعت طلبانه چین و هم پیمان‌های چین در سازمان بهداشت جهانی و آمریکا و اروپا آغاز شد، اما رفته رفته به عنوان فرصتی طلایی، رهبران و سیاستمداران را بر آن داشت تا بر موج آن سوار شده و هر کدام فراخور نیازمندی‌های روز خویش از آن بهره‌برداری

سیاسی کنند و از اطاله دوره شیوع و مهندسی آمار و ارقام، وحشت و سرکوب ناخشنود نباشند. سرنوشت‌سازترین انتخابات تاریخ آمریکا (که سرنوشت کشورهای بسیاری از جمله چین هم بدان گره خورده بود) در شرایط همه‌گیری به شکل عمدتاً غیرحضوری برگزار و مشاور حقوقی دونالد ترامپ مدعی می‌شود که ۱۲ هزار نفر از کسانی که به صورت مجازی به رقیب دموکرات رأی داده‌اند، سال‌ها پیش مرده‌اند و چند ساعت پس از اعلام پیروزی جو بایدن در ایالاتی همچون نوادا، پنسیلوانیا و میشیگان ناگهان اخبار موفقیت واکسن‌های چینی سینوفارم و واکسن کمپانی فایزر و کمی بعد مدرنا، تیترا تمام اخبار می‌شود و جالب‌تر اینکه پس از گمانه‌زنی‌های باز پس‌گیری رأی‌های الکترونیکی جو بایدن، به علت وقوع تقلب ناگهان اعلام می‌شود واکسن چینی به مشکل خورده و برزیل این پروژه را به علت بروز "حوادث ناگوار" متوقف کرده و بایدن هم اعلام می‌کند که حتی با وجود موفقیت ۹۰ درصدی واکسن فایزر تا چند ماه بعد خبری از این واکسن نخواهد بود! (تو حدیث مفصل بخوان از این مجمل)

همه‌گیری برای مردم عادی هر قدر دردناک بوده برای سرمایه‌داران، رهبران و سیاستمداران موهبتی الهی بوده که آنها را به شعله‌ور ساختن آتش آن واداشته تا از یک شیوع ویروسی یک فاجعه تاریخی بسازند و سرنوشت جهان منوط به ویروسی باشد که شاید ۱۰ درصد واقعی و ۹۰ درصد افسانه بوده است.

میان پردهٔ فریب

بررسی دو ادعای معتقدین به تئوری توطئه

امواج اینترنت 5G و کمتریل

شیوع ویروس کرونا از نظر زمانی تقریباً مقارن با آغاز به کارگیری شبکه اینترنت نسل پنجم در برخی نقاط جهان از جمله ووهان چین بوده است و همین موضوع موجب شده تا این عامل توسط گروهی از معتقدین به توطئه بسیار مورد توجه قرار گیرد. در خصوص تأثیر این عامل اقوال متعددی وجود دارد که قصد داریم بدون تأیید و تکذیب به صورت کاملاً بی‌طرفانه به بیان این نقل و قول‌ها بپردازیم و نتیجه‌گیری را به عهده خواننده بگذاریم...

هواداران این تئوری معتقدند که راه اندازی یک تکنولوژی رادیویی و مخابراتی در ابتدا منجر به بروز تضعیف ایمنی در افراد شده که وی را نسبت به میکروب‌ها آسیب‌پذیرتر می‌کند (حتی شیوع آنفولانزای اسپانیایی را به احداث شبکه‌های گسترده انتقال الکتریسیته در سراسر اروپا مربوط می‌دانند) و رفته رفته بدن افراد به وضعیت جدید عادت خواهد کرد و این عادی شدن اتمام پاندمی قلمداد می‌شود.

نظریات معتقدین به اثرگذاری امواج 5G

یکی از رایج‌ترین اظهار نظرها در این مورد به شرح زیر است؛
”همه‌گیری ویروس سارس در سال ۲۰۰۳ همزمان با آغاز به کار اینترنت 3G بوده است،

همه‌گیری ویروس آنفولانزا در سال ۲۰۰۹ همزمان با راه اندازی اینترنت 4G بوده است،

همه‌گیری ویروس کرونا مقارن با سال ۲۰۱۹ و همزمان با به کارگیری اینترنت 5G بوده است“

