

行為科學專題探討初評

吸毒問題在香港

我們曾在這段短促的時間裏，訪問了不少有關部門和機構，對於吸毒問題的社會背景，吸毒對身體的影響，總算有了些概略性的認識，並會通過街頭訪問，初步了解一般市民對吸毒問題的意見。

我們曾探訪了下列的機構：

- 一、石鼓洲康復院
- 二、美沙酮戒毒中心
- 三、大欖戒毒所
- 四、毒品問題電話諮詢服務中心
- 五、Police Nicotics Bureau

中國傳統醫學與西方醫學之比較

在第二學期之初，經過大家的討論後，就定下了問卷的藍本。由於我們所定的問題，不大適合用電腦來作分析，所以我們選擇了用人手來統計結果及作出分析，雖然遇上很多困難，但各同學都很合作，所以很快便有結果發表出來。在第三學期初，我們就開始籌備個人之報告，然後再由各人的報告內容中，經過選擇之後，綜合地作出一個總報告及作為把結果公開給全體同學的資料來源。

社會福利在香港

在短短的十個星期內，我們接觸過下列幾方面的社會福利：

- 一、兒童照顧——包括志願團體（保良局等）和政府醫療部門等。
 - 二、社會保障——政府部門（例如投訴處、調查組和九龍廚房等）。
 - 三、社會服務——政府設立的青年中心，社區中心和圖書及流動鄉村服務組。
 - 四、精神健康——政府設立的精神康復中心。
 - 五、老人服務——瑪嘉烈醫院老人科。
- 意見和觀察：
- 一、在社會福利服務方面，發覺普遍出現了人手和財力方面的短缺。香港政府沒有一個全面性的社會工作人才訓練的計劃。（可見最近公佈的社會福利白皮書。）基於人手短缺，對於員工和受惠者方面都產生問題。例如：九龍廚房每天要負責一萬多餐飯給越南難民。人手短缺使員工感到吃不消，常要開通有饑應付得來。
 - 二、香港需要設立一個社會保險計劃。
 - 三、同學覺得這個「社會福利」的題目太廣，短短的期間，不能對問題認識深入。
 - 四、這個計劃給與我一個體會社會事物，彼此認識和思想交流的好機會。

由於新課程的安排，今年二年級的同學需要在第二學期中，進行一項有關社會醫學的專題探討，這個專題探討，為期約三四個月，直至第三學期為止。工作是以十四五人為一組，由一位來自心理學系的碩士生任導師。從各項的專題及同學所花的心思及時間，可見各同學對這個專題下了不少工夫，因此，對於二年級同學及今後的行為科學課程，有相當的影響，我們希望藉此初評，把同學們的意見表達出來，以使有關方面能為今後的二年級行為科學課程，設計得更週到。

這個初評，分為四部分：

- 一、行為科學專題研討大畧簡介
 - 二、二年級同學問卷調查結果。
 - 三、對各組專題報告各總評。
- (Mr. John L. Anderson)
- 四、座談會記要。

醫生與病人的關係

泡製方法：主要是制定一份問卷，然後分三方面進行。

- (一) 診症前——取得病人的個人資料，如年齡，性別，職業等。及病人對醫生的一些看法。
- (二) 診症過程中——從各方面，如交談，檢查等，觀察醫生對病人的態度好與否。
- (三) 診症後——訪問病人在診症後的感受，如是否清楚病情，對醫生滿意與否。

最後，就是將取得的資料加以詳細分析。

味道：是苦也是甜。

甜——與病人交談，幾開心，可以學到一些如訪問的技巧等。

苦——要做報告，費去不少時候而得益不大。

嚙後反應：

「增強自信，不信別人，信自己。」
 「按：因有人答應幫助我們用電腦來分析那些資料，結果「無收穫」是也。」

傷殘人士的康復

我們的一組主要是研究香港政府及其他志願團體提供的服務，以及傷殘人士在康復過程中面對的困難。為了方便工作之進行，我們分為三個小組。

①了解傷殘人士（主要是肢體上傷殘方面）在康復期中所面對的各方面難題，以探訪及問卷的形式，詢問他們的感受。

②透過訪問盲人院，比較肢體傷殘與失明人士所面對的難題，以及他們所接受的服務。

③分別訪問政府和志願團體所主辦的康復中心及職業輔導所，了解他們所提供的服務，及面對的實際困難。

此外，我們亦做了一個街頭訪問，收集了市民對傷殘人士和現時的服務的意見。

「香港義務團體」

我們走訪了共六個義務組織，並翻閱了有關文獻及書籍。所得的結論是香港的康復工作並不完善，不單數量未足，義務團體由於財力，人手，地方，設備的限制，所提供的服務質素亦頗有差別。這是由於政府一向以來的社會福利計劃，都過於倚賴義務組織，而沒有充份發展政府服務（Statutory Services）所致。

Social Implication of Illness

我們在瑪麗醫院訪問了四十多個病人（男女各佔一半）。從訪問結果，進行分析，主要分兩方面：

(一) 比較男、女病人在入院之後對家庭生活的影響，經濟影響，作主權的改變（change of dominance）、感受等項的差別。

(二) 比較不同社會階層（social class）對病人的影響——包括家庭經濟，工作的保全與否，家人的反應，對醫務人員的信任和合程度等等。

INSTITUTIONALISATION

我們這次探討式的調查，是根據Barton的著作（institution neurosis），它提出八點能使長期住院的精神病人產生不良影響的原因，我們希望找出在香港精神醫療制度是否有同樣的情形出現。調查的地點是荔枝角醫院。我們訪問院中的醫生、護士及病人，同時觀察工作人員怎樣對待病人，期望能得出一些結果。

實習醫生與護士的工作關係

在醫院中，實習醫生與護士有着密切的關係，他們之間能否充份合作，起着重要性的作用，究竟實際情況如何呢？護士怎樣評價醫生呢？實習醫生對護士又有什麼看法呢？他們對工作是否滿意？上司對他們有什麼壓力呢？

我們帶着一腦子的疑問，通過訪問及問卷探討他們之間的微妙關係，但因受訪問者的人數有限，我們無法對整間醫院（瑪麗醫院）作出概括性的評論，但亦得出不少頗為有趣的結果。

工作與精神緊張

我們負責的是有關「工作與精神緊張的關係」。初期，我們（包括導師）都未有積極參予，停留在找尋資料的階段。後來經過散漫的討論，才決定以問卷方式找尋工作與精神緊張的連繫。訪問對象是工廠工人及白領人員，嘗試從工作量，工作環境，人際同事關係等各方面對生理及心理健康的影響；在這段時間，同學與導師都積極參予，問卷收回後，我們便進行分析寫報告，在整個過程中，大部分同學除了對工作與精神緊張有較深入認識外，其他方面，如研究方法，大家似乎受益無多。

2.

Questionnaire on Behavioural Science Project

How do you think about the topic of the project?	
a) easy to approach	38%
b) difficult to approach	52%
c) meaningless to approach	10%
sample size	73
How do you obtain information about the project? the most important sources	
a) library books	29%
b) tutor	18%
c) visits	51%
d) gov't depts.	3%
sample size	79
What do you think about the guidance from the tutors?	
a) sufficient	37%
b) inadequate	23%
c) not much help	28%
d) unenthusiastic	12%
sample size	83
Can you learn anything from the project?	
Yes	84%
No	16%
sample size	83
Can the things learned be related to the lecture material?	
Yes	35%
No	65%
sample size	77
Do you think the time spent:	
a) too long	59%
b) sufficient	29%
c) inadequate	12%
sample size	78
On the Report Presentation Day:	
a) Can you learn anything?	
Yes	47%
No	53%
sample size	78
b) Do you think it	
i) boring	36%
ii) interesting	23%
iii) no comment	41%
sample size	83
How many hours do you spend in writing the Group Report?	
a) less than 10	46%
b) 15	24%
c) 20	5%
d) 25	4%
e) 30	5%
f) more than 30	16%
sample size	74
How many hours do you spend in writing the Individual Report?	
a) less than 5	13%
b) 10	35%
c) 15	23%
d) 20	7%
e) 25	5%
f) 30	7%
g) more than 30	11%
sample size	75

3.

Behavioural Sciences Projects

Mr. J.L. Anderson

Mr. J.L. Anderson takes the chief responsibility of organising the Behaviour Science Course for second year curriculum. We are glad to have his generosity of delivering his comments on the projects done by the second year students. The Editor wishes to thank him for his passage.

In commenting on the students projects at this stage, I have several reservation. First of all I have not had an opportunity to read the group reports. This means that my comments are based on the Group Presentations the whole class and my chance observations as the Projects progressed. Secondly, since this is the First year in which these Behavioural Sciences Projects have taken place, and it is my first year teaching this course here, I do not have any yardstick for comparison. Bearing these in mind, here goes!

Judging by the Group Presentation to the whole class there was quite a range in the standard of the projects.

Some of the presentations were obviously very well thought out, clear and informative. Some were also highly entertaining. For example, the report on Social Welfare was an excellent presentation. It was highly imaginative using role-playing to put the message across. Most groups used visual presentation, some (e.g. Doctor-patient Relationship) gave amusing illustrations.

One major criticism was the lack of integration of theory and observation. I had hoped that all the groups would be able to apply what they had learned in class or in reading for their Project work. On the whole this was disappointing although some groups, e.g. "Work and Stress", "Hospital Organisation", "Institutionalization" did integrate, theoretical and practical work very well.

Statistics are always problems for medical students. (they are for me also!) I had hoped that gathering and analysing data would give valuable experience in this area. Most groups seemed to be only in their presentation of data or tried to avoid using "complex" statistical analyses. The group investigating "Social Implications of Ulcers" made a brave attempt at statistical analyses, as did one or two others.

For some groups there was no readily available data or theory and

they had to collect the material afresh. For example the Group reporting on "Traditional and Modern Medicine in Hong Kong" found references on this subject hard to come by. Similarly the groups reporting on "Voluntary Agencies in the Rehabilitation of the Handicapped" and "Rehabilitation of the Physically Handicapped" found data in terms of frequencies etc. hard to come by since they were presenting an overview of the local situation.

Most Groups found the Projects time consuming, both in terms of learning and travelling for visits, for example the project on "Drug Addiction" involved trips to the New Territories and an island. This Group and the one dealing with "The Doctor Patient Relationship had problems in getting data from the computer - they didn't get it - and this meant extra work for them.

