

ACP

原著 [美] Jack Ende

主译 曾学军 黄晓明

临床教学的理论与实践

Theory and Practice of Teaching Medicine

美国内科医师协会临床教学丛书 ACP TEACHING MEDICINE SERIES



 中国协和医科大学出版社

美国内科医师协会临床教学丛书
ACP Teaching Medicine Series

临床教学的理论与实践

Theory and Practice of Teaching Medicine

原 著 [美] Jack Ende
主 译 曾学军 黄晓明

译 者 (按姓氏笔画排列):

王 玉 孟 婵 林 雪 焦 洋

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

临床教学的理论与实践 / (美) 恩德 (Ende, J.) 著; 曾学军, 黄晓明主译. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2014. 7

(美国内科医师协会临床教学丛书)

ISBN 978-7-5679-0058-5

I. ①临… II. ①恩… ②曾… ③黄… III. ①内科学-教学研究
IV. ①R5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 088181 号

Copyright© 2010 by the American College of Physicians

This translation was commissioned by Peking Union Medical College Press, which bears sole responsibility for its accuracy. The American College of Physicians, Inc. is not responsible for the accuracy of this translation from the English edition of this publication and will not be held liable for any errors that occur in translated works.

本书由中国协和医科大学出版社根据与美国内科医师协会达成的协议组织翻译, 并对翻译质量负全责。美国内科医师协会对本书中文版的准确性不负任何责任, 且对译作的任何差错不承担任何后果。

著作权合同登记号: 01-2013-6706

美国内科医师协会临床教学丛书

临床教学的理论与实践

原 著: [美] Jack Ende

主 译: 曾学军 黄晓明

责任编辑: 顾良军

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京佳艺恒彩印刷有限公司

开 本: 700×1000 1/16 开

印 张: 10.75

字 数: 130 千字

版 次: 2014 年 9 月第 1 版 2014 年 9 月第 1 次印刷

印 数: 1—3000

定 价: 36.00 元

ISBN 978-7-5679-0058-5

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)



Preface for Chinese edition of Teaching Medicine Series

“Alone we can do so little; together we can do so much”¹

——Helen Keller

Five years ago I was approached by some brave and imaginative leaders of the American College of Physicians with the idea of developing a book about medical teaching, one that would set down “for the record” the most important lessons that doctors might learn as they pursued careers that included training students, residents and fellows. An outline of important topics was assembled and the work began. Very quickly, however, one book became six as we decided to include the College’s already successful book, “Teaching in Your Office” along with all the other subjects essential for physicians who want to teach medicine, or even become career educators. Thus, an actual book series was planned, a collection of books that would include one on the theory of education; another on methods for teaching; a third on teaching in the office; a fourth on teaching in the hospital; a fifth on mentoring; and, finally, a sixth on leadership careers in medical education. Obviously, the project had grown beyond the capacity of one editor, especially this one, so a team was assembled, with each book assigned to one or more editors—each an authority in his or her field—and authors were recruited. And so, *TEACHING MEDICINE* was created. That was in 2010. What has happened since then?

The academic medical community’s reaction to *TEACHING MEDICINE* has been quite positive. The project’s real success, of course, will be determined by something less easily measured, its impact upon its readers, more specifically, the extent to which the teaching they do in the lecture hall, the seminar room, in the hospital or in the office will be better received and more effective. Can teachers learn to teach better? One of my heroes, C. Roland Christensen once wrote, “The most fundamental observation I can make about [discussion] teaching is this: however mysterious or elusive the process may seem, it can be learned.”² I agree, and I sus-

pect the entire *TEACHING MEDICINE* team does as well.