نویسنده و محقق با نام «آرتور فرستنبرگ» در کتاب خود به نام «رنگین کمان نامرئی» برای نخستین بار از اصطلاحی به نام «بیماری‌های الکتریکی» سخن به میان می‌آورد. وی مدعی می‌شود که ظهور بسیاری از بیماری‌ها و همه‌گیری‌های ویروسی، همزمان با آغاز به کار تکنولوژی‌های الکترونیکی (از سیم‌کشی برق منازل تا شبکه‌های بی‌سیم رادیویی) بوده است. فرستنبرگ قویاً تأکید می‌کند که اثرات ناشی از امواج الکترونیکی و رادیویی تأثیری زیان‌بار بر سلامت انسان داشته و گاهی نظریات وی تا جایی پیش می‌رود که گویا اصلاً عامل ویروسی در کار نبوده و علائم تنفسی ایجاد شده در بسیاری از بیماران صرفاً آثار زیان‌بار امواج الکترومغناطیسی بوده است!

بسیاری از هواداران نظریات فرستنبرگ به ویژه در نروژ معتقدند که پس از نصب دکل‌های اینترنت 5G در نزدیکی یک مدرسه در شهر Flatåsen بسیاری از دانش‌آموزان این مدرسه به یکباره به آنفولانزا مبتلا شده‌اند (یا علائم شبیه آنفولانزا پیدا کرده‌اند) و حتی افزایش ابتلای به آنفولانزا در این شهر منجر به مرگ ۲ نفر شده است.

از دیگر مخالفین سرسخت اینترنت 5G فردی با نام «جان کولز» می‌باشد که در سال ۲۰۱۸ مدعی می‌شود راه اندازی اینترنت نسل پنجم و آزمایش آن در حوالی پارک Huijgenspark در لاهه هلند عامل مرگ دسته جمعی و اسرارآمیز ۳۳۷ سار و ۲ کیوتر در این پارک بوده است!^۱

^۱ Adlkofer, Franz & al: Risk Evaluation of Potential Environmental Hazards From Low Frequency Electromagnetic Field Exposure Using Sensitive in vitro Methods, Final report REFLEX Study, 31 May 2004

Belyaev, I and Amy Dean, Horst Eger, Gerhard Hubmann, Reinhold Jandrisovits, Markus Kern, Michael Kundi, Hanns Moshhammer, Piero Lercher, Kurt Müller, Gerd Oberfeld, Peter Ohnsorge, Peter Pelzmann, Claus Scheingraber and Roby Thill: EUROPAEM EMF Guideline 2016 for the prevention, diagnosis and treatment of EMF-related health problems and illnesses. Rev Environ Health. 2016 Sep 1;31(3):363-97. doi: 10.1515/reveh-2016-0011)

اما حقیقت چیست؟ آیا امواج اینترنت نسل پنجم تا این اندازه خطرناک هستند؟

این شبکه اینترنت علیرغم سرعت و کیفیت بالا در انتقال داده‌ها، به دلیل ارسال فرکانس‌های رادیویی بسیار قوی در فضا، امواج مضر منتشر شونده از تلفن همراه را تقویت نموده و احتمالاً موجب آسیب‌های جدی به افراد می‌شود. اما کشورهای مختلف سیاست واحدی در قبال اینترنت نسل پنجم نداشته‌اند، به طوری که ایالات متحده آمریکا در کشاکش جنگ اقتصادی با چین بسیار تلاش کرده گوی سبقت در به کارگیری این تکنولوژی را از رقیب آسیایی خود بر باید اما دولت بلژیک در سال ۲۰۱۹ آزمایش‌های اینترنت 5G را به علت نگرانی در مورد تابش‌های الکترونیکی متوقف نموده و سپس هلند و سوئیس نیز سیاست مشابهی در پیش گرفته‌اند.

به طور کلی تابش‌های الکترومغناطیسی به دو دسته یونیزان و غیر یونیزان تقسیم می‌گردد. تابش‌های غیر یونیزان از جمله امواج اینترنت

Firstenberg, Arthur: The Invisible Rainbow – A history of Electricity and Life, AGB Press, 2017

McFadden, Johnjoe & Al-Khalili, Jim: Life on the edge, Broadway Books, New York, 2014

Pall, M L: Explaining «Unexplained Illnesses – Disease Paradigm for Chronic Fatigue Syndrome, Multiple Chemical Sensitivity, Fibromyalgia, Post-Traumatic Stress Disorder, Gulf War Syndrome, and Others, 2007

