NAMANGAN DAVLAT UNIVERSITETI
ILMIY AXBOROTNOMASI, [2026-9]
ISSN:2181-1458
ISSN:2181-0427

09.00.00-FALSAFA
journal.namdu.uz
PHILOSOPHICAL

INKLYUZIV JAMIYAT SHAKLLANISHIDA TIBBIY MODELDAN INSON SUBYEKTIVLIGI PARADIGMASIGA O‘TISHNING IJTIMOIY-FALSAFIY ASOSLARI (YANGI O‘ZBEKISTON MISOLIDA)

Irgasheva Marxabo Isakjon qizi
Namangan davlat pedagogika instituti tayanch doktoranti

Annotatsiya: *Maqolada Yangi O‘zbekistonda inklyuziv jamiyat shakllanishi sharoitida tibbiy modeldan inson subyektivligi paradigmasiga o‘tishning ijtimoiy-falsafiy asoslari tadqiq etiladi. Tibbiy model kasallik va nuqsonni bilishning zarur ilmiy vositasi ekanini e’tirof etgan holda, insonni faqat tashxis va davolash obyekti sifatida talqin qilish uning ijtimoiy hayotda to‘laqonli ishtirokini cheklashi mumkinligi asoslanadi. M. Fuko, J. Kangilem, J. Engel, M. Oliver, T. Shekspir, M. Nussbaum, T. Bichamp va J. Childress qarashlari, Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining Funksionallik, hayot faoliyati cheklanishi va salomatlikning xalqaro tasnifi, BMTning Nogironligi bo‘lgan shaxslarning huquqlari to‘g‘risidagi konvensiyasi hamda O‘zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasi va qonunchiligi tizimli, qiyosiy va germenevtik usullar asosida tahlil qilindi. Nogironlikning tibbiy, ijtimoiy va inson huquqlariga asoslangan modellari qiyoslanib, inklyuziya insonni «tuzatish»dan uning ishtirokiga to‘sqinlik qiluvchi ijtimoiy to‘siqlarni bartaraf etishga o‘tishni talab qilishi ko‘rsatildi. Muallif klinik asoslanganlik, subyektiv tajriba, ongli ishtirok, to‘siqsiz muhit va institutsional hisobdorlikni birlashtiruvchi konseptual model hamda uni baholash mezonlarini taklif etadi.*

Kalit so‘zlar: *inklyuziv jamiyat, tibbiy model, nogironlikning ijtimoiy modeli, inson subyektivligi, shaxs avtonomiyasi, inson qadr-qimmati, tibbiy paternalizm, ongli rozilik, ijtimoiy adolat, Yangi O‘zbekiston.*

СОЦИАЛЬНО-ФИЛОСОФСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПЕРЕХОДА ОТ МЕДИЦИНСКОЙ МОДЕЛИ К ПАРАДИГМЕ СУБЪЕКТНОСТИ ЧЕЛОВЕКА В ФОРМИРОВАНИИ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБЩЕСТВА (НА ПРИМЕРЕ НОВОГО УЗБЕКИСТАНА)

Аннотация: *В статье исследуются социально-философские основания перехода от медицинской модели к парадигме субъектности человека в условиях формирования инклюзивного общества в Новом Узбекистане. Признавая медицинскую модель необходимым научным инструментом познания болезни и нарушения, автор обосновывает, что восприятие человека исключительно как объекта диагностики и лечения способно ограничивать его полноценное участие в жизни общества. На основе системного, сравнительного и герменевтического методов проанализированы взгляды М. Фуко, Ж. Кангилема, Дж. Энгеля, М. Оливера, Т. Шекспира, М. Нуссбаум, Т. Бичампа и Дж. Чилдресса, Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья ВОЗ, Конвенция ООН о правах инвалидов, а также Конституция и законодательство Республики Узбекистан. Сравнение медицинской, социальной и правозащитной моделей инвалидности показывает, что инклюзия требует перехода от «исправления» человека к устранению социальных барьеров, препятствующих его участию. Автор предлагает концептуальную модель, объединяющую клиническую обоснованность, субъективный опыт, осознанное участие, безбарьерную среду и институциональную подотчётность, а также критерии её оценки.*

Ключевые слова: *инклюзивное общество, медицинская модель, социальная модель инвалидности, субъектность человека, автономия личности, человеческое достоинство, медицинский патернализм, информированное согласие, социальная справедливость, Новый Узбекистан.*

SOCIO-PHILOSOPHICAL FOUNDATIONS OF THE SHIFT FROM THE MEDICAL MODEL TO THE PARADIGM OF HUMAN SUBJECTIVITY IN BUILDING AN INCLUSIVE SOCIETY: THE CASE OF NEW UZBEKISTAN

Abstract: *The article examines the socio-philosophical foundations of the shift from the medical model to a paradigm of human subjectivity (agency) in the context of building an inclusive society in New Uzbekistan. While recognising the medical model as an indispensable scientific tool for understanding disease and impairment, the author argues that treating a person solely as an object of diagnosis and treatment may restrict their full participation in social life. Using systemic, comparative and hermeneutic methods, the study analyses the ideas of M. Foucault, G. Canguilhem, G. Engel, M. Oliver, T. Shakespeare, M. Nussbaum, T. Beauchamp and J. Childress, the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health, the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, and the Constitution and legislation of the Republic of Uzbekistan. A comparison of the medical, social and human rights models of disability shows that inclusion requires moving from «fixing» the individual to removing the social barriers that prevent participation. The author proposes a conceptual model combining clinical validity, subjective experience, informed participation, a barrier-free environment and institutional accountability, together with criteria for its assessment.*

