الفصل الثامن
المهارات السريرية

إن توقعات المريض من مقابلة الطبيب أكثر من الحصول على وصفة أو تخفيف أعراض المرض.

لعلنا لا نتجاوز الحقيقة إن قلنا إن احترام الطبيب في أغلب المجتمعات، لا سيما في ما يسمى بالبلاد النامية، يعتمد على قدراته على المعالجة، ولسنا بصدد القبول أو التحفظ على هذه الحقيقة، فقط أوردناها لنؤكد على أهمية المهارات السريرية للطبيب، وقد سبق القول بأن الطب العلاجي يمثل حاجة ملحة للناس، فإذا أفلح الطبيب في المعالجة فإن ذلك يكون سببًا في احترامه. إن تميز الطبيب في قدرات الوقاية ومهاراتها لا يقل عن تميزه في مهارات المعالجة، وعليه تجويدهما وتقديمهما في طبق واحد.

ربما يكون اتخاذ القرارات السريرية المنطقية (Clinical Reasoning) هو أهم المهارات السريرية، وتتطلب هذه المهارة استصحاب المعرفة الطبية وما وراء المعرفة (Metacognition)، وتمثل جماع عمليات التفكير ثم اتخاذ القرارات الطبية السليمة، ولا سيما في الحالات التي يغلب عليها عدم اليقين،

وتتطلب هذه المهارة ما يسمى المهارات المصاحبة (Metaskills)، وسنأتي إلى تفصيل هذا في فصل لاحق.

تتكون المهارات السريرية من: مقابلة المريض أو الاستشارة الطبية (Interview Patient)، والتشخيص، ووصف العلاج، ثم طمأنة المريض ومتابعته. أهم هذه المكونات الاستشارة الطبية؛ لأنها تسهل ممارسة بقية المهارات السريرية، وقبل التفصيل في هذه المهارة أذكر القارئ الكريم مرة ثانية بمقولة السير وليام أوسلر: (الطبيب الجيد يعالج المرض، ولكن الطبيب المتمكن يعالج الإنسان المريض)، وإذا وضع الطبيب هذه المقولة نصب عينيه فسيكون طبيبًا متميزًا. تعد الاستشارة الطبية أكثر ما يمارسه الطبيب، حيث يجري الطبيب أكثر من مئة الف مقابلة طبية خلال حياته المهنية، وتمثل عماد العلاقة بين الطبيب والمريض. تعرف الاستشارة الطبية بأنها (الاستخدام الحكيم للمعرفة ومهارات التواصل والمهارات التقنية واتخاذ القرارات السريرية الراشدة، كما تتضمن القيم والمشاعر وانعكاسات ذلك كله في الممارسة اليومية لخير المريض أو المجتمع)[39].

إن توقعات المريض من المقابلة أكثر من الحصول على وصفة طبية أو تخفيف أعراضه، فهو يتوقع من الطبيب: التفهم، والتعاطف (Empathy)، والتوضيح، ثم الدعم. يركز النموذج الغالب للمقابلة الطبية (ويسمى النموذج البيولوجي) (Biological Model) على الفسيولوجيا المرضية، ولا يتصدى للأبعاد النفسية والسلوكية والاجتماعية والاقتصادية للمرض. ولنتوقف هنا قليلًا لتوضيح أمر مهم مرتبط بنوعية المقابلة وهو التفريق بين المرض والعلة

(Disease and illness)، فالأول يعني انقطاع الوظيفة البيولوجية أو اضطرابها، ويمكن التثبت منه بالتشخيص السريري والمجهري أو الفحوص المخبرية وغيرها. أما العلّة فهي تتعلق بالشعور بالمرض؛ ولذا فقد يكون الإنسان مصابًا بالمرض دون علّة، كما هو الحال لدى مريض ارتفاع ضغط الدم الشرياني والذي سمي لهذا السبب (القاتل الصامت)؛ لأن المريض قد لا يشعر به. وبالمقابل فإن الإنسان يمكن أن يشكو علّة من دون مرض، كالمريض الموهوم. وبناءً عليه يجب على الطبيب عند إجراء المقابلة الطبية التفريق بين المرض والعلّة.