Pall, M.L.: 5G: Great risk for EU, U.S. and International Health! Compelling Evidence for Eight Distinct Types of Great Harm Caused by Electromagnetic Field (EMF) Exposures and the Mechanism that Causes Them, udatert åpent brev, blant annet her: einarflydal.com/wpcontent/uploads/2018/04/pall-to-eu-on-5g-harm-march-2018.pdf

Pall, Martin L: Electromagnetic Fields Act Similarly in Plants as in Animals: Probable Activation of Calcium Channels via Their Voltage Sensor, Current Chemical Biology, 2016, 10, 74-82

توانایی آسیب به سلول‌های زنده و DNA افراد را ندارد، در حالی که تابش‌های یونیزان مانند اشعه X می‌تواند با یونیزه کردن اجزای سازنده مولکول‌های حیاتی در سلول‌های زنده، آسیب‌های جدی به غشای سلول و DNA وارد سازد. در پاسخ به اینکه آیا امواج تلفن همراه برای سلامت انسان مضر هستند یا خیر تحقیقات بسیار ضد و نقیض می‌باشد. مثلاً جاناثان سامت پزشک متخصص علوم بهداشتی در دانشگاه کلرادوی آمریکا تابش‌های گوشی تلفن همراه را سرطان‌زا معرفی کرده و بیان می‌دارد که حتی دستگاه‌های تولید سیگنال‌های اینترنتی نیز آسیب‌زا هستند.

سازمان ملی سم شناسی آمریکا نیز طی آزمایشی روی موش‌های نر با قرار دادن آنها در معرض تابش‌های 3G و 2G نتایجی تکان دهنده به دست آوردند. این تابش‌ها موجب رشد تومورهای سرطانی در بدن موش‌ها شده بودند.

در مقابل محققینی مانند کنیث فاستر استاد زیست‌شناسی دانشگاه پنسیلوانیا منکر هرگونه آسیب امواج اینترنت بر روی سلول‌های زنده گیاهی و جانوری هستند.^۱

اما مسئله حیاتی در سال ۲۰۲۰ این است که آیا ارتباطی میان امواج اینترنت نسل پنجم و شیوع ویروس کرونا وجود دارد؟

فرضیه اول؛ این امواج خود عامل ایجاد کننده بیماری هستند و ویروس کرونا در واقع وجود ندارد: این فرضیه نمی‌تواند صحیح باشد، چرا که بروز بیماری حتی در مناطقی که خالی از پوشش اینترنت نیز بوده‌اند، مشاهده شده است. پس قطعاً پای یک عامل "میکروبی" در میان است.

فرضیه دوم؛ این امواج موجب فعال‌تر شدن ویروس‌ها و یا تضعیف سیستم ایمنی انسان‌ها شده و در نتیجه آن همه‌گیری به وقوع پیوسته است: این فرضیه بر روی کاغذ چندان هم بعید و دور از ذهن نیست و برای بررسی صحت آن به آزمایش‌ها و تحقیقات گسترده‌ای نیاز داریم.

برای بررسی این احتمال محققین در یک مطالعه گسترده حدود ۹۴ پژوهش مستقیم که در آنها سلول‌های انسانی، حیوانات آزمایشگاهی و... در معرض تابش‌های ۶ تا ۱۰۰ گیگاهرتز قرار گرفته بودند (که طول موج‌های مربوط به اینترنت 5G نیز در این مجموعه قرار دارد) را به صورت خلاصه جمع‌بندی کرده و در پایان اعلام می‌دارند که علیرغم اینکه در بسیاری از پژوهش‌ها اثرات تابش بر روی سلول زنده به اثبات رسیده است، هیچ شواهدی مبنی بر بیماری‌زا بودن این امواج به دست نیامده است.^۱ در نتیجه این سلسله تحقیقات سازمان بهداشت جهانی رسماً اعلام می‌کند که این تابش‌ها هیچ اثرات زیان‌باری بر سلامت عموم ندارند. با توجه به اینکه این تکنولوژی یک دستاورد نوین می‌باشد که هرچند کشورهای مختلفی از سال ۲۰۱۶ دست به کار تحقیقات و تهیه آن بوده‌اند، باز هم این تکنولوژی در ابتدای مسیر به کارگیری خود به سر می‌برد و بدیهی‌ست که تاکنون امکان پژوهش‌های گسترده‌تر بر روی آن فراهم نیامده است.

اکنون زمان آن رسیده که پس از بیان نظرات موافق و مخالف نتیجه‌گیری و قضاوت را به خواننده واگذار کنیم!