Most students were enthusiastic and hard working. I appreciated their efforts. I think they learned more than they realise at present from these Projects. A small minority were lazy and couldn't care less. This is to be expected - the lone tail of the Normal Distribution. This year we all learned a lot. In particular the exercise is valuable because it had paved the way for future Projects. We have established good relations outwith the University and laid the foundations for successful Projects in coming years.

M
B
必
过

Asthma in perspective
A rational basis for treatment

Ventolin (salbutamol)
Becotide (beclomethasone dipropionate)

In mild to moderately severe asthma, when bronchodilator predominantly, bronchodilators, preferably by inhalation, are the first line of treatment and usually of first choice for both the acute and chronic phases.

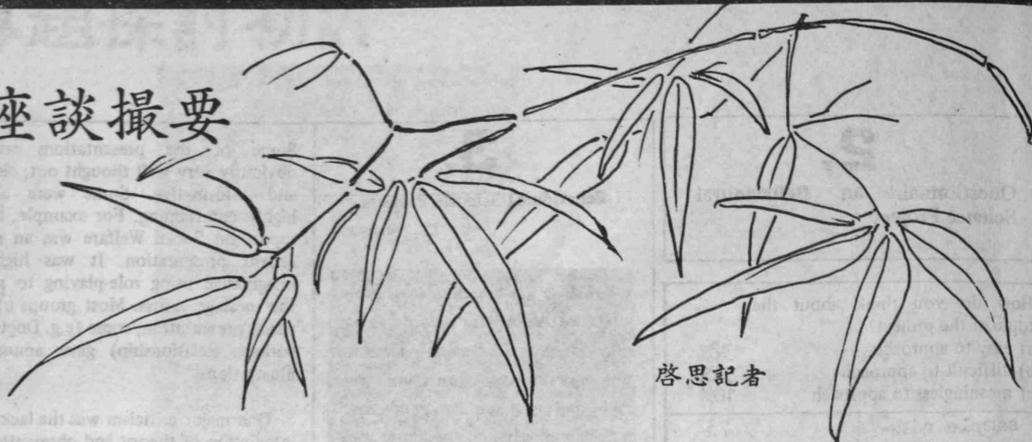
Following Ventolin is the drug of choice and is usually the first step in a stepwise approach to asthma treatment.

When low response to bronchodilators occurs, due to mucosal oedema and hypersecretion of mucus, anti-inflammatory maintenance therapy is essential. Becotide inhaler is the drug of choice.

Effective control of asthma is achieved with a minimum of systemic medication at all stages of asthma.

行為科學專題

4. 八二同學座談撮要



啓思記者

由於試關迫近，同學們深感「戰雲密布」，大家都忙於「整軍備戰」，所以，幾經多方面努力，才成功地約了十多位來自不同組別的同学，在課堂後，圍坐起來，暢所欲言，大談起來。

一、我們對做專題的期望：

一般說來，同學們並沒有期望通過做專題來學習什麼東西；當然，沒有什麼期望並不是一件十分壞的事情，只要能通過做專題，若果可以不斷發掘很多趣味的和值得學習的事情，這未嘗不是一件好事，很可惜，大部分同學覺得他們並不能做到這一點。很多同學認為學系對做專題的要求及意義，並不明確。所以，在接觸和處理如何開展專題時，往往深感不知從何入手才比較適當，若果學系在開始時能給同學多一些的幫助，使同學能掌握專題題目內涵及從那些方面入手，或對這些題目提出一些建議，這可刺激同學去思索，好使他們不致一頭霧水，茫茫然不知怎樣開展專題。

二、我們對導師一些意見：

導師對同學的協助是不可缺少的。但不同組的導師，他們的積極性和幫助也有很大的分別。據一些組員反映，他們的導師非常認真，在開展工作時，便帶領同學去思索有關的問題，使同學能迅速地掌握了專題的重點，在計劃工作時，一些導師亦能從旁協助，使同學能緊密的開展工作，充份理解整個專題的過程，當然他們便可以更有效率地完成專題，得到東西也比較多。但這是少數。

但不少同學認為導師對是項專題的了解，不比他們多，甚至連導師也不大明瞭學系對是項專題的意見，及應參與的程度，因此在開展初期，大家一頭霧水，耗費了不少時間專修課於討論题目的範圍，但因大家不能決定，而往往一無所獲，或最後遣派同學去搜羅有關書籍著作，幫助思索，這樣一來，浪費了不少光陰才總算得了一些入手的途徑。

至於導師與同學的合作方面，組別間也有很大的分別。但的確有一些極端的例子，也有導師甚少參予；一般說來，不少導師過於倚賴同學的積極和主動，過於放手讓同學們自己全盤策劃，聯絡和安排訪問，使同學們深感吃力，舉龍無首之苦。

三、導師的責任應包括些什麼？

總結同學意見所得，導師是不可缺少的，而他們的責任，應該包括下列兩方面：

——監督着每個同學的投入——

因為是分組制，所以組內同學的投入對該組工作時的氣氛和表現是重要的，但往往一些同學不積極投入，使部份積極的同學做了很多工作，這是不公平的，而導師的監督肯定可以起了制衡的作用，更重要的是使組內能產生一種團結的歸屬感及力量。

——顧問——

作為顧問，當然不能越俎代庖，但也不可以對專題的大概情況和如何做法的也不大清楚，當然最重要的是學系方面與導師能更緊密聯絡，是會幫助系裏的同學盡快掌握如何入手的。

四、時間方面的安排

時間安排在第二個學期中舉行，對同學來說，是具有一定程度的壓力。在第二個學期裏，課程新添了病理學和微生物學，加上原先的生理，生化和解剖學課程，同學早已有吃不消的感覺，所以，這也部分解釋了為何同學對專題表現頗不積極。加上做專題須時2至3個月，一直到第三學期的第二個星期才完結，如果過程中一直做得散漫的組來說，拖得太長反會使他們對專題失去了興趣。

另一方面，對一些進展比較有系統的組來說，時間即相反地不足以作較深入的探索，往往使部分積極的組大有興嘆之樹。

一些同學提議如果能在第一個學期，在有較多的空堂進行是項專題，功課上的壓力或可減輕很多；雖然有些同學猜測學系，決定在第二學期進行是項專題之部分原因，可能希望同學把第一學期所學的社會學能實踐於專題中，但實際情況卻是，從專題所牽涉的東西，與第一學期所學的，甚少關連，其實可以是一邊學，一邊應用。與會的同學非常希望有關方面能考慮考慮。

五、專題報告：

三月中旬以後便放假，大部分同學都充分利用這段寶貴的時間來複習第二期的課程，好好地準備第二期測驗，因此，很多組員都把做專題的事情擱置起來，待測驗後，由於只餘下一星期左右時間便要呈交專題報告，所以，同學們便唯有「臨尾衝線」，「快馬加鞭」式的把專題總結，於是效果往往不如理想，大有前期功夫白費之嘆；加上既要呈交組的報告，又要呈交個人報告，（其實，二者都有很多重疊的內容。）同學們分身不暇之餘，普遍深受壓力之苦。

因此，既然大部分同學做專題時，都是把精神集中在全組的進展身上，所以呈交個人報告是沒有必要的，好使全組同學能傾全力把他們二個多月來的心血總結在組報告中，而成績的好與壞則由大家分担。

六、究竟學了些什麼？

同學普遍認為是學了些東西，但實質上學了些什麼呢？他們往往很難說（？），亦有同學認為，通過這些專題，確實掌握了一些做統計的技巧。但是，若把花去的時間同時考慮，便覺得不值得了。

七、如果下次有機會再做時……

問起這題目，與會同學不約而同地笑起來，有意見認為，下次的專題要多些與醫療有關的，雖然大家都不會反對能有一點社會科學的東西，但若是以純社會科學的態度做專題時，而同學對社會科學認識微薄，便會深感困難，影響了工作時的進展和提不起興趣來。

八、對全年課程的幾點意見：

一般來說，同學們普遍着重一些與醫療知識有直接關係的科目（例如生理，病理，微生物，解剖學等），而把「行為科學」作為輔修科目同學對這科的興趣是有的（上課的出席率很高）可見，所以，當行為科學的課程太多太密時，同學便大受困擾；單以上課的節數來說，便與社會科學系的差不多，而且一些課題，（例如 Perception）的出發點，往往太過側重心理學或社會學及過於理論化，而流於（空泛），而忽視了我們怎樣引導將來應用在醫學方面。所以，使同學很難吸收及理解講課內容。

另一方面，一些講師要求同學閱讀參考資料，而這些參考資料當中，雖然有不少是值得讀的，亦有不少是一些社會科學家的研究報告，但由於冗長及繁瑣的關係，加上其他科目重重壓力下，相信很少同學能抽出時間來閱讀，同學們希望講師能提綱挈領地講授課程要點便好了，至於要求同學們博覽各方面的參考資料，雖然出發點是很好，但未免不切合我們的實際環境及能力所及。

九、後話：

我們認為這座談會不算辦得成功，因為出席的同學不多，但這不致影響與會同學的意見的代表性，我們相信，雖然只有十多位同學，並能反映部份同學的意見，但同學間仍有很多疑問存在心中的，未能表達出來。

二年級的行為科學專題探討，今年是第一次，在整個行為科學的課程中確能啟發同學們向多方面的問題認識及思考，學系方面的努力，尤其是講師 Mr. Anderson 下了不少功夫，但其中也存在了不少缺點，如課程內容及編排方面，同學們希望能通過可行的途徑，把意見轉達，並殷切地期望着未來的改善，使課程臻於善美。

七九年啓思編委會

- 顧問：林大慶 醫生
- 總編輯：何汝祥
- 編輯：劉少權 胡兆雲
- 秘書：丘國維
- 財政：單宗佑
- 流傳：張桂杰
- 總務：關鼎樂
- 去屆代表：雷聲响

新聞及專題組：

- 黃偉忠 容振權 謝喜兒 單宗佑 袁善英
- 黃洗照 張桂杰 郭天福 周永信 林紹良
- 梁潤森 郭寶賢 廖慶榮 何桂輝 張錫流
- 顏繼昌 方方正 唐漢軍 葉麗婷 袁維基

美術組：

- 袁銘強 關鼎樂 孫偉盛 麥國和 程啓泉
- 余國照

文藝組：

- 鄺沃林 黃就明 鄭明鈴 丘國維 董偉傑
- 吳馮深 易餘慶

The Editorial Board Wishes to Thank
Glaxo For Special Support.

