



## The effect of biomedical model on nursing<sup>1</sup>

## Biyomedikal modelin hemşireliğe etkisi

Deniz Şanlı<sup>2</sup>  
Nurgün Platin<sup>3</sup>

### Abstract

Although models are new in nursing, basing nursing care on a model has always been with nursing. Nursing care had been under the sway of other disciplines for the major part of the XX<sup>th</sup> century. And the biomedical model was the one that affected nursing care the most.

Human mind and body are separated as opposite sides with a dualist approach, as mind and spirit belong to theology scholars' and body belongs to the field of physicians. Body is divided into smaller parts; systems, organs, tissues and cells. Within this approach diagnostic and therapeutic procedures are active in action.

Biomedical model guides nurses to perceive an individual as a physicochemical machine or a disease diagnosis where emphasis is on body's structure and malfunction. Mind and body separation was not suitable with holistic nursing philosophy. As a result, nurses ignored patient's individual characteristics and needs and limited themselves in the frame of treatment. Practicing with biomedical model led nurses to uncertainty between treatment and care, where nurses would decide on whether to be dependent to physicians or be independent from physicians.

Biomedical model, as a traditional model where the nursing practice has been based, is

### Özet

Model kavramı yeni olmasına karşın uygulamayı bir modele temellendirmek hemşireliğin başladığı günden bu yana var olmuştur. Bununla birlikte XX. yüzyılın büyük bir kısmında hemşirelik diğer disiplinlerin kuramlarının etkisi altında kalmış ve bu kuramları kullanmıştır. Ancak en çok etkilendiği model biyomedikal model olmuştur.

Zihin ve ruh din bilimcilerinin beden ise hekimlerin alanı olarak ikili (dualist) bir yaklaşımla insan bedeni ile zihni birbirinden ayrı tutulmuştur. Beden daha küçük bölümlere, sistem, organ, doku ve hücrelere ayrılmıştır. İndirgemeci yaklaşım olarak da bilinen bu ikili yaklaşımda tanı koyma ve tedavi etme esastır.

Biyomedikal model hemşireyi bireye fizikokimyasal makine ya da hastalık tanısı olarak bakmaya yönlendirir. Vurgu vücudun yapı ve işlevsel bozukluğu üzerinedir. Biyomedikal modelin zihin ve bedeni iki karşıt gruba ayıran anlayışı insanı bir bütün olarak ele almayı hedefleyen hemşirelik felsefesi ile de çelişmektedir. Sonuçta hastanın kişisel özellikleri göz ardı edilmiş, hemşireler de tedavi çerçevesi içinde sıkışık kalmış ve hastayı bir bütün olarak ele alamamışlardır. Diğer taraftan biyomedikal modele bağlı kalmak hemşireleri tedavi ile bakım arasında bir tür belirsizlik konumunda bırakmış ve hemşireler hekimlere bağımlı ya da bağımsız

<sup>1</sup> This article was presented as a conference by first author at 1<sup>st</sup> Oncology Nursing Symposium, 1-3 March 2012, Ankara, Turkey.

<sup>2</sup> RN, M.Sc., Instructor, Izmir Katip Celebi University, Faculty of Health Sciences, Nursing Department, Department of Surgical Nursing, [deniz.sanlı@ikc.edu.tr](mailto:deniz.sanlı@ikc.edu.tr)

<sup>3</sup> RN, Ph.D., Professor, Pediatric Nursing, KTO Karatay University, School of Health Sciences, Nursing Department, [nplatin@isbank.net.tr](mailto:nplatin@isbank.net.tr)

important for its contributions in the past. However, it is a widespread idea within the nurses that this model is not suitable to provide a base for nursing practice. For a different nursing care, existence of various alternatives is very crucial.

**Keywords:** Theory; model; biomedical model; nursing

[\(Extended English abstract is at the end of this document\)](#)

olmak arasında bir karar verme konumunda kalmışlardır.

Yıllardır hemşirelik uygulamasının üzerinde kurgulandığı biyomedikal model, geleneksel bir model olarak geçmişteki katkıları önemlidir. Ancak, modelin hemşirelik uygulamalarına bir temel oluşturmada yetersiz kaldığı görüşü hemşireler arasında giderek yaygınlaşmaktadır. Bu bağlamda hemşirelik bakımı için daha uygun farklı seçeneklerin olması çok önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Kuram; model; biyomedikal model; hemşirelik

### Giriş

Her hemşirenin kendi oluşturduğu bir hemşirelik modeli vardır. Bu modelde mesleki eğitim ve deneyimden başka hemşirenin kendine özgü bilgi, hedef ve değerleri bir araya gelir. Doğal olarak hemşire, meslek grubunun benimsediği hemşirelik modelinden de etkilenir. Ayrıca her hemşire çalıştığı kurumca kabul edilen bir uygulama modeline göre de çalışmak durumunda olduğundan kendi modelini, başka değerlerle de birleştirerek genişletir, şekillendirir. Bu nedenle uygulamayı bir modele temellendirmek ya da bir modele göre çalışmak, hemşireliğin başladığı günden bu yana var olmuştur (Pearson, Vaughan, & Fitzgerald, 2005).