اما پیش از آن لازم است یک نکته از فصول قبل را به خاطر آوریم که ویروس کرونا برای بیماری‌زایی به قطعات مکملی نیاز دارد و هر عاملی که بتواند به نحوی موجب اصطلاحاً مسموم شدن سلول‌ها گردد در راستای بیماری‌زایی این ویروس عمل کرده است.

و نکته دوم که قدری از نکته اول جالب‌تر است، اینکه تحقیقات اخیر که بی‌خطر بودن این امواج را گزارش کرده است، توسط شرکت‌های فناوری اینترنتی - تلفنی آلمان حمایت مالی شده و به رایگان در دسترس عموم قرار داده شده است.^۲

^۱ 5G Wireless Communication and Health Effects—A Pragmatic Review Based on Available Studies Regarding 6 to 100 GHz Myrtil Simkó* and Mats-Olof Mattsson
^۲ Funding: This research was funded by Deutsche Telekom Technik

GmbH, Bonn, Germany, PO number 4806344812.

کمتریل ها یا باقی مانده های شیمیایی

نظریه پردازان متعددی ادعا کرده اند که مدتی ست هواپیماهای خاصی که به منظور حمل و رهاسازی مواد شیمیایی خاصی طراحی شده اند در حال نشر یکسری مواد شیمیایی مضر در آسمان هستند که آثار این اقدام به صورت دنباله های بسیار طولانی در امتداد مسیر حرکت هواپیماها قابل مشاهده می باشد. هواداران این فرضیه که در برخی نظرسنجی ها حتی به ۱۷ درصد جمعیت مورد بررسی نیز رسیده اند، قویاً معتقدند که برخی دولت ها با اهداف تولید بیماری و اختلالات جسمی و ذهنی مواد شیمیایی خاصی را بدین روش در اتمسفر زمین پخش می کنند.



تصویر ۱۴۷- معتقدین به تئوری کمتریل معتقدند بر خلاف دنباله های هواپیماهای عادی که بسیار کوتاه بوده و پس از مدتی نیز ناپدید می شوند، دنباله های کمتریل تا مدت طولانی تری در آسمان قابل مشاهده هستند. برای رسیدگی به این موضوع، گروهی از ۷۷ دانشمندان علوم جوی و تحقیقات زیست محیطی گزارشی را منتشر کردند. از آن ۷۷ دانشمند، ۷۶ نفر (که ۹۸,۷ درصد آنها هستند) گفتند که هیچ شواهدی از برنامه اتمسفری پنهان با مقیاس بزرگ یافت نشده است. در عوض، آنها دریافتند که داده ها به عنوان مدرک می توانند شواهدی برای عوامل فیزیک و شیمی شناخته شوند. به عبارت دیگر، شواهد نشان می دهد که مسیرها به سادگی نتیجه پرواز هواپیما هستند. تنها یکی از آن دانشمندان میزان فلز باریم در زمان حرکت هواپیما را زیاد می دید. این میزان به نسبت باریم در خاک مقدار بیشتری داشت و به همین دلیل با گروه هم نظر نبود.



تصویر ۱۴۸- معتقدین به تئوری کمتریل با ارائه تصاویری از تجهیزات داخلی هواپیماها مدعی هستند این هواپیماها عمداً برای نشر مواد شیمیایی خاصی در آسمان طراحی شده‌اند. در مقابل منابع دولتی و نظامی منکر هرگونه ادعای نشر مواد شیمیایی شده و ادعا کرده‌اند این هواپیماها به منظور آزمایش و شبیه‌سازی اثرات جاذبه بر سرنشین‌ها با مخازن آب به این شکل در آمده‌اند.



تصویر ۱۴۹- معتقدین به تئوری کمتریل معتقدند تصاویری از این دست شواهدی مبنی بر نشر عمدی مواد شیمیایی توسط دولت‌ها زیر نظر رهبران جهان می‌باشد، در حالی که مقامات دولتی و کمپانی‌های صنایع هوایی بارها اعلام داشته‌اند که این مخازن تنها حاوی آب هستند.