Keywords: *inclusive society, medical model, social model of disability, human subjectivity, personal autonomy, human dignity, medical paternalism, informed consent, social justice, New Uzbekistan.*

KIRISH

Jamiyatning insonparvarlik darajasi uning eng zaif a'zolariga — nogironligi bo'lgan shaxslar, surunkali kasallik bilan yashayotgan insonlar, yolg'iz keksalarga munosabatida yaqqol namoyon bo'ladi. Inklyuziv jamiyat har bir insonning jismoniy imkoniyati, salomatlik holati yoki ijtimoiy mavqeidan qat'i nazar, ta'lim, mehnat, madaniy va ijtimoiy-siyosiy hayotda to'laqonli va teng ishtirok etishini ta'minlaydigan ijtimoiy tuzilmadir. Bunday jamiyatni shakllantirish faqat binolarga panduslar qurish yoki imtiyozlar belgilash bilan cheklanmaydi: u, eng avvalo, insonni qanday ko'rishimiz — uni «muammo tashuvchi» sifatidami yoki o'z hayotining faol subyekti sifatidami — degan dunyoqarash masalasidir.

Ijtimoiy chetlanish ko'pincha aynan salomatlik bilan bog'liq nuqtadan boshlanadi. Inson eng avvalo tashxis orqali tanilganda, «bemor» yoki «nogiron» yorlig'i uning ijtimoiy identikligini belgilay boshlaydi; ta'lim, kasb, oila va turmush tarziga oid qarorlar uning o'zi bilan emas, balki «uning uchun» qabul qilinadi. Shu ma'noda tibbiy model faqat klinika ichidagi bilish usuli emas, balki jamiyatning inson imkoniyatlariga munosabatini shakllantiruvchi ijtimoiy-madaniy omil hamdir.

Yangi O'zbekistonda bu masala normativ jihatdan ustuvor ahamiyat kasb etdi. O'zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasining 13-moddasida inson, uning hayoti, erkinligi, sha'ni, qadr-qimmati va boshqa ajralmas huquqlari oliy qadriyat ekani, 48-moddasida har kimning sog'lig'ini saqlash va malakali tibbiy xizmatdan foydalanish huquqi mustahkamlangan. 57-moddada esa davlat nogironligi bo'lgan shaxslarning ijtimoiy, iqtisodiy va madaniy sohalar obyektlari va xizmatlaridan to'laqonli foydalanishi uchun shart-sharoitlar yaratishi, ularga zarur axborotni to'sqinliksiz olish imkoniyatini ta'minlashi belgilangan [1]. 2020-yilda qabul qilingan «Nogironligi bo'lgan shaxslarning huquqlari to'g'risida»gi Qonun [2] va 2021-yilda BMTning Nogironligi bo'lgan shaxslarning huquqlari to'g'risidagi konvensiyasining ratifikatsiya qilinishi [3] bu yo'nalishdagi siyosatni xalqaro standartlar bilan uyg'unlashtirdi. «O'zbekiston — 2030» strategiyasida nogironligi bo'lgan shaxslar uchun yangi qo'llab-quvvatlash tizimi va qulay muhit yaratish alohida maqsad sifatida belgilangan bo'lib [4], ushbu yo'nalishdagi islohotlar 2026-yilda yangi bosqichga olib chiqildi [5].

Biroq normativ o'zgarishlar ortida turgan paradigmal burilish — insonni davolash obyektidan huquq va tanlov subyektiga aylantirish — ijtimoiy-falsafiy jihatdan hali yetarli darajada konseptuallashtirilmagan. Huquqiy deklaratsiyalar bilan kundalik amaliyot o'rtasidagi tafovutni bartaraf etish uchun esa, avvalo, ushbu burilishning mazmuni, chegaralari va tarkibiy qismlarini aniqlash zarur.

Maqoladagi «tibbiy modeldan inson subyektivligi paradigmasiga o'tish» iborasi tibbiyotning biologik va klinik asoslarini rad etishni anglatmaydi. «Paradigma» tushunchasi bu yerda ataylab tanlangan: gap bitta modelni boshqasi bilan almashtirish haqida emas, balki klinik bilim insonning tajribasi, avtonomiyasi, ijtimoiy muhiti va huquqiy maqomi bilan birga ko'rib chiqiladigan kengroq bilish va qadriyat doirasi haqida bormoqda.

Tadqiqotning maqsadi — inklyuziv jamiyat shakllanishi kontekstida tibbiy model va inson subyektivligi o'rtasidagi munosabatni ijtimoiy-falsafiy tahlil qilish hamda Yangi O'zbekiston sharoitida inson subyektivligiga yo'naltirilgan yondashuvning konseptual modelini asoslash.

MAVZUGA OID ADABIYOTLAR TAHLILI

Mavzuga oid ilmiy manbalarni to'rt yo'nalishga ajratish mumkin. **Birinchi yo'nalish** tibbiy bilimning falsafiy tanqidi bilan bog'liq. M. Fuko «Klinikaning tug'ilishi» asarida klinik nigohni tarixiy sharoitda vujudga kelgan bilish amaliyoti sifatida tahlil qilib, kasallik haqidagi bilim inson tanasini kuzatish, tasniflash va tavsiflash orqali qanday shakllanganini ochib beradi [6, 88–123-b.]. J. Kangilem «Me'yoriy va patologik» asarida salomatlikni statistik o'rtacha ko'rsatkichga tenglashtirishni tanqid qilib, me'yorni organizmning o'z muhiti bilan munosabatida yangi me'yorlar yaratish qobiliyati sifatida talqin qiladi [7, 105–118-b.].

