

On Doctoring 課程緣起、妥協與實踐

◎文 / 林志勝



課程研討會

我用注音輸入法，發現出現「緣起」與「源起」，我考慮了一秒鐘，就決定使用這個標題。

2010 初，台灣的大學醫學教育已經決定要從七年制改為六年制，最簡單的方式就是將原來七年級的「實習醫師」切到畢業之後才實施，但是教育部透過醫教會及醫學院院長會議，希望各醫學院考慮利用這個機會，對醫師的學校養成教育作適時的檢討與調整。

林其和前院長提出被稱為「成功 100」的行動，尋求透過討論與共識的形成，將原有的醫學系課程做改善性的調整，希望在 2011 年底（民國「100」年）完成策略方案，2012 年就可行的調整與設計完成行政程序，而於 2013 年九月入學的六年制醫學系開始實施。

經過幾個月的醞釀與小組討論，2010/08/20 醫學院召開第一次「成功 100」共識會，之後我受命在楊倍昌教授

的指導下，對醫學系一、二年級的課程作檢討，並提出改善報告。時值暑假期間，我與蔡景仁教授聯絡了從一年級到六年級的學生，共六場分別與各年級的學生座談，試圖了解學生們對課程的認知與學習成效。在座談中獲得一個非常深切的感受，就是一、二年級的同學覺得許多醫學人文課程沒有意義，不知要學甚麼；三、四年級的同學覺得一、二年級時還好，可以輕鬆過兩年大學生活，也不知有學到甚麼；五、六年級的同學卻一直強調有一些醫學人文課程非常重要，很後悔當年常常翹課或人到了教室心卻沒有到。於是我們真正了解，為什麼全世界的醫學教育專家都一直強調「early clinical exposure」的重要性。

於是我們提議，讓醫學系學生從一年級就開始「見習」，分年級分別以每週一個上午（或下午）的時間，讓學生進入醫院觀摩、了解、體驗臨床醫療的最前線。但是有老師提出，臨床醫療環境極端複



學生於急診室大夜班服務



學生到 119 勤務中心觀摩體驗

雜，有許多善良、貼心、感人的事，但也免不了有衝突、無奈、傷感的事，剛從高中畢業進入大學的學生進入這樣的環境，在特殊情境中所造成的心理衝擊是我們必須小心面對的。因此，要建立醫學生的早期臨床接觸，一定要有臨床醫師帶領，而且這老師必須對學生的個性特質有一定程度的了解，必須隨時介入給予學生開導。

經過 2010/11/17、2011/01/18 及 2011/02/16 三次的各組溝通會，將原來的設想做了許多執行面的調整，於 2011/03/05 第二次「成功 100」共識會中，提出「On Doctoring」課程，以實際授予學分的方式，要求六年制醫學系的學生必修，安排每位學生有一位固定的臨床老師帶領，以「師徒制」的方式來進行醫學系學生一至四年級的「early clinical exposure」。

立刻就有老師想到，這是一個全新的嘗試，六年制醫學系入學時開始全面實施，若在課程安排上有癥結點需要調整，會遭遇到穿著衣服改衣服的困難。因此在許多老師建議之下，決定於 2011 年九月開學的新學期開始以選修的方式開課（比預定推出時間提早兩年），因為開設選修課程的行政作業較簡單，學生沒有一定要通過此課程才能畢業，必要時可以暫時把衣服脫下來改好再穿上。

開學前的那個暑假，課程開始積極準備，先邀請了 18 位臨床醫師投入此課程擔任「師父」，這 18 位老師涵蓋臨床主要科別，但因為第一次試辦，我們排除了有任何行政職務的主治醫師，且因為怕有醫療隱私相關的失誤，沒有邀請婦產科醫師。這 18 位老師加上當時課程的主要規劃者林其和院長、林秀娟教學副院長、薛尊仁系主任、蔡景仁醫師還有我共 23 人，於暑假期間共有五次的課程溝通及討論，讓所有老師都能了解整個課程設計的理念與預定進行的方式，並於 2011/07/30 集合幾位老師，一起到台灣大學人文社會高等研究院拜訪黃俊傑教授，就課程的理念及目標向黃教授做諮詢。黃教授給了非常多的細節建議，其中對我個人最醍醐灌頂的有四項：

1. 「氛圍」比「機制」更能入心；
2. 「影響」比「教導」更能獲得認同；
3. 「教」的人比「學」的人有更多的收穫；
4. 「修煉」的成果比「學習」的成果更能持久，