Hemşirelik XX. yy'ın büyük bir kısmında başka disiplinlerin etkisinde kalmıştır. En çok etkilendiği disiplin ve model biyomedikal model olmuştur (Frazier, 2007; McKenna, 2005; Nicoll, 1992; Pearson ve ark., 2005). Biyomedikal model aynı zamanda geçtiğimiz birkaç yüzyılda Batı dünyasındaki tıp uygulamaları için de temel oluşturmuştur. Günümüzde tıbbi sistem ve tıp fakültelerinin büyük çoğunluğu da bu modeli hekimliğin temeli olarak görmektedir. Diğer taraftan biyomedikal modelin, yıllar içinde eleştirildiğini ve uygulamalarını daha geniş bir temelde yapan birçok hekim tarafından kısmen de olsa reddedildiğini vurgulamakta yarar vardır (Pearson ve ark., 2005).

### Biyomedikal Modelin Özellikleri ve Bakış Açısı

Pietroni yüzyıllar boyunca sağlık hizmetlerinde en etkili model olan biyomedikal modeli az ve öz bir biçimde anlatmaktadır:

“Din ve bilimin ayrışması ile Rönesans'ta bilgi patlaması yaşanmıştır. Rönesans'ın büyük filozoflarından Descartes ikilik (dualizm) kavramında dış güçlerin etkisinden bağımsız olarak ve mantıklı düşünebilen zihin boyutunu ortaya koymuş ve bu yaklaşımı ile bedeni zihinden ayırmıştır. Ayrıca bedeni de, bazı parçaları düzgün çalışmadığında işlevsel bozukluk gösteren

bir makine olarak ele almıştır. Makineyi incelemenin en etkili yolunun onu parçalara ayırmak olduğunu, her bir parçanın da işlevsel bozukluğunun tanımlanarak düzeltilebileceğini savunmuştur” (Pietroni’den aktaran Pearson ve ark., 2005, s.48).

Bu felsefi bakış açısı genelde bilimin ve özelde tıp biliminin sonraki 300 yıldaki ilerleyişini etkilemiştir. Akıl ve ruh din bilim insanlarının, beden ise hekimlerin alanı olarak ikilik bir yaklaşımla insan bedeni ile akıllı birbirinden ayrı tutulmuştur. Bilgi birikimi arttıkça beden daha küçük bölümlere, sistem, organ, doku ve hücrelere ayrılmıştır. İndirgemeci yaklaşım olarak da bilinen bu yaklaşım biyomedikal modelin temelini oluşturmuştur (Frazier, 2007; Pearson ve ark., 2005).

Biyomedikal modelde hastanın ilk muayenesindeki belirti ve bulgular hekimi tanı koymaya götüreceği için önemlidir (McKenna, 2005). Tanı, hastanın sorununu belirlemenin yanında hekimin görevini de belirleyicidir (Engel, 1980). Bu nedenle modelin ön plana çıkan özelliği tanı ve tedavi işlemleri etrafında yoğunlaştığından ve tedavi sergilenen semptom ve bulgulara yönelik olduğundan semptom ve bulguları gösteren hastanın da hekim ile işbirliği yapması beklenir. Bu beklenti tedavi sürecinin de önemli bir ögesini oluşturur (McKenna, 2005). Bu özellikler hekimin hastayı bir bütün ve bir insan olarak ele almayı, yalnız bedenini ve bedeni de bir iş ve bir hastalık olarak ele almasına yol açar ki bu da modelin indirgemeci yaklaşımının bir yansımasıdır (Engel, 1980).

### **Biyomedikal Modelin Bileşenleri**

Bu modelde insanı oluşturan hücre, doku, organ ve sistemler homeostaz olarak bilinen bir uyum ve düzen oluşturacak şekilde etkileşim içindedirler. Biyolojik homeostaz sağlıklı olma hali, homeostazın bozulması ise hastalık ya da tıbbi bir duruma gidiş olarak değerlendirilir (Pearson ve ark., 2005).