Ikkinchi yo'nalish tibbiy modelni kengaytirishga qaratilgan nazariyalardir. J. Engel 1977-yilda biomeditsina modeli kasallikning psixologik va ijtimoiy o'lchamlarini hisobga olmasligini ko'rsatib, biopsixosotsial modelni taklif etgan [8]. Ushbu g'oya Jahon sog'liqni saqlash tashkilotining Funksionallik, hayot faoliyati cheklanishi va salomatlikning xalqaro tasnifida (ICF) institutsional shaklga ega bo'ldi: unda inson salomatligi tana funksiyalari, faoliyat, ishtirok va muhit omillarining o'zaro ta'siri sifatida baholanadi [9]. A. Kleynman esa kasallikning biologik jarayon sifatidagi «disease» va insonning uni boshdan kechirishi sifatidagi «illness» o'lchamlarini farqlab, bemorning hikoyasi tibbiy bilimning to'laqonli manbai ekanini asoslagan [10].

Uchinchi yo'nalish nogironlik tadqiqotlari (disability studies) bilan bog'liq bo'lib, mavzuning inklyuziya bilan aloqasini bevosita ochib beradi. M. Oliver tomonidan nazariy jihatdan asoslangan nogironlikning ijtimoiy modeli tana nuqsoni (impairment) va nogironlik (disability) tushunchalarini ajratadi: nogironlik insonning tanasida emas, balki uning ishtirokini cheklovchi ijtimoiy to'siqlarda ekani ta'kidlanadi [11]. T. Shekspir ijtimoiy modelning tana tajribasini e'tiborsiz qoldirishini tanqid qilib, nuqson va muhit omillarini birga ko'radigan interaksionistik yondashuvni ilgari suradi [12]. T. Degener esa BMT Konvensiyasiga tayangan holda nogironlikning inson huquqlariga asoslangan modelini ijtimoiy modelning rivojlangan bosqichi sifatida asoslaydi [13].

To'rtinchi yo'nalish bioetika va ijtimoiy adolat nazariyalarini qamrab oladi. T. Bichamp va J. Childress shaxs avtonomiyasini hurmat qilish, zarar yetkazmaslik, yaxshilik qilish va adolat tamoyillarini biotibbiy etikaning asosiy tamoyillari sifatida tizimlashtirgan [14, 99–142-b.]. K. Makkenzi va N. Stoljar tahriri ostidagi tadqiqotlarda avtonomiyaning relyatsion (munosabatlarga asoslangan) talqini ishlab chiqilgan bo'lib, unga ko'ra inson mustaqilligi ijtimoiy munosabatlar va qo'llab-quvvatlash orqali shakllanadi [15]. A. Senning imkoniyatlar yondashuvi [16] va M. Nussbaumning nogironlik masalasini adolat nazariyasining markaziy muammosi sifatida ko'rib chiqqan asari [17] salomatlikni inson real erkinliklari va imkoniyatlari nuqtayi nazaridan baholash imkonini beradi. A. Xonnetning e'tirof nazariyasi esa hurmat va qadr-qimmatning e'tirof etilishi shaxs o'zligining shakllanishi uchun zarur shart ekanini ko'rsatadi [18].

MDH mamlakatlari olimlari ham mavzuning turli jihatlarini tadqiq etgan. P. D. Tishchenko M. Fuko g‘oyalarini rivojlantirib, zamonaviy biotexnologiyalar sharoitida tibbiy bilim va hokimiyat munosabatini «biohokimiyat» tushunchasi orqali tahlil qiladi [19]. E. R. Yarskaya-Smirnova va E. K. Naberushkina nogironlikni ijtimoiy konstruksiya nuqtayi nazaridan talqin qilib, ijtimoiy modelning ijtimoiy ish amaliyotidagi ahamiyatini ochib bergan [20]. G. V. Govoruxina, V. N. Kozlova va L. G. Guslyakova nogironlik modellarini an’anaviy tibbiy va postan’anaviy ijtimoiy paradigmalarga ajratib, inson xilma-xilligini patologiya sifatida tasniflashdan voz kechish zarurligini ko‘rsatadi [21]. So‘nggi yillarda o‘zbekistonlik tadqiqotchilarning ham mavzuga qiziqishi ortib bormoqda. M. M. Jurayeva nogironligi bo‘lgan shaxslarga «ijtimoiy yuk» sifatida qarashdan ularning salohiyati va imkoniyatlariga e’tibor qaratishga o‘tish jarayonini ijtimoiy-falsafiy jihatdan tahlil qiladi [22]. M. S. Xoshimova nogironligi bo‘lgan shaxslar huquqlarini himoya qilish sohasidagi qonunchilik islohotlari va ularni amalga oshirishdagi muammolarni [23], M. Maxmanazarova esa O‘zbekiston ijtimoiy siyosatidagi inklyuziv amaliyot va tashabbuslarni yoritgan [24]. Biroq mahalliy tadqiqotlarda inklyuziya asosan ijtimoiy siyosat va huquqiy kafolatlar nuqtayi nazaridan ko‘rib chiqilib, uning tibbiy bilim paradigmasi bilan bog‘liq falsafiy asoslari yetarlicha tadqiq etilmagan.

Tahlil shuni ko‘rsatadiki, tibbiy modelning falsafiy tanqidi, nogironlik modellari va inklyuziv jamiyat haqidagi ijtimoiy-falsafiy mulohazalar ko‘p hollarda bir-biridan alohida rivojlanmoqda. Ularni yagona konseptual doirada birlashtirish va Yangi O‘zbekiston sharoitiga tatbiq etish ushbu maqolaning asosiy vazifasidir.

