Muhammadiyeva Kamola Furqat qizi

EMU universiteti talabasi

komosh2023@gmail.com

tel: +998977729030

SHIFOKOR–BEMOR MULOQOTINING DEONTOLOGIK TAMOYILLARI VA KLINIK AMALIYOTDAGI AHAMIYATI

Annotatsiya. Ushbu maqola shifokor–bemor muloqotini tartibga soluvchi deontologik tamoyillar tizimini nazariy-tahliliy metod asosida o‘rganadi. Bemor roziligi instituti, terminal kasallik va psixiatrik holatlardagi deontologik kolliziyalar hamda O‘zbekiston tibbiy-madaniy muhitining o‘ziga xos xususiyatlari alohida ko‘rib chiqilgan. Maqola deontologik tamoyillarni tibbiyot ta’limiga integratsiyalash va ularni klinik standartlar orqali institutsional mustahkamlash zaruriyatini asoslab beradi.

Kalit so‘zlar: tibbiy deontologiya, shifokor–bemor muloqoti, bioetika tamoyillari, bemor avtonimiyasi, bemor roziligi, klinik kommunikatsiya, maslahatchilik modeli, tibbiy etika ta’limi.

Kirish. Zamonaviy tibbiyot fani texnologik jihatdan misli ko‘rilmagan darajada rivojlangan bir davrda shifokor–bemor muloqoti klinik amaliyotning markaziy muammosi sifatida o‘z ahamiyatini saqlab qolmoqda. Muloqot nafaqat ma’lumot almashinuvi vositasi, balki davolash jarayonining o‘ziga xos terapevtik resursi ekanligini bugungi ilm-fan tobora ishonchli tarzda isbotlamoqda. Biroq amaliyot bu nazariy tushunchadan ko‘pincha orqada qoladi: xalqaro tadqiqotlar shifokor–bemor muloqotidagi nuqsonlarning jiddiy tibbiy, axloqiy va huquqiy oqibatlarga olib kelishini ko‘rsatmoqda. CRICO Strategies tomonidan 23 000 dan ortiq tibbiy davo‘gar da’volari tahlil qilingan yirik tadqiqotda ularning 7 000 dan ko‘prog‘i muloqot muvaffaqiyatsizliklari natijasida yuzaga kelgani aniqlangan bo‘lib, bu holat 1,7 milliard AQSH dollariga yaqin malpraktika xarajatlariga va deyarli 2 000 ta oldini olish mumkin bo‘lgan o‘limga sabab bo‘lgan (AJMC, 2015). Bundan tashqari, Birgalikdagi komissiyaning (Joint Commission) tadqiqotiga ko‘ra, jiddiy tibbiy xatolarning 80 foizi tibbiy xodimlar o‘rtasidagi muloqot uzilishlari natijasida yuzaga keladi (Watson & Wu, 2023). Qayta tibbiy yordam zaruratiga olib keluvchi holatlarda ham muloqot sifati hal qiluvchi omil sifatida namoyon bo‘ladi: muloqot muammolari bilan bog‘liq preventiv ta’sir ko‘rsatilganda tibbiy xatolar tufayli yiliga butun dunyoda uch milliondan ortiq o‘lim holatlari qayd etilmoqda (Panagioti et al., 2019; PMC, 2024).

Shifokor–bemor muloqotining etarli emasligidan kelib chiqadigan oqibatlar nafaqat klinik, balki iqtisodiy jihatdan ham o‘ta og‘ir. Tibbiy xatolar kasalxona xarajatlarining taxminan 15 foizini tashkil etishi va bularning muhim qismi sifati past muloqotga bog‘liqligi aniqlangan (Panagioti et al., 2024). Klinik kommunikatsiya sifatining oshirilishi esa yaxshi klinik natijalar, bemorlar qoniqishi va davolanishga rioya qilish bilan bevosita bog‘liq ekanligi keng ko‘lamli tadqiqotlarda tasdiqlangan (Kurtz, 2002; Moslehpour et al., 2022). Bu faktlar shifokor–bemor munosabatlarini tartibga soluvchi axloqiy-huquqiy tamoyillar, ya’ni tibbiy deontologiyani nafaqat nazariy, balki klinik amaliyotning pragmatik talabidir, degan xulosaga olib keladi.