يتدرب أغلب الأطباء على النموذج البيولوجي للمقابلة الطبية، فهم يركزون على استنباط أعراض المرض، مما يجعل الطبيب محور المقابلة والمتحكم فيها (Clinician Centered)، غير أن هذا النموذج يهمل هموم المريض، ويؤدي في النهاية إلى المعالجة (Cure) وليس الشفاء (Healing). المعالجة تكون بالعقاقير أو الجراحات، أما الشفاء فيكون بالكلمات والعلاقة التي تزيل هموم المريض وأوهامه. إن النموذج المقابل والمستحب هو المقابلة التي يكون محورها المريض (Patient-centered interviewing)، ويتم عن طريقها تبادل المعلومات بين الطبيب والمريض، ويُهتَم فيها بالجوانب النفسية والاجتماعية، وتشمل المرض والعلّة معًا، وتؤدي في النهاية إلى المعالجة والشفاء معًا. يستطيع الطبيب المتمكن عن طريق مهارة المقابلة التي يكون محورها المريض أن يعطي المريض فرصة التعبير عما يعده مهمًّا في مرضه، ويُهتَم فيها بمشاعره ويتجنب التركيز على الأعراض فقط، ومثل هذه المقابلة تؤدي إلى رضا المريض والطبيب معًا. يركز التدريب الطبي الحديث على

ما يمكن أن يسمى المقابلة الطبية المبنية على البرهان (Evidence-based interview)، والخطوة الأولى في مثل هذه المقابلة تحية المريض باسمه، وتقديم الطبيب نفسه، وتوفير الخصوصية والراحة للمريض مع إزالة حواجز التواصل كلها، ثم يتبع ذلك إعطاء المريض الوقت الكافي لطرح أعراضه، ثم يلخصها الطبيب. ولا بد أن يراعى في المقابلة التسلسل في وصف الأعراض، بما في ذلك التاريخ الاجتماعي والأسري للأعراض، ومن ثم فحص المريض حيث تنتهي بذلك المقابلة الطبية . يقول الرازي: «ومن أبلغ الأشياء فيما يُحتاج إليه في علاج الأمراض بعد معرفته الكاملة بالصناعة، حسن مساءلة العليل (انظر استخدامه مصطلح العليل وليس المريض) وأبلغ من ذلك لزوم الطبيب العليل، وملاحظته أحواله، ومن ذلك أنه ليس كل عليل يحسن أن يعبر عن نفسه». وعن أهمية سؤال المريض يقول: «ينبغي للطبيب ألا يدع مساءلة المريض عن كل ما يمكن أن تتولد عنه علته»[40].

ليعلم الأطباء أن ممارسة الطب يجب ألا تشبه الحوسبة (Computation)، وإنما يجب أن تشبه ما يمكن أن يسمى (الاستقصاء الاجتماعي) (Social Investigation)، وليعلم الأطباء أن الوصول إلى التشخيص الصحيح لا يعني التميز أو نهاية مسؤولية الطبيب. ويضرب أحد حكماء الأطباء مثلًا لذلك بأن النجاح في تشخيص حالة قصور القلب الاحتقاني (الفشل القلبي) أقل أهمية من استقصاء الوضع النفسي والاجتماعي لبيت المريض، والذي يجب أن يدخل في أي معادلة ناجحة للعلاج[41].

"Correctly diagnosing a patient's congestive heart faluire maybe less important than elucidating the psychosocial features of the patient's home life that must be addressed by any successful treatment regimen."

من أفضل ما كتب عن الاستشارة الطبية باللغة العربية مؤلَّف الدكتورة فايزة الريس بعنوان الأسس العلمية للاستشارة الطبية، ومما يدعم مقابلة المريض ما جاء في هذا المؤلف القيم، وسمته المؤلفة (الوصايا العشر لتطوير تقنيات التواصل وبناء علاقة جيدة مع المريض)، ونقتطف منها:

1. مصافحة المريض حين دخوله وحين مغادرته العيادة.
2. تبني طريقة جلوس الطبيب التي تعبر عن: الحيوية، والترحاب، والاهتمام، واحترام المريض.
3. المراقبة الذاتية لإيماءات الجسم، وتعبيرات الوجه، والمؤثرات الصوتية الصادرة من الطبيب في أثناء الاستشارة.
4. المراقبة الذاتية لطريقة طرح الأسئلة على المريض.
5. استعمال النظر والملامسة بشكل مناسب.
6. مراقبة اللغة اللفظية وغير اللفظية الصادرة من المريض[42].