Modelin hedefi homeostazın bozulma nedenini bulmak, hastalığın kontrolünü sağlamak ya da tedavi etmektir. Tedavi edilemeyen durumlarda ise hedef, semptomları tedavi etmek ya da ölümü geciktirmektir (Pearson ve ark., 2005). Hedefe ulaşmada hastalığı tanılamak ve tedavi etmek için fiziksel bilimlerin (anatomi, fizyoloji, biyokimya, farmakoloji, patoloji, mikrobiyoloji gibi) kuramları kullanılır. Fiziksel bilimlerin kuramları, üzerinde çalışılan değişkenin dışında tüm değişkenlerin kontrol altına alındığı laboratuvar deney sonuçlarına dayalıdır. Bu özellik, modelin bilimsel yönünü de oluşturur (Engel, 1980). Böylece fiziksel bilimlerin bilgi ve becerileri ile fiziksel beden üzerine odaklanılmış olur (Pearson ve ark., 2005). Bunun yanında tıp eğitiminde sosyoloji, psikoloji ve felsefe gibi konuların öğretimine yer verilmesi çok azdır (McKenna, 2005).

### **Hemşireliğin Tarihsel Süreci ve Biyomedikal Model**

Modelin bakış açısı yakın zamana dek büyük ölçüde rakipsiz kalmış ve yalnız tıp alanında değil hemşirelik alanında da etkili olmuştur. Örneğin ilk dönemlerde hemşirelik dini kurumların içinde şifa ve bakım amaçlı kurulmuş yerlerde, işin ehli olmayan kişiler tarafından yapılmıştır. Hemşirelik yapan bu kişiler dünya işlerinden arınma, kendi gereksinimlerini önemsememe, kendi yaşamını başkalarının bakımına adama gibi değerler sergilemişlerdir. Bunun ötesinde hemşirelerin bu yaşamları onları dış dünyadan soyutlanmış bir biçimde başhemşirenin hastane binasında, hemşirelerin de servisin bir odasında yaşaması gibi bir düzenle de bütünleşmiştir. Böyle bir dönemin izleri günümüzdeki eski hastane binalarında da hala görülebilmektedir (Pearson ve ark., 2005).

XVIII. ve XIX. yy'da daha farklı bir hemşirelik ortaya çıkmıştır. Bu dönemde hemşirelik belirgin bir biçimde yokluk ve sıkıntı içinde yaşayanlar için bir korunma ve sığınma yeri haline gelmiştir (Pearson ve ark., 2005). Nightingale'in (1859), tıp ve hemşireliğin net bir biçimde birbirinden ayrılması gerektiğini savunduğu dönem de bu dönemdir.

Nightingale'in Londra'da St. Thomas Hastanesi'nde hemşirelik okulunu kurduğu sıralarda hemşireler toplumun düşük sosyoekonomik düzeyinin üyeleri olarak görülmüşlerdir. Hekimler ise saygıdeğer orta ve üst sınıf üyeleri olarak sosyal ve eğitim deneyimleri hemşirelerden oldukça farklı bir konumda olmuşlardır. Ancak bu iki meslek arasındaki fark Nightingale'in planladığı hemşirelik reformu için amaçladığı fark değildi (McKenna, 2005).

Nightingale hekimlerin hastayı iyileştirdiğine inanmamış, iyileşmenin doğa ya da sağlıklı bir çevre ile olduğunu düşünmüştür. Nightingale'e göre doğanın birey üstündeki işlevini gerçekleştirmesinde etkili olmak üzere eğitilmiş bir hemşire, hastanın iyileşmesini sağlayabilecekti. Bu donanım aynı zamanda hemşireleri hekimlerin karşısında hizmete hazır çalışan konumundan da çıkarabilecekti. Nightingale bu konuya yönelik olarak "Gerçek hemşireliğin ne olduğunu ve ne olmadığını gösterecek bir adım atmakta başarılı olabilirsem hedefime ulaşmış olacağım" ifadesini kullanmıştır (McKenna, 2005).

Nightingale ve çağdaşları hemşireliği saygın duruma getirmenin yollarını aramışlardır. Hekimlerin saygın konumlarını göz önüne alarak hemşireliği tıbbı bağlamanın uygun bir yol olduğunu da düşünmüşlerdir. Bu anlayıştan yola çıkarak hasta bakımı için hemşirenin görevini "doktorun her söylediğini yapma" olarak tanımlamışlardır (Pearson ve ark., 2005). Bu tanımın yanında Nightingale'in dini (kız kardeş ve meslek) ve askeri (hiyerarşi, görev ve üniforma fikri) terminolojiden de etkilenmiş olması hemşirelere hekimlere itaat ve yardım etme anlayışını getirmiştir (McKenna, 2005).

Hekimler hemşireleri eğitmiş ve kendi yazdıkları ders kitaplarını okutmuşlardır. Zamanla bu kitaplardaki kuramsal bilginin hemşireler için fazla olduğunu düşünerek yalnız kurallara uymayı, itaatkar ve şefkatli olmayı ve tıbbi istemleri yerine getirmeyi öğretmeye başlamışlardır. Hemşire

kuramcı Peplau'nun bir mesleğin eğitimcilerinin o mesleğin içeriğini kontrol edenler olduğu anlayışını dile getirmesi de bu döneme rastlamaktadır (McKenna, 2005).