But there is another message here, and that is from its very inception, *TEACHING MEDICINE* was the work of a team, including some of the most experienced, insightful and creative medical educators in the United States. And so it is with great pride and excitement that I am now able to report that the *TEACHING MEDICINE* team has expanded. We now have colleagues in Beijing. Committed medical educators in their own right, they have worked together to translate volumes of the book series while adapting it for use by clinical teachers in China. And more than just expanding the ranks of individuals who have worked on this series, the Chinese edition also represents a collaboration among two major organizations, the American College of Physicians and Peking Union Medical College. No other organization in the United States has meant more to internal medicine than the ACP, which was founded in 1915 and now represents 133,000 general internists and internal medicine subspecialists; many (or perhaps most) view teaching as among their most important activities. And no medical school in China is better suited to join forces with the ACP in the field of medical education than Peking Union Medical College. Founded in 1906, PUMC is considered among China's leading institutions for training physicians, including internists and other medical specialists. Having recently had the opportunity to visit PUMC and witness first hand the skill and passion with which the faculty there approach their responsibilities as teachers, and their desire to teach better, I cannot be more proud than to see PUMC faculty join the *TEACHING MEDICINE* team and make available these texts to colleagues in China.

On behalf of the ACP and my editors, and my friend and colleague in Beijing, Zeng Xuejun, MD, PhD, without whom none of this collaboration would have been possible, I encourage medical teachers in China to join with like-minded colleagues locally, but also now with colleagues from the U. S., and let us all reflect on how we teach. What else can we do to help our students and residents become better doctors? How as faculty can we work as a team and help each other in our careers as medical educators? Helen Keller was correct. We can do so much more together than we can alone. And when our team expands, just as our world grows

small, to include both faculty in the U. S. and in China, then the possibilities become that much more exciting.

To our new readers in China, I hope you find these books interesting, practical and worthwhile. Welcome to the global team of medical teachers.

Jack Ende, MD, MACP

August, 2012

1. Helen Keller, circa 1903
2. Christensen CR, Garvin DA, Sweet A. Education for Judgment. Boston, MA; Harvard Business School Press, 1991, p. 15

序

——为“美国内科医师协会临床教学丛书”(中文版)而作
孤掌难鸣，众志成城^[1]

——海伦·凯勒

五年前，美国内科医师协会（American College of Physicians, ACP）几位雄心勃勃而又富有想象力的前辈向我提出了关于编写有关临床教学书籍的想法，目的是“记录下”临床教师在培训医学生、住院医师和专科医师等的职业生涯中必须掌握的教学内容与技巧。工作开始之初，先编写了一份重要写作大纲。稍后，我们决定将 ACP 已有的成熟教材（《门诊教学》）以及热衷临床教学甚至希望成为职业教育者的临床医师所必须掌握的其他内容编入此书。于是，本书由一册变为六册，系列丛书的出版计划正式出台：第一册阐述教育理论；第二册列举教学手段；第三册讲授门诊教学；第四册讲授医院教学^①；第五册介绍导师制；第六册探讨医学教育中的领导力。很显然，一名主编已无法担当如此重任。于是，我们分别为每册指定一名或数名该领域权威人士担任主编，组成了一支编委会，并招募作者进行撰写。这样，“临床教学丛书”诞生了，那一年是 2010 年。然而自那以后又发生了什么？

整个医学学术界对“临床教学丛书”的问世有相当好的反响。但这套丛书是否真正成功主要还取决于一个相对较难衡量的指标——它对于读者的影响；具体地说，作为读者的教师们在阅读本书后，是否能学会更好的教学方法，让他们在报告厅、讨论室、医院或门诊的教学活动更有效、更能被学生接受？我心目中的偶像之一，C·罗兰·克里斯滕森曾写到：“我对于教学活动〔讨论〕最根本的认识是：无论教学过程显得多么神秘和难以捉摸，依然是可以学会的”^[2]。我很认同此点，并且我坚信整个“临床教学丛书”的团队亦然。

另外有一点值得关注的是：“临床教学丛书”自编写之初就是一个团队的工作，那时是由来自美国的团队完成编写，他们之中包括了多位全美最有经验、最具洞察力和创造力的医学教育者。而现在，我

