

# 我是臨床醫師。但我是優良教師嗎？

◎文 / 臨床醫學研究所 / 醫學系心臟內科 劉秉彥醫師



圖一：改善學習效果關鍵 mini wrap up 的觀念



圖二之一：改善討論交流的小組分組問題導向式學習 (Problem Based Learning)



圖二之二：將兩小組打散再重新分小組，互相討論學習，達到互補的效果，也就是所謂的 Mini wrap up 模式

常常看到有些同事獲選教學優良教師，除了恭喜他們之外，心中想的是“我是臨床醫師。但我是優良教師嗎？”那是每位老師都想獲得的殊榮，身為臨床醫師，我們知道：要獲選優良教師的條件不單單只針對教學這塊，另外還須有研究及輔導學生的精神，要具備這些條件並不是件容易的事，所下的功夫便更為繁重。

開始接觸教學這塊時，對如何授課及指導學生其實還是懵懵懂懂，至於如何設計課程才能讓學生“願意”跟“可以”吸收內容，這也成為從基礎到臨床教學上的一大難題。根據個人以前就學時的經驗，過去心臟內科的資深蔡良敏教授常常跟擔任總醫師的我交代：上課絕對不能照本宣科，要適性教學。否則不僅學生感到無趣，學習效率也差。之後在偶然機會裡，我觀察到小兒心臟科吳俊明教授，在心導管室用手繪的方式教授醫學生先天性心臟病的解剖學，學生竟然聽得懂，於是開始當老師授課

後，我決定揚棄“大班教學”的模式，轉以“小組與互動方式”為主軸，再藉由每個學期的課後學生意見修正授課方式，與學生共同成長。

幾年前，紀志賢教授邀我共同主導了 Problem Based Learning (PBL) 課程，讓學生以小組的方式進行“病態生理學”的教學，透過個案設計及修改，引導學生多發表及表現自己的想法、意見，鼓勵正向而溫暖的互動溝通，在探討病因時，運用過去 1~2 年學習的生理、病理及藥理的常識去推理病態學的原因及初步的鑑別診斷功力，修正表達概念方式的方向。可惜的是，多年以來，大部分的同業對此方式的教學，認為效率不彰，浪費大家的學習時間，態度上敬謝不敏，而且有學長姊的經驗下，一開課後學生更有相當排斥的現象。

這兩年來，我們針對較缺乏的“小組互相觀摩”部分做了「Mini Wrap Up」的改善教學方案（圖一），讓不同的小組互相整合，打散後互相討論共同



圖三：課程改善後學生的反應是正向的



圖四：2012 年 OnDoctoring 醫學生涯課程，邀請可成企業洪水樹董事長（中，台大醫學系畢）分享經驗



圖五：醫學系柳孟鵬同學榮獲科技部大專學生研究獎助以及研究創作獎

議題，彼此學習對方的優缺點，同時無形之間也可一探其他組別的討論模式，增加學生的學習動機與穩定對他組學習方法的好奇心態（圖二之一，二之二）。這門課程最終也榮獲成大醫學院 105 年教學創新與教學成果發表活動第二名，成效超乎我的想像。（圖三）

另外，我也與林志勝老師設計了一門創新而有些違反醫學常態的教育課程，稱為 OnDoctoring 醫師養成教育，我負責的部分是新生剛進醫學系時的人文課程：醫學生涯介紹。我們特別於課程邀請一些成功或深入基層的醫師演講，將醫學人文課程精神融入設計，多面向地向這些醫界新鮮人介紹如何在行醫之前，做一位成功的人，將經驗傳承給學生，讓學生先了解這些前輩走過的路，有些是成功的管理醫院的院長，有些是醫師科學家，有些是棄醫從商成功的例子（圖四），有些是面對“急、重、難、罕”的第一線醫師，是否他們的故事裡就是學生所想要的未來，如果是，它們才會有穩定的心理狀況來去面對；如果不是，便有機會讓學生再仔細考慮一下。

由於我個人也任教臨床醫學研究所，教學環境與醫學系大相逕庭。我的

實驗室裡有數位非純醫學背景的生醫科研學生，也有以臨床議題導向的醫師學生，於是在他們科研題目選擇性上要更有彈性。我一般會根據學生的性向與未來可能發展來協助他們選擇題目，若學生如果不擅長實驗室操作，就分配臨床資料分析及檢體處理工作，避免太複雜的推理程序，並且設定較為可以達成的目標鼓勵其繼續向學，而暑假期間實驗室，在暑期學生研究委員會吳至行主委（剛好我是副主委）的規畫協助之下，則招收了一些醫學系學生進入我的實驗團隊，在基礎研究方面給與適度的實驗訓練。之後諸位學生也有實力成功申請到科技部大專生研究計畫，並有多份文獻刊登於期刊，其中有多篇 Impact Factor 的高分文章（圖五），這些對他們未來選科及住院醫師申請極有幫助，當然我也與有榮焉。

目前教學上給學生的只是知識的冰山一角，希望未來可以設計更多有趣的教學方式，傳授知識給學生，看著學生邁向美好的未來，著實令人興奮。如果要以簡單文字來總結我的教學理念，可以說是：讓醫學生及早接觸臨床，另一方面適性發展，平衡教學與研究。