TADQIQOT METODOLOGIYASI

Tadqiqotda tizimli yondashuv (tibbiy munosabatlarni individual, institutsional va ijtimoiy-siyosiy darajalar birligida ko‘rish), qiyosiy-tahliliy usul (tibbiy, biopsixosotsial, ijtimoiy va huquqiy modellarni solishtirish), falsafiy germenevtika (asosiy matnlarni talqin qilish) va konseptual modellashtirish usullaridan foydalanildi. Manbaviy asosni falsafiy asarlar, xalqaro hujjatlar va O‘zbekiston Respublikasining normativ-huquqiy hujjatlari tashkil etadi. Tadqiqot nazariy xarakterga ega bo‘lib, milliy amaliyotga oid xulosalar empirik jihatdan tekshirilishi lozim bo‘lgan ilmiy farazlar sifatida ilgari suriladi.

TAHLIL VA NATIJALAR

1. Tibbiy modelning epistemologik imkoniyatlari va chegaralari. Tibbiy model organizmning anatomik, fiziologik va patologik xususiyatlarini tizimli o‘rganish orqali kasallikni aniqlash va davolash yo‘llarini belgilashga qaratilgan bilish va amaliyot tizimidir. Uning kuchi — obyektiv mezonlar, tekshirilgan dalillar va takrorlanuvchi natijalarga tayanishida. Aynan shu xususiyat tibbiyotni inson salomatligini himoya qilishning eng ishonchli vositasiga aylantirgan.

Biroq har qanday bilish usulining imkoniyatlari uning chegaralari bilan birga keladi. Fuko tahlilidan kelib chiqadigan muhim xulosa shuki, klinik nigoh insonni kuzatish obyekti sifatida «ko‘rinadigan» qiladi, ammo uning o‘zi gapiradigan ovozini ikkinchi o‘ringa surib qo‘yishi mumkin [6]. Kangilem esa me’yor statistik kattalik emas, balki hayotiy faoliyat imkoniyati ekanini ko‘rsatadi [7]: laborator ko‘rsatkichlari me’yorda bo‘lgan inson o‘zini kasal his qilishi, aksincha, muayyan nuqsonga ega inson esa to‘laqonli va mazmunli hayot kechirishi mumkin. Kleynman farqlagan «disease» va «illness» o‘lchamlari [10] ham bir xil tashxisga ega insonlarning kasallik tajribasi yoshi, oilaviy holati, mehnat faoliyati va ijtimoiy muhitiga ko‘ra keskin farq qilishini tushuntiradi.

Shunday qilib, tibbiy modelning ijtimoiy-falsafiy chegaralari uch jihatda namoyon bo‘ladi: birinchidan, klinik ko‘rsatkichlar insonning subyektiv tajribasini to‘liq aks ettira olmaydi; ikkinchidan, professional bilimning mutlaqlashtirilishi bemorning qarorlardagi ishtirokini cheklaydi; uchinchidan, salomatlikning ijtimoiy determinantlari — yashash muhiti, iqtisodiy imkoniyatlar, axborot va xizmatlardan foydalanish imkoniyati — e’tibordan chetda qolsa, muammo faqat individual-biologik muammoga aylantiriladi. Aynan uchinchi jihat tibbiy modelni inklyuziya muammosi bilan bevosita bog‘laydi.

2. Inson subyektivligi: tushuncha, avtonomiya va qadr-qimmat. Maqolada «subyektivlik» tushunchasi rus tilidagi «субъектность» ma’nosida — insonning o‘z hayotiy faoliyatining faol subyekti bo‘lish, ya’ni voqelikni anglash, maqsad qo‘yish, tanlov qilish va o‘z harakatlari uchun mas’uliyatni zimmasiga olish qobiliyati ma’nosida qo‘llaniladi. U bilish jarayonidagi «subyektiv» (shaxsiy, nisbiy) baho ma’nosidan farqlanishi lozim. Tibbiyot kontekstida subyektivlik bemorning fikri, qadriyatlari va hayotiy sharoitlari salomatligiga oid qarorlarda hisobga olinishini anglatadi: tibbiy bilim kasallikning klinik mohiyatini tushuntirsa, bemorning tajribasi davolanishning kundalik hayotdagi mazmunini ochib beradi.

Subyektivlikning amaliy ifodasi shaxs avtonomiyasidir. Bichamp va Childress talqinida avtonomiyani hurmat qilish bemorga uning holati, tavsiya etilayotgan davolash, muqobil usullar va ehtimoliy xavflar haqida tushunarli axborot berish hamda uning ongli tanlovini e’tirof etishni talab qiladi [14]. Biroq avtonomiyani yakkalangan, «hech kimga muhtoj bo‘lmagan» shaxs mustaqilligi sifatida tushunish inklyuziya nuqtayi nazaridan cheklangan. Relyatsion avtonomiya konsepsiyasi [15] insonning mustaqilligi oila, mutaxassislar va jamiyat ko‘magi orqali shakllanishini ko‘rsatadi. BMT Konvensiyasining 12-moddasida mustahkamlangan nogironligi bo‘lgan shaxslarning qonun oldida teng e’tirof etilishi tamoyili ham shu g‘oyaga tayanadi: inson uchun qaror qabul qilish o‘rniga, uning o‘zi qaror qabul qilishini qo‘llab-quvvatlash talab etiladi [3].