^①医院教学是指传统意义以病房为主的临床教学。

十分欣喜而自豪地向大家宣布,“临床教学丛书”的团队又将壮大:我们在北京拥有了新的伙伴,一群执著的医学教育者凭借自身努力,正在将这一系列丛书进行编译,使之符合中国国情,能够更好地应用于临床教学。此外,“临床教学丛书”的中文版也代表着 ACP 和北京协和医学院(PUMC)这两大机构之间的合作。ACP 是美国最具影响力的内科学术组织,它成立于 1915 年,目前拥有 133 000 名普通内科和内科专科医师,他们中的许多人(或许可以说是绝大多数)将教学作为其最重要的活动之一。在中国,也没有一家医学院能比北京协和医学院更适合在医学教育领域与 ACP 进行合作。PUMC 成立于 1906 年,是中国医师培训(包括内科医生和其他医学专科医生的培训)的先驱。我最近有幸造访 PUMC,并亲自见证了那里教师的能力、热情、责任感以及不断提升教学的渴望,因此,我无比骄傲地看待 PUMC 的教师们加入“临床教学丛书”的团队,并将这些书籍提供给中国的其他同事。

请允许我代表 ACP 和我的编辑们,以及在北京的朋友和伙伴曾学军医师(MD, PhD)——本次合作的重要促成者,鼓励中国的临床教师加入到当地以及美国的志同道合的伙伴团队中,交流彼此教学的方式。如何帮助我们的医学生和住院医师成为更好的医生?如何让教师们在工作中团队合作,互相帮助,成为更好的医学教育者?海伦·凯勒说得对,“孤掌难鸣,众志成城”!如果我们的队伍在壮大,有如世界在变小。美国和中国的教师们共同参与,医学教育的成果将更加鼓舞人心。

中国的读者朋友,希望您能觉得此书有趣、实用,值得一读。欢迎加入全球临床教师团队。

Jack Ende, MD, MACP

2012 年 8 月

(张 昀译,沈 悌校)

参 考 文 献

1. Helen Keller, 约 1903.
2. Christensen CR, Garvin DA, Sweet A. Education for Judgment. Boston, MA: Harvard Business School Press, 1991, p. 15.

引言：面对临床教学的挑战

当年没有电脑，没有 PPT，做幻灯片还需要去图片社，我常去的那间图片社有个广告，上面写着：“你想更快捷、更便宜还是更优质？你只能选择两项。”

欢迎进入有回报但同样充满挑战的临床教学领域。在有限的时间内，教师不仅要尽量满足学生的需要，还要为患者提供有效的医疗服务。欢迎阅读美国内科医师协会出版的“临床教学丛书”，本书是其中的第一本《临床教学的理论与实践》。再次欢迎面对摆在医学教育者面前的一些很有趣的挑战。

在这里，我特意选择挑战而不是决定这个词。从幼儿园到高中，所有的教学活动都已经被固化为一系列明确或隐含的决定，而临床教学则需要用更广角的视野来审视。的确，医学教育者每时每刻都在做出影响他们教学活动的决定（经常也会没时间做决定），决策意味着在不同供选方案之间进行选择，但这并不能很好地反映出临床教学的复杂与精妙。临床教学其实一点都不简单。

因此，无论是正式的还是非正式的，基础的还是临床的，有计划的还是即兴的，教学都很复杂，可以说是一系列的挑战。当然，正如教学可以被忽略一样，这些挑战也都可以被忽略。事实上，时有听闻临床医生甚至医学院校的教师选择不做教学而只专注于临床、科研或管理。而在选择主要做教学的医生中，很少人会全职做教学，更少人是为了报酬而教学。长期以来，教学只是一种自愿行为，在这种环境下，我们应该感激那些愿意选择面对临床教学挑战的临床医生。

这本书以及这套书是写给这些选择教学的临床医生。他们是医学知识的薪火相传者，是这个职业的守护者，也是下一代新生医生的助产士。无论是因为什么原因，他们是教学团队的一员，期待与医学生、住院医师、专科医生及教职员工一起面对工作的挑战。他