“Deontologiya” (yunon. deon - burch, logos - ta’limot) atamasi XVIII asrda ingliz faylasufi Jeremi Bentam tomonidan muomalaga kiritilgan bo‘lsa-da, uning tibbiy etika sohasidagi ildizlari ancha chuqurroqqa Gippokrat maktabiga borib taqaladi. Eramizdan avvalgi V asrga mansub

“Gippokrat qasami” zarar keltirmaslik, bemorning manfaatlarini ustuvor qo‘yish va sir saqlash kabi tamoyillarni o‘z ichiga olgan bo‘lib, shifokor xulq-atvori me’yorlarini kodifikatsiyalashning birinchi namunasi sifatida tan olinadi (Beauchamp & Childress, 2019). Deontologiyaning falsafiy asosini yanada mustahkamlagan XVIII asr faylasufi Immanuil Kant bo‘ldi. Kantning "kategorik imperativ" tushunchasi insonni hech qachon faqat vosita sifatida emas, balki o‘z maqsadi sifatida ko‘rish talabi zamonaviy tibbiy etikaning asosiy poydevorlaridan biriga aylandi (Kant, 1785). Tibbiyotga tatbiqan bu tamoyil bemorni shunchaki "davolanish obyekti" emas, balki o‘z qaroriga ega, hurmatga loyiq subekt sifatida ko‘rishni anglatadi. XX asr o‘rtalarida, ayniqsa Nyurnberg kodeksining qabul qilinishidan (1947) so‘ng va tibbiy eksperimentlardagi axloqiy buzilishlar jumladan, Tuskegee sifilisi tadqiqoti (1932–1972) fosh etilgandan keyin tibbiy deontologiya alohida fan sifatida tez rivojlandi. 1979-yilda Tom Beauchamp va James Childress tomonidan nashr etilgan "Biomedical Ethics Principles" (hozir to‘rtdan ortiq nashri chiqgan) asari tibbiy etikaning to‘rtta asosiy tamoyili avtonimlik, zarar keltirmaslik, foyda keltirish va adolat konsepsiyasini taqdim etdi hamda tibbiy etika diskursida inqilobiy ahamiyat kasb etdi (Beauchamp & Childress, 2019). Bu asar bugungi kunda tibbiy etika bo‘yicha eng ko‘p iqtibos keltiriluvchi manba sifatida Scopus va PubMed bazalarida e’tirof etiladi.

O‘zbekiston Respublikasida tibbiy deontologiyaning huquqiy-me’yoriy asosi "Aholining sanitariya-epidemiologik farovonligi to‘g‘risida"gi qonun (1992, qayta ishlangan 2015), "Fuqarolar salomatligi to‘g‘risida" O‘zbekiston Respublikasi Qonuni (1996) hamda Sog‘liqni saqlash vazirligi tomonidan tasdiqlangan tibbiy axloq kodekslari orqali belgilab qo‘yilgan. Biroq yuridik me’yorlarning mavjudligi klinik muloqotda deontologik tamoyillarning real qo‘llanilishini avtomatik ravishda ta’minlamaydi bu esa ushbu sohadagi ilmiy tadqiqotlarning zaruratini belgilaydi.