معتقدین به این تئوری ترکیبات موجود در کمتریل‌ها را شامل: فلزات سنگین (آلومینیوم، باریوم، نیکل، کادمیوم)، اتیلن دی بروماید، نانوفایبرگلاس‌هایی با لایه آلومینیوم موسوم به CHAFF، قارچ‌ها و باکتری‌ها دانسته و اینگونه استدلال می‌کنند که فلزات سنگین با جذب از طریق دستگاه تنفسی می‌توانند موجب آسیب به کارکرد عصبی انسان شده و عوارضی همچون بی‌خوابی، فراموشی، ناتوانی در تمرکز و تصمیم‌گیری را به همراه آورد. در این میان فلز باریوم دارای اثرات گسترده‌تری هم بر سیستم عصبی و هم سیستم گردش خون و عروق افراد داشته و می‌تواند مسبب حملات قلبی شود. از نظر هواداران این تئوری این روش یکی از ترفندهای نوین رهبری و کنترل افکار و اذهان بوده که به تدریج افراد را از یک سیر طبیعی تفکر و تحلیل محروم ساخته و پس از آن وی را مستعد بسیاری از بیماری‌های تنفسی، قلبی و عصبی می‌نماید.

* لازم به ذکر است که این دو مورد صرفاً جهت پرداختن به دیدگاه‌های موافق و مخالف تئوری توطئه ذکر شده و ابداً مورد تأیید و یا تکذیب مؤلف نمی‌باشد و به همین خاطر مانند سایر پرده‌های فریب که مواردی مستند به دانش ایمنولوژی و میکروبیولوژی هستند به عنوان یکی از موارد تولید بیماری در نظر گرفته نشده است و با هدف پاسخ به پرسش‌های بی‌شمار خوانندگان در خصوص اینترنت نسل پنجم و گازهای کمتریل در میان پرده‌ای از فریب ذکر گردیده است.

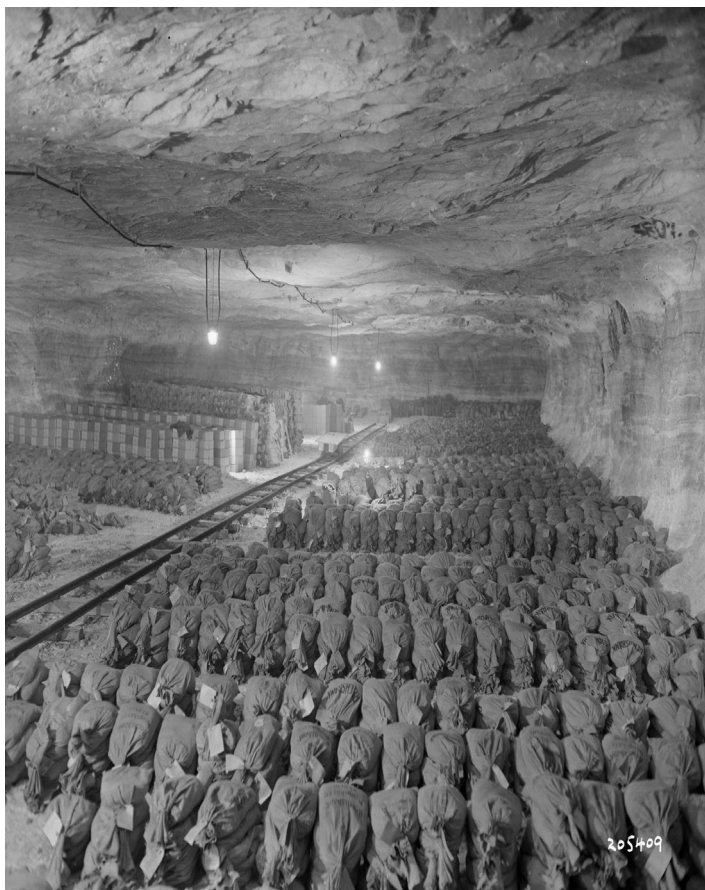
پرده بیست و هشتم فریب (پرده پایانی)

”فریب قرن پیش، هیتلر را از قدرت ساقط نمود، طلاهای نازی و سرمایه‌های علمی آلمان‌ها به غنیمت گرفته شد، از خاکستر جنگ جهانی سازمان‌هایی نوظهور برخاستند و جهان وارد عصر نوینی از رهبری فراملیتی شد. سازمان ملل... رهبری بر ملل.

(می‌نویسم «سازمان ملل» ولی بخوانید «سازمان چند ملت!»)



تصویر ۱۵۰- حضور طراحان عملیات فریب قرن پیش (سران سه کشور شوروی، انگلستان و آمریکا) در تهران - سال ۱۳۲۲،
این جلسه بدون اجازه و اطلاع دولت وقت ایران انجام شد، که به کنفرانس تهران مشهور است.