Inson qadr-qimmati bu munosabatning axloqiy poydevoridir. Qadr-qimmat insonning yoshi, kasalligi, nuqsoni yoki ijtimoiy mavqeidan qat’i nazar, hurmatga loyiqligini anglatadi va Konstitutsiyaning 13-moddasida oliy qadriyat sifatida e’tirof etilgan [1]. Xonnet ta’kidlaganidek, hurmat qilinmaslik tajribasi shaxsning o‘ziga bo‘lgan ishonchini yemiradi [18]; tibbiy muassasada esa bu maxfiylikning buzilishi, bemorning fikrini e’tiborsiz qoldirish yoki u haqida uning ishtirokisiz gapirish shaklida namoyon bo‘lishi mumkin. Shu bilan birga, shaxsiy mas’uliyat ham subyektivlikning tarkibiy qismi,

biroq kasallik va nuqsonning barcha oqibatlarini faqat shaxs zimmasiga yuklash ijtimoiy determinantlarni inkor etuvchi biryoqlama yondashuvdir.

3. Nogironlikning tibbiy, ijtimoiy va huquqiy modellari: inklyuziya nuqtayi nazaridan qiyosiy tahlil. Tibbiy modeldan subyektivlik paradigmasiga o‘tishning ijtimoiy mazmuni nogironlik modellarini qiyoslashda ayniqsa yaqqol ko‘rinadi (1-jadval).

1-jadval. Nogironlik modellarining qiyosiy tavsifi (muallif tomonidan tuzilgan)

Model	Muammoning manbai	Insonning maqomi	Asosiy yechim	Inklyuziya uchun oqibati
Tibbiy model	Organizmdagi nuqson, kasallik	Davolash va parvarish obyekti	Tashxis, davolash, reabilitatsiya	Moslashish insondan talab qilinadi; ixtisoslashtirilgan muassasalar orqali ajratish xavfi
Biopsixosotsial model (ICF)	Tana funksiyalari, faoliyat va muhit omillarining o‘zaro ta’siri	Funksional imkoniyatlari baholanadigan shaxs	Kompleks reabilitatsiya, muhitni moslashtirish	Muhit omili e’tirof etiladi, lekin baholash mutaxassis qo‘lida qoladi
Ijtimoiy model	Jamiyatdagi jismoniy, axborot va munosabatlarga oid to‘siqlar	Ijtimoiy to‘siqlarga duch kelayotgan fuqaro	To‘siqsiz muhit, universal dizayn	Moslashish jamiyatdan talab qilinadi
Inson huquqlariga asoslangan model	Huquqlardan teng foydalanishning ta’minlanmaganligi	Huquq va tanlov subyekti	Huquqiy kafolatlar, oqilona moslashtirish, qarorlarni qo‘llab-quvvatlash	Ishtirok va qadr-qimmat inklyuziyaning mezoniga aylanadi

Jadvaldan ko‘rinadiki, modellar bir-birini inkor etmaydi, balki insonni tushunish doirasini bosqichma-bosqich kengaytiradi. Tibbiy model «organizmda nima bo‘lyapti?» degan savolga javob bersa, ijtimoiy model «jamiyat bu insonning ishtirokiga qanday to‘sqinlik qilyapti?», huquqiy model esa «inson o‘z huquqlaridan teng foydalana olyaptimi?» degan savolni qo‘yadi. BMT Konvensiyasi muqaddimasida nogironlik nuqsoni bo‘lgan shaxslar bilan ularning jamiyat hayotida boshqalar qatori to‘laqonli ishtirok etishiga to‘sqinlik qiluvchi munosabat va muhit to‘siqlari o‘rtasidagi o‘zaro ta’sir natijasi ekani e’tirof etilgani [3] aynan shu kengayishning xalqaro-huquqiy ifodasidir.

Milliy qonunchilikda ham bu jarayon kuzatiladi. «Nogironligi bo‘lgan shaxslarning huquqlari to‘g‘risida»gi Qonunning 3-moddasida nogironligi bo‘lgan shaxs barqaror jismoniy, aqliy, sensor yoki ruhiy nuqsonlari bo‘lgan, jamiyat hayotida boshqalar qatori to‘laqonli va samarali ishtirok etishi uchun ijtimoiy ko‘mak va shart-sharoitlarga muhtoj shaxs sifatida ta’riflanadi; shu moddada «oqilona moslashtirish» tushunchasi ham mustahkamlangan [2]. Ta’rifning birinchi qismi tibbiy modelga, ikkinchi qismi va oqilona moslashtirish tushunchasi esa ijtimoiy va huquqiy modellarga xosdir. Bizningcha, bu milliy huquqiy ongning tibbiy modeldan subyektivlik paradigmasiga o‘tish jarayonida turganini ko‘rsatuvchi muhim belgidir. Mazkur o‘tishni yakunlash uchun esa normativ ta’riflar bilan bir qatorda, mutaxassislar va jamiyatning dunyoqarashi ham o‘zgarishi zarur.

4. Tibbiy paternalizmdan hamkorlikka asoslangan munosabatlarga. Tibbiy paternalizm shifokorning bemor manfaatini ko‘zlab, qarorlarni uning ishtirokisiz yoki tanlovini cheklagan holda qabul qilishiga asoslangan munosabat shaklidir. Inson ongli qaror qabul qila olmaydigan shoshilinch holatlarda professional aralashuv zarur bo‘lishi mumkin. Biroq paternalizmning mutlaq shakli bemorning fikrini e’tiborsiz qoldirish va axborotni asossiz cheklashga olib keladi. Professional bilim shifokorga kasallikni davolash vakolatini beradi, ammo bemorning shaxsiy hayoti ustidan cheksiz vakolat bermaydi. Nogironligi bo‘lgan shaxslar uchun paternalizm ayniqsa xavflidir: «uning manfaati uchun» degan niyat bilan ta’lim, mehnat va turmush tarziga oid qarorlar uning o‘rniga qabul qilinishi ijtimoiy chetlanishning yashirin shakliga aylanadi. Nogironlik huquqlari harakatining «Biz haqimizda bizsiz hech narsa» shiori aynan shu munosabatga qarshi qaratilgan.