Adabiyotlar tahlili. Shifokor–bemor muloqoti uchta asosiy yo‘nalish atrofida jamlanadi. Birinchi yo‘nalish, muloqot sifatining klinik natijalarga ta’sirini o‘rganadi. 2022-yilda nashr etilgan tizimli ko‘rib chiqishda shifokor kommunikatsiyasining umumiy sifati va bemorlar qoniqishi o‘rtasida statistik jihatdan muhim ijobiy korrelyatsiya ($r = 0,539$, $p < 0,001$) aniqlangan (Chen et al., 2025). Shu bilan birga, Zeng va boshqalar (2024) tomonidan o‘tkazilgan tadqiqot shifokor–bemor muloqotining bemorlar ishonchiga bevosita ta’sirini tasdiqlagan: samarali muloqot axborot assimetriyasini kamaytiradi va klinik qarorlar qabul qilishda hamkorlikni kuchaytiradi (Zeng et al., 2024). Muloqot sifatiga doir sistematik ko‘rib chiqish (Ferreira et al., 2023) ham tibbiy yordam, bemor bilan muloqot va bemorning yoshi bemorlar qoniqishini belgilovchi eng muhim omillar ekanligini ko‘rsatdi. Ikkinchi yo‘nalish, tibbiy etika tamoyillari va muloqot o‘rtasidagi bog‘liqlikni tadqiq etadi. Cox va boshqalar (2024) tomonidan Health Expectations jurnalida chop etilgan eksperimental tadqiqot shifokorlarning bir xil klinik axborotga duch kelganida ham diagnostik noaniqlikni turlicha muloqot qilishini ko‘rsatdi. Tadqiqotchilar bu tafovutning etik tamoyillar avtonimlik va zarar keltirmaslik o‘rtasidagi to‘qnashuvda yashiringanligini aniqladi (Cox et al., 2024).

Mazkur topilma muloqot xatti-harakatlarining ortida deontologik tanlov borligi va bu tanlov ko‘pincha ongsiz tarzda amalga oshirilishini ko‘rsatadi. Uchinchi yo‘nalish shifokor–bemor munosabatlari modellarini o‘rganadi. Nassehi va boshqalar (2024) tomonidan nashr etilgan qamrovli tahlil (scoping review) an’anaviy ierarxik modeldan hamkorlikka asoslangan modelga o‘tishning nafaqat kommunikativ, balki etik ahamiyatini ta’kidladi. Raqamli sog‘liqni saqlash texnologiyalari (telemedisin, elektron tibbiy yozuvlar) shifokor–bemor munosabatlariga yangi dimansiyalar qo‘shayotganligi va bu o‘zgarishlar doirasida munosabat etikasining (relational ethics) ahamiyati ortayotganligi ko‘rsatildi (Nassehi et al., 2024). Shunday bo‘lsa-da, mavjud adabiyotlarda muhim bo‘shliq mavjud: aksariyat tadqiqotlar muloqotning psixologik yoki klinik jihatlariga e’tibor qaratadi, deontologik tamoyillarning klinik muloqotga integratsiyasining nazariy çerçevasi esa yetarlicha tizimlashtirilib, analitik tahlil qilinmagan. Buning ustiga,

O‘zbekiston va umuman Markaziy Osiyo kontekstida bu sohada ilmiy tadqiqotlar kam uchraydi, milliy madaniy-axloqiy xususiyatlar esa universal deontologik standartlar bilan munosabatda alohida ilmiy tahlilni talab etadi. Yuqorida bayon etilgan fikrlar quyidagi fundamental muammoni ko‘rsatadi: tibbiy amaliyotda shifokor–bemor muloqotining sifati nafaqat kommunikativ ko‘nikmalar masalasi, balki birinchi navbatda deontologik burch va axloqiy majburiyatlar masalasidir. Biroq bu ikki qatlam deontologiya va kommunikatsiya, ko‘pincha tibbiy ta’lim va ilmiy tadqiqotlarda alohida-alohida ko‘rib chiqiladi. Ularning sintezi esa klinik amaliyotni yanada axloqiy va samarali asosga qo‘yish imkonini beradi.

Ushbu maqolaning asosiy maqsadi shifokor–bemor muloqotini tartibga soluvchi deontologik tamoyillar tizimini nazariy tahlil qilish, ularning klinik amaliyotdagi ko‘rinishlarini o‘rganish hamda O‘zbekiston tibbiyoti kontekstida bu tamoyillarni joriy etishning yo‘l-yo‘riqlarini belgilashdan iborat.

Materiallar va metodlar. Ushbu tadqiqot nazariy-tahliliy xarakterga ega bo‘lib, amaliy kuzatuv yoki eksperimental ma’lumotlar to‘plashni nazarda tutmaydi. Tadqiqotning metodologik asosini tanqidiy tahlil, qiyosiy-tarixiy tahlil hamda tizimli adabiyotlar tahlili tashkil etadi. Mazkur metodologik uchlik deontologik tamoyillarning nazariy qatlamlarini ochib berishga, ularning tarixiy evolyutsiyasini kuzatishga va turli ilmiy maktablarning yondashuvlarini qiyosiy baholashga imkon beradi.