们会努力提高学习者的临床能力、职业精神和个人修养。临床教师知道教学是何等令人兴奋。

他们同样知道临床教学同样可以令人沮丧或困惑，这也是为什么临床教师思考他们即将面临的挑战是何等重要。本章将会介绍一些临床教学中最常遇到的挑战，特别是那些吸引我在过去 30 年中一直希望解决的挑战。首先要面临的挑战就是教什么，正式的还是非正式的。其次是考虑如何让教学更有目的性，更能为医疗照护工作提供帮助，更有趣味性。再次是如何创造良好的临床教学氛围，如何鼓励职业精神，如何发展道德素质。最后，将介绍如何能让临床教学的过程为教师带来更多回报。最后这一挑战非常重要却常未能被有效讨论。本章引言的末尾还将对本书其他章节做一概述，本章中提到的挑战都会在后面各章节有详细的论述。

❖ 如何决定教什么？

假设你要开设一门关于女性健康的选修课，你最需要考虑的是课程内容。本套教学丛书之《医学教育的领导生涯》中会更详细地讨论以下问题：学生已经知道些什么？需要知道什么？什么是他们应该能够做到的？有哪些教学形式？怎样组织更好？如何评估我的教学是否成功？同样，在准备一次讲座时，也可以通过回答上述问题来帮助自己明确需要重点准备的内容（可参见《临床教学方法》一书）。但是对于不那么正规的教学，如在门诊让学生汇报一个哮喘的病例，或在病房查房让实习医生汇报一个充血性心衰的病例时，如何来指导教学呢？尽管门诊教学和病房教学通常是即兴的，但教学内容不应该是随意的。不应该只取决于教师的兴趣和擅长。教学的目的应该是帮助患者得到更好的医疗照护，同时满足医学生的学习需求。你对你的学生了解得越多，知道他们已经知道什么，需要知道什么，你的教学就会越成功。因此我们通常在听完学生的病例汇报后会问：“你认为患者存在什么问题？”然后我们认真聆听判断学生知道什么以及他们是如何思考的。了解了这些之后，我们才可能开始有效的教学。克里斯坦森（Christenson）及其同事有过

精辟的总结：“我们对学生的了解可以帮助我们更好地定位他们，从而以此为起点开始教学。”同时永远不要忘记，在门诊和病房教学时，遵循“少即是多”的原则。

❖ 如何让即兴教学成为有目的的教学？

所有玩过激流漂流^①的人会更容易理解在繁忙的病房查房是什么情况，绝对不比在急诊室或加强医疗科查房轻松。在拥挤繁忙的门诊情况也好不到哪里去。环境加上紧张的时间压力、准备欠佳的病例汇报以及随时出现需要紧急处理的患者病情变化，整个过程就好比是一次疯狂的漂流。临床教师如何在这种情况下有效组织或至少把握方向让教学沿着正确的方向进行？如何能让即兴的教学成为有目的的教学？

两个建议值得考虑。第一，如在《门诊教学》一书中所述，几个设计好的框架可以用于解决上述问题。五步小技巧模式、SNAPPS模式及一些其他的模式^②可以帮助临床教师利用正确的结构来保证教学有目的地进行。第二，准备一套教学脚本，如《临床教学方法》和《医院教学》中所描述的。舒尔曼（Shulman）称这些教学脚本为“学科教学法知识”。在他的理论中，有组织地开展一个教学话题的方法包括算法、示范、图解以及小讲座等。通过这些方法可以有效展示核心概念，从而帮助教师引导学生走上硕果累累的收获之路。常见病就是常见病，在临床，要随时准备教学最常见的临床问题和疾病。另外要随时更新脚本并进行调整使其适合学生的需要。

第三，将布鲁克菲尔德（Brookfield）提出的“组织观（an organizing vision）”用于教学，这是一种包含了一系列关于教学的信念和价值观的理念，你认为在患者照护及学生需求中最重要的是什么，如何和你的特长相适应。对于一些人来讲，这种特长可能是物理诊断，而对于另外一些人来讲，则可能是循证医学。注意不要过