則二記日



思

五月一日 星期二 晴

「各位同學，我地急需血液，請上三樓捐血吧；」一位穿着淺藍色制服，袖上有一個紅十字的護士正向走過的身穿白袍的人呼喚着，一種近似哀求的聲音，一次又一次地重覆着。

但是，很奇怪，那些走路像醫生模樣的人卻好像聾子似的，頭也不回，急急走過。間中，一些有點兒禮貌的，會回過頭來，輕輕一笑，作為一個沒有答案的回覆。

「××，去捐血嗎？」

「唔得，我咁瘦，又快要考試了，捐不得。」

「咪搞！捐血！怕怕，還是你自己去捐吧！」

諸如此類的借口，真是可說是五花八門，不可勝數，不可謂醫學生的太極手法不了得。其實，這麼多的借口，答案就只得一個——「不捐！」

可能是上醫學生理課時，明白了血液的重要性，又或者他們知道損失了若干的血液，會產生貧血，休克等症狀，因而更覺得血液的寶貴吧，「捐血！給別人，真是要我的命麼，還是你捐給我好。」

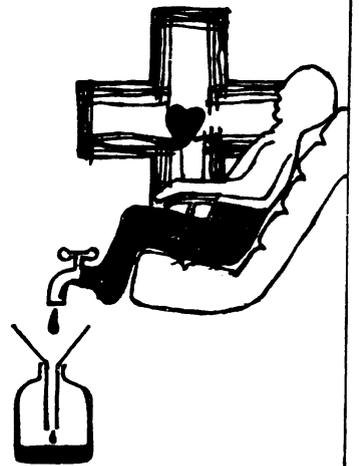
還記得小學上聖經課時，老師講了個故事，是這樣的：一個窮的婦人，利用剩餘下來的兩毛錢也捐給教堂去，而另一個富人誇耀自己捐了一部份的財產給教堂，誠言上面說，應對那一個窮人表示稱讚，因她捨去了自己僅餘的東西。這個比喻雖然不甚恰當，但我想，我們的醫學生大人卻比那個富人更吝嗇，更自私呢！

我們不是說了許許多多甚麼醫學生應認識將來責任，多關心病人的痛苦，做一個急病人所急的「好醫生嗎？那麼那些躺在病床上等待着血液施手術的病人，他日日夜夜受病魔的煎熬，耐着各樣的痛苦，病情逐漸惡化，各人束手無策，就是缺少了幾千c c的血液。我想

有錢的人，當然可以花錢買血，但那些窮人，又怎樣呢？耐心地等吧！

捐血，其實並不是一件有甚麼大不了的事，對於一個「正常」的人來說，捐出數百c c的血，對身體根本沒有甚麼不良的影響，反而會促進細胞的增生，這些我們都很清楚，我想若果在考試中有這個題目，你也會這樣答，可能還更詳細些，對嗎？人就是這樣虛偽的動物，「事不關己，己不勞心」，「人不為己，天誅地滅」，我們罵這些不對，但到頭來，我們還是抱着這種的態度做人。

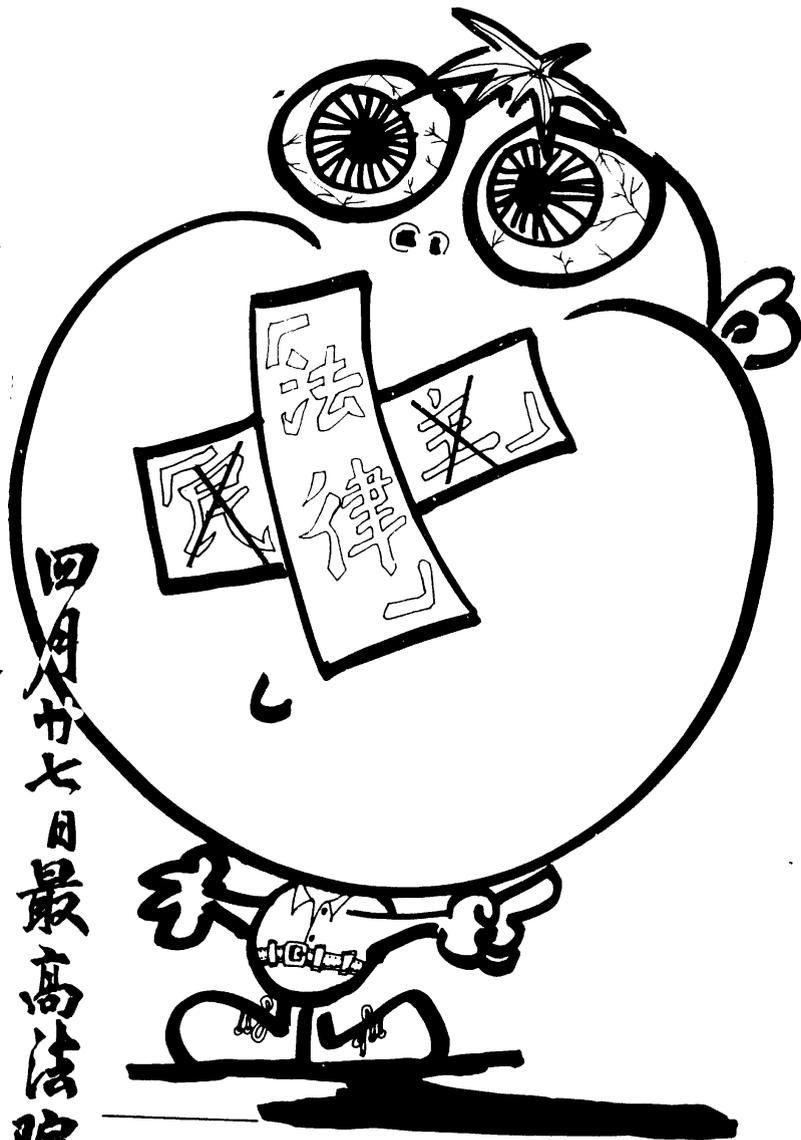
樂於捐出血液的人，並不表示他是個「好」人，換句話說，不捐血的，有些可能是身體或其他理由，雖然有心捐血亦不能夠，我們亦沒有理由怪他們，但是那些平日口邊掛着「愛你的仇敵」，「救死扶傷」的人，我們大家實應反省一下。難道我們未來的醫生，就正如別人所說的只是一個只曉得賺錢，連妓女不如的怪物麼。……



五月六日 星期日 晴

在一個佈道會上，一個牧師正在講壇上，口若懸河地講着主耶穌釘十字架的訊息，「他用他的鮮血，洗濯了世人的罪，噢！他是何等的偉大啊……。」我坐在一旁，不敢歎道：「那麼，你的血是白流的了，主耶穌！」

四月廿七日最高法院
對艇戶事件中被控
者維持原判！



悼文——送拓荒者

少游

他們戰惡風、破巨浪，始終站在最前線。他們敢於說出自己所見所聞，親身經歷的事物，打破了種種歪曲的言論與宣傳所定下的藩籬，糾定了不少錯誤視聽，開拓了廣闊的天地。他們不畏強暴，勇於走出知識分子的圈子，到大家中去，對社會上種種不平提出指責，要求改正。在洪流中的搏鬥中，共同的目標，相互的支持，使他們結成了剝骨銘心的友誼。那個時候是他們生命中最輝煌，最燦爛的時刻。

然而也正是在這光輝的背後孕育了失敗的種子，產生了一個必然會發生的悲劇。當熱情代替了理智；實事求是的科學態度讓位於盲目理想和信念，那又怎能經得起現實的考驗？歷史和現實正無情的嘲弄人們。一次巨大的變遷，使人們重新清醒過來，發覺理想和現實相距得這麼遠，比地球到月球還遠；一些曾經堅信不移的「真理」，一些曾經捍衛過的原則現在看起來是那麼可笑和荒謬。以前建立在浮沙上的皇宮一下子就幻滅了。失落、迷惘、茫茫然不知何謂方向；種種失敗情緒接踵而來。

因此，一些人退縮不前；有些歸隱到自己小圈子裏，放歌縱酒，專心鑽研，逃避那一個不可解決的矛盾。火紅是比較特別的一個。當他人已經放棄的時候，他還是繼續掙扎了好一會兒，企圖重新建立起破滅的信心。也圖喚醒新的

一代人，繼續未竟的事業。可是無情現實的打擊，旁人冷嘲熱諷，加上昔日戰友分散，終於使他一步一步的沉淪下去，直至無聲無息地離開了我們。這並不是火紅一人的悲哀，也是整整一代人的悲哀。

魯迅在野草題辭中說：「過去的生命已經死亡。我對於這死亡有大歡喜，因為我借此知道它曾經存活。死亡的生命已經朽腐。我對於這朽腐有大歡喜，因為我借此知道他還非空虛。」「我希望這野草的死亡與朽腐，火速到來。要不然，我先就未曾生存，這實在比死亡與朽腐更其不幸。」這正好作為火紅的挽詞。火紅，你安息吧！

火鳳凰在烈火中灰飛煙滅。但她也在烈火中得到再生。這也許是一個神話，一個動人的神話。然而有誰敢肯定神話沒有成為事實的可能。

讓我們向那些已離去的和未離去的開荒者致以最崇高的敬意。為他們敢於衝破範疇傳統，熱切追求真理的精神，默默的耕耘，在各種逆流中堅持自己的信念而驕傲。只有他們才能在那「黑雲壓城城欲摧」的日子裏，到處冰封的環境中帶來瞬息的光明與希望。

又木、火紅、楚橋……，一個一個像風吹柳絮一般的飄然而去。剩下那麼寥寥的幾個人，繼續默默地，不計成果地工作，播下一些種子。然當這些人離去後，那又剩下些甚麼？

也許這裏會變成月球般的荒涼。沒有水、空氣、更沒有一點聲响，只有亘古不變的靜寂。

也許那些埋下的種子會發芽、開花，綠遍了每一角落，開出漫爛的山花。



編者的話：少游君在這篇文章中從悼念火紅君——一個曾經投身學運，經歷了無數次風吹雨打，然而到頭來飄然而去的理想主義者開始，抒發了他對學運和參與學運同學的感情；對學運作出了一些評價，也嘗試指出學運走向沉寂的原因。希望這篇文章能令到曾參與學運已經離去的或即將離去的回顧一下歷史，作出他們自己的分析和評價。更希望的是令到未曾參與學運的同學從文章窺探當年的風貌，對這個運動有多一點點的認識。