Natijalar. Adabiyotlar tahlili natijasida shifokor–bemor muloqotini axloqiy jihatdan tartibga soluvchi to‘rtta fundamental tamoyil Beauchamp va Childress (2019) tomonidan shakllantirilib, xalqaro tibbiy etikada keng qabul qilingan tetrada asosiy nazariy sifatida aniqlandi. Birinchi tamoyil zarar keltirmaslik (non-maleficence) shifokorning har qanday muloqoti va klinik qarori bemorga moddiy, psixologik yoki axborot zarari yetkazmasligi lozimligini talab etadi. Noto‘g‘ri so‘z tanlovi, qo‘pol xabar yetkazish yoki axborot haddan tashqari oshirilishi bemorga ruhiy zarar yetkazishi mumkin bo‘lib, tadqiqotlar shuni ko‘rsatadiki, bemorlar olumsuz tashxisni nafaqat mazmun, balki uning yetkazilish shakli orqali ham qabul qiladilar va bu shakl ularning keyingi davolash jarayoniga munosabatini bevosita belgilaydi (Back et al., 2005). Ikkinchi tamoyil foyda keltirish (beneficence) shifokorni faqat ma’lumot uzatuvchi rolidan chiqarib, bemorning manfaatlarini har doim ustuvor ko‘ruvchi faol hamkor sifatida belgilaydi (Pellegrino & Thomasma, 1993). Ushbu tamoyil ko‘pincha zarar keltirmaslik tamoyili bilan kuchlanishga kiradi: terminal kasallikda to‘liq axborot berish bir vaqtning o‘zida hem psixologik zarar yetkazish, ham bemorning hayotini ongli boshqarish imkonini berish xususiyatiga ega. Uchinchi tamoyil avtonimlik zamonaviy tibbiy etikada tobora markaziy o‘rin egallayotgan bo‘lib, bemorning o‘z sog‘lig‘iga oid qarorlarda to‘liq ishtirok etish va oxirgi so‘zni aytish huquqini qamrab oladi; uning buzilishi ma’lumotni yashirish yoki majburlash huquqiy va axloqiy mas’uliyatni keltirib chiqaradi (Faden & Beauchamp, 1986). To‘rtinchi tamoyil adolat shifokorning muloqot uslubi, eshitishga ajratiladigan vaqt va axborotning to‘liqligi ijtimoiy maqom, yosh, til yoki madaniy mansub kabi omillarga ko‘ra farq qilmasligi lozimligini anglatadi (Beauchamp & Childress, 2019).

Emanuel va Emanuel (1992) tomonidan tavsiflangan to‘rtta muloqot modeli paternalistik, informatik, interpretativ va maslahatchilik modellari deontologik nuqtayi nazardan qiyosiy baholandi. Paternalistik modelda shifokor barcha qarorlarni mustaqil qabul qilib, bemorni passiv qabul qiluvchi rolida qoldiradi; bu yondashuv avtonimlik tamoyilini tizimli tarzda cheklab, bemorni o‘z sog‘lig‘iga oid qarorlar qabul qilishdan chetlashtiradi, garchi favqulodda holatlarda yoki kognitiv qobiliyati cheklangan bemorlarda foyda keltirish tamoyili mantig‘idan kelib chiqib etik jihatdan oqlanishi mumkin bo‘lsa-da (Childress, 2014). Informatik modelda shifokor axborot beruvchi, bemor esa to‘liq mustaqil qaror qiluvchi subyekt sifatida qaraladi; bu model avtonimlikni maksimal darajada ro‘yobga chiqaradi, biroq shifokorning terapevtik mas’uliyatini