سنأتي على مزيد من التفاصيل المتعلقة بالاستشارة الطبية حين نناقش مهارة طمأنة المريض؛ ذلك أن الطمأنة الناجحة للمريض تبدأ بالمقابلة الطبية الناجحة.

مهارات التشخيص

لم يعد الوصول إلى التشخيص الصحيح في أيامنا هذه أمرًا صعبًا مثلما في الماضي، فقد كثرت معينات التشخيص من تقنيات واكتشافات، غير أن أساتذتنا الحكماء علمونا أن التميز في الطب هو التميز في ما يسمى بالحس السريري (Clinical sense)، الذي لا يعتمد على التقنيات أو إدخال المريض في دوامة الفحوص للوصول إلى التشخيص مما يضاعف قلق المريض وربما يؤخر شفاءه، علمنا أساتذتنا الأجلاء أن نحو (80 %) من الحالات - وبقدر من الثقة - يمكن للطبيب المتمكن أن يصل إلى تشخيص الحالة من التاريخ المرضي؛ أي من المقابلة الطبية، ثم تأكيد ذلك عن طريق الفحص بوسائله المتاحة كلها. تمثل الـ (20 %) المتبقية الحالات النادرة أو الحالات التي يكتنفها الغموض، وحين لا يؤشر التاريخ المرضي لتشخيص معين فإن ذلك يعنى تعريض المريض لسلسلة من الفحوص المخبرية وغير المخبرية، وكثير منها قد يسبب الألم للمريض، وهي ما يسمى الفحوص المخترقة (Invasive investigations)؛ أي التي تستخدم فيها المعدات التي تنفذ إلى جسم الإنسان مثل: أخذ العينات بالجراحة، والمناظير، أو القسطرة. الطبيب المتمكن لا يطلب إلى المريض إجراء فحوصات غير مبررة، وكل فحص يطلبه يجب أن يكون مبنيًّا على برهان.

بقدر أهمية الحس السريري تكون أهمية الخبرة والتجربة في التشخيص، فكلما داوم الطبيب على الممارسة واستفاد من تجارب الآخرين كان ناجحًا في مهارة التشخيص، ولأدلل على ذلك فإني أستحضر قصة واقعية حدثت معي وأنا طبيب حديث التخرج. ذهبت إلى العمل في مستشفى ناءٍ بأقصى شمال

السودان، وكنت الطبيب الوحيد في ذلك المستشفى، وكانت العادة أن يقوم الطبيب بمعاينة مرضاه في العيادة الخارجية، ويجلس معه المساعدون الطبيون يعاينون مرضاهم كما الطبيب، وذات يوم حضر إلى العيادة مريض يشكو الحمى، حسبت من التاريخ المرضي أنها ملاريا؛ لانتشارها في تلك الأصقاع، فوصفت علاج الملاريا للمريض، ولما استلم المريض الوصفة وهمّ بالخروج من العيادة همس لي المساعد الطبي الذي كان يرى مرضاه في طاولة مجاورة لي قال متسائلًا بلطف: «جنابك أليست هذه حالة حمى راجعة؟» (Relapsing fever)، فهرعت إلى المريض وهو يهم بمغادرة العيادة واستسمحته عذرًا أن أجري له فحص الدم للحمى الراجعة، وفعلًا أجريت الفحص بنفسي، ورأيت بعينيّ بكتيريا الحمى الراجعة (Borrelia recurrentis) تحت المجهر، فوصفت له علاجًا غير الذي وصفته ابتداء، وحين عدت إلى العيادة سألت المساعد الطبي: «كيف عرفت التشخيص؟ هل كنت تتابع التاريخ المرضي؟»، أجاب بلا، إذ كان هو يعالج مريضًا آخر، فقلت: «إذن كيف؟»، قال: «هؤلاء المرضى لهم رائحة خاصة»، قلت: «كيف عرفت هذا؟»، قال: «كنت أعمل في حدود السودان الشرقية حيث تنتشر هذه الحمى بين اللاجئين من الدول المجاورة، وكانت تميزهم هذه الرائحة». فشكرته على تنبيهي، وكان درسًا مفيدًا.

