PBL的迷思

醫學五　張乃仁

在這幾年國內的醫學教育改革聲浪當中，PBL（Problem based learing）似乎是最常被提出的一種新的教育模式。在國內，台大、陽明首先引進，中國也在數年前教改後跟進，輔大自創系伊使也全面採用，然而，PBL是不是眞的有「使學生擅於思考」這樣的完美魔力？抑或在台灣的風俗民情底下，又成了另一種原版拷貝美規的遺毒？

說實在，在台灣醫療界中，這種例子實在是屢見不鮮：將美國的一切全部移植來台灣蠻幹，希冀以政策改變一切的強硬作爲，往往得到的是反效果。比如合理門診量的實施，原意是希望醫師們能再每一個病人花更多的時間，仔細問診、檢查，然而，國人養成的就醫習慣反而成了最大的阻力，因爲病人早就習慣競爭看診量高達一兩百號的「名醫」。此外，衛生署規劃中的「家醫制度」也相當有爭議，它的精神在於「分層就醫」：病人不舒服時，要先求助於家庭醫師，若無法處理時，方能由家庭醫師轉介至大醫院就診。美國採行這種制度多年以來，依然問題叢生，台灣倘若貿然引進，全面實施，很多醫院在無法直接看門診的情況之下大概都要關門。回到校園，由醫學教育談起好了，爲了增加學生對醫學人文的素養（美其名是如此，事實上是爲了應付評鑑），各校的醫學人文課程是開得琳瑯滿目，令人目不暇給，然而，實際的效果有多少？全台灣的學生都在幹醮！

在台灣和美國完全不同的風俗民情之下，希冀培養出相同的病人，坦白說，很困難。同樣的，在台灣和美國完全不同的教育體制之下，希冀培養出相同的學生，坦白說，更困難。然而，說了這麼多，並不是要放棄改革，而是希望改革能夠朝向更適切國情，更切中要領，對醫學生、醫界眞正有幫助的方向。

回到我們的主題：PBL。它提倡的宗旨在於「訓練學生獨立思考的能力」。傳統的醫學教育，是以大班授課的情形進行，先告訴同學「結果」，再分析過程。然而，這和我們在醫院裡的工作流程是完全相悖的。比方說，我們在學校裡修眼科學的時候，老師告訴我們：青光眼的症狀有「晚上視力變差」、「頭痛」，檢查可以發現「視野缺損」、「眼壓上升」。然而，在眼科門診中，我們遇到的病人是抱怨「晚上視力變差」，而且會「頭痛」，而你必須想到要將病人帶去量眼壓，看是否有「眼壓上升」，並安排病人檢查視野，看是否有「視野缺損」，如果一切都符合，你才能下診斷是「青光眼」。畢竟，在接受傳統大班授課的薰陶之後，有誰能把握將來到了醫院面對病人，在病人說出一堆症狀之後，你便能思路清晰地在腦中將所有疾病分門別類篩檢，找出眞正的病因，並對症下藥？

這也是PBL迅速大行其道的主因之一：希冀以反向教學的方式將所學的教材合縱連橫，重新訓練學生的思考能力。

而也因爲有著如此的特色，使得PBL的醫學教育模式中，「教案」變成了相當

重要的教學方式。臨床科目大家或許可以揣摩，然而，基礎科目是如何進行呢？舉輔大醫學系的案例好了，在PBL制度下，他們的解剖課稱爲learning resources，內容包括基本胸腔X_RAY判定（以教案型式呈現）和跑台（大體相關器官辨識），考試時幾乎都是綜合性考題。也就是說，某種程度而言，基礎和臨床是不分家的。這樣的學習，是將醫學知識融會貫通地反覆，這比傳統的刻版模式靈活許多，同學也不用耗費力氣再反覆記憶那些「記了很多遍，也忘了很多遍」的東西。

反觀目前系上仍採用的大班補習班式的學習，採分科同步進行，同學同時要念五六七八個完全沒關聯的科別，重疊性高的部分卻分散在各個角落。一個眼睛，組織碰一下，神解軋一腳，大體摸一把，生理念一次，病理玩一回，最後眼科再來總結。倘若有系統的進行，將「眼睛」的相關知識由組織、大體以降循序教完，一次學習一個系統，覺得整體性比較夠，效果也高出很多，例如「臨床醫學導論」、「循環學模組」、「呼吸模組」等等（這是中國教改過後推動的模組（block）教學，和PBL實在有異曲同工之妙）。PBL或多或少也彌補舊制度的這個弱點，只是，PBL的方法是藉由訓練同學尋找資料、提高融會貫通的能力來間接達到這個目的。

然而，PBL這看似完美的計劃，背後隱藏的問題總是不同小覷。首先，PBL到底水土服不服？據中國的同學表示，現在他們醫學系和中醫系新的教學方式是大堂課和PBL的學分各佔一半左右，PBL雖然可以帶動同學的討論風氣，訓練了思考能力，然而學習層面變窄，內容變少卻也是不爭的事實。況且，以輔大自基礎就開始的全面PBL教學，在學生對於醫學知識爲零的基礎下，要從什麼角度切入，如何建構出整體的觀念，每一步都是必須克服的課題。曾經聽見輔大的學生這樣的喟嘆：「訓練思考是好的，不過也要有時間才能悠閒的泡茶翻書。」花太多的時間在收集資料，交換心得，所得到的知識往往與投資的時間不成正比。歐美的教育是啓發式的，因此學生從小就養成自主學習的習慣，我們到了大學才開始訓練找資料、討論，時間上已經過晚，用有限的青春摸索新的學習方法，不禁令人想起現在國內教育界一頭熱卻一路走來跌跌撞撞的教改，當中是否有著異曲同工之妙？

再者，爲了爭取高分，有時連講求團體合作的PBL竟也變成了惡質的追分競爭。同學們輪人不輪陣，拼命找來堆積如山的資料，卻未考慮實用性。無法消化事小，引喻失譬的觀念被錯用，誤導大家才更糟糕。此外，師資的良窳也是PBL成功與否相當重要的環節，不會引導同學思考的老師比沒有老師還要糟糕。然而，在部分醫師們仍然對PBL不甚了解的情況下，希冀他們能展現多少的成效，我想這是實際投入前所必須詳加考慮的。

說了那麼多，我想做個結論：一個制度的好壞並沒有絕對，端看它有沒有被擺在最適合的地方發揮出最好的效果。台灣的醫學教育已由傳統大班授課逐漸走向多元化，其中最紅的PBL預後究竟如何，相信是大家衆所關切的。曾經，我也百分百支持PBL，覺得它是解放醫學生思維的萬靈丹，但是仔細想想其中的環節，並與各校同學討論的結果，又激發出許多新的感觸。輔大醫學系是當下台灣醫學教育完全的對照組，他們的學生在未來的表現或許可以成爲一個指標。

雖然我們還沒辦法比較各種教育制度底下各種醫學生的結果，只是，令人擔心的是，台灣人一窩蜂的民族性會不會在醫學教育這培育國家未來醫師棟樑這關鍵環節上開始發酵？