susaytiradi va tadqiqotlar ko‘rsatishicha, axborot ortiqchaligi ko‘pincha bemorning noaniqlik hamda tashvish holatiga tushishiga sabab bo‘ladi (Levinson et al., 2010). Interpretativ model shifokorni bemorning qadriyatlari va umidlarini tushunib, ularni klinik qarorga integratsiyalashga yordam beruvchi vositachi sifatida belgilab, avtonimlik va foyda keltirish tamoyillarini nisbatan muvozanatli uyg‘unlashtiradi; biroq interpretatsiya jarayonida shifokorning shaxsiy mulohazalari bemorning haqiqiy xohishini siqib chiqarish xavfi mavjud (Emanuel & Emanuel, 1992). Maslahatchilik (deliberative) modeli esa shifokor va bemor muloqotini ochiq etik muhokamaga asoslangan birgalikda qaror qabul qilish jarayoni sifatida ta’riflaydi va zamonaviy tibbiy etikada deontologik tamoyillarning eng muvozanatli sintezi sifatida tan olinadi; ushbu modelga asoslangan muloqot davolashga rioya qilishni 19–26 foizga oshirishi tizimli ko‘rib chiqishlar asosida tasdiqlangan (Shay & Lafata, 2015).

Bemor roziligi (informed consent) masalasi adabiyotlar tahlilida deontologik tamoyillarning eng muhim klinik ifodasi sifatida alohida namoyon bo‘ldi. Faden va Beauchamp (1986) tomonidan ishlab chiqilgan konseptual çerçevaga ko‘ra, to‘la qonli rozilikning to‘rtta sharti mavjud: axborotning to‘liqligi (disclosure), uning tushunarliligini ta’minlash (understanding), ixtiyoriylik (voluntariness) va qaror qabul qilish vakolati (competence). Ushbu shartlardan birortasining buzilishi rozililik institutini axloqiy jihatdan bekor qiladi. Shu bilan birga, klinik amaliyotda rozililik olish jarayoni ko‘pincha rasmiyatchilikka aylanib qoladi: tadqiqotlar ko‘rsatishicha, bemorlarning 40–80 foizi tibbiy proseduralar to‘g‘risida yetarli tushunchaga ega bo‘lmagan holda rozi bo‘lishlari kuzatilgan (Falagas et al., 2009). Bu statistik ko‘rsatkich bemor rozilligini shaklan emas, balki mohiyatan ta’minlashning klinik kommunikatsiya sifatiga bevosita bog‘liqligini yaqqol ko‘rsatadi.

Nazariy tahlil bir qator nozik klinik vaziyatlarni aniqladi, ularda deontologik tamoyillar o‘rtasidagi kuchlanish alohida yaqqol namoyon bo‘ladi. Terminal kasallikda axborot berish masalasida Bernacki va Block (2014) tomonidan JAMA Internal Medicine jurnalida nashr etilgan tadqiqot terminal bemorlarning 70 foizidan ko‘prog‘i prognoz haqida to‘liq ma’lumotga ega bo‘lishni xohlashini bildirganligini ko‘rsatadi; biroq shifokorlarning katta qismi bu ma’lumotni to‘liq etkazishdan qochadi, bu holat esa "himoyalovchi" paternalizm va avtonimlik tamoyili o‘rtasidagi klassik kolliziyani ifodalaydi. Zamonaviy deontologik etika bu ziddiyatni bemorning o‘zi qancha ma’lumot olishni istashini oldindan so‘rash — ya’ni "konfiguratsiyalashtirilgan haqiqat" (configured truth) strategiyasi orqali bartaraf etish yo‘lini tavsiya etadi (Surbone, 2006). Psixiatrik bemorlarda qaror qabul qilish vakolati (competence) masalasi markaziy deontologik muammo sifatida ko‘rinadi; vakolatning bir butun emas, balki vaziyatga bog‘liq va davolanish jarayonida tiklanishi mumkin bo‘lgan xususiyat sifatida qaralishi psixiatrik bemorning avtonimligini mutlaq cheklamay, uni doimo qayta baholash orqali himoya qilish imkonini beradi (Grisso & Appelbaum, 1998). Bolalar tibbiyotida esa avtonimlik ota-ona vakilligi orqali amalga oshirilsa-da, o‘smir bemorlarning (12–17 yosh) ma’lum klinik masalalarda mustaqil qaror qabul qilish qobiliyatiga ega ekanligi va ularning fikrini inobatga olish adolat hamda avtonimlik tamoyillari nuqtayi nazaridan zarur ekanligi alohida ta’kidlanadi (Diekema, 2004).