悄悄地離開我們，正如。這個消息對我來說，在我的概念中模模糊糊，一個發展的規律，一個一份無可奈何、淡淡的生。也許這是出自對是因我自己感到莫名天遇上了楚橋，談起他自己也將像火紅這一份的感受也就來

想主義者。他就像他，有着滿腔的熱忱，我出生得太遲，沒有只看見那黑暗前的一我在火紅，又木他們時代的氣質，那一個精神。)在時代的感意氣風發，放棄了個身到滾滾洪流中去。

楚橋著作選刊

之一

(編者按：楚橋先生之十首詩詞，將連刊數期，以供欣賞。)

詞 減字木蘭花

颶風回掠，
山樹支離，
蟪蛄疏斷，
獨候宵殘，
兀自雨中爭一現。
風裏新痊骨更頑。

詩

費籌

漠漠風煙起潮頭，逼雷紫電未甘休。
寒心搖木摧磐石，濁水翻波沒小舟。
不作桃源清覽夢，何期煉獄為存憂。
風流自古無尋處，路到崎嶇便費籌。

路邊人識
楚橋者，以進步封建文人自居，生不逢時，自招斥遣，苟存性命，不甘消沈，嘗自謂先天下之騰而騰，後天下之過而過。生于無謂之年，長于籬下之地，受業于屈折之間，奔撞于厄困，喘息于危病，而天于孤憤。楚橋性耿直，然不好指責，致負疚己身，其為詩詞，則亦在平淡中見沈鬱，沈鬱中見傲氣，惜多散軼之江湖，不得久存。姑輯得十首，聊梓以為後世茶飯談資而已矣。

藝



仁性的醫學



假如有人告訴你，在美國這個高度文明的現代化社會裏，醫生們一向都享有高自殺率的美譽，你會相信嗎？

這是一個我從未想像過的問題。當那位美國朋友向我道出這個事實後，我感到大為愕然。在香港，這會是一個多麼難以接受的事實。試想想，在社會上，醫生們都是特權階級，既享有崇高的地位，又具有一身救死扶危的本領及一筆可觀的收入；這樣的生活還可以再有甚麼苛求呢？為甚麼他們偏偏要去追尋這個終極，這個大解脫呢？我得到這樣的一個解釋：早在他們求學習醫的階段時，就已經養成了一種唯學術至上的氣氛，不問世事（這似乎與其它的美國大學生形成一個很大的對比），將自己的興趣，活動範圍逐步收窄，直至只剩下最後的一項——行醫——為止。於是當他們當了醫生之後，生命中就只有一條道路可走，一切的精力儘得在這方面發洩，找尋滿足感；但是，在這樣一個高度競爭性的社會中，一切並不來得容易，於是他們就形同羅素所描寫的大商賈一樣，腦海中儘被事業，金錢，成功等慾望佔領着，到了中年的時候，只有落得一身空虛，有的是金錢，事業，享受但失去的卻是生命，家庭，也是婚姻，或者是愛。雖然我當時未能感受到這一切，不過那個解釋仍然說得通的。直至最近，我才對這方面有深刻的感受，領會到一種超物質，超肉體關係的須求，一根精神的支柱，又或許是心靈的寄託，去填補那生命的空虛。

其實，我們的訓練過程又何嘗不是一樣呢？在這幾年的生活裏，試問，有過多少人能夠真真正正為自己開劈一個新天地，殺出一條新的道路來呢？我們的同學整天都埋首書本裏，課外書也不多看一部，你們可以想像吧！我早說過，這是一個訓練的課程，旨在將我們一個個都壓成醫生的模樣出來；在過程中，我們一個人的本性，少不免被一個專業的本性所取代了——所謂非人化（Depersonalisation）。總括來說，他們就是要將一套價值取向，思維方法，道德標準深深地印在我們腦海中，成為我們自己的思維，自己的價值觀。於是乎，一開始，就要把人身組織徹底解剖出來，將一個完整的人，分化為，也是貶低為一堆堆的結締組織，肌肉，骨骼等。一個高深的人極其量就被看待為這些小機器的合成——一具大的機器而矣。當然，解剖學對我們以後的事業是重要的，也正因为如此，才令我加緊覺得它有着方向性的差異：它不是太客觀，太冷酷了嗎？一個活生生的人不單靠這些結締組織簡單地連結在一起，還有它精神的本質，才可以成為一個人，（The Whole is always Greater Than The Parts），一個可以享受人類基本尊嚴的人。這些方面被遺忘了嗎？凡人都應該享有受他人尊嚴的權利，解剖桌上躺着的並不是一個例外。這個尊嚴不應該發自專業的风度（所謂專業的风度，泛指一般專業人士的形同是發自真正內心的行徑，但其實只是一種假風度，因為在階級剝削的過程中，專業人士永遠都會是受害者，為使這個關係顯得更公平，使別人覺得這種關係根本沒有存在過，就出現了這些專業的风度，使他們可實行更大的剝削。）而應該是發

自內心的，一種基本上對人的尊嚴的敬仰。

也許這樣的一種敬仰根本就未存在過，甚且早就被人打為天方夜譚，不切實際，食古不化。但是，這絲毫不能削減它的重要性。我很佩服那些科學家，社會學家，理論家，他們具有驚人的才幹，能夠從一個無限的知識寶庫當中，挖掘出這般多的公式，定律，於是乎就強認自己可以根據這林林總總的定理，去客觀地，理性地解釋一切，包括千變萬化的行為。於是，社會學家告訴我們，我們對病人一定要保持中立，切忌情感上的接觸。在某方面而言，這種做法是正確的，因為假如我們太受情感因素所影響，很容易就會失去了理智，鬧出一些禍來。但這並不表示我們可以拋去同情心，丟去良知。病人不是一件死物，那麼除非醫生們都預備做一個怪獸，否則，為甚麼一個正常的，人與人之間的關係不能是一個醫生病人之間的鴻溝中架起橋樑來呢！

This is Good Medicine!

Good Medicine 的定義是什麼？除却職業上的行醫本領，斷症下藥之外，還欠缺些甚麼？

我們都是人，醫生都是人，但最令我不能解的就是一個人披上了白袍之外，彷彿也把自己的本性蓋住了。他失去了同情心（當然，不是人人都有同情心的），他只懂得機械地去治病。他只配一個治病機械工的稱號，而不能攀上醫生的美譽。曾經有一位教授說：醫學和科學的分別，在於兩方面對人性的看法。醫學不是一門科學，因為醫學是脫不開人性的，真正的行醫者所行的是有人性的醫學……」這一席話，給了很多我一個掌摑，但我卻深深地贊同它。我不冀求人們都急病人之急，痛病人之痛，但是我覺得同情心卻是一個基本的須求。就算你不去同情他的社會背景，狀況，不為他的居住環境等而奔波，但是你最起码要做的，就是要同情他的病况，給予充份的解釋與及賦予心理上的支持。

我時常都在想，香港是否需要這麼多的精神科人員。假如每個醫生都懂得這套人性的醫學，他們是會懂得怎樣去處理病人精神上的負擔等，而非動輒把他們送到精神科醫生裏。假如我們都能摒棄這機械的醫學觀，病人就不會再把醫生看成高高在上的人，一類可怕的人種，這個鴻溝，這種剝削的制度，就會烟消雲散了。

Hippocratic Oath 內不曾提及它。

這不打算，我們都是人，就該有人的本性，也該有同情心。

這是仁性的醫學 關人語



M記手筆

醫療組

——關鍵的一年——

火紅

實習醫生的遭遇，是最令人同情的。

一年勞碌，休息不足，而且做的東西又多，是抄抄寫寫的文書工作。對於不少滿懷理想，初出茅廬的畢業生來說，這一年大概就是：為牛為馬，忍氣吞聲，快快過了就是。

其實一年實習，正是剛畢業的醫生開始摸索做一位負責任的醫生的第一步。忙碌的一年，帶來的並不是「扶錄」一年那麼簡單呢！

從為病人治病來看，由於工作過重，實習醫生拖着疲憊的身體，為了盡快完成工作，往往看一切從簡，可馬虎使馬虎。例如，一位病人肚痛進來，為簡單起見，對於比較不相關的呼吸系統和血液循環系統的檢查便省了。肺病進來嗎，先看看X光片，然後檢查肺部便不太細心，把X光片上所得的資料作為主要參考。對於病人的一些少毛病，如胃痛，頭暈，在工作忙時只有安慰一句「噢，沒甚麼問題」，轉頭便忙其他工作去了。習慣成自然，一年的壞習慣便可能造成我們日後看病人減料，遇上病人有問題時比較少動腦筋的傾向。想起來，影響可不少哩！

工作忙，對病人的態度影響更見明顯。在收急症的那天，若是病人一位位地湧入，情緒便會隨著時間而不穩定。若遇上個答非所問的老婆婆或老伯，便有可能沉不住氣了。要是夜半後入院的，而病人只是小題大做，並沒有甚麼值得入院的毛病，那就心裏難免怪他幾句。一般來說，病人對醫生是又敬又畏的，敢於與醫生爭論的病人真是少之又少。因此，你的脾氣在這種不平等的關係上，在煩忙的工作環境中，會變得愈來愈暴躁，甚至有可能對病人不是看作服務對象，而是施捨可憐，笑罵隨意。工作愈多，愈應小心問自己一句：今天脾氣是否差了？對病人是否不尊重，是否不細心？

「一寸光陰一寸金」，實習醫生領會最深。對於難得的空餘時間，最好是睡覺。報紙，有興趣看看大標題便好了，有時連看也不想看，見了牀頭便睡。大學時期還會有興趣看看雜誌，如七十年代，也關心國家大事，思考社會問題。現在，志同道合的各散東西，精神生活會因體力過勞而變成單調。有人說，這正是消磨意志理想的一年。其實，關鍵還是在自己能否堅持天天看報，多關心時事，多約自己的老朋友訴訴工作之苦，討論在醫院裏碰到的各種問題。

政府不願多花錢在醫療服務上，導致醫生和護士工作過重，是很多問題的主要根源。而就這一年實習來說，休息少，學習進修機會更不多。以上提出的三個方面，是種種困難中的比較重要的。但願快要畢業的同學不要低估這一年的消極作用。

