

爲何要變 !!!

蔡淳娟/加拿大卡加利大學醫學院醫學教育研究所

◇換掉還亮著的燈泡？

許多台灣醫師具有傲向全球的特質，吃苦耐勞、處理病患快速有效、臨床技術好、斷病能力強。台灣醫學教育分科分系，在預訂的時段中傳授相關的醫療知識，而且隨科技的進步愈填充愈多，我們如是受栽培，也如是栽培後進，百年來穩定地進行著，似乎並沒有什麼不好？何必要變？然而，這五、六十年來，西方的醫學教育者卻挖掘出一大串醫學教育上的問題，他們憂心忡忡不停地問著：“到底要如何培養出更好的醫師？”於是，改革的工程在各地熱烈地進行著，無怨無悔。反省台灣的近代醫療與教育現況，這些刺激西方醫學教育變革的大問題，我們其實並沒有倖免……。

◇當下醫學院畢業生：

(1) **臨床能力堪慮：**醫學院的教育願景，應該是在栽培一位有能力獨立執行高品質醫療的醫師，因為在台灣醫學院的畢業生，即有資格考醫師執照，而一拿到醫師執照，就是一個法律上有權有能獨立執業的醫師。醫學院時期，教師們傾囊傳授知識，卻對學生們應該具備哪些能力並沒有共識，也沒有人去確定，這些畢業生們是否確



實達到起碼的臨床技術要求，即便是國家醫師執照考試，也不真能為醫師獨立執業的能力把關。初出茅廬的年輕醫師，面對病人心虛害怕，在嚐試錯誤中學習，有時就付上了極大的代價。近來發生的幾個嚴重醫療糾紛，加上SARS危機，暴露出我們在教育訓練上的破洞。當這些年輕醫師還沒有準備好時，已經站在作戰現場，這才猛然發現，他們詢問病史與病人溝通的技巧不足，不了解手中的病患，沒有警覺心，執業態度及習慣不良、判斷力偏差、臨床技術不熟練、不明瞭當下醫療及經濟體系、無法貼近社區及滿足一般醫療的需求……。大多數剛受訓完畢的醫師能力明顯不足。

(2) **學習效果不佳：**每當我們呼籲改進教學方法時，總引來資深醫師們的

不平之鳴：“其實老師怎麼教都影響不大，我們以前主要是靠自己學習的”，大家又都異口同聲地說：“其實畢業之時留存記憶的學問所剩無幾”；“老師們將自己的「好東西」全丟出來，就已經仁至義盡了，再來的造化完全要看個人”。這些迴響反映出教學效果欠佳。

許多醫學院畢業生如是回憶：大一大二的通識共同科目，與高中課程多所重複，甚至教得還更簡單而無趣，這段期間固然使人終於能從書堆中抬起頭來，積極參加社團走入社會，卻有許多人沉迷電玩荒唐度日。喘息兩年後進入的基礎醫學，被許多人形容為突然而至、不見天日的黑暗期，課程枯燥艱深而繁重，因與臨床醫學分隔教導，各科系各自獨立，理論與實際缺少連結，因此不知所學為何，甚至喪失了對醫學的興趣。再痛苦地熬過兩年，進入臨床課程時，幸而多數人都找回了習醫的樂趣，然而，此時不免要慨歎懊悔道：“唉！基礎醫學的部分已經忘得差不多了，不知道以前是怎麼學的？”再過一兩年，走進了醫院、靠近了病人，這一切學習才被賦予臨場使命感，學習變得積極主動而有趣。

成人的學習取向就是如此現實

，單為學習(學問本身)而學習的動機減弱了，他們要知道為何而學，學了要如何應用，學了立刻用得上效果才會好，絕大多數醫師將其學習歸功於面對病人、為了解決問題而產生的。在台灣，學生們一直熬到醫學院的最後兩年才接觸到病人，而且開始的幾年還只能站得遠遠地看，就好像站在病床邊聽演講似的，醫學院漫漫七年過得何其可惜，接近病人的路途何其遙遠，又醫者的成熟何其緩慢。既然人總是要事到臨頭，才知道要‘努力’，又知識伴隨著醫療經驗最是深刻，人與人的接觸最能顫動人心，鼓動學習。因此，我們何不早一點把學生帶到病床邊，讓經驗累積早一點開始，讓學習變得有趣且有效。