تجربة أخرى أسوقها للقارئ الكريم دليلًا على أهمية الخبرة والتجربة في الفحص البدني للوصول للتشخيص الصحيح. كنت على نهاية فترة الامتياز أعمل في مركز صحي بمدينة (ودمدني) عاصمة الجزيرة بالسودان، وكان اليوم المخصص لرعاية الحوامل، وكنت أيضًا الطبيب الوحيد، وحولي

زائرة صحية ومجموعة من القابلات القرويات في جلسة دائرية، تتابع هؤلاء القابلات القرويات النساء اللواتي يحضرن لما يسمى بكشف الحمل في المركز الصحي، وكان كل شيء يسير بصورة طبيعية، فالطبيب يجري الكشف على المرأة الحامل ومعها القابلة التي تتابعها ثم يصف الدواء ويقدم النصح، دخلت لأجري الكشف على إحدى النساء ومعي القابلة التي تتابعها بالمنزل، كانت هذه القابلة فوق الثمانين من عمرها، هي بت أم زين (بت تعني بنت مخففة في اللهجة السودانية)، امرأة وقورة وحكيمة، وكانت معروفة في مدينة (ودمدني)، حيث قامت بتوليد الآلاف من النساء على مر السنين، ولما فرغت من الكشف على المرأة الحامل عدت إلى الطاولة لأكتب لها وصفة حديد وأطمئنها أن كل شيء على ما يرام، وما إن أخذت المرأة الوصفة حتى همست بت أم زين في أذني بأدب جم - بالرغم من أنها كانت أسن من جدتي-: «جنابك أليست هذه رابعْ شكل؟».

وفور فراغها هرولت لألحق بالمرأة، فأدركتها عند باب العيادة وأعدتها على سرير الكشف، وفحصتها من جديد؛ هذه المرة بحذق واهتمام. فإذا بي أدرك أنها (رابع شكل)، رابع شكل بتعبير القابلات القرويات - وهن للعلم أميّات- تعني وضعًا غير طبيعي لنزول الرأس في حوض المرأة (Occipito-posterior Presentation)، وتمثل هذه الحالات خطورة عالية، وغالبًا ما تحتاج الحامل إلى عملية قيصرية، فعدت إلى الطاولة أكتب لها تحويلًا إلى المستشفى.

قابلات القرية في السودان، وأغلبهن أميّات، تحيلهن عبقرية التدريب إلى خبيرات في رعاية الحمل والتوليد، وهن عندي من عجائب السودان التي

لا ينتبه لها كثيرون، وقد سميتهن في كتاب ألفته عنهن أطباء السودان الحفاة: قصة نجاح بهرت العالم. قال أحد رؤساء الكلية الملكية لأطباء النساء والولادة البريطانيين يصف مدرسة القابلات الأميات بعد زيارته لها في العام 1936م: «إن ما رأيته في تلك المدرسة وما انتشر عنها من تأثير أعظم من أي شيء عرفته في الطب».

(The work of the school and the influence that spreads from it was, I felt, more appealing than anything I knew of in all medicine.)

وقال رئيسٌ آخر للكلية الملكية زار السودان في الأربعينيات: «إن مدرستهن جعلتني أشعر بالتواضع كمعلم»

.[43] (Their school made me feel humble as a teacher.)

إن الرسالة من القصتين اللتين أوردتهما هنا هي أنه لا غنى عن الخبرة والتجربة للوصول إلى التشخيص الصحيح ومن ثم العلاج الصحيح، والخبرة والتجربة تكتسبان بمداومة الممارسة السريرية، وملازمة أصحاب الخبرة والتجربة من أساتذة الطب والأطباء.

بحديثنا عن أهمية الحس السريري والخبرة فإننا لا نقلل من أهمية معينات التشخيص والتقنيات التي توفر زمن الطبيب والمريض، ونرى أنها من الفتوحات في الطب، وبعض هذه المعينات قد يستعمل في العلاج أيضًا كالقسطرة والمناظير، وهي بذلك تسخير يجب الإفادة منه دون المبالغة فيه. تحفظنا الوحيد ألا يعتمد الطبيب عليها كليًّا، ففي كثير من الأحيان يكون

