

НАСТАВНО-НАУЧНОМ ВЕЋУ ФИЛОЛОШКОГ ФАКУЛТЕТА УНИВЕРЗИТЕТА У
БЕОГРАДУ

ИЗВЕШТАЈ О ОЦЕНИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

I ПОДАЦИ О КОМИСИЈИ

1. Датум и орган који је именовео Комисију:

Комисију је именовало Наставно-научно веће Филолошког факултета на седници од 19. априла 2017. године.

2. Састав Комисије:

Ментор: др Весна Половина, редовни професор, Филолошки факултет Универзитета у Београду

Ужа научна област: Општа лингвистика

Датум избора у звање: 2001.

др Јасмина Московљевић Поповић, ванредни професор, Филолошки факултет Универзитета у Београду

Ужа научна област: Општа лингвистика

Датум избора у звање: 2013.

др Софија Мићић Кандијаш, редовни професор, Медицински факултет Универзитета у Београду

Ужа научна област: Примењена лингвистика (енглески медицински језик)

Датум избора у звање: 21.10.2015.

II ПОДАЦИ О КАНДИДАТУ

Име, име једног родитеља, презиме	Данка, Русимир, Синадиновић
Датум и место рођења	7. 2. 1978, Београд (Савски венац)
Наслов магистарске тезе	
Датум и место одбране маг. тезе	
Научна област из које је стечено академско звање магистра наука	

III НАСЛОВ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Језички аспекти интеракције лекара и пацијента у енглеском и српском

IV ПРЕГЛЕД ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Докторска дисертација Данке Синадиновић обухвата 311 компјутерски штампаних страница, а подељена је на следећа поглавља: 1. Увод (стр. 1–12); 2. Основна теоријско – термилошка разматрања (стр. 13–77); 3. Резултати истраживања (стр. 78–287); 4. Закључак (стр. 288–298); Литература (стр. 299–307), Прилог 1 (стр. 308–309) и Прилог 2 (стр. 310). Списак литературе садржи 174 библиографске јединице. Дисертација у истраживачком делу садржи 10 табела којима су приказани поједини резултати добијени поређењем два посматрана корпуса или посматрањем одређених аспеката у оквиру једног од корпуса.

V ВРЕДНОВАЊЕ ПОЈЕДИНИХ ДЕЛОВА ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

У **Уводу** се кандидаткиња најпре бави избором и значајем теме (погл. 1.1.) истичући да су на нашим просторима истраживања у области интеракције лекара и пацијента малобројна, а потом укратко представља све досадашње доприносе и наводи потенцијални практични значај изабране теме. У делу 1.2 Данка Синадиновић као предмет свог рада дефинише интеркцију лекара и пацијента која се одвија у лекарској ординацији у установама терцијарне здравствене заштите у две језички различите средине. Као главни циљ свог истраживања одређује анализирање овако дефинисане интеракције лекара и пацијента, док као остале циљеве наводи: поређење резултата добијених анализирањем корпуса на енглеском и српском језику ради проналажења важних сличности и разлика по питању структуре конверзације, организације медицинског сусрета и језичких средстава употребљених у оквиру тог типа институционалног дискурса; разматрање постојања и начина истицања симбола моћи у интеркцији лекара и пацијента, те права која саговорници имају по том питању; и указивање на то зашто се одређена језичка средства користе у појединим сегментима институционалног дискурса и шта се тиме постиже. Кандидаткиња такође наводи шест основних претпоставки на којима се заснивају досадашња истраживања на која ће се и она позивати. Основне карактеристике ових претпоставки јесу неједнака права лекара и пацијента током интеракције, као и њихови различити приступи и очекивања. Када је реч о методолошком приступу (погл. 1.3), Данка Синадиновић истиче да се ради о комбинованом приступу, те наводи анализу конверзације и анализу институционалне конверзације, критичку анализу дискурса, системску функционалну граматику и контрастивну анализу. У делу 1.4 кандидаткиња детаљно наводи из чега се састоје корпуси на енглеском и српском језику коришћени у њеном истраживању, како су настали и на који начин су снимљени разговори разврставани и обележавани. Она такође указује на потешкоће на које је наишла при грађењу оба корпуса а које за последицу имају неуједначеност корпуса у квантитативном смислу, те истиче да се због тога превасходно одлучила за квалитативни приступ анализи снимљеног материјала. Кандидаткиња наводи и разлоге због којих се одлучила за снимање разговора из области појединих грана медицине у српском корпусу, као и потенцијалне проблеме са којима се сусрећу и друга слична истраживања. Најзад, у делу 1.5 Данка Синадиновић означава систем транскрибовања разговора који је осмислила Гајл Џеферсон као систем којим се служила при транскрибовању свих разговора из којих се састоје енглески и српски корпус, да би потом дала списак симбола који су коришћени при транскрибовању и њихова значења.

Поглавље 2 посвећено је приказу дисциплина на које се истраживање ослања и досадашњих резултата и закључака у тим областима, као и одређењу основних појмова који ће бити коришћени у даљем тексту. Овај део садржи следећа потпоглавља:

2.1 Анализа дискурса. Овде кандидаткиња најпре наводи неколико различитих дефиниција термина *дискурс* и *анализа дискурса*, а потом даје кратак преглед развоја дисциплине и наводи каква је њена тренутна позиција.