Hamkorlik modelida shifokor klinik bilim, tashxis va davolash variantlarini taqdim etadi, bemor esa o‘z hayotiy sharoiti, qadriyatlari va ehtiyojlarini ifodalaydi; qaror ushbu ikki nuqtayi nazarning muhokamasi natijasida shakllanadi. Hamkorlik teng bilimni emas, turli bilimlarning o‘zaro to‘ldirilishini anglatadi: shifokor klinik tajriba sohibi bo‘lsa, bemor o‘z hayoti haqidagi bevosita bilim sohibidir. Masalan, surunkali kasallik bilan yashayotgan inson uchun davolash usulining klinik samaradorligi bilan bir qatorda uning mehnat faoliyati, oilaviy majburiyatlari va moliyaviy imkoniyatlariga mosligi ham hal qiluvchi ahamiyatga ega; real sharoitni hisobga olmagan tavsiya amalda bajarilmay qolishi mumkin.

O‘zbekiston qonunchiligida hamkorlik modelining huquqiy asoslari mavjud. «Fuqarolar sog‘lig‘ini saqlash to‘g‘risida»gi Qonunning 25-moddasi fuqarolarning o‘z sog‘lig‘i holati haqida axborot olish huquqini, 26-moddasi tibbiy aralashuvga rozilikni, 45-moddasi esa vrachlik sirini tartibga soladi [25]. Mazkur normalarning amaliy samarasi esa axborotning bemorga, jumladan, ko‘rish, eshitish yoki intellektual nuqsoni bo‘lgan shaxslarga tushunarli shaklda

yetkazilishiga bog‘liq. Konstitutsiyaning 57-moddasida axborotni to‘sqinliksiz olish imkoniyati alohida qayd etilgani [1] bu talabni konstitutsiyaviy darajaga ko‘taradi.

5. Inson markazli sog‘liqni saqlash, ijtimoiy adolat va raqamli muhit. Inson subyektivligini e’tirof etish shifokor-bemor munosabati bilan cheklanmaydi; u sog‘liqni saqlash tizimining tashkil etilishi, xizmatlardan foydalanish imkoniyati va ijtimoiy himoyaga muhtoj guruhlar ehtiyojlarini ham qamrab oladi. Jahon sog‘liqni saqlash tashkilotining 2016-yilda qabul qilingan hujjatida tibbiy xizmatlarni kasalliklar va muassasalar atrofida emas, balki insonlar, oilalar va jamoalar ehtiyojlari atrofida tashkil etish zarurati ta’kidlangan [26, 1–4-b.].

Sen va Nussbaumning imkoniyatlar yondashuvi nuqtayi nazaridan [16; 17], rasmiy teng huquq har doim ham real imkoniyatlar tengligini anglatmaydi. Bemorga tanlov huquqi berilgan, ammo zarur xizmat uning hududida mavjud bo‘lmasa yoki tibbiyot muassasasiga nogironlik aravachasida kirish imkoni bo‘lmasa, bu huquq amalda ro‘yobga chiqmaydi. Shu sababli adolat barchaga mutlaqo bir xil xizmat ko‘rsatishni emas, balki ehtiyoj va to‘siqlarni hisobga olib, munosib imkoniyat yaratishni talab qiladi. Bu jarayon uch darajada namoyon bo‘ladi: **individual darajada** — bemorning qadr-qimmati, roziligi, maxfiyligi va qarorlardagi ishtiroki; **institutsional darajada** — tushunarli axborot, jismoniy va axborot jihatidan qulay muhit, murojaatlarni ko‘rib chiqish mexanizmlari; **ijtimoiy-siyosiy darajada** — hududiy tafovutlarni qisqartirish, profilaktika, tibbiy savodxonlik va zaif guruhlar manfaatlarini ta’minlashga yo‘naltirilgan siyosat.

Raqamli tibbiyot bu darajalarning barchasida yangi imkoniyatlar bilan birga yangi xavflarni ham yuzaga keltiradi. Birinchidan, algoritmlar insonni ma’lumotlar yig‘indisiga qisqartirishi mumkin, shu bois algoritmik tavsiyalar klinik mulohaza va insoniy muloqot o‘rnini egallamasligi kerak. Ikkinchidan, tibbiy ma’lumotlar o‘ta nozik axborot bo‘lib, ularning maxfiyligi qat’iy himoyalanishi lozim. Uchinchidan, raqamli tengsizlik — qurilma, internet va raqamli savodxonlikdagi farqlar, shuningdek, raqamli xizmatlarning ko‘rish yoki eshitish nuqsoni bo‘lgan foydalanuvchilarga moslashtirilmaganligi — inklyuziv jamiyat uchun yangi to‘siqqa aylanishi mumkin. Demak, xizmatlarni raqamlashtirish an’anaviy kirish yo‘llarini yopmasligi va universal dizayn tamoyillariga tayanishi zarur.

6. Inson subyektivligiga yo‘naltirilgan yondashuvning mualliflik konseptual modeli. Yuqoridagi tahlillar asosida inklyuziv jamiyat sharoitida inson subyektivligiga yo‘naltirilgan sog‘liqni saqlash yondashuvining besh tarkibiy qismdan iborat konseptual modeli taklif etiladi (2-jadval).