التدخل التقني على حساب التفاهم والتفهيم للمريض، وربما يؤدي ذلك إلى العلاج وليس الشفاء. ومما يحسب على الاستخدام المفرط لتقنيات التشخيص ارتفاع تكلفة العلاج؛ الأمر الذي يقلل من فرص حصول المرضى الفقراء عليها، ويقوض قيمة العدل في الخدمة الصحية. ومن مخاطر الاعتماد الكلي على التقنية في التشخيص أن يؤدي إلى معالجات غير ضرورية، وإني لأذكر جملة حكيمة من أحد جراحي المخ والأعصاب البريطانيين المتميزين حين قال لمريض تم تشخيص حالته بالرنين المغناطيسي على أنها تضيق في القناة الفقرية (Spinal canal stenosis) أسفل الظهر وفي الرقبة، وكان المريض يعاني آلامًا في الفخذ، وضحت صورة الرنين المغناطيسي أن التضيق في الرقبة كان أكثر من التضيق أسفل الظهر، ولم يكن المريض يشكو من آلام في الرقبة أو الأعضاء العلوية، فقال الجراح للمريض: «نعم، التضيق كما وضحت الصور شديد في الرقبة، ولكننا لا نعالج صور الرنين المغناطيسي، بل نعالج أعراض المريض»، وأجرى العملية لتوسيع القناة في أسفل الظهر.

ولا بد من الإشارة هنا إلى أنه وبالرغم من تطور الطب ووسائل التشخيص والعلاج والإنفاق الفلكي على الخدمات الطبية؛ فإن معدلات الوفاة في الدول المتقدمة لم تتغير كثيرًا، وكذلك العمر المتوقع للحياة (Life Expectancy). تسبب ذلك في انتقاد كبير للطب والأطباء، وأثار كثيرًا من التساؤلات عن جدوى الإنفاق والكلفة (Cost effectiveness). ولا شك في أن ذلك كله كان بسبب خروج التقنية الطبية عن السيطرة وذهبت بالطب بعيدًا عن تعزيز الصحة، ورأى بعض هؤلاء أنه لا بد من وضع حدود للطب، بل ذهبت بعض الشركات في

الولايات المتحدة إلى تمويل المؤتمرات والندوات التي تدعو إلى وضع حدود للطب، ويروى عن المدير التنفيذي لشركة جنرال موترز أنه قال - غاضبًا - بأن شركته تنفق على التأمين الطبي للعاملين أكثر مما تنفق على شراء الصلب لصناعة السيارات، ويقول أحد المنتقدين بأننا وصلنا في الطب والبحث العلمي إلى الحد الأعلى في التأثير في الصحة (Health impact) وسمى هذا فشل النجاح (Failure of success) [44].

مهارات المعالجة

من حسنات الطب الحديث (Allopathic Medicine) توافر الكمّ الهائل من أساليب العلاج وتقنياته، وبقدر ما نظن أن ذلك نعمة فربما ينقلب نقمة. لقد كتبنا بإسهاب في الصفحات السابقة عن أهمية التشخيص الصحيح كونه يؤدي إلى المعالجة الناجعة، فإذا لم يكن التشخيص واضحًا فإن بعض الأطباء يصفون علاجًا افتراضيًّا (Presumptive or empirical treatment)، في هذه الحالة يميل الطبيب إلى إعطاء أدوية أكثر مما يحتاج إليه المريض، كمن يطلق عشر طلقات لتصيب إحداهن، ويسمى هذا في الأدبيات الطبية الإفراط الدوائي (Polypharmacy)، وله عواقب وخيمة على المريض وعلى الخدمات الصحية عمومًا. يمارس بعض الأطباء الإفراط الدوائي، ليس فقط في حالات التشخيص المبهم، ولكن أيضًا في معالجة كبار السن الذين يعانون أمراضًا مزمنة.

يعرف الإفراط الدوائي بأنه الاستخدام غير المرشد للدواء، وحدده بعضهم بأنه وصف خمسة أدوية أو أكثر للمريض، وقد لوحظ في السنوات الأخيرة تزايد معدلات انتشار الإفراط الدوائي في كثير من بلدان العالم، واتضح من دراسة أجريت في ولاية كارولاينا الجنوبية أن ثلث كبار السن - تقريبًا - يتناولون ستة أدوية أو أكثر، وأن 16% منهم توصف لهم أدوية غير ملائمة لحالاتهم[45].