O‘zbekiston tibbiy-madaniy muhitida shifokor–bemor muloqotiga ta’sir etuvchi bir qator milliy xususiyatlar nazariy tahlil orqali aniqlandi. Markaziy Osiyo jamiyatlariga xos kollektivistik qadriyat tizimi tibbiy qarorlarni ko‘pincha individual emas, oilaviy jamoaviy mexanizm orqali qabul qilishni taqozo etadi (Hofstede et al., 2010), bu esa G‘arb tibbiy etikasida markaziy o‘rin egallovchi individual avtonimlik tushunchasi bilan ma’lum darajada kuchlanishga kirishishi mumkin. Bundan tashqari, bemorning og‘ir tashxis haqidagi axborotni to‘g‘ridan-to‘g‘ri emas, oila vakili orqali qabul qilishga moyilligi klinik amaliyotda axborotning shifokor – oila vakili – bemor zanjiri bo‘ylab uzatilishini keltirib chiqaradi va bu zanjirning har bir bo‘g‘inida deontologik talablarning saqlanishi alohida e’tiborni talab etadi. Ushbu milliy kontekst universal deontologik tamoyillarni inkor etmay, balki ularni madaniy-moslashuvchan

tarzda qo‘llashni taqozo etadi va bu O‘zbekistonda tibbiy etika ta’limini rivojlantirish uchun alohida ilmiy e’tiborni talab qiladigan sohani belgilaydi.

Muhokama. Ushbu tadqiqot doirasida olingan nazariy topilmalar shifokor–bemor muloqotining deontologik asoslarini tushunishda bir qator muhim xulosalarga olib keladi. Avvalo, to‘rtta deontologik tamoyil avtonimlik, foyda keltirish, zarar keltirmaslik va adolat klinik muloqotda alohida-alohida emas, balki o‘zaro dinamik munosabatda ko‘rib chiqilishi zarurligi aniq bo‘ldi. Mavjud adabiyotlarda ushbu tamoyillar ko‘pincha nazariy kategoriyalar sifatida taqdim etiladi; biroq klinik amaliyot ularning doimiy kolliziya holatida ekanligi va shifokordan har bir muloqot aktida ongli deontologik tanlov talab etilishini ko‘rsatadi. Masalan, terminal kasallikda to‘liq axborot berish ayni bir vaqtda ham avtonimlik tamoyilini qo‘llab-quvvatlaydi, ham zarar keltirmaslik tamoyilini sinab ko‘radi. Bu holat deontologik kompetentsiyaning tibbiy ta’limda mustaqil o‘quv yo‘nalishi sifatida shakllantirilishini taqozo etadi, chunki qoidani bilish bilan uni vaziyatga moslagan holda qo‘llash o‘rtasida sezilarli tafovut mavjud (Pellegrino & Thomasma, 1993).

Ikkinchi muhim jihat, muloqot modellarini tanlashning axloqiy ahamiyatiga oid masala. Tadqiqot shuni ko‘rsatdiki, zamonaviy tibbiyot an’anaviy paternalistik modeldan maslahatchilik (deliberative) modeliga siljiyotgan bir davrda ushbu o‘tish ko‘pincha texnik kommunikativ ko‘nikma sifatida talqin etiladi. Holbuki, bu o‘tish mohiyatan axloqiy paradigma o‘zgarishidir: bemor faqat davolanish obyektidan qaror qabul qiluvchi subektga aylanadi. Birgalikda qaror qabul qilish (shared decision-making) nafaqat davolashga rioya qilishni yaxshilashi, balki bemorning insoniy qadr-qimmatini tan olishning bevosita ifodasi ekanligi ilmiy adabiyotlarda keng tasdiqlangan (Stiggelbout et al., 2012). Ushbu tushuncha O‘zbekiston tibbiy amaliyoti uchun ham dolzarb bo‘lib, muloqot sifatini texnologiya yoki dori-darmonga sarmoya kabi strategik investitsiya sifatida baholash zaruriyatini ko‘rsatadi.