2-jadval. Inson subyektivligiga yo‘naltirilgan yondashuvning konseptual modeli (muallif ishlanmasi)

Tarkibiy qism	Mazmuni	Inklyuziya uchun ahamiyati	Baholash mezonlari (namuna)
1. Klinik asoslanganlik	Tashxis va davolash ilmiy dalillar, professional kompetensiya va bemor xavfsizligiga tayanadi	Nuqson va kasallikka malakali tibbiy yordamni kafolatlaydi	Klinik protokollarga muvofiqlik; xavfsizlik ko‘rsatkichlari
2. Subyektiv tajribani e’tirof etish	Bemorning o‘z holatini his qilishi, kasallikning kundalik hayotiga ta’siri va kutilmalari hisobga olinadi	Insonni tashxis bilan tenglashtirishning oldini oladi	Bemor tomonidan bildirilgan natijalar va hayot sifati ko‘rsatkichlari
3. Ongli ishtirok	Axborot tushunarli shaklda beriladi, qaror qabul qilish qo‘llab-quvvatlanadi	Paternalizm o‘rniga qarorlarni qo‘llab-quvvatlash amaliyotini shakllantiradi	Axborotning tushunarliligi; qarorlarda ishtirok darajasi
4. Ijtimoiy adolat va to‘siqsiz muhit	Iqtisodiy, hududiy, jismoniy va axborot to‘siqlari bartaraf etiladi	Huquqlarning real imkoniyatga aylanishini ta’minlaydi	Muassasalarning qulaylik darajasi; xizmatdan foydalanishdagi to‘siqlar
5. Institutsional hisobdorlik	Fikr-mulohazalarni o‘rganish, murojaatlarni ko‘rib chiqish, maxfiylikni ta’minlash mexanizmlari ishlaydi	Tamoyillarning izchil amalga oshirilishini kafolatlaydi	Murojaatlarni ko‘rib chiqish muddati va natijasi; maxfiylik buzilishi holatlari

Modelning tarkibiy qismlari o‘zaro bog‘liq: klinik asoslanganlik ilmiy poydevorni yaratadi, subyektiv tajriba ehtiyojlarni aniqlashtiradi, ongli ishtirok qarorlarning legitimligini kuchaytiradi, to‘siqsiz muhit huquqlarni real imkoniyatga aylantiradi, institutsional hisobdorlik esa butun tizimning barqarorligini ta’minlaydi. Birorta tarkibiy qismning yo‘qligi butun modelni zaiflashtiradi: masalan, klinik jihatdan mukammal, ammo jismoniy jihatdan kirish imkoni bo‘lmagan xizmat nogironligi bo‘lgan shaxs uchun mavjud emas hisoblanadi. Model nazariy umumlashtirish bo‘lib, uning amaliy samaradorligi keyingi empirik tadqiqotlarda tekshirilishi lozim.

XULOSA VA TAKLIFLAR

Tadqiqot natijasida quyidagi xulosalarga kelindi.

Birinchidan, tibbiy model kasallik va nuqsonni bilishning zarur ilmiy vositasi bo‘lsa-da, insonni faqat tashxis va davolash obyekti sifatida talqin qilish uning ijtimoiy hayotdagi ishtirokini cheklashi mumkin. Shu ma’noda tibbiy model faqat klinik emas, balki inklyuziya muammosi bilan bevosita bog‘liq ijtimoiy-falsafiy masaladir.

Ikkinchidan, tibbiy modeldan inson subyektivligi paradigmasiga o‘tish klinik bilimni inkor etmaydi, balki uni shaxs avtonomiyasi, qadr-qimmati va ijtimoiy adolat bilan yagona qadriyat doirasida birlashtiradi. Inklyuziya kontekstida avtonomiya relyatsion mazmun kasb etadi: inson uchun qaror qabul qilish o‘rniga, uning o‘zi qaror qabul qilishini qo‘llab-quvvatlash talab etiladi.

Uchinchidan, nogironlikning tibbiy, ijtimoiy va inson huquqlariga asoslangan modellarini qiyoslash inklyuziya insonni «tuzatish»dan uning ishtirokiga to‘sqinlik qiluvchi ijtimoiy to‘siqlarni bartaraf etishga o‘tishni anglatishini ko‘rsatadi. O‘zbekiston qonunchiligidagi nogironlik ta’rifi tibbiy va ijtimoiy yondashuvlarni birlashtirgan bo‘lib, milliy huquqiy ongning o‘tish bosqichida ekanini ifodalaydi.

To‘rtinchidan, inson subyektivligini e’tirof etish individual, institutsional va ijtimoiy-siyosiy darajalar birligida amalga oshadi; raqamli tibbiyot sharoitida esa maxfiylik, algoritmik hisobdorlik va raqamli tengsizlik muammolari ham inklyuziv yondashuvning ajralmas qismiga aylanadi.

Beshinchidan, taklif etilgan konseptual model klinik asoslanganlik, subyektiv tajriba, ongli ishtirok, to‘siqsiz muhit va institutsional hisobdorlikni yagona tizimga birlashtiradi va uni baholash uchun aniq mezonlarni belgilaydi.