惡劣的環境，更會暴露出各種各樣矛盾和觸及心靈的尖銳問題，正好讓我們好好思考，好好分析，積極地在實踐中摸索，堅定我們的理想。

給死去的人

華

這一陣子，似乎流行着死亡，很多人都急不及待地宣佈自己的死亡，有帶着無可奈何的悲哀的，有聲嘶力竭式的，一個一個的倒下。其他的讀者多半弄得糊塗了，所以在這裏先交待一下。

火紅、楚橋和又木等人都曾經是學運上較為活躍的份子。首先是由路邊人帶來火紅的死訊，跟着楚橋又在「悼火紅君」中暗示自己的將亡。楚橋君提到心臟病其實讀音似 Rheumatic heart disease 的 romantic heart disease。

本人無德無能，在那火紅的年代也沒當上什麼的官職。可是也總算有投身過那時的活動，在漩渦中掙扎過。目睹那個時期的強人先逝，也暗自神傷。無可置喙，在那個階段的學運，中國的影響是巨大的。可不是麼，沉溺在無根一死水中的中國人，面對着釣魚台事件久被抑制着的民族精神，有誰可以阻止它的爆發？在廿多年反共宣傳下要中國加入聯合國的事實，又豈能不反省的。因此便形成了「很多人被喚醒了終於演成了一幕轟轟烈烈的，驚天地泣鬼神的英雄史」的壯麗山河！

當時中國的確成了很多人憧憬中的理想世界，很多人甚至把自己的理想投射到中國去，中國給他們「實踐」了他們的理想。因此他們逐漸不能容忍他人對中國的批評，也就這樣，他們和羣象脫離了。

楚橋君的「可惜憧憬中的理想世界一夜之間改變了形式」大概是指四人幫的下台。很多人都以為四人幫的下台將認中運動摧毀，其實並不盡然。即使四人幫不出現，那時的認中運動也不見得會長久。一種固步自封、報喜不報憂和羣象脫離的認識方法，根本已播下了沉寂的種子。沉寂的內因既定，四人幫下台只是加速其步向消沉的外因而矣。

如果我們理智點來看，這根本是認識過程的一種客觀規律，沒有感官的衝激，何來理性的分析和思考？況且任何一個運動的發展都必然會出現錯誤的，要做一項新的嘗試而又希望在一開始便完全正確的話，便是一個神話。隨着事物的發展，錯誤的東西也必然被新的東西代替，這樣一個運動才可以發展。

到四人幫下台，這羣人便受盡了不少奚落。學苑名正言順的責罵也還易受，同學朋友間的冷言冷語卻不知傷盡多少人的心。「我曾親耳聽到一些積極份子說自己迷失了，你還有啥話說？」「四人幫倒台，那班人，哈哈……」火紅君，楚橋君，你們心中的痛苦有誰明白？

說起來，好像閒閒幾筆，但是當事人的遭遇絕非我一人所能盡過。那個圈子的人有過光輝燦爛的日子，也有過暗淡苦澀的時光。一起談人生理想，社會國家，做個好醫生。可是動輒給人扣以左仔、毛佬等帽子，有一些指責固然是對的，可是也有不少是出於偏見的。這樣一來，很多人根本便習以為常，失掉了警惕性，以為羣象的眼睛不夠雪亮，置理掌握在小數人手裏等。

死亡並不是可怕的，沒有死亡就沒有新生。從熾熱的憧憬回到實際生活中，才是重要的。現實中沒有波濤洶湧的大海，沒有濺起浪花白沫的漩渦，也沒有驚天地、泣鬼神的英雄史。難道我們將來畢業後還能搞什麼的千人大集會不成？從理論到實踐是一條充滿了挫折的道路，也是這樣理論才可以充實起來。

楚橋君，你患的心病只是人生「衰老」的正常過程，何苦因此而放棄自己的理想？追求理想不等如過苦行僧的生活，將理想和戀愛對立起來是一件危險的事情。要實踐理想，便要在現實生活中扎穩根基，脫離現實的理想，儘管口頭上很漂亮是站不穩的。戀愛正是現實生活中的一環，應該要正確看待的。

火紅君，請莫再等待暴風雨在海上興風作浪，平靜的海也一樣可以將人淹沒，這才是現實的可怕之處。在漩渦中掙扎固然很浪漫，同伴也很多，在風平浪靜的海面航行卻更加需要毅力，而且主要是靠自己的，因為每人都都有自己的航程，儘管在同一大前提下，也會各自起航，完成自己的航程，不一定是負你而去的。

至於本人，只是一個十分簡單的人，只會盡力去豐富和實踐自己的理想，作不出慷慨激昂的演詞，寫不出浪漫壯麗的詩篇。平凡得甘於接受平靜海面的挑戰。



文

「唐吉訶德」傳

寸士言

這是一個夢幻騎士的故事——唐吉訶德。(DON QUIXOTE) 他看遍了所有「騎士」書後，失掉理性，對於書裏看到的全套幻境區信它是真實的；於是想到為了增己聲名和公眾福利起見，他就該去俠騎士，去解救一切的苦難，探求的事情，以為這樣的豪舉一旦奏了他的榮譽聲名就可以永留青史……夢幻騎士，也是愁容騎士的故事就而開展了。

也許有人會說這根本就是痴人說夢不真實的。對，你們說得好，不過未完全同意這句話之前，我倒希望仔細地想一想，究竟誰才是真正的呢？

唐吉訶德——我們故事的主人翁無疑地是一個瘋子，他竟可以去掉理性，為的卻是去追尋一個不存在夢幻。在夢幻和理性二者間，他捨棄了眾人的意願，作了一個下等的選擇。可能是因這個庸俗的「理性」，在他心中，委實就不值一文，概因這種理性把人的思想行徑束縛起來。唐吉訶

德藉着這類行徑將自己解放了。他脫離了煩囂的市井，轉移去找尋一個在理性的世界就站不住腳的東西。換上了這套新衣裳之後，很多事情都相繼地被美化起來了：於是妓女在主人公的眼中就可以變成高貴的淑女；客店也變成了美麗的堡壘，可以作為正義騎士暫時寄身之所；他把萬惡的罪犯釋放了，卻以為自己幹了一樁好事……不過，在另一方面，卻把其它無辜的人，嚇得目瞪口呆，魂飛魄散。他的價值觀和我們這個理性的世界是完全相反的，他是一個完全的瘋子……只不過他瘋得很可愛，連他自己及他的侍從桑科判業 (SANCHO PANZA) 都看不半點的破綻來。而支配着這瘋癲的，卻恰好是我們天天張口大叫，說我們缺乏了的甚麼正義感之類。這樣的收場不把它說成是造物者的作弄，你能說它是甚麼？

其實唐吉訶德並不瘋癲，這個階段我相信，人人都會經歷過——故事中不是很多人都看過騎士書嗎？只不過，他們吃不起考驗，受狹窄的理性，自私的理性制肘之下，退下去了。而唐吉訶德

先生就有這個勇氣去冒這個險。雖然人人都譽他為瘋子，他很孤獨，沒有朋友，頂多有一個桑科判業而矣——但桑科本身根本攀不上吉翁的道行——只得借另一個虛幻的人物，托波左之達辛尼亞，作為自己的情婦——因所有的騎士都有一個情婦的——給自己精神上的支持。不過，雖然如此，雖然人人都取笑他們，但是作者在書中給我們帶來了一個重要的訊息，就是吉翁雖然受過這樣的挫折，不為人接受，畢竟他還沒有後悔過；桑科雖然稱他為愁容騎士，但他的愁容不是為自己的苦悶而發，而是看見到世間的苦悶，婦女之受欺壓……他義不容辭地為這些而奔走，發愁；他出過三次馬，但直到死的那一天，他都沉醉在自己美夢中，他都是快樂的；只可惜除掉托波左之外，沒有人說得通他的語言。

當然，吉翁也有他醜惡的一面。在未完全失掉理性之前，他的想法是航僻過，該受人鄙棄的，因為他的一切行徑都是基於要把自己的聲名永留青史，一種庸俗的物質主義。當然他不是一個完美的人也永遠不會是，但他卻不失為一個完美的騎士，因為在那個時空裏，所有的騎士書都脫不開這種庸俗的色彩。而且，他始終都是人，人都是不完美的，都有他的兩方面，無論他是一個聖人，還是一個罪犯。其實，也就因為他這些的畸想，加強了故事的真實性，活現了人性的卑劣。

書中還有其它的人物，如桑科，牧師，理髮師等，不能逐一詳細介紹。他們把吉翁襯托得很好。後二者都是市井理性人物的代表者；而桑科則是一個投機分子，只想從主人的戰利品中，分得一二個小王國，做其統治者，他對主人唯命是從，為的不外是上述的目的。但是，在書末裏，他雖然未得過甚麼，但是他倒對他的太太說出這樣的一番話：「……原來有許多冒險是不能叫人稱心如意的，百次之中總有九十九次要觸觸霉頭……但是講到歸根還是快樂的……」他雖然代表着一個盲目的投機分子，但是這種盲目的磨練的經歷，並不是白費的，因為他這一生到底還是快樂的。

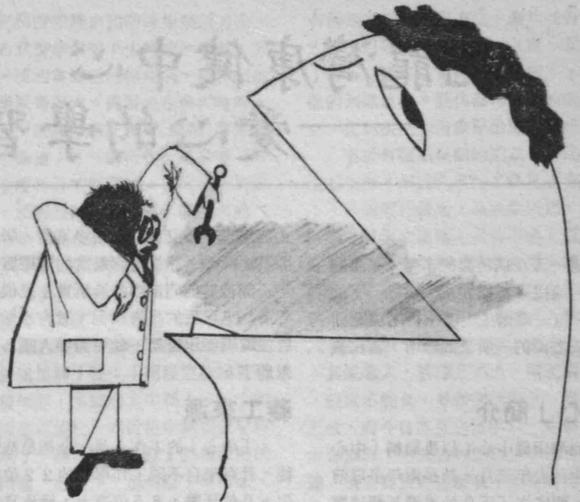
唐吉訶德永遠就不會存在。不過，就算是存在過的話，這也不是一個悲劇，因為唐吉訶德自己根本就很「快樂」，只不過表現形式不同吧了，而連侍從也沾了光彩，找到了快樂之泉源。

我不能期望人人都學似吉翁那樣有正義，有理想，人始終是人，而且人可以有許多種生活的方式。我只想指出堅持一個崇高道德意念不就是相等於找尋悲劇，而人性始終都有他的兩面。

一九七九年四月八日

Some thoughts about our careers our education and ourselves.