這四項觀念成了我之後規劃課程進行的基本理念。

在師徒分配設計上我們規劃每一位臨床老師（師父）最多每一年級帶領 2 位學生（徒弟），一到四年級加起來，每位師



週三聊天課盛況



聊天課餐廳贊助的免費點心飲料

父最多會有 8 位徒弟，而且學長姐與學弟妹之間可以互相影響與學習。第一年我們只開放當時的一、二年級學生選修（106 級、107 級），沒想到選課非常踴躍，18 位師父加起來容額是 72 位徒弟，而這第一年開課，上學期共有 71 位徒弟選修，下學期則有 73 位徒弟（有師父同意超收）。

每位師父都知道本課程的主要目的是要讓學生觀摩與體驗臨床醫療情境，但並沒有一定的進度與學習方向，雖然有列舉很多的建議給各師父做參考，但基本上由各師父自己發展，唯一的整體要求是 2 學分的選修課程，必須滿足每學期至少 72 小時的臨床學習時數。

開學之前就有老師提醒我，每位師父的作法都不一樣，徒弟之間會有許多的認知差異，需要有一個平台作為課程進行中的溝通，因此我設計了至今仍持續進行的「On Doctoring 聊天課」。從 2011/09/21 第一次聊天課開始至今已進行將近四年，每個星期三晚上 18:00 至 20:00 在醫學院四樓簡易餐廳，任何有修 On Doctoring 的學生都可以來找我聊天，學生可以隨意來、隨時走，但只要來聊天就有一份免費的晚餐。

幸好有這個聊天課，我可以知道學生

遇到哪些衝擊、有那些收穫，課程設計與方向需要有些調整；也知道對學生來說一個學期 72 小時的臨床體驗不容易達成，因此之後改成每學期 1 學分（36 小時）；有些內科醫師的徒弟希望能有手術觀摩，外科醫師的徒弟希望能看看心導管醫療，因此開始每個寒暑假都持續辦理許多的臨床體驗，讓學生跨師父的觀摩，同時讓學生有機會跟隨護理、營養、社工等同仁學習。

令我非常感動的是，四樓簡易餐廳原來是晚上 20:00 就要結束營業收拾下班，餐廳的老闆與員工說他們可以留下一位加班，隨便我們要聊到幾點，他會等到我們聊天完之後才下班，因此我與學生有時會聊到晚上 22:00 才離開，聊天的內容則完全超脫 On Doctoring 的課程範圍，大至理想與哲學思維的辯證、小至與家人的吵架與相處，無所不談，這可能是我作為一個大學老師二十幾年來，最有價值的一段教學經歷。餐廳老闆說他們也要為醫學教育提供一些貢獻，於是我們在延長聊天時會有免費的果汁、飲料、紅豆湯、炸薯條、餅乾…；我真心的認為，這是一個偉大的學校！

除了這些幾乎完全沒有結構化的課程安排之外，其實我們也定期播放電影與學生一起觀賞與討論，舉辦多場的外賓演



學生暑期活動成果報告

講，要求學生每學期寫兩份報告，登錄並統計每位學生的臨床觀摩項目。這樣過了第一年的試辦選修課程，期間除了師父們的各顯神通之外，醫院內的護理部、藥劑部、營養部、社工部也都非常積極地協助這些學生的學習，尤其是學生們經過這些體驗之後，了解各工作領域之間的合作關係，更能體諒其他同仁的辛苦，這從與學生的聊天或書面報告之中都可以感受到學生們的成長。

有了順利進行第一年的經驗之後，決定第二年要擴大試辦範圍，仍維持選修的設計，但另邀請 30 位新的臨床老師加入擔任師父，包含原先刻意避開的婦產科醫師。2012 年 5 月 28 及 29 連續兩日向新加入的老師介紹此課程，並於 6 月 21 日新舊所有老師一起做課程研修，討論各老師之間如何互相配合。

由於師生的人數都顯著的增多，因此決定將師徒分成四組，各以「學堂」稱之，每個學堂有一位老師負責，稱為「堂主」，大家同意四個學堂的名稱及含意各為：

1.【運璿學堂】為「不息的君子」；

2.【國鼎學堂】為「國家之寶器」；

3.【漢民學堂】為「華邦的傳人」；

4.【崑巖學堂】為「峻嶺之基石」。

2012 年九月入學的新生（108 級）在學長姊的熱情建議之下，全班都有選修這個課程，加上原來一、二年級的選修同學升上二、三年級仍有大部分持續選修（限定只有前一年有修的同學可以續選），因此這一年的上學期共 140 位學生、下學期 138 位學生。我們也提供學生在每升上一年的時機點上，可以在同一學堂內申請轉換師父，不過只有非常少數的同學申請。

108 級全班同學都選課正好讓我們測試如果是必修會有那些問題，我們發現一個不變的真理：群體的分布一向都是 Normal distribution。不是所有的學生都很主動的積極學習，大約分成三等份；非常有興趣積極參與的有三分之一；學習態度普通，還算可以的三分之一；有一點混，需要一直催促才會找師父做臨床觀摩的也接近三分之一；還有非常少數的幾位同學完全不在乎，能閃就閃。