Tadqiqot natijalari asosida quyidagi takliflar ilgari suriladi:

1) tibbiyot va pedagogika oliy ta’lim muassasalari o‘quv dasturlariga bioetika, nogironlik modellari va inklyuziv muloqot madaniyatiga oid mavzularni kiritish;

2) tibbiy axborotni turli ehtiyojli bemorlar uchun tushunarli shakllarda (oson o‘qiladigan matn, imo-ishora tili, Brayl yozuvi, audio) taqdim etish amaliyotini rivojlantirish;

3) tibbiyot muassasalari faoliyatini baholash tizimiga jismoniy va axborot qulayligi hamda bemor tajribasi ko‘rsatkichlarini kiritish;

4) raqamli tibbiy xizmatlarni ishlab chiqishda universal dizayn va shaxsiy ma’lumotlarni himoya qilish tamoyillariga qat’iy rioya etish;

5) taklif etilgan konseptual modelni tanlangan tibbiyot muassasalarida empirik tadqiqot orqali sinovdan o‘tkazish.

Umuman olganda, inson subyektivligini e’tirof etuvchi paradigma salomatlikni organizmning biologik holati bilan bir qatorda shaxsning hayotiy imkoniyatlari, ijtimoiy munosabatlari va o‘z hayotiga ongli munosabati bilan bog‘liq holda tushunishga imkon beradi. Yangi O‘zbekiston sharoitida bunday yondashuvni rivojlantirish inson qadr-qimmatini amalda ta’minlash va inklyuziv jamiyat qurish yo‘lidagi muhim ijtimoiy-falsafiy shartdir.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. O‘zbekiston Respublikasi Konstitutsiyasi (2023-yil 30-aprelda referendumda qabul qilingan). — 13, 48, 57-moddalar. URL: https://constitution.uz/oz

2. O‘zbekiston Respublikasining «Nogironligi bo‘lgan shaxslarning huquqlari to‘g‘risida»gi Qonuni. 2020-yil 15-oktabr, O‘RQ-641-son. URL: https://lex.uz/docs/5049511

3. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. A/RES/61/106. — New York, 2006.

4. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining ««O‘zbekiston — 2030» strategiyasi to‘g‘risida»gi Farmoni. 2023-yil 11-sentabr, PF-158-son. URL: https://lex.uz/docs/6600413

5. O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining «Mamlakat taraqqiyotining 2030-yilgacha mo‘ljallangan ustuvor yo‘nalishlari doirasida islohotlarni izchil davom ettirish va yangi bosqichga olib chiqishning qo‘shimcha chora-tadbirlari to‘g‘risida»gi Farmoni. 2026-yil 16-fevral, PF-21-son. URL: https://lex.uz/doc-passport/-8050769

6. Foucault M. The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception / Transl. by A. M. Sheridan Smith. — London: Tavistock Publications, 1973. — 217 p.

7. Canguilhem G. On the Normal and the Pathological / Transl. by C. R. Fawcett. — Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1978.

8. Engel G. L. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine // Science. — 1977. — Vol. 196, № 4286. — P. 129–136.

9. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). — Geneva: WHO, 2001.

10. Kleinman A. The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition. — New York: Basic Books, 1988.

11. Oliver M. The Politics of Disablement. — London: Macmillan, 1990.

12. Shakespeare T. Disability Rights and Wrongs Revisited. 2nd ed. — London; New York: Routledge, 2014.

13. Degener T. Disability in a Human Rights Context // Laws. — 2016. — Vol. 5, № 3. — Article 35. DOI: 10.3390/laws5030035

14. Beauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. — New York: Oxford University Press, 2019.

15. Mackenzie C., Stoljar N. (eds.) Relational Autonomy: Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. — New York: Oxford University Press, 2000.

16. Sen A. Development as Freedom. — Oxford: Oxford University Press, 1999.

17. Nussbaum M. C. Frontiers of Justice: Disability, Nationality, Species Membership. — Cambridge, MA: Belknap Press of Harvard University Press, 2006.

18. Honneth A. The Struggle for Recognition: The Moral Grammar of Social Conflicts. — Cambridge: Polity Press, 1995.

19. Тищенко П. Д. Биовласть в эпоху биотехнологий. — М.: ИФ РАН, 2001.

20. Ярская-Смирнова Е. Р., Наберушкина Э. К. Социальная работа с инвалидами. — СПб.: Питер, 2004.

21. Говорухина Г. В., Козлова В. Н., Гуслякова Л. Г. Модели инвалидности: теоретико-методологический анализ // Вестник КазНУ. Серия психологии и социологии. — 2014. — Т. 50, № 3.

22. Jurayeva M. M. Yangi O‘zbekistonda nogironligi bo‘lgan shaxslarning ijtimoiy faolligini ta’minlash: falsafiy tahlil va milliy dastur istiqbollari // Maktabgacha va maktab ta’limi. — 2026. — № 4(6). — B. 9–12. DOI: 10.5281/zenodo.20832874

23. Xoshimova M. S. Yangi O‘zbekistonda nogironligi bo‘lgan shaxslarni himoyasini ta’minlash istiqbollari // Multidisciplinary Journal of Science and Technology. — 2025. — Vol. 5, № 7. — B. 297–300. DOI: 10.5281/zenodo.16014975

24. Maxmanazarova M. O‘zbekiston ijtimoiy siyosatida inklyuziv amaliyot va tashabbuslar // ZDIF. — 2025. — № 4(15). — B. 79–81. DOI: 10.5281/zenodo.15709243

25. O‘zbekiston Respublikasining «Fuqarolar sog‘lig‘ini saqlash to‘g‘risida»gi Qonuni. 1996-yil 29-avgust, 265-I-son. — 25, 26, 45-moddalar. URL: https://lex.uz/docs/41329

26. World Health Organization. Framework on Integrated, People-Centred Health Services: Report by the Secretariat. A69/39. — Geneva: WHO, 2016.