Tony



Perhaps before I say anything about ourselves — doctors, I feel it is better to say something about myself.

I was attracted between the whirlwind of “academic-minded” colleagues who yelled their heads off saying, “Oh, that is not a training unit, we got to squeeze into one, going to ‘advanced’ countries to get higher degrees, etc.” and the current of people who greeted me every morning with “Let’s resign, pal, get settle with an office before those guys throng the streets.”

I felt pulled apart.

THE BASIC DIMENSIONS — THE FIRM GROUND

I think nowadays doctors are not so much treated with respect and trust as before. Is it that we have lost some of the personal charm of the good old days practitioners, although our scientific diagnostic and therapeutic batteries are occupying progressively, more of our attention? We get more and more consumed in the scientific machinery giving us strong diversion to forget about the person as a whole. We have so many more technical facets to consider, organs, dimensions of a human being besides the physical one, i.e. the emotional, the intellectual and that of relationship which are so inter-related that they are hard to be studied objectively — which the drawback of technical approach to medicine.

HOW?

To get the message of the illness and feeding back into that person is the job of his doctor. He must study with the patient be found, yet or otherwise, that idea or thing is not true. A fear to be subjective, personal was fostered (if not pestered) into our minds. I think that’s why doctors including myself had anxiety when meeting a dying patient and his relatives because this is when the need for a personal relationship is very obvious. We are afraid to be personal, mortal, human because it was so comfortable, habitual to feel like a know-all scientist and expected to be so most of the time.

It is always very revealing to listen to doctors telling their experiences of their sickness. There were little channel and chances for communication of personal matters like our problems, our doubt, our failures, regrets, fears as a human being. Even given chances, we still keep the defence attitude of talking about others mostly patients, how they behave,

etc, little of how we or rarer still I relate to them. Look at all those journals, lectures and other communications, how little was allowed for the other dimension of medicine. There is progressively less sharing of our emotional relationship-wise aspects of practice as the “publish-or-perish” pressure is always pressing for physically scientific advances.

THE MEANING OF ILLNESS

I believe — that means it is difficult to prove — that every illness has a meaning, a message to the patient and/or the people around him. The one who took the chain once occupied by Sigmund Freud, said: “the sickness of this era is not repression of sex but repression of meaning.” Repression of meaning of work will lead to overwork, underrest, low efficiency, finally exhaustion, thus disease like the same common insomnia, belching, dyspepsia, ache and pains etc. Repression of meaning of mass media allows bad advertisements to erode the growth of human mentality. There are countless daily examples, I can go on for days, but just one thing, loss of meaning in life can surely drive one nuts and sick.

But it is exactly the present trend of medicine with all its scientific advances which defies the meaning, saying it is the malfunction of those cells or those molecules that explains the mechanism — giving us the impression that disease happened accidentally. Giving us all the detailed steps of intermediate biochemical, molecular, cellular mechanism WITHOUT MENTIONING? NOT TO SAY STRESSING that these are only intermediate, diverted the less strong mind from the real message from the illness (which many a time is saying to you: Hay! You have been and still abusing yourself. That is why your body signal you by sickness, if you refuse to listen to this SIGNAL, you will not be cured, despite all the world of drugs and other treatment methods, even if you could switch off the signal by these methods (with all its side effects) you will still relapse or any signal will come from any organ system or a different presentation.

No wonder we find our treatment would not work or work hazardously despite the prognostic tests, so palliative, so near impotency many a time. One obvious and familiar example is the cough and sputum condition of a patient who refuse to listen to advice to stop smoking. Of course, we may say there are so many factors

making this person start and maintain smoking, it is beyond the doctor’s capacity or time to change his behavior. BUT, if he lacks the wish and decision to stop smoking, no one and no drugs could cure him, for putting the responsibility of health seeking and maintenance back to the sick person is the essential step towards long-lasting cure.

HOW?

To get the message of the illness and feeding back into that person is the job of his doctor. He must study with the patient — implies a personal relationship. To have this relationship, the doctor must be a real person, who know himself in quite some depth, his physical, emotional and relationship-wise ups and downs, potential and setbacks and BE ABLE TO DEAL WITH THESE AT EASE. Only a quite all-round, if not to say mature, person can be a good doctor. If you can do that, you could relate with your patients, read the message of his illness with him, if he listens, suggest a chance for his good, recommend the conventional treatment IN THE MEAN TIME WHILE HE DECIDES AND LEARNS TO GET BACK INTO THE PROPER track towards a healthy LIFE STYLE.

NO TIME?

Well, you might say that is idealistic, only for the TV series. I got no time to explore like the psychiatrist. But I have met these patients mentioned in outpatient sessions where I used to see a maximum rate of 70 patients in 3½ hours and an average of 40 to 50 including tea-time and I have got no high degree or “training” in psychiatry.

LOCAL

If you will often be not popular especially to patients who have strong need to depend on you for refuge, etc. But, it is exactly this risk you have to face this duty that makes doctors so much respected previously. Remember the prophets are never quite popular. Surely the way, the timing, the atmosphere you choose to deliver that message are all important to effect a cure and also to the real success of your practice, and only when we are able to polish our skill in such directions that our job

satisfaction could be secured. Look at how many people substitute this with craving for cars, gold or stock — they are poor substitutes and are hardly the real thing.

For this we need to learn the necessary technics like how to read body language, proficiency about up-to-date informations of various life styles in Hong Kong. Communications and counselling technics; social effectiveness is what they called it nowadays, by the way, the Student Counselling Unit is offering it free!

I always think, with university education one can start learning by himself, and the facilities are there, helps of course are necessary, but spoon-feeding is definitely out. Sometimes it is just the sensible elegance of being humble enough to send the patient for consultation for the better service to the patient and better education of ourselves. The need to devise a follow-up system is essential but not impossible in any sector of practice.

Let us remind ourselves that the area of activities of a doctor are:

- 1) The care of the patients — not just prescription.
- 2) Education of patients, relatives, ourselves, colleagues, public.
- 3) Research — maximize the lessons we could learn from our practice.
- 4) Administration: improve the working environment and standards.

I think many doctors have a lot more to say than I do or I can, but they some how do not do so, or perhaps are afraid to speak for fear of ridicule of the cynic — many are worshippers of Science, many of whom control the media too, and so keep their experience and blood and sweat lessons to themselves and their graves.

Dear brothers and sisters, I wish you personal growth including proper job satisfaction and that we shall get more fully alive by the day.

(The Writer is a General Practitioner who has never joined the Government Services. He has one year in houseman service and led a general practitioners for 3 years since his graduation. We are glad to have a chance to share his experiences of practising. For this reason, the Editor wishes to express thanks to the writer for this article.)

九龍灣康健中心 ——愛心的學習

九龍灣康健中心義工

經過一天在病房裏的辛勞，該是回家休息，或找尋各種娛樂，鬆馳一下的時間吧，但一羣醫生，護士卻老遠跑到九龍灣安置區的一所夜間診所，當起義工來……

「中心」簡介

九龍灣康健中心（以後簡稱「中心」），且生於去年三月。該是兩年多以前的事了，剛成立了不久的香港基督徒醫學團友正在探索一個社區服務及見證福音的途徑，碰上了有同樣抱負的幾個社會工作者和大專基督徒團友幹事，經過一番研究和調查，終於選定了居住在九龍灣安置區內的一萬居民為他們的服務對象。跟着是發動區內居民，向房屋司署申請一個安置區內的單位，作為診所的基地。通過居民委員會的合作，終於如願以償，租得一間面積4000呎的單位，義工們的努力就換來一間似模似樣的診所。

為何選中九龍灣安置區？

九龍灣安置區位於牛頭角對開的一大片新填地，雖然有一萬居民，卻沒有一間政府診所或註冊西醫在其中執業。

由於地理上及交通上的諸多不便，居民要長途跋涉，才能得到適當的醫療服務。一間位於他們當中的診所實在是很有需要。加上居民的經濟狀況，教育水準和居住環境都比較差，就更需要人關心和幫助了。

義工來源

「中心」的工作人員，全都是基督徒，計有來自不同工作單位的22位醫生，9位牙醫，65位護士，輪流當值。還有二位行政人員，社會工作者，物理治療員，社康護士等等，實在是一支頗為強大的社區醫療隊伍。正因如此，義工的聯絡，工作分配，就更加複雜煩瑣了。要脫離在死板的制度下分工，而達致靈活的互相配搭，各盡所能便只有靠那「愛心的包容」和基督的「不受人服事，而是要服事人」的信念了。

「中心」的理想

世界衛生組織對健康的定義包括生理、心理和社交三方面。「中心」之名為康健中心，就是要達到這全人——包括生理，心理，社交，加上靈性——健康的目標。因此「中心」除了提供治療性的夜診服務外，還希望在預防和發動

居民對健康的積極性兩方面盡力。後二者就帶出一系列的健康教育活動和社區發展工作。目前在「中心」內舉辦的健康教育活動，包括在中心內張貼海報，派發健康常識小冊子，放映幻燈，及由專業人士負責的健康常識短講等。對象主要是每晚到診所求診的病人及其家人。社區發展方面就包括一些大型的活動，如睦隣晚會，聯絡居民委員會，以增加居民自己的投入及反映他們的意見等。但社區發展工作的最重要一環，還是一家訪。家訪的對象是會到「中心」求診的一些病人，因醫生發覺他們有身體，心理或家庭裏的一些問題，需要詳細討論和解釋，而被介紹給家訪的義工的。近期，一個較廣泛的家訪計劃正在進行，就是將家訪推展到每一個曾求診的病人，及由受過特別訓練的義工負責。這樣一個人力的投資，目的除了與居民建立良好關係外，更是藉此探討居民對健康教育的需求，作為日後參考之用。

「福音」的見證

「中心」的成立，不只是本着「愛人如己」的目標，向居民提供服務，更希望藉着一些佈道會，個人工作及與附

近地方教會合作，直接向居民傳講基督的福音。

「中心」的困難

義工們有同一的異象及緊密的聯絡，以達致合一的見證，是「中心」的理想之一。但由於醫護人員本身工作辛勞，加上在教會或其他宗教組織的參予，剩餘的時間有限，要達到這個理想，義工便要負上更大的努力和忍耐。