這讓我們深切思考，這個課程是否持續維持選修就好，這樣就只會收到有意圖積極學習的學生，否則若六年制醫學系設計為必修課程，會有不夠積極學習的學生拖累整個課程的氛圍。不過有一件事讓我們最後決定，仍依照原計畫於 2013 年九月入學的六年制醫學系學生(108S 級)為必修，每學期 1 學分。因為我們發現一位在上學期積極度不夠而只得到 60 分及格邊緣的學生，下學期學習態度有顯著的變化，師父也確認這位徒弟的顯著進步，反而下學期得到相當高的成績分數。因此我們體會到，學生對某個課程的學習成效低，並不代表是能力不好或是課程設計有問題，而是他先花了大部分的時間去學了其他的事物(例如熟悉如何玩網路遊戲)，只要有足夠的機會及動力，他就可以被拉回來把該學的部分補起來。

同時我們注意到，需要在每個學期對每一位學生都有一個基本的學習要求，通過之後才能獲得這個必修學分，這對本來就積極度高的學生當然沒有影響，但可以要求仍在忙其他事務的學生，必須就這個課程的學習達到一個基本的成效。因此，我們從一到四年級每個學期設立了各學期要學習的核心能力，並就這些核心能力定出能力指標，學生必須完成當學期的所有核心能力指標，該學期成績才會及格，獲得學分，如果有任一核心能力指標無法完成，則該學期需重修，重修時可以兩個學期的學分同時一起修，但須完成加總的臨床學習時數，並須同時完成兩個學期的核心能力指標。完成核心能力指標只是成績及格的必要條件，不是評分的唯一依據；學生的學習成效評估還包含學習態度、臨

床學習總時數、反思報告等等。

2013 年九月入學的 108S 級學生為第一屆六年制醫學系，目前已升到二年級，一年級則有 109 級。目前的一、二年級必修 On Doctoring，開始執行以下的這些核心能力指標(仍有三、四年級為舊制，維持選修設計)，這是目前的設定，仍有可能會稍作調整：

●學期：核心能力

1. 判斷是否具備本學期應達核心能力的指標 1
2. 判斷是否具備本學期應達核心能力的指標 2

●一年級上學期：了解醫師生涯。

1. 寫出至少 3 種醫學系學生未來的工作內容，並說明如何達到此目標。
2. 執行醫院內自身之感染管制措施。

●一年級下學期：了解醫療體系與社會的互動。

1. 寫出成大醫院內至少 3 個與醫療有關的編組或單位，以及它們之間的關係與互動。
2. 寫出至少 3 個國內健康照護機構的主要任務以及倆倆之間的關係與互動。
3. 寫出至少 2 項弱勢病人之資源管道或救濟途徑。

●二年級上學期：了解醫療團隊的分工合作。

1. 寫出至少 3 個實際例子說明醫療專業人員在臨床醫療中如何分工合作。
2. 寫出至少 3 個特定醫療單位的臨床醫療照護或救護程序。
3. 寫出國內防疫規範並舉例敘述防疫具

體作為。

●二年級下學期：進行有效的人際溝通與團隊合作。

1. 參與團隊合作完成一件計畫案。
2. 至少與 2 位在醫院中就醫的病友或家屬訪談並寫成紀錄報告。
3. 至少與 2 位在醫院中工作的非醫療人員訪談並寫成紀錄報告。

●三年級上學期：了解基礎醫學知識在臨床上的應用。

1. 寫出至少 3 項基礎醫學課程所學在臨床醫療上的應用。
2. 寫出至少 2 項基礎醫學課程所學在臨床醫學研究上的應用。

●三年級下學期：有效搜尋醫學資料並研判資料可信度。

1. 寫出至少 2 種醫學相關資料庫及其主要內涵與搜尋方法。
2. 幫師父找出至少 1 個醫學主題的相關文獻，並能對文獻內容做整理。

●四年級上、下學期：具備成熟的生命態度及科學精神。(上學期須完成下列指標項目至少三項，下學期需全部完成。)

1. 指導學弟妹就臨床所見之「故事」做反思至少 2 次。
2. 寫出安寧緩和醫療條例的立法精神與意旨，並敘述其執行面。
3. 寫出至少 2 位重症急救無效或安寧照護後過世病人的臨終過程。
4. 寫出實證醫學的精神與內涵，並以至少 2 件臨床實例說明實證醫學的應用。
5. 寫出藥品研發與臨床試驗的過程及相