(3) **解決問題能力不足**：隨著十八世紀歐洲生物醫療科技的蓬勃發展，醫學生被當作科學家般受訓，大量地授與科學知識，學習科學實證法(hypothetic deductive)，隨科技的進步，各科系都各自發展成龐然大物，填塞的知識在學子腦中混亂離陳，就像是隨意存檔的複雜資料，一到用時，遍尋不著。在台灣，傳統的醫學教育現場，與醫病真實現場差異頗大，學生很少面對病人問題的挑戰，再加上長久以來填鴨的

思考模式，即使學生們真具有完備的知識基礎，卻無法分析整理、及應用，沒有解決問題的能力才是一大問題。

近年來，PBL的熱烈導入台灣，已經導正了大家偏執“填鴨”的安全感，各醫學院都或多或少加強了學生解決問題能力的訓練，然而各種病例的問題解決方式，卻是特定的(case-specific)，並沒有辦法教導一種通用的原則來解決所有的臨床問題，情境病例的選擇於是成為一個重要的成效因素，再加上不同老師的帶領，學習效果無法一致，規劃不良時，耗時費力而一事無成。因此，學生解決問題能力的培養，仍是今日的一個挑戰。

- (4) **缺乏自我主導、終身學習的習慣與能力**：醫療科技的進步、知識的更新是永無止境的，再加上新疾病的嚴苛挑戰，醫師們因此終身不能停止學習。今日的醫學教育，雖然引進了PBL教學法，單向演講仍是教學主流，教師們竭力準備了最完善的内容，而忘了留給學生自修思考的空間，沒有引導其學習的動機、訓練主導自我學習的能力。待結束訓練後，醫師們若沒有學分換證的壓力，就很可能喪失了學習動機，而逐漸與更新中的醫療知識斷了連

結。繼致死的AIDS之後，陌生的SARS更貼近地對每一個人張牙舞爪，再再突顯了醫師終身自主學習的重要。

- (5) **人性關懷、醫學倫理等專業素養不足**：許多人質疑，這種良醫情操天生註定，真有可能被教導嗎？於是，當教育單位棄守這領域時，您就將要看到---良醫情操一代不如一代。許多懵懵懂懂進入醫學院的學子，抱著家人的偏差期許，只注重自己的利益、對社會的需求冷漠，缺少奉獻的熱忱，於是，遇到SARS風暴，六位醫護人員殉職、大批醫療人員受感染，大家才終於清醒，深刻體會到“忍受無法避免的危險”這個專業素養要件，於是，家長們悔叫兒女覓醫職，許多診所選擇停業，甚至從醫療崗位上倉皇辭職逃避。將來醫療現場將有可能更形險惡，若非深植專業道德於人心，將無法栽培出堅守崗位的良醫。

這種專業素養和解決問題能力的訓練一樣，不是靠傳講教導，而是需要時間、需要親身經歷的。黃崑巖教授因此極力主張，醫學院頭兩年不要教專業課程，而要讓學生明瞭醫療志業，教他們如何面對生老病死的人生問題，助長其成熟度

，醫師非先學做人，否則難以成為良醫。這種人文道德的教導是有效而且必要的。

(6) **同質性太高**：學生的差異性 (diversity) 可以保證同儕間之互相助益。在討論會中，不同背景的人比較可以從各不同的觀點切入，互相激勵，研究中不同專長及興趣的人，可以朝向不同的方向進行，相輔相成，努力維持學生差異性的學校，其校友在各方位頭角崢嶸的機會大。台灣高中畢業生，進入清一色的七年制醫學院，即使在篩選醫學生過程中，已經注入多元化眼光，其養成過程幾乎是一致的，都先接受學校訂定的通識與基礎科學課程 (有限的選修課程)，但把眼光專注在未來的醫學志業，於是很難深入這初期的學習，也沒什麼機會深入其中某一領域，我們將很難期望學生的差異特質。

理想的醫學教育課程，秉持“成人教育的原則”及“教育心理學原理”，致力於造就‘有能力的明日良醫’，這股革新風潮已經披靡全球，引起共鳴。雖然改革的路是費時昂貴，還伴隨著疼痛與艱辛，但這工作確定是帶著美麗應許的。