此外，搞健康教育往往是吃力不討好的。香港人茶餘飯後，除了看電視，打麻雀之外，便很難會對健康，或社區性的問題，拿出一點興趣，負上一份熱心。九龍灣安置區的居民亦不例外。加上他們當中，大部份成年人都是出賣勞力的打工仔，為着生活，由朝忙到晚，又那裏來的精神去增廣自己的健康常識呢？香港人這種只看到眼前急事，卻看不到生活背後的意義的壞習慣，實在很難一下子打破。

結語

我們這一羣養尊處優，與社會大部份羣衆脫節的醫護人員，除了為升職、加薪、或追求學術成就而奮鬥，為追求安定，豐裕生活而籌算之外，又有沒有想到那臥在床上的病人，除了「牌板」上的診斷之外，還有很多問題，如對健康常識的無知，居住環境的惡劣，及數不清的家庭問題等等？它們在在需要醫護人員額外的心思和負擔。

九龍灣康健中心，只是一個嘗試，一個學習，所能做到的，又是那麼微不足道。但它卻是一個開始，一個肯定！

日本的民族性 ——武士精神

隆威

性格的培育，需要一定的觀念形態，構成此等觀念的態度卻隨着時代需要而改變。事實上國民性格是複雜的，不同的性格都加以發展以適應複雜的環境，因此民族的性格越複雜，就越有進化發展的能力，但某一相反的性質在一個時代裏就歷史環境深深地影響國民性。

日本歷史大致分為：奈良（646—794）—平安（794—1185）—鎌倉（1185—1333）—足利（室町1337—1573）—戰國（1460—1585）—桃山（1586—1615）—德川（江戶1615—1867）—明治（1868—1912）。

古代社會以中央集權形式來統治，封建社會則把土地分散統治而收取人民在土地上的生產成果，因此封建統治的中心是因人和土地結合而不可分割的社會關係，由此發展起來主從關係和契約，主君有承認、賜予和恩賞從屬保護其土地的義務，從者亦需在戰時、平時在軍事和經濟上盡忠。

鎌倉初期，武士道的意識漸漸強烈，成為戰爭中實踐性的行為規範，其德目包括勇武、信義、廉恥、名譽、慈悲、僕素、禮節等，這些道德意識是以主君與家臣的雙邊契約關係為基礎，如主君對其家臣信守契約，家臣又會作獻身

式的效忠。但自室町戰國時代，土一揆（農民起義）的發展過程，往往就有武家參與行動，顯示武家逐漸脫離主君的控制，舊武家無力控制社會，新武家遂應時勢興起，放伐天命的思想，造成所謂「下剋上」，致使鎌倉時代的武士主從關係與實踐道德大為動搖。

幕藩體制發展到江戶時代，馬上得天下的德川家康欲在思想層面上，轉變戰國時代放伐天命的思想，使獻身道德成為行為的規範並予以理念化，乃提倡「孟子」及主張道統分論的朱子學說，朱熹認為萬物皆由理與氣所構成，並存且不可分，但理先於氣，運用人性方面，理宿於人是為性，皆為善，現實中人之有善有惡乃因人有「氣」之故。理靜氣動的宇宙觀運用於社會，因「理」是先天的、靜態的，產生階層間的固定作用，當時社會已有士農工商嚴格身份制度，每一階層又再加細分，成為固定的階級秩序，武士身份最高，獨享擁有姓氏與帶刀的特權，對無禮的庶民亦有「斬捨御免」（殺之無罪）之權，然而武士階級中的身分也有很大的差異，為避免武士階級變化，造成門閥之爭，因此佔大多數的下級武士，無論才幹有多高，亦祇能世代相承過低階層的生活。

大道寺友山認為堅守「天命不可違」的君臣關係還不夠，武士精神在於武士的「意地」（堅忍意志），將武士道向情緒層面更推進一步，因此武士需時刻自



覺「身處戰場」，佐賀藩武士山本常朝在「葉隱」一書中說：「武士道惟死而已」，「以我身奉主君，速死成幽靈，以日夜關懷主君事」，將武士道推展至狂熱、無我、盲目獻身的心境，殉死遂視為當然之事。

其實武士道之思想淵源來自儒、釋、神道三方面。禪使武士有沉着平靜的心境，神道提供忠君愛國的思想，儒家則給予道德體系，由於忠於封建道德，形成了對封建理念的屈從精神，也構成他們自我抑制的觀念，此種傳統的抑制性不單表現在建築上，日本沒有宏偉的城堡，甚至宮殿也沒有大陸國家那樣威嚴華麗，在茶道的形式上，也越趨樸實，茶室愈來愈狹小，器具的外表也愈來愈平凡。

結語

現在已經晉身為經濟強國的日本，富裕的物質生活，年輕一代接受了西方享樂消費思想，是否如三島由紀夫所說，日本已滿足其經濟上成就，物質的享受消磨了勇武剛毅的傳統精神。這才是我們需要思想的問題。

中國古代的 衛生和保健

再新

中國遠在二千多年前已經有了明確的預防醫學思想。『黃帝內經·素問』中便說到：「聖人不治已病，治未病，不治已亂，治未亂，病已成而後藥之，亂已成而後治之，譬如渴而穿井，鬥而鑄兵，不亦晚乎？」這一番話是中國古代醫學家在長期和疾病抵抗中，總結出來的經驗。這種預防勝於治療的思想，在中國整個醫學領域中起了一定的作用，對人民健康的維護影響至大。具體地表現在個人衛生，飲食衛生，環境衛生和接種防疫各方面。

個人衛生

隨着經濟文化的發展，醫藥衛生知識的累積，中國古時人民已懂得講究衛生。從出土的商代文物中有全套的洗浴青銅器具，甲骨文有象形「沐」字，「浴」字，都說明當時的人有洗臉、洗澡的習慣。周代『禮記』也有：「五日則灑湯請浴，三日具沐，其間面垢，燂潘請澣，足垢，燂湯請洗。」同時還認識到「頭有創則沐，身有瘍則浴」的治療意義。至於漱口防牙病，隋代『諸病源候論』說：「食畢當漱口數過，不爾，使人病齒。」宋代『醫說』一書也提到：「早漱口，不若將臥而漱，去齒間所積，牙亦堅固。」可見牙刷的使用和刷牙是十分普遍的。

唐代『千金要方』還有「凡衣服、巾、櫛、枕、鏡、不宜與人同之。」，「勿濕頭臥，使人頭昏眩悶」等記載。宋代『童蒙須知』也有：「凡如廁必去上衣，下必洗手。」「着衣既久，則不免垢膩，須要勤洗滌。」「凡日中所着衣服，夜臥必更，則不藏蠶虱。」都是提倡個人清潔，保持衛生。

飲食衛生

「病從口入」是中國自古以來家喻戶曉的一句名言。『內經』提到：「飲食有節，起居有常，不妄勞作，故能形與神俱，而盡終其天年」漢代王充說：「飲食不潔淨，天之大惡也」『金匱要』指出「六畜自死，皆疫死，則有毒

，不可食之」『千金要方』更指出「食當熟嚼，使米脂入腹」，「飽食即臥，乃生百病，不消成積聚」。此外許多醫師都主張飲食非但要在量上節制，並且要清潔新鮮，不吃未煮熟的魚肉，吃食不要狼吞虎嚥，這些守則都十分符合科學的。

飲水衛生方面，古代人民很早便鑿井汲水，因為井水不易染污。『管子』中記載春季要挖除井中積垢淤泥，以保持水源的清潔。『本草綱目』也提到各種水源的好壞。最好的是從遠地脈或江湖滲透來的。最差的是靠近城市溝渠，污水雜入，鹼性重，必須煮沸，再放一會，沉澱後才可使用。食物營養方面，唐代孫思邈曾用動物的肝臟來預防夜盲症，用麩皮煮湯和粥吃，以防腳氣病，和用昆布，海藻，鹿羊的甲狀腺來醫治大頸泡，都是注重飲食以預防疾病的措施。

環境衛生

原始人類，為了免受風雨和野獸的侵襲，便集居穴洞或築巢於樹上。到了夏商時代，始有房舍，存放食物的倉庫和養畜的圈欄。由畜牧業進入農業生產，保持環境衛生變得十分重要。『周禮』、『詩經』等記錄了除虫滅鼠的方法如抹牆、堵洞、藥薰、洒灰和按時打掃。戰國時代便有了較完整的下水設備。並且知道選擇適當的住處，如『左傳』中：「水厚水深，居之不疾」，晉『博物誌』也說不要靠近死水溝，亂墳和狐狸出沒的地方，因這些地方容易引起疾病。

公眾衛生方面，漢代有「都廁」（公廁）的設立，和洗街道的洒水车。孫思邈也提出「常習不唾地」保持公共場所的清潔。宋代對於街道清理有更進一步的措施，如吳自牧在『夢梁錄』中提到當時杭州每日有「掃街盤垃圾者」，可見當時已有清道負責運集，掃街等工作。「遇新春，街道巷陌，官府差顧淘渠人沿門通渠，街道污泥，差顧船隻，搬載鄉落空閒處」說明當時城市清除垃圾的情況。清代王孟英著『霍亂論』也提到人烟稠密地區，容易引起傳染病，平日要疏通河道，不使污水積滯，不要喝翻水，百姓才能保持健康。

保健和預防

在防疫接種來預防傳染病這方面，中國古代醫學會有不少輝煌的成就。天花是一種相當嚴重的傳染病，對於兒童的健康威脅很大。傳說是在漢代時傳入中國的，是當時遠征交趾(越南)而帶回來的「瘡瘡」。三國時代，葛洪著『肘後方』便有詳細的記載：「比歲有病發斑瘡，頭面及身須臾周匝，狀如火瘡，皆帶白漿，劇者數日必死，此惡毒之氣也。」後天花流行日見猖狂，醫師開始積極研究預防方法。

種痘的發明，相傳宋真宗時，有峨嵋山人為丞相兒子種痘而愈。清代『痘科金鑑賦集解』說：「聞種痘法起於明朝隆慶年間，寧國府太平縣人……」如此種痘法可能於十六世紀中葉或更早時便發明了。清『醫宗金鑑』記載種痘法共有四種：痘衣法、痘漿法、旱苗法、水苗法。都是用人痘瘡的痘漿或痘痂來給未患病的兒童，讓他們受到輕微感染而產生抵抗力。

1687年俄國天花大流行，曾派留學生來中國學習人痘接種法，後此法傳到土耳其、英國等國家。1798年英人 Jenner 發明牛痘接種術。後英國東印度公司醫官 Alexander Pearson 於1805年在廣州行醫時，把牛痘種痘法介紹到中國，是西醫傳入中國最早者。當然人痘接種法比起牛痘是沒有那麼先進，但是醫學史角度來看，人痘法在中國預防防疫病有一定的貢獻。