Biyomedikal bakış açısı ile hemşireler de hastalıkların genetik, fizikokimyasal, travmatik ve patolojik rahatsızlıklar ile meydana geldiğini ve hekimler tarafından ilaç ya da cerrahi yöntemle tedavi edilebileceği anlayışını benimsemişlerdir. Sağlık hizmetlerindeki geleneksel hiyerarşi nedeniyle de hemşireler hizmet etme rolünü benimsemişlerdir. Hemşireliğin bu konumu çok kişi tarafından biyomedikal modele duyulan güvenle bağdaştırılmış ve açıklanmıştır (McKenna, 2005).

Sonuçta XIX. yy'da hemşire ve hekimler arasında farklılık oluşmuş ancak bu farklılık Nightingale'in istediği farklılık olarak gerçekleşmemiş, aksine cinsiyet, toplumsal sınıf, dil ve eğitim yönünden oluşmuştur ve XX. yy'ın büyük bir bölümünde de sürmüştür (McKenna, 2005). Meave bu durumu şöyle anlatmıştır:

“Hemşirelerin kendileri de yaralı birer iyileştiricidir. Hemşirelerin çoğu tükenmiş, baskılanmış, mutsuz olmuş, küçük görülmüştür. Yaşadıkları bu duyguları uygulamalarına yansıtılmaları ise çok zordur. Bu korku ve kaygının önemli bir bölümü tıbbi modelden kaynaklanmaktadır” (Meave'den aktaran McKenna, 2005, s.87).

Böylece hekimler bir iyileştirici olarak tüm diğer disiplinlerin üstünde bir konumda olmuşlardır. Hemşireler ise belirti ve bulguların gözlemcisi, hekimin gözü ve kulağı; belirlenen tedavileri uygulayan olarak da hekimin eli ve ayağı olma konumunda olmuşlardır. Bu tabloda hekimin işi olarak algılandığından hemşirelerin hastalara hastalıkları ile ilgili bilgi vermeleri onaylanmamış, hastaların taburcu edilmesinde hemşirenin planladığı bakımda istenilen hedeflere ulaşılmamış olması değil tıbbi tedavinin tamamlanmış olması bir kriter olarak alınmıştır (McKenna, 2005).

Bu anlayış ve uygulamalar günümüzde sürüyorsa da, benimsenen yeni değerler de vardır. Ancak 1940 ve 1950'li yıllarda teknolojiye patlama ile birlikte pragmatik bir yaklaşım ortaya çıkmıştır. Pragmatizm durumu değerlendirme ve harekete geçmede olayları pratik sonuçları ile değerlendiren bir yaklaşım olmuştur. Pragmatizmin bu döneme yansıması ise; hastalık ve tedaviye odaklanırken gereksinilen becerilere göre hemşirelere tıbbi teknoloji ile ilgili özel uygulama kurslarının sağlanması şeklinde olmuştur. Bu dönemde teknik becerilere yapılan bu aşırı vurgu ile hemşireliğin özünü kaybedip kaybetmediği de sorgulanmıştır. Çünkü önemli olan bir *mini doktor* olmak değil hemşire olarak bu becerilerle ne yapıldığıdır (Pearson ve ark., 2005).

Günümüzde tıp ya da hemşirelikte bedeninin yalnız bir bölümü ile ilgilenen çok sayıda uzman bulunmaktadır. Uzmanlaşma Descartes'in XVI. yy'da ortaya koyduğu görüş ile de uyumludur. Ancak uzmanlaşma sağlık hizmetinde özel alanlarda derin bilgi birikimi sağlamış olmakla birlikte

*uzmanlaşmamış* hemşirelerin bazı becerilerinin kaybolmasına da neden olmuştur. Biyomedikal model ve onun ürünü olan uzmanlık dalları günümüzde sorgulanmaktadır (Pearson ve ark., 2005).

### **Biyomedikal Modelin Hemşirelik Uygulamalarına Etkisi**

Biyomedikal model, günümüzdeki hemşirelik uygulamalarının da temellendiği bir modeldir. Bu model hemşireleri hastalara fizikokimyasal makine ya da hastalık tanısı olarak bakmaya, fiziksel bakıma bağlı kalmaya ve tedavi etmeyi hedeflemeye yönlendirir. Vurgu vücudun yapı ve işlevsel bozukluğu üzerine olduğundan hemşire de hastalık ya da anormalliklerle ilgilenir ve bunları belirlemeye, düzeltmeye ya da önlemeye odaklanır (Nicoll, 1992; Pearson ve ark., 2005).