①此处将病房查房和极限运动激流漂流相比，因为两者同样紧张刺激。

②提到的教学模式具体内容参加系列丛书之《门诊教学》。

于理想化或特立独行，尽量保证你的教学是真实客观的并反映出你的价值观。相信学生会在教学中感受到你的理念。

❖ 如何让教学成为患者照护的有益补充？

临床医学教学可以在实际的临床场景中进行，这让其他很多专业嫉妒。法学院需要模拟决议法庭，建筑学院需要建工作室，而医学院只需要简单地打开医院大门。鲁德密尔（Ludmerer）指出临床教学的这种便利并非与生俱来的，事实上，能够在实际临床中学习是 20 世纪初医学教育者通过艰苦的努力争取到的重要成果之一。因此，如果临床教师不能充分利用这种便利，这将是多么遗憾的一件事！

教学技巧不应该是临床教学的核心，这个核心位置应该属于临床技能。临床教育者的临床专业水平与他们的教学能力水平在很大程度上是紧密相连的。舒尔曼认为教学技巧和临床知识的共同之处就是两者都是高效教学所必需的。只懂教学不懂临床的教师和只懂临床不懂教学的教师一样都不可能成为好的临床教师。当有技巧的医生和学生一起合作解决真正的临床问题时，尤其是那些很棘手的问题时，临床知识就可以与教学技巧很完美地结合。通常这种教学可以让教师有进一步搞清楚临床问题的需求。绍恩（Schön）称这种通过教学搞清楚临床问题的情况为行动中的反思。他对教师和学生的对话有如下描述：他们的对话流畅而不费力，其注意力集中于手上的问题，他们通常只讲半句话就可以使对方明白自己的想法。在这种情况下时间过得很快，每个人都很专注，势能状态也都很高。这种体验式学习的基本原则就是让学习者在前方探索，然后率先遇到临床问题。我们也不要低估以下教学方法的效果，如把自己的想法说出来和邀请学生一同合作解决临床问题。

❖ 如何判断学生的能力从而为其分配相应的责任？

让医学生、住院医师和接受专科培训者承担相应的责任是医学



教育的基石，对医学生而言，这一点尤为重要。目前有几种方法可以判断并对学生的能力进行分类。其中在医学生评估中最常采用的是潘格罗的四阶段 RIME 评估方法（RIME 是指受训者能力发展的不同阶段，由低到高分分别是：汇报者、解读者、管理者和教育者）。但对于住院医生和接受专科培训者，是否达到一定的临床能力，是否准备好接受临床责任则是另外一回事。毋庸置疑，学生无论承担何种责任都需要主治医师的督导，而这种督导肯定是因人而异的。有些住院医生和接受专科培训者可以被充分信任，让主治医师很放心，但另外有一些可能就需要主治医师更全面的督导。督导程度的判断需要主治医师留心并观察受训者的表现，判断什么样的临床决策和操作是可以放手的，什么时候则要看得紧一些。研究结果表明，受训者的自我评估是不可靠的，自我评估的结果与自身能力并无很好的相关性，大多数受训者会过高评估自己的能力，而且能力水平处在最差的 25% 的受训人群是最容易高估自己能力的人群。还有其他的研究表明受训者并不愿意寻求帮助。虽然我们自己或我们的住院医生未必会有上述问题，但研究结果认为客观的能力评估、更全面的评估系统（与单纯自我评估相比）以及认真的督导和有技巧的教学对受训者的评估十分重要。但评估并非易事，如何既能保持与受训者之间的良好关系，保护他们的自信心，又能正确评估他们的能力值得思考。

❖ 何时应该批评而不是听之任之？

数据表明当临床教师发现学生行为不当时，往往不会选择直接批评。原因可能包括以下方面，希望维持与学生的良好关系，希望保护学生的自尊心，或者教师对批评教育的尺度把握不当。临床教学人员是医疗行业职业精神的保护者，如果我们教职人员不能高标准地要求学生，甚至有时不能对违背医疗职业精神的行为零容忍，那么整体医生人群的专业素质就岌岌可危了。