وضحت دراسات أخرى ارتباطًا بين تزايد المضاعفات وعدد الأدوية المستخدمة للمريض، من هذه المضاعفات:

1. تفاعلات الأدوية فيما بينها، مما يؤدي إلى قلة فاعليتها أو إضرارها بالمريض.
2. كثرة الأدوية ربما يؤدي إلى عدم التزام المريض تناولها.
3. زيادة تكلفة الخدمات الصحية.

نجحت بعض البرامج في الولايات المتحدة في خفض الإفراط الدوائي، وبإمكان الطبيب أن يزيد من مهارته في هذا المجال بالاستفادة من تجارب هذه البرامج وغيرها، ولا شك في أن التركيز على موضوع الإفراط الدوائي في تدريب الأطباء سيقلل من هذه الممارسة. ومما يسبب الإفراط الدوائي المعالجة الذاتية، فكثير من المرضى يتناولون الأدوية غير الموصوفة لا سيما مسكنات الألم، هذا يتطلب أن ينصح الأطباء مرضاهم بالابتعاد عن تلك الأدوية إلا في حالة الضرورة القصوى، وليعلم الأطباء أن بعض الدراسات

وضحت أن خمس المرضى في مراكز غسيل الكُلى كان الفشل الكلوي لديهم ناتجًا عن الإفراط في تناول الأدوية المسكنة (Analgesic nephropathy). لنتذكر دائمًا أن هناك خيارات للمعالجة غير الدواء، ونكرر هنا مقولة الرازي: «مهما قدرت أن تعالج بالأغذية فلا تعالج بالأدوية، ومهما قدرت أن تعالج بدواءٍ مفرد فلا تعالج بدواءٍ مركب».

على الطبيب أن يلم بالأسس العلمية للاستشارة الطبية ويتقن مهاراتها، والمعلوم أن الاستشارة الطبية هي أساس الممارسة، وأي أعمال أخرى يقوم بها الطبيب تبدأ بالاستشارة الطبية. يقول الرازي في رسالته التوجيهية للطبيب: «واعلم أن المقابلة نصف العلاج».

علينا أن نتذكر أن ليس شرطًا أن تنتهي كل استشارة طبية بوصفة، فبعض الأمراض يحتاج فقط إلى علاج طبيعي، أو علاج نفساني، أو سلوكي، ولعل الذين يمارسون الطب البديل نجحوا في جذب كثير من المرضى؛ لأنهم يركزون على مثل هذه المعالجات. وحذار أن يصف الطبيب دواءً من غير مبرر، وينبغي للطبيب أن يلتزم بأخلاقيات كتابة الوصفة الطبية، وقد لاحظت خلال مسيرتي أن كثيرًا من الأطباء لا يناقشون ما يصفون من دواء للمريض، والواجب أن يشرح الطبيب للمريض مفعول الدواء وجرعته وآثاره الجانبية المحتملة؛ ولا سيما تلك الأدوية التي تحدث تغييرًا في لون الجسم أو البول، فتناول بعض الأدوية يؤدي إلى احمرار البول مثلًا، فإذا لم يعلم المريض ذلك فسيصاب بالرعب حين يتناول تلك الأدوية. ولا بد للطبيب أيضًا من أن يتعرف التاريخ الدوائي للمريض، والأمراض الأخري التي يعانيها، وإلا وصف

للمريض دواءً قد يكون كارثيًّا لحالة المريض؛ مثل وصف عقار يضر بالكلية لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي.

بعض الأطباء يعالجون بالتجربة الشخصية غير المعتمدة على دليل علمي أو غير متفق عليها، ويرقى هذا إلى الجريمة في حقبة الطب المبني على البرهان، وقد فطن لذلك الرازي منذ عهد بعيد إذ قال: «أنا أنهى جميع من استشارني في صناعة الطب أن يعالج بالتجربة»، المعالجة بالتجربة هي معالجة بالتجربة والخطأ، والخطأ في الطب غير مسموح. أما إذا أراد الطبيب أن يجرب دواء أو أسلوبًا جديدًا للمعالجة فعليه أن يتبع الأسس العلمية لذلك من خلال ما يسمى (التجارب السريرية) (Clinical trial)، وهي من أصعب أنواع البحوث وأعقدها، ولها شروط قاسية يعد الخروج عنها انتهاكًا للأخلاق الطبية.