Biyomedikal modelin insanın akıl ve beden olarak iki karşıt bölüme ayrıldığı varsayımı insanı bir bütün olarak ele almayı hedefleyen hemşirelik felsefesi ile de ters düşmektedir. Hemşirelik yalnız bedenin yapı ve işlevleri ile değil insanın duygu, davranış, deneyim, sosyal ilişki ve çevresi ile etkileşimleriyle de ilgilenmektedir (Nicoll, 1992). Hemşirelik hasta bakımına bütüncül bakmayı yitirince, örneğin banyo yaptırmayı, hastayla ilgili bilgi toplanacak, hastaya danışmanlık yapılacak ve eğitim verilecek bir girişim olarak değil yalnız temizliğe yönelik bir uygulama olarak görmeye başlamıştır (Pearson ve ark., 2005). Ayrıca insanı beden ve akıl olarak ayırıştırın bu yaklaşım aynı zamanda hastanın kendisi ile ilgili kararlarını da kendisinin vermesine yer ve izin vermeyen bir yaklaşımdır. Sonuçta hastanın kişisel özellikleri göz ardı edilmiş, hemşireler de tedavi çerçevesi içinde sıkışıp kalmış ve hastaya bir bütün olarak yardım edememişlerdir (McKenna, 2005).

Eğitim sırasında öğretilen bilgi ve beceriler de doğal olarak biyomedikal modelin inançlarına göre şekillenmiştir. Müfredatın temelinde anatomi, fizyoloji, patoloji ve diğer fiziksel bilimler yer almıştır. Hemşirelik kitapları hastalık sürecini kısaltma ya da ortadan kaldırmaya, hemşirelik girişimleri de hastalığa neden olan etmen ya da patolojiye yönelik olmuştur. Hekimlerin bedensel sistemlere göre tanı koyma, tedaviyi planlama ve değerlendirmeleri hemşirelerin de öyle yapmaları gerektiği anlamına gelmiştir (Nicoll, 1992; Pearson ve ark., 2005). Hemşireler de bakım hedeflerini tıbbi terimlerle oluşturmuşlardır. Örneğin hemşireler hastanın sorununu *kronik bronşitin hasta ve ailesi üzerindeki etkilerini belirlemek* yerine, bir tıbbi terim ile *kronik bronşit* olarak tanımlamıştır (McKenna, 2005).

Model hemşirenin rolünü tıbbi istemleri aynen yerine getiren kişi olarak gördüğünden hemşireleri tedavi edilecek sorunu olan hasta için hekim istemlerini yerine getirmeye, rutin uygulamalara yönelmeye ve tedavileri hızlı bir biçimde yapmaya yönlendirmiştir. Bu işleyiş içinde hastanın birey olarak gereksinimlerinin karşılanması önemsenmemiştir (Pearson ve ark., 2005). Bunun yanında mesleğin kurallara göre yapılmasını benimseyen hemşirelerce hazırlanan çeşitli politika ya da prosedürler de rutin uygulamalar şeklinde kullanılmıştır. Bu rutin uygulamalar da



hastanın tanı ve tedavisine yönelik olduğundan bu aşamada da bireye özgü uygulamalar yer alamamıştır. Örneğin, abdominal histerektomi geçiren hastaların ameliyatın ikinci gününden sonra intramüsküler analjeziye gereksinim duymayacakları beklentisi gibi. Benzer şekilde hastanın bireysel seçimine bakılmaksızın her gün aynı saatte analjezik verilmesi de yine biyomedikal modele göre iyi bir uygulamadır. Oysa hastayı değerlendirmeden yapılan rutin bir uygulama hastanın gereksinimlerini göz ardı etme ve hasta-hemşire etkileşimini zayıflatma anlamına gelebilmektedir. Diğer bir yönü ile rutinleşme gereksiz işlemler ile zaman ve iş gücü kaybına da neden olabilmektedir. Gereksinimi olmasa da yatan bütün hastaların iki saatte bir pozisyonlarının değiştirilmesi de buna bir örnektir. Ancak ameliyat öncesi izlemde yapılması gereken uygulamalar gibi bazı rutinler ise tartışmasız önemli ve gereklidir (Pearson ve ark., 2005).

Modelin hemşireliğe başka yansımaları da olmuştur. Örneğin, teknik becerilerin de önem kazandığı bu dönemde EKG çekme ya da kan alma gibi teknik beceriler, stresli bir bireyle iletişim kurmak gibi becerilerden daha değerli görülmüştür. Psikososyal bakım gözle görülür olmadığından daha az önemsenmiş ve herhangi bir kişi tarafından, zaman varsa sağlanmıştır. Diğer taraftan hemşirelerin hem fiziksel bakıma odaklanmaları hem de rutinleşmeleri, hastalarla aralarındaki mesafeyi koruyabildikleri anlamına geldiğinden hemşireleri karşılaştıkları strese karşı korumada yararlı olduğu şeklinde de yorumlanmıştır (Pearson ve ark., 2005).