什么样的行为是需要医学教育者及时批评督促改正的呢？一般而言，在工作中所有可能给患者、给医疗团队、给整个医疗系统带

来负面影响的行为都在范畴之内。怀辛格（Weisinger）曾提出“友好批评”原则，并推动其在临床教育中应用以改善个人行为并保证整个医疗机构的良好运作。做到这一点，我们首先要明确批评的标准，并让学生也清楚这一标准，通过合适的反馈方法提醒学生。第二，我们要让他们了解受到批评的这些行为已经造成或可能造成的后果。第三，也是最重要的一点就是告诉他们以后需要如何改进。在涉及医务人员职业精神的一些工作领域，我们需要格外仔细地观察学生，对不当行为及时批评，然后再继续观察行为的改变。

❖ 我们的工作真能影响学生的道德水平吗？

当我们试图提高学生的人文精神和职业精神时，亟需回答的就是这个问题。对于职业精神，亨德（Huddle）有过相关的评论：“将职业精神视为一种专业或能力是一种冠冕堂皇的说法。对于那些乐于助人的、尽责的、富有同情心的住院医生或受训者而言可能的确是这样。但医学教育者实际上强调的是医德，是底线要求，而不仅仅是要求其掌握一种临床技能。”

亨德接着评论道：“职业精神和培训意味着在有更取巧的方法的诱惑下，你仍需要克服饥饿、焦虑、疲劳或下班回家的欲望，多花时间和精力做正确的事。职业精神教育，在医学教育者眼中应该意味着热情、仁慈、诚实和坚毅等素质的全方面训练。在临床培训中，这也许并不是不可能完成的任务，但我想说的是这可能比我们想象得要困难得多。它需要医学教育者自身具有一定的道德水平，同时也要花一定的时间和受训者建立关系。以上这些可能都是我们大多数人在工作中未曾仔细考虑过，但却一直在做的事情。”

各种设计用来培养职业精神和人文精神的讲座、研讨、查房及小组实践虽然很重要，但临床教师一定不要低估他们在临床带教中的导师和示范作用，他们花在与医学生、住院医生和专科受训者密切接触、共同工作的时间和精力是值得的。



❖ 临床教师应该如何让受训者重视查房？

大多数临床中的教学带有强迫的性质，比如要求每个人都必须参加查房。但是不同的学习者对于临床教学活动的热情程度有很大的差异。我们不妨观察一下，是否团队成员都可以准时参加查房？是否每个人都注意听查房？他们是不是真的都摒除杂念听得聚精会神？很多差异归因于受训者自身、教师以及环境的因素。

在马尔科姆·格拉德威尔（Malcolm Gladwell）^① 的《引爆点》一书中描述了行为如何作用于环境。当然，这其中个人因素和社会因素都起了作用，但是一些外在因素，如物理条件的改变，通过很显著的力量作用也可以做到类似的影响。格拉德威尔描述了“破窗”效应，指出犯罪被认为是一种无序状态，甚至是一种氛围的结果。他写道：“如果一栋大厦的一扇窗被打破并且一直没有修好，那么经过的人就会认为这件事没人关心也没人管。于是很快，更多的窗就会被打破，甚至情况会更差”。格拉德威尔引用的关于环境影响力的另一个例子是在普林斯顿神学院做的一个有趣的试验。研究者发现即使受试的神学院学生在近期刚刚学过关于慈善的撒马利亚人^②的圣经故事，他们赶着去考试在路上却并没有因此选择停下来帮助一个表情痛苦的路人。决定这些学生是否停下来帮助这个人的决定因素是他们是否有足够时间赶上马上要进行的考试。

这种环境影响力对医学教育会有什么样的影响呢？事实上这种影响的作用很大。如果医学生看到教师上课迟到，那么他们也就觉得迟到没有什么。如果用于查房的房间杂乱无章，那么也很难指望医学生的汇报很有条理。如果没有给住院医师足够的时间去管理患者，那么就算再有责任心的住院医师也会开始学着投机取巧了。因此，在医学教育环境中的所有可能起作用的因素都应该被仔细检

^①马尔科姆·格拉德威尔是美国专栏作家，2005 年被《时代》周刊评为全球最有影响力的 100 位人物之一。《引爆点》（The Tipping Point）是他的成名作，为 2005 年纽约时报畅销书榜首。