تصویر ۱۵۱- طلاهای حکومت نازی آلمان که عمدتاً به آمریکا منتقل شد.
غنیمت فریب



تصویر ۱۵۲- اعطای مدال افتخار توسط رزولت به ژنرال پاتن یکی از فاتحان نرماندی

”فریب این قرن، هیتلر دیگری را از قدرت به ریز کشید، ثروت بسیاری نصیب گروه فاتحان شد، از خاکستر شیوع سازمان‌های جدیدتری به جرگه رهبران جهان پیوستند و جهان وارد عصر نوینی از رهبری فراملیتی شد! تکنوکراسی پزشکی... کودتای سفید پوزه بند... کمونیسم سفید... من طراح فریب قرن هستم و تجربیات و یافته‌های بیشتری نیز کسب کرده‌ام! انبوهی از داروها و مواد شیمیایی را سنجیده‌ام! قدرت رسانه را محک زده‌ام، اطلاعات ژنتیکی و بالینی

جمعیت را به دست آورده‌ام و دست به کار طرحی دیگر هستم که شاید دیگر فریب نباشد...”



تصویر ۱۵۳- بیل گیتس، مارک زاکربرگ، جو بایدن و باراک اوباما، بدون شرح!

اما کلام آخر اینکه فهم فریب قرن چه تأثیری بر شیوه زندگی انسان‌ها خواهد داشت یا اینکه دانستن این فریب اصلاً به چه کار می‌آید؟ اول آن که به ثمر نشستن این فریب به معنای پایان آن نخواهد بود و این فریب اعلان جنگی بی‌رحمانه از سوی طراحانیست که می‌دانیم

لابراتوارهای ویروس‌سازی آنها هنوز هم فعال است و هر شرایط ناخوشایندی در جهان اعم از اقتصادی و سیاسی می‌تواند منجر به پیامدی مشابه گردد، گویی که ناچار باشیم به طراحان این فریب به مانند دارندگان سلاح‌های مرگبار اتمی نگاهی سرشار از احترام توأم با ترس داشته باشیم. تنها راه عدم تکرار وقایعی مشابه آگاهی بشر است که می‌تواند سبب شود فاجعه کرونا در برهه‌های دیگر تاریخ، به هنگام ظهور هیتلرهای آتی و عداوت بین‌المللی تکرار نشود.

چنانچه طراحان این فریب تجربه شیرینی از این فریب به دست آورند، این فریب آخرین فریب نخواهد بود و شاید فریب بعدی به اندازه ویروس کرونا هم فریب نباشد و کشندگی آن قدری بیشتر باشد!

دوم آن که دانستن فریب سبب می‌شود به راهکارهایی بیندیشیم که نوعاً بسیار مغضوب طراحان فریب است و به دنبال آن به راهکارهای نهادهای متهم به همکاری با طراحان فریب نگاهی توأم با تردید داشته باشیم و به راحتی و بدون راستی‌آزمایی زیر بار دستورالعمل‌ها و راهکارهای آن‌ها نرویم چرا که ممکن است این راهکارها از جانب طراح ویروس صادر شده باشد و به سود ویروس باشد. چه بسیار سرزمین‌هایی که با اتکا به دانش و تجربیات خود و تن ندادن به دستورالعمل نهادهای عالی بهداشتی در این واقعه موفق‌تر بوده‌اند.

سوم آن که به عقیده نگارنده و با توجه به مکانیسم عصبی - عفوئی این ویروس یگانه راه خروج از این بحران در نظر گرفتن ابعاد روانی و عصبی آن در کنار ابعاد ویروسی آن می‌باشد! قطعه‌ای که ابداً بدان توجه نمی‌شود، لازم است عصب‌شناسی و روان‌شناسی در کنار ایمنولوژی و ویروس‌شناسی دست به کار درمان و مدیریت این بیماری شود. قویاً

معتقدم این ویروس هنگامی به جولان خود پایان می‌دهد که در کنار دارو درمانی، روان‌درمانی و رفتاردرمانی‌های مقتضی نیز قرار بگیرد که لازمه آن توقف فعالیت‌های رسانه‌هایی‌ست که خود قطعه مکمل ویروس در بیماری‌زایی هستند! در غیر این صورت نه واکسن و نه دارو، هیچ یک به تنهایی نتایج مفیدی نخواهد داشت و حتی اگر هم داشته باشد، لابراتورهای سازنده ویروس و دست‌اندرکاران نشر آن هنوز بازنشسته نشده‌اند.

پایان

آبان ماه ۱۳۹۹