Modelin benimsediği bu gibi değerler, sistemde neyin değerli ya da yüksek statülü olduğunu da belirlemede önemli olmuştur. Modelde tanı ve tedaviye yönelik uygulamaların ve fiziksel bilimlerle ilgili bilgilerin değerli olması, günümüz hemşireliğinde de belirgin bir biçimde sürmektedir. Buna göre yüksek statülü ortamlarda çalışan hemşirelerin ilaç verme, cerrahi pansuman yapma gibi tedaviye yönelik uygulamaları, düşük statülü ortamlarda çalışan hemşirelerin ise banyo yaptırma gibi bakım uygulamalarını yerine getirdiği düşünülür. Dolayısı ile tanı ve tedavi ile ilgili teknik hemşirelik uygulamaları, temizlik ya da rahatlatmaya yönelik uygulamalarla karşılaştırıldığında daha yüksek bir statünün simgesi olarak benimsenmiştir (Pearson ve ark., 2005).

Geleneksel bir anlayış ortamında çalışıyor olsalar da ileri teknoloji ile ya da akut hastalarla çalışan hemşireler için biçilen statü de yüksektir. Hatta bu alanlarda çalışan hemşirelere kariyerlerinde ilerleme olanakları da sağlanmıştır. Bu nedenlerle hemşireler de taburcu edilebilecek durumda olan hastalarla ve teknik becerilerin kullanıldığı servislerde çalışmayı yeğlemişlerdir. Aynı bakış açısı ile yoğun bakım ya da acil hemşireliği kurslarına istek daha fazla olurken, yaşlı bakım kurslarına daha az olabildiği de gözlenmektedir (McKenna, 2005; Pearson ve ark., 2005). Doğal olarak da tedavi edilemeyen, tamamen iyileşemeyen, tedavi ile bakım arasında duran, uzun süre yatan, psikiyatri hastaları, engelli ve yaşlı hastalarla çalışmak hemşirelerde ikilem yaratan bir durum

olmuştur. Hastanın ölümü ya da tedavinin başarısız olması durumunda, hemşireler bunu kendi başarısızlıkları olarak algılayabilmişlerdir (Pearson ve ark., 2005).

Biyomedikal modelin hemşireliğe getirdiği sınırlamalar arasında en dikkat çeken, modelin hastanın rolüne ilişkin felsefesidir (McKenna, 2005). Hasta öncelikle belirlenen kalıplar ve rutinlere uyum gösterecek bir kişi olarak tanımlanır ve tedavi edilecek altı nolu yataktaki dosya olarak yaklaşılır (Pearson ve ark., 2005). Bu felsefeye göre birey durumu nedeni ile stres, kaygı ya da gerginlik yaşadığında hasta olarak kabul edilir ve sorun ilaç ile tedavi edilir. Bu düşünce ve yaklaşım biçimi her hastalık için bir ilaç algısını doğurmuştur (McKenna, 2005).

Modelin işleyişi içinde zamanla çeşitli nedenlerle yetersiz kalan hekim sayısına çözüm olarak Batı'da pratisyen hemşire (nurse practitioner) ve hekim asistanlığı (physician's assistance) gibi roller oluşmuş ve bu rollere ilgi giderek artmıştır. Hekimler birçok teknik görevi hemşirelere devrederken hemşireler de birçok temel hemşirelik bakımını başka gruplara devretmiştir. Bu durum fizyoterapi, uğraşı terapisi ya da sosyal çalışman gibi mesleklerin hemşirelikten doğmalarını sağlamıştır. Hemşireler hastayı mobilize etmeyi, postural drenaj uygulamasını fizyoterapist, hastayı yattığı süre içinde uğraşıya yönlendirmeği uğraşı terapistine ve stoma bakımını stoma terapistine devretmişlerdir (Pearson ve ark., 2005). Bu durum "kurallara uygun hemşirelik uygulamalarının" ne olup ne olmadığının tartışılmasına yol açmıştır. Diğer taraftan biyomedikal modele bağlı kalmak hemşirelerin konumunu tedavi ile bakım arasında bir belirsizliğe itmiş ve hemşireler doktorlara bağımlı ya da onlardan bağımsız olmak arasında bir karar verme konumunda kalmışlardır (McKenna, 2005).

Biyomedikal model iyi geliştirilmiş bir model olarak en azından kendi içindeki uygulamaları yönlendirmiş ve hemşireliğin eğitimsiz kadınlar grubu olmaktan, sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahip ve etkili çalışan bir gruba dönüşmesinde aracı olmuştur. Diğer taraftan bütün hemşireler tarafından bugünkü uygulamaya temel oluşturacak başka bir model oluşturulup kabul edilene dek bu modelin bakıma yön vermeye devam etmesi kaçınılmazdır (Pearson ve ark., 2005).