此外中國古代醫學者對於其他傳染病，像麻瘋、痢疾、瘧疾、結核病等都有詳細認識和治療方法。唐代並有「瘋人坊」以隔離麻瘋病人，又有「養病坊」專事收容年老貧困無依的病人，不讓他們到處流浪。歷代都有類似的病院設立，使到疾病能夠盡早治療和預防。

至於有關職業病的記載，古代醫書文獻也有。宋代孔平仲『談苑』有提到：「后苑銀作鑄金，為水銀所熏，頭手俱顛。賣餅家窺爐，目皆昏昏。賈谷山採石人，石末傷肺，肺焦多死。鑄錢監卒無白首者，以辛苦故也。」又『本草綱目』裏：「鉛生山穴石間，人挾油燈入，至數里，隨礦脈上下，曲折砍取之。其氣毒人，若連月不出，則皮膚萎黃，腹脹不能食，多致疾而死。」從以上記載，與今日常見之慢性鉛、水銀、砷中毒相似，可見古時對勞工保健有所認識。這些寶貴的經驗是十分有研究價值的。

更正啟事：

上期(第三期)第四版題中「大師律」應為「大律師」。又第12版中「康家長醫生」應為「唐家長醫生」。並緊致歉意。

編委會



中國遠在明朝就已發明種痘防天花之法。(圖為一七四三年出版的「醫宗金鑑」療痘疹法一頁。)

社康

——一個你不太熟悉 但比你
想像中重要得多的項目

觀念的起源

社康醫療服務發展至六、七十年代，已成為社會運行上的一個巨大環節，醫院的宏偉，警務隊伍的龐大陣容，使醫療服務的經費日益浩大。但這些增長是否表示人類在照顧身體方面已得到了滿意的服務？在落後或發展中的國家，無論在社會發展，科技研究各方面對比不上先進的社會，當然得不到如上述的服務。但即使在國民健康計劃那樣完善的英國，亦有人會懷疑龐大的國家醫療計劃是否一個大而無當的體系？是否需要健康服務觀念上來一個革新？

傳統的醫療服務觀念都是把照顧健康作為醫務工作者的專利品。普通人甚至將照顧健康這個責任完全交到醫生手中，從這裏帶出了兩方面的問題。

在個人來說，健康知識的貧乏和對責任的忽視使人不能緊緊的照顧和重視自己的健康，對自己當然是個損失。

在社會整體而言，如何照顧組成社會的每一分子的健康確是一個大問題。市民對醫務工作者的完全倚賴對醫療健康服務做成沉重的負擔，在某程度來說甚至是浪費。以香港為例，加建醫院和增聘工作人員是個改善方法，但很難滿足需求；門診部和很多私家醫生的病例都只是一些輕微或不藥而癒的病症；有專科訓練的醫生很多時只診治普通病症等等，一連串問題的癥結，除了政策和制度上的問題外，都和傳統的醫療服務觀念和市民對制度和健康的認識有莫大關係。

社康是甚麼？

「健康」，已不再是「醫治疾病」那麼簡單，根據WHO，「健康」的定義是個人生理、心理和社會生活三方面的完整發展（A state of complete physical, mental and social well-being），而醫療健康服務的目標，除了治理疾病外，還要加上預防疾病和健康的建立。

仍是認為健康服務是他們的專利品，尤其香港醫療界的傳統勢力很大。如何使醫務人員接受和嘗試新觀念，需要政府、醫學教育和社會意識的引動。

如何使市民投身社康發展中更是一個重要但困難的課題。除了把健康教育介紹給他們外，還要使他們主動參與和計劃。正如觀塘社康，計劃確實龐大，但經費亦是驚人，支出最大的是在僱用工作人員方面，可以說這只是將醫療服務稍為擴散到市民當中去。

香港社康的展望

從觀塘社康計劃的成績與限制中，可看到「社康」的觀念逐漸成熟。很多社區和居民組織、社工人員都在各地嘗試推行。政府正如上面所說亦逐漸重視「社康」這個新的模式。相信將來會陸

健委會

續有新的發展。但現時急需的是一個統籌組織，協助各界工作，和對以往的成果作檢討，政府的政策更形重要。

醫學生與社康

我們的醫學教育不會對「社康」作很詳細的介紹，所以我們需要自己去學習，以前亦有同學參與觀塘社康計劃做義工。健委會在香港推行的社會服務，亦用「社康」教育的形式，希望從實踐中去學習各方面的問題，甚至在香港仔一區內切實推行社康服務。這當然需要同學的參與和投身。

「Community」，就是指社會上的每一體系，包括國家、政府，各機關、服務團體及人民本身的共同參與和努力，使社會的運行和人民的生活能夠有所發展。總括來說，「社康」是以社會發展為目的，而健康的改善是其中的一個途徑。

要明白的一點，「社康」不單是志願團體的工作；政府作為社會事務的代理人，有全責照顧人民健康。

「社康」所強調的，是市民參予照顧本身健康的行動。醫療工作當然要由受專業訓練的醫生和其他醫務人員負責，但如何建立健康、預防疾病，甚至一些較簡單的診斷，處理或急救卻可以由市民自己來分擔。這樣當然要在健康教育、醫療常識和對制度的介紹做好推廣工夫。這些不單只是政府、醫療工作者的動力來源。

香港的社康工作

「觀塘社康發展計劃」從七二年起即在港實驗「社康」這個觀念。以聯合醫院和幾間社區健康中心為基地，擴散至整個觀塘的65萬人口。現時整個計劃分六方面來推行：

- ▲社區發展和組織居民、義工；
- ▲健康教育，
- ▲社康工作者訓練，
- ▲保健計劃，包括幼兒、學童、工業、成人和老人健康；
- ▲醫療（包括牙醫）服務；
- ▲社康護理。

除觀塘之外，一些社區和區民組織都在推行或嘗試階段，如大坑東社康組、李鄭屋等。

政府方面除了資助少部份觀塘社康計劃的經費外，都抱一個觀望態度。不過已經逐漸加強對這方面的重視，如在四月後接管全港社康護理，和設立中央健康教育組等，但仍有待發展。

當「社康」這個觀念還是這樣新的時候，如何推廣和實踐自然遇上很多困難。政府的政策、經費來源和社會（社區）發展都是十分迫切的問題。醫務工作者（主要是醫生）的傳統觀念，可能

檢察制度 (Evaluation Project) 探討

什麼是 「醫療組」

啓思記者

最近，醫學院一年級同學每人都收到三份問卷，問及他們對生理、生化及解剖三系所提供教學的意見。

這是檢察制度在醫學院的工作。在其他學院，亦有同樣的工作在進行。

大規模地收集同學有關課程教學的意見，目的是希望找出現有課程中值得改善的地方，也好提高同學對此方面的關注。

雖然所有學系在年終都會對課程作檢討和修訂，但他們的著眼點多在學術方面，而缺乏檢討學生對課程的反應。

事實上，學生才是最受影響的人，因此學生會在年初的評議會上通過成立檢察制度工作小組，去正視及探討校內講授及課程的問題。希望能逐步成立一個由教職員及同學組成的團體，從事未來的檢察工作。

時至目前，學生已先後致函或訪問各院系老師介紹及討論有關檢察制度。醫學院的高伯恩教授，李守基教授及黃志昭博士都在接受訪問時，提供寶貴的意見。

六月間所有資料將交由電腦中心處理，結果將交回有關老師評閱，十月間，結果整理編印妥當後將呈交大學教務委員會及派發各同學。由於初步探索，仍不願公開外間人士知道。

正因檢察在港大仍是一項新事物，除了大家的支持外，還需要大家的意見去改善，祇有設計得好的調查，結果才有基礎，被採納，為我們的教育帶來改進。

「醫療組」是大學畢業同學會中的一個組別。

大學畢業同學會成立至今已數年光景；會員顧名思義都是大學畢業生。這個會成立的目的，主要是提供機會給不同行業的同學相識，從而保持聯繫。同學會一方面提供各類業餘活動：如旅行、歌唱、舞蹈及其他興趣小組，又如社會工作營、時事講座等。另一方面，同學會中不同行業的同學根據各業的特點自成組別；醫療組是其中一組，其他有工程組、教師組等。

算起來，醫療組還是比較新嫩；組織上仍未健全。但也舉辦過不少不同形式的活動了。論生活，則如單車旅行，中秋追月晚會等；論責任，又如邀請耳鼻喉專科醫生介紹常見耳鼻喉疾病的學術講座，香港醫療問題討論等。最近，醫療組還為大澳幾百名小童作健康檢查呢！這又是活動的另一面了。

據悉，醫療組將在今年六月中搞一個為時一天的半年總結營。內容包括康樂活動，香港醫療問題討論及醫院生活體驗交流等。將歡迎各畢業同學參加。

怎樣選科，怎樣準備—— 醫療組

醫學會在過去兩年都有邀請實習醫生回來與畢業同學討論怎樣選科和選擇醫院實習的問題。今年幹事會為了更全面地提供選科的資料，通過大學畢業同學會的醫療組聯絡今年的實習醫生和畢業了幾年的醫生，希望有不同醫院和不同專科的醫生能抽出時間與畢業生討論，同時並會邀請負責Post graduate training的 Dr. Preston為講述選科的一般和具體情況。



學期時間改動

於上次院務委員會上，已通過有關學期時間之以下修改。

1) 由下學年起，三、四、五年第一學期將於九月第二週內開始，即在九月第一週舉行的 2nd Exam 補考之後。

2) 1979-80 年三、四、五年之學期時間如後：
第一學期九月十日至十二月八日（七九年）
第二學期一月二日至三月廿二日（八〇年）
第三學期三月卅一日至七月五日（八〇年）

INTEGRATED TERM

三月卅一日至五月廿四日
PRETERM BREAK

五月廿五日至六月一日

Third Exam 六月二日開始

而一、二年級之學期時間則與從前分別不大

日期：一九七九年五月十九日
星期六下午

地點：Upper Lecture Theatre

形式：介紹選科

與醫生自由組合談話

茶點招待

歡迎所有畢業班同學參加

即：

第一學期九月廿四日至十二月八日（七九年）

第二學期一月七日至三月十五日（八〇年）

第三學期四月八日至七月五日（八〇年）