關規範，分期試驗的目的及進行方法。

6. 寫出至少 2 個附設醫院臨床科技研發相關單位之任務及內涵。

上面這些核心能力指標每一項都有詳細的說明，讓學生可以依據這些說明逐步完成，也讓老師有一個大略的引導依據，至今已有一、二年級四個學期的能力指標被執行過，進行還算順利，雖然有部分同學所交的指標成果因為審核不通過而被退回重做（最多有被退回五次），但大多可以在個別師父的指導下順利完成，有一些指標報告甚至寫得超乎預期，在這麼短的兩年時間內，這些學生可以體會到這麼豐富與深入的醫療體系運作。三年級以上的核心能力指標還未實施過，尚無法確定是否需做一些調整，但希望能運作順利。

On Doctoring 從試辦選修到現在六年制醫學系必修已經進行四年，在國內的醫師養成教育上得到肯定的風評，我們曾經受邀至其他許多醫學院介紹這個課程，有幾個醫學系也開始嘗試開設類似的課程或活動。國內通識教育學會也就本課程的理念、設計與執行做過專訪，並於通識在線雜誌第 41 期、第 43 期兩期為文報導。這些成就應該全部歸功於附設醫院內 50 位左右投入此課程的臨床教師，他們的資歷分布範圍從教授到目前仍無教職的主治醫師，涵蓋醫院內所有的臨床科部，不論在金錢或時間上大家都無怨無悔的付出，這是 On Doctoring 課程中最大的力量。

這五年來我個人除了全心全力投入此課程的規劃與經營之外，同時協助醫院、醫學院、學校的行政工作也越來越多，不

論在體力上還是精神上都極端疲憊。但我有非常多令人驚豔的學生報告；側面看到學生在網路上就各種課程相關事件或臨床觀摩經歷的肯定評論；學生繳交的能力指標成果；聊天課時學生們所提出問題的深度，看到學生的這些學習成果，是我在極端疲累狀況下很大的安慰與成就感。

我雖然花費非常多的時間及金錢，但我心中的收穫，絕不是這些花費就可以換取得到的。尤其是我知道有學生在醫院看過自然生產的過程後，打電話回家給媽媽說謝謝；有學生在凌晨三點到門診掛號處，與提早來門診處排隊搶掛號的病友聊天；有學生發現護理同仁拖到下午四點多下班後才吃中午買來的午餐便當，而希望醫療體系能考量調整作業方式；有學生寫 email 述說他如何應用師父所教的「同理心」，安慰在工作中遭遇挫折的媽媽而立刻獲得舒緩…，我不由自主心中感謝有這樣的緣分，可以在我的事業生涯中，有如此完美、豐富的這一段，這難道不是當年的「緣起」所獲得的。

最後我再補充一點說明，有人認為這個課程屬於醫學人文，其實我並不是這樣的想法，On Doctoring 不是醫學人文、不是臨床醫學、更不是基礎醫學課程。這只是醫學系一至四年級所有課程之中，最接近臨床的課程。但是，「最接近臨床」不等於「臨床」。本課程完全無意提早臨床課程，而是要讓學生提早接觸臨床事務，提早暴露在臨床環境中，藉由觀察、模仿與參與，來增強醫學生在人文素養上的體會深度，讓學生感受到「醫學人文」不是遙不可及的觀念，而是就在身邊的常規；同時使學生心中烏托邦的理想，及早

轉化為成熟的智慧。我們也希望透過臨床觀摩的經驗，讓學生在學習基礎醫學知識時較有踏實感，能了解這些基礎醫學知識在以後行醫的過程中將會如何應用。

從 2011/03/05 我撰寫這個課程的第 1 版企畫書（9 頁 7,812 字），經過多次的重大修訂，如今已經是第 12 版（20 頁 17,828 字），其中有一個部分一直都沒有更動，那就是我們的期待：

完成此課程的學生應該具有足夠的知識、技能與態度可預期在往後的行醫生涯之中能 ——

- a. 以人本為出發；
- b. 洞察生命 - 心靈 - 社會之間的互動；
- c. 肯定臨床醫療的目標並了解「cure/relief/comfort」的價值；
- d. 與其他醫療團隊人員有良好的互動與合作；
- e. 與病人及家屬有良好且有效的溝通；
- f. 了解倫理與法律的辯證思維與醫療行為的相關性；
- g. 以科學證據為執行醫療的基礎；
- h. 擁有良好的醫療基本技能；
- i. 體會有限醫療資源如何運用使其發揮最大功效；
- j. 承諾終身學習。

這是 On Doctoring 課程透過「氛圍」塑造，以師父「影響」徒弟「修煉」之後的最大目標。我也衷心希望熱心投入此課程的「老師」也同意，「教」的人比「徒弟」有更多的收穫。