Ayrıca biyomedikal model hasta gereksinimlerini dikkate alan bir model olmadığından, sağlık hizmeti de gereksinimi olan bireylere değil sağlık çalışanlarının yararına hizmet verilmesi anlayışı üzerine kurulmuştur. Bu nedenle biyomedikal model hemşirelik uygulamaları için uygun bir model olarak görünmemektedir (Pearson ve ark., 2005).

### **Biyomedikal Modelin Avantaj ve Dezavantajları**

Biyomedikal modelin sağlık personeli tarafından kullanılabilen en etkili model olduğunu savunan kişiler şu yönlerde değinmektedirler (Engel, 1977; Frazier, 2007; McKenna, 2005; Pearson ve ark., 2005):



• Modelin kullandığı bilgi deneylerden elde edilmiş bilimsel bilgidir. Birçok durumda nesnel ve akılcı olup doğruluğu kanıtlanmıştır

• Model birçok bilimsel çalışma için bir çatı oluşturmaktadır

• Modelin değeri yıllar içinde kanıtlanmıştır. Model hem hasta hem de sağlık personeli tarafından anlaşılır niteliktedir

• Model evrensel olması nedeniyle hastalar tarafından da tanınmıştır. Hastalar tanıdık bir yaklaşımla tedavi edilmeyi rahatlatıcı bulmaktadır

• Hastanın en büyük kaygısı hastalığının tedavi edilmesi ve kontrol altına alınmasıdır. Modelin hedefi de hastanın hedefi ile uyumludur

• Model hastalığa odaklandığından bütün sağlık hizmetlerinin kontrolünden hekim sorumludur. Ortaya çıkan sorun hekim tarafından çözülür

• Model bireyin fiziksel yönü ile sınırlıdır

• Biyomedikal modelin gücü ve egemenliğinden rahatsızlık duyan hemşirelik, kendi kuramlarını geliştirme yoluna gitmiştir

Diğer taraftan başka modellerin gündeme gelmesi yalnız sağlık personelinin değil hastaların da biyomedikal modelle ilgili olumsuz düşüncelerini yansıtmalarına yardımcı olmuştur. Bu düşüncelerden bazıları şöyledir (Engel, 1977; Frazier, 2007; McKenna, 2005; Pearson ve ark., 2005):

• Model hastaları bir birey olarak değil bir hastalık tanısı olarak gördüğünden bireyi oluşturan psikolojik ve sosyal özelliklerini göz ardı etmektedir

• Modeldeki ileri teknoloji vurgusu insani bakımın kaybına yol açmaktadır

• Sağlık hizmetlerinde yitirilen insani yön çok sayıda sağlık personeli ve hastayı rahatsız etmektedir

• Hemşire-hasta iletişimi ve etkileşiminin hastanın iyileşmesinde önemli bir rolü olduğu halde bu modelde buna yer verilmemektedir

• Modelde hekim bütün karar mekanizmalarında güçlü bir konumdadır

• Modelde hastaya kendi sağlığı ile ilgili bilgi alma ve karar verme hakkı tanınmamaktadır

• Bütüncül yaklaşımın iyileştirici işlevi ve sağlık sonuçları üzerindeki olumlu etkisine yönelik bulguların giderek artması, sağlık hizmetlerinin yapı ve önceliklerinin gözden geçirilmesini gerektirmektedir.

## Sonuç

Bir bilimsel modelin değeri, onun doğru ya da yanlış olup olmadığı ile değil, ne kadar yararlı olduğu ile ölçülür. Bir model yeni ortaya çıkan sorulara yanıt bulamadığında, modelin değiştirilme gereği ortaya çıkar (Engel, 1980).

Biyomedikal model, üstünde hemşirelik uygulamalarının kurgulandığı geleneksel bir model olarak hemşireliğe geçmişteki katkıları önemlidir. Ancak, modelin hemşireler arasında, hemşirelik uygulamalarına bir temel oluşturmada artık uygun bir model olmadığı görüşü giderek yaygınlaşmaktadır. Hem toplumun rahatsızlığı hem de insanın günümüzde daha iyi anlaşılması modelin hemşireliği kısıtladığı yönleri ortaya koymaktadır. Bu anlamda bir değişim için uygun bir hemşirelik bakım modeline karar vermede farklı seçeneklerin ortaya çıkması çok önemlidir (Pearson ve ark., 2005).

## Kaynaklar

- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, New Series*, 196 (4286), 129-136.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137 (5), 535-544.
- Frazier, L. (2007). Theories from the biomedical science. In M. McEwen, & E.M. Wills (Eds.), *Theoretical basis for nursing* (2nd Ed., pp. 328-332). Philadelphia: Lippincott.
- McKenna, H. (2005). The medical model. In *Nursing theories and models* (pp. 85-91). London: Routledge.
- Nicoll, L.H. (1992). The medical (disease) model. In *Perspectives on nursing theory* (2nd ed., pp. 386-387). Philadelphia: Lippincott.
- Pearson, A., Vaughan, B., & Fitzgerald, M. (2005). The traditional model for nursing practice. In *Nursing models for practice* (3rd Ed., pp. 43-55). London: Butterworth Heinemann.