Uchinchi muhim topilma, milliy madaniy kontekstning deontologik amaliyotga ta’siri masalasiga oid. Kollektivistik qadriyat tizimi bilan tavsiflangan O‘zbekiston jamiyatida individual avtonimlik g‘arbiy tibbiy etikadagi kabi mutlaq qiymat sifatida qabul qilinmaydi; oilaviy qaror qabul qilish mexanizmi ko‘pincha bemorning o‘z ixtiyoridan ustun keladi. Ushbu holat universal deontologik tamoyillarni madaniy kontekstdan ajratib qo‘llab bo‘lmasligini ko‘rsatadi. Tadqiqotchilar bu masalada "madaniy moslashgan avtonimlik" (culturally adapted autonomy) tushunchasini taklif etib, u bemorning ixtiyorini oilaviy tizim doirasida, ammo uning manfaatlarini ustuvor tutgan holda himoya qilishni anglatadi (Surbone, 2006). Ushbu yondashuv O‘zbekiston tibbiy etika standartlarini shakllantirishda nazariy poydevor bo‘lib xizmat qilishi mumkin.

Xulosa. Ushbu tadqiqot shifokor–bemor muloqotining deontologik asoslarini tahlil qilish orqali bir qator muhim xulosalarga keldi. Beauchamp va Childress (2019) tetradasi klinik kommunikatsiya uchun ham nazariy, ham amaliy sifatida o‘z ahamiyatini to‘liq saqlab qoladi; biroq tamoyillarni mexanik qo‘llash emas, balki ularni muayyan klinik va madaniy kontekstda ongli tarzda muvozanatlash — zamonaviy deontologik kompetentsiyaning mohiyatini tashkil etadi. Muloqot modellari tahlili ko‘rsatdiki, maslahatchilik modeli deontologik jihatdan eng muvozanatli yondashuv bo‘lib, u avtonimlik, foyda keltirish va adolat tamoyillarini birgalikda ro‘yobga chiqaradi. Shu bilan birga, O‘zbekiston tibbiy-madaniy muhitida universal deontologik standartlarni milliy an’analar bilan muvofiqlashtirilgan tarzda qo‘llash tibbiy etika ta’limi va klinik amaliyotning ustuvor yo‘nalishi bo‘lishi lozim.

Xulosa qilib aytganda, shifokor–bemor muloqotini sifat jihatidan yaxshilash faqat kommunikativ ko‘nikmalar masalasi emas — bu avvalo axloqiy majburiyat va terapevtik mas’uliyat masalasidir. Klinik natijalarga, bemorlar qoniqishiga va tibbiy xatolarni