^②指对苦难者给予同情帮助的好心人

查并受到教师的重视。办公室桌上的那些旧报纸和未收拾的咖啡杯可能不会造成医疗质量的明显下降，但肯定对查房没什么好处。

❖ 如何让临床教学更有趣，甚至成为一种快乐？

注意教学的氛围是帮助判断临床教学整体环境的方法之一。在本系列丛书之《临床教学方法》一书中，史盖夫（Skeff）和斯彻特斯（Stratos）用了一种七分类模式来评估和分析教学。其中类别1就是教学气氛。史盖夫和斯彻特斯将教学气氛定义为“整体教学的基调和氛围，其中包括是否是诱导教学，是否学习者可以轻松地位自己并找到自身的不足。”了解教学气氛最简单的方法就是回答以下问题“学生愿意在这里学习吗？”

医学教育者的幸运之处在于他们指导教学的都是真实发生的病例。因此，临床教学的最大优势就是帮助学习者解决他们希望解决的问题。但疲劳、压力和很多令人分心的事也同样存在于临床教学的环境之中，因此教师需要尽一切可能让教学更有趣，甚至能带来快乐。讲故事、讲笑话、做游戏和进行竞赛都可以被整合到临床教学之中。总而言之，一切能鼓励积极向上学习气氛的事都值得我们考虑。

另一个同样重要的问题是：“教师是否想在这里教学？”每个人都知道，临床教学是非常辛苦的，其中令人厌烦和辛苦之处显而易见，反而伴随教学的快乐有时不那么明显。因此教师的热情非常重要，无可替代。

❖ 如何让教师保持教学热情？

谈到教学，一位非临床教学的教育者布鲁克菲尔德（Brookfield）这样写道：“狂热、希望、怀疑、恐惧、狂喜、疲惫、同袍之谊、孤独、虽败犹荣、虚无的胜利以及凌驾惊奇与犹疑之上的信心——如何能够用一个词或一个短语抓住教学的精髓？实际上教学经常是一个光荣且混乱的旅程，充斥着惊奇、震惊和风险。”

另外，在教学的同时还要面对医疗实践中复杂多变的情况和压力。你应该理解为什么让教师保持教学热情是如此重要了。更何况这种热情的保持对个人而言不是件容易的事。

如何了解和掌控情绪是一门学问，有些经验我们是可以借鉴的。例如，如何设定自己的目标，如何做好时间管理，如何控制情绪以及如何庆祝胜利。下面的建议是更加专门针对临床教学人员的。第一，找一个在教学方面与你有相似之处的同事或者导师，大家交流一下教学的情况。不管这种交流是为了得到一些建议，还是分享一下成功，还是单纯拉拉关系，这种关于教学的交流都会给你带来很大帮助。

第二，掌握自我评估的技巧以了解自己在教学方面做得到底如何。学生的反馈意见和教学的奖励都有助于反映你成功的一面，但可能并不全面或真实。确定你的目标及评估指标，从而帮助你了解你自己究竟是否已经取得成功十分重要。在本书的第四章中，施泰纳特（Steinert）提供了一个更详细的方法来介绍如何做到这一点。

第三，鼓励你的学生和你保持联系。就像临床医生在多年后听到患者对他的感激可以获得成就感，临床教师同样可以通过与以往学生保持联系来获得巨大的满足感。

第四，读一读医学教育史。作为一名医学教师，你和所有那些做出突出贡献的前人一样，也是历史的一部分，你要心存感激，你能享受到由于前人努力给这个职业带来的最大便利。读一读医学教育的理论和研究，对决策成功或失败的来龙去脉了解得越多，在教学过程中遇到奇迹的可能性就越大。

第五，参加教师培训。可以帮助我们理解临床教学过程同时掌握新的教学方法，了解新事物。

第六，以教学为动力，促使我们保持甚至增加我们的医学知识。掌握一门学科会让人获得极大的满足感。没有什么比被迫做一件事更让人提不起兴趣的了。

第七，正如奥兰德（Orlander）和弗林克（Fincke）在本书第三章提醒我们的，尽可能多地了解你的学生，他们来自迥然不同的背景，并会把他们的生活经历带到他们的医疗工作中。不管他们是和