## [Extended English Abstract](#)

### Introduction

Although the concept of model is new, superimposing an implementation on a model has been there since nursing care was set out. Besides, nursing care had been under the sway of other scholar disciplines for the major part of the XX<sup>th</sup> century. Probably, biomedical model was the one that affected nursing care the most.

### Features and Perspective of Biomedical Model

Human intellect and human body are separated from each other with a dualist approach, as intellect and spirit belong to religious scholars' purview and body belongs to the field of physicians. Body is divided into smaller parts; systems, limbs, tissues and cells. Within this also known as minimalist approach, only diagnostic and therapeutic procedures are active in action. This approach

is based upon the fact that physician, as a principle task, deals with body and disease rather than dealing with the patient as a whole and as a human.

### **Components of Biomedical Model**

According to this model, human beings are biological creature. Biological homeostasis is expounded as a state of being healthy, as for deterioration in homeostasis is explained as disease or a state of proceeding into a medical condition. Target of medical initiatives categorically provides biological homeostasis, controlling or treating the disease.

In order to diagnose and treat the disease, knowledge belonging to physical sciences (such as anatomy, physiology, biochemical, pharmacology, pathology, microbiology, etc) are used.

### **Biomedical Model and Nursing Care within Historical Process**

In earlier periods, nursing had been done by people who were not qualified enough and it was constituted within religious institutions. Within these periods, values such as ignoring own needs and dedicating one's life to others' care had been emphasized. In XVIII<sup>th</sup> and XIX<sup>th</sup> centuries when different nursing had been emerged, nursing care had become a shield for the ones who live with poverty and distress. Nightingale, at that exact time, defended the fact that medicine and nursing should be separated from each other in a clear way. Again during this period, nurses had been perceived as members of lower socio-economical class of the community. However physicians had been the members of respectable middle and upper class community and their social and educational backgrounds are quiet different from the nurses'. On the other hand, Nightingale was influenced by religious and military terminologies, which reflected to perceptivity of obeying the physicians within the schools of nursing that she had established. Nightingale and her contemporaries thought that connecting nursing care with medicine would be an appropriate way to make nurses gain prestige. New values were depicted as a kind of romanticism that is identified with a lower role when compared to the physicians. However in 1940s and 1950s, with the technological development, romanticism gave its place to pragmatism. Due to focusing on disease and treatment, skills related to usage of medical technology have become significant.

### **Effect of Biomedical Model on Nursing Practice**

Biomedical model obligates nurses to perceive an individual as a physicochemical machine or a disease diagnosis. Emphasis is on body's structure and malfunction. Biomedical model's approach to separate mind and body is not suitable with nursing philosophy that aims a holistic approach. As a result, nurses ignore patient's personal characteristics and get squeezed in the frame of treatment, and they can't care for patients in a holistic way.

As biomedical model observes humans as physical creatures, nurses focus on individual's physical requirements. Nursing is performed as routine implementations that are procured according to various policies or procedures within each clinic. Role of the nurse is to fulfill the medical orders. However routine tasks or procedures performed without making any evaluation carry the risk of ignoring patients' personal characteristics and weakening patient – nurse interaction.

Visible sides of health services, such as completing the treatments and tasks in a short time or making the beds and putting the cupboards in order, were also important. Within this mode of operation, meeting the patient's needs were not important. Skills such as monitoring ECG (electrocardiogram) or drawing blood are seen more valuable than skills such as communicating with a stressed person.

As priority of biomedical model is treatment, efforts of nurses are in this direction. This situation limits the interest of nurses towards the patients who have treatable problems. Nurses who work with advanced technology or acute care patients traditionally have higher status.

Solutions occurred as physician shortage was faced and some roles of the physicians were given to nurse practitioner or doctor's assistants. In turn nurses transferred many basic nursing

duties to other health care personnel while doctors delegated many technical tasks to nurses. On the other hand, holding on to biomedical model led nurses to uncertainty between treatment and care, and nurses went into a situation where they would decide on whether to keep being dependent to the physicians or to become independent from them.

### **Conclusion**

Biomedical model, as a traditional model that nursing has built its practice, is important for its past contributions. However, it is a widespread idea among nurses that the model is no longer appropriate for providing a basis of nursing practice. When discomfort of the society and of the better understanding of people are taken into consideration, it is an obvious fact that biomedical model restricts nursing care. For deciding on a more proper nursing care model, existence of various alternatives is very crucial.