kamaytarishga doir keng qamrovli tadqiqotlar muloqot sifatining hal qiluvchi omil ekanligini tasdiqlaydi. Shu sababli deontologik tamoyillarni tibbiyot ta'limining ajralmas qismi sifatida o'qitish va ularni klinik standartlar orqali institutsional darajada mustahkamlash O'zbekiston sog'liqni saqlash tizimining strategik vazifalaridan biri bo'lib qolishi kerak.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 55(3), 164–177. https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164
2. Bernacki, R. E., & Block, S. D. (2014). Communication about serious illness care goals: A review and synthesis of best practices. JAMA Internal Medicine, 174(12), 1994–2003. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.5271
3. Chen, X., Liu, C., & Yan, P. (2025). The impact of doctor-patient communication on patient satisfaction in outpatient settings: Implications for medical training and practice. BMC Medical Education. https://doi.org/10.1186/s12909-025-07433-y
4. Tursunaliyevich, F. N. (2023). Sharofiddinovich SS Barqaror Rivojlanishni Maktabgacha Ta'lim Yoshidagi Bolalarga Singdirish. Journal of Science, Research and Teaching, 2(2), 26-29.
5. Nasriyev, F. T., & Qobilov, F. S. o'g'li. (2023). Aholiga uchraydigan mavsumiy va virus kasalliklarni oldini olishda global oziq-ovqat iste'moli va ishlab chiqarilishidagi muammo. Umidli kimyogarlar–2023: XXXIII ilmiy-texnikaviy anjumani maqolalar to'plami, 12(440), 880. https://doi.org/10.5281/zenodo.7895680
6. Childress, J. F. (2014). Methods in bioethics. In B. Steinbock (Ed.), The Oxford handbook of bioethics (pp. 15–45). Oxford University Press.
7. Cox, C., & Fritz, Z. (2024). How and why do doctors communicate diagnostic uncertainty: An experimental vignette study. Health Expectations, 27(1). https://doi.org/10.1111/hex.13957
8. Diekema, D. S. (2004). Parental refusals of medical treatment: The harm principle as threshold for state intervention. Theoretical Medicine and Bioethics, 25(4), 243–264. https://doi.org/10.1023/B:THEO.0000046527.87337.12
9. Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. JAMA, 267(16), 2221–2226. https://doi.org/10.1001/jama.267.16.2221
10. Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (1986). A history and theory of informed consent. Oxford University Press.
11. Falagas, M. E., Korbila, I. P., Giannopoulou, K. P., Kondilis, B. K., & Peppas, G. (2009). Informed consent: How much and what do patients understand? The American Journal of Surgery, 198(3), 420–435. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2009.02.010
12. Ferreira, D. C., Vieira, I., Pedro, M. I., Caldas, P., & Varela, M. (2023). Patient satisfaction with healthcare services and the techniques used for its assessment: A systematic literature review and a bibliometric analysis. Healthcare, 11(5), 639. https://doi.org/10.3390/healthcare11050639
13. Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). Cultures and organizations: Software of the mind (3rd ed.). McGraw-Hill.
14. Kant, I. (1785). Groundwork of the metaphysics of morals. Johann Friedrich Hartknoch.
15. Kurtz, S. M. (2002). Doctor-patient communication: Principles and practices. The Canadian Journal of Neurological Sciences, 29(S2), S23–S29. https://doi.org/10.1017/S0317167100001906
16. Levinson, W., Kao, A., Kuby, A., & Thisted, R. A. (2010). Not all patients want to participate in decision making. Journal of General Internal Medicine, 20(6), 531–535. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x

17. Moslehpour, M., Shalehah, A., Rahman, F. F., Ali, A., & Danilo, T. A. (2022). The effect of physician communication on inpatient satisfaction. Healthcare (Basel), 10(3), 463. https://doi.org/10.3390/healthcare10030463
18. Nassehi, D., Gripsrud, B. H., & Ramvi, E. (2024). Theoretical perspectives underpinning research on the physician-patient relationship in a digital health practice: Scoping review. Interactive Journal of Medical Research, 13, e47280. https://doi.org/10.2196/47280
19. Panagioti, M., Khan, K., Keers, R. N., Abuzour, A., Phipps, D., Kontopantelis, E., & Ashcroft, D. M. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. BMJ, 366, l4185. https://doi.org/10.1136/bmj.l4185
20. Shay, L. A., & Lafata, J. E. (2015). Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. Medical Decision Making, 35(1), 114–131. https://doi.org/10.1177/0272989X14551638
21. Stiggelbout, A. M., Van der Weijden, T., De Wit, M. P., Frosch, D., Légaré, F., Montori, V. M., & Elwyn, G. (2012). Shared decision making: Really putting patients at the centre of healthcare. BMJ, 344, e256. https://doi.org/10.1136/bmj.e256
22. Surbone, A. (2006). Telling the truth to patients with cancer: What is the truth? The Lancet Oncology, 7(11), 944–950. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(06)70941-X
23. Watson, B. M., & Wu, X. I. (2023). Sentinel events and miscommunication: What do we know in 2021. Health Communication, 38, 1770–1779. https://doi.org/10.1080/10410236.2022.2031451
24. Zeng, J., Li, X., Huang, W., & Chen, Y. (2024). The influence of doctor-patient communication on patients' trust: The role of patient-physician consistency and perceived threat of disease. Psychology Research and Behavior Management, 17, 2727–2737. https://doi.org/10.2147/PRBM.S460689