2.2 Анализа конверзације. У овом делу се Данка Синадиновић најпре бави одређењем појма (погл. 2.2.1.) тако што наводи неколико различитих дефиниција анализе конверзације и разматра који тип говора се узима у обзир за анализу у оквирима ове дисциплине. У наставку наводи циљ проучавања и методолошки приступ анализе конверзације (погл. 2.2.2.) истичући снимање природне конверзације као пионирски подухват зачетника ове дисциплине Сакса, Шеглофа и Џеферсон (Sacks, Schegloff & Jefferson). Кандидаткиња затим разматра порекло анализе конверзације и разноврсне утицаје, при чему се детаљније бави утицајима Гарфинкела (Garfinkel), Гофмана (Goffman), лингвистике и теорије говорних чинова (погл. 2.2.3.). Даље наводи основне претпоставке анализе конверзације међу којима се посебно истичу две – да се улоге говорника и слушаоца стално смењују са што мање преклапања и пауза и да у сваком тренутку говори барем једна и не више од једне особе (погл. 2.2.4.). Најзад, кандидаткиња ближе одређује неколико основних појмова у анализи конверзације које ће користити у даљем тексту – *систем реч – за – реч, турнус, след, близински пар, минимални одговор, погрешан старт и поправку*, при чему наводи оригиналне термине (на енглеском језику) и повремено даје и до неколико могућих еквивалената на српском језику (погл. 2.2.5.).

2.3 Критичка анализа дискурса. И овај део Данка Синадиновић започиње ближим одређењем појма, наводећи дефиниције неколико различитих аутора и истичући концепте моћи, историје и идеологије као основне концепте критичке анализе дискурса (погл. 2.3.1.). У наставку разматра порекло дисциплине и наводи њена три главна представника, при чему се детаљније бави само Ферклафом (Fairclough) јер резултате његовог рада сматра блиским пољу институционалне комуникације којим се и њен рад бави (погл. 2.3.2.). Кандидаткиња потом наводи основне принципе и циљеве критичке анализе дискурса (погл. 2.3.3.), те неколико главних замерки упућених критичкој анализи дискурса и њеним представницима од стране лингвиста и аналитичара конверзације (погл. 2.3.4.). Најзад, Данка Синадиновић у кратким цртама представља системску функционалну граматику, наводећи три метафункције језика према Мајклу Халидеју (M. Halliday), те истичући интерперсоналну метафункцију као најважнију за своје истраживање уз поједине конструкције за прикривање идентитета (номинализацију, пасивизацију и безличне конструкције) које ће у свом раду такође разматрати (погл. 2.3.5.).

2.4 Институционална комуникација. Овде се Данка Синадиновић такође најпре бави ближим одређењем појма (погл. 2.4.1.), да би се потом детаљније позабавила настанком, развојем и приступима изучавању у оквиру институционалне комуникације, при томе уводећи појам анализе институционалне конверзације који пореди са матичном дисциплином (анализом конверзације) (погл. 2.4.2.). Кандидаткиња у наставку пореди институционалну комуникацију са обичном (свакодневном) комуникацијом или разговорним језиком, наводећи њихове разлике, али и поједине сличности (погл. 2.4.3.). Најзад набраја шест основних одлика институционалне комуникације и ближе их одређује

– систем преузимања речи, структуру интеракције, организацију следова, грађење турнуса, избор лексике и асиметрију, при чему посебну пажњу посвећује тзв. институционалном *knowhow* (погл. 2.4.4.).

2.5 *Медицински сусрет*. Ово је најобимнији део у Поглављу 2 у којем кандидаткиња детаљно и прегледно разматра медицински сусрет као посебан тип институционалне комуникације. При томе представља девет различитих аспеката којима су се досадашња истраживања бавила, наводећи њихове резултате, закључке, сличности и разлике и повремено коментаришући разлике у односу на тренутно стање. Данка Синадиновић започиње овај део разматрањем фаза медицинског сусрета које наводи имајући у виду два различита модела - биомедицински и биопсихосоциолошки, истичући други наведени модел као знатно модернији и пожељнији, те као модел на који ће се позивати у свом истраживању (погл. 2.5.1.). Кандидаткиња се затим бави жанром медицинског сусрета, наводећи супротстављена мишљења о томе да ли је реч о интервјуу или о обичном разговору (погл. 2.5.2.) и истичући причу као посебну одлику жанра разговора лекар – пацијент (2.5.2.2.). Даље се бави иницијативом за разговор и унутар разговора, имајући у виду оба саговорника и њихове улоге у медицинском сусрету (погл. 2.5.3.), а потом разматра отварање и затварање разговора наводећи из чега би сваки од ових делова требало да се састоји, те коме припада право да разговор отвори и затвори (погл. 2.5.4.). У наставку кандидаткиња детаљно обрађује постављање питања унутар медицинског сусрета (погл. 2.5.5.), посебно се бавећи правом на постављање питања и демонстрацијом моћи (2.5.5.1.), досадашњим истраживањима и њиховим закључцима (2.5.5.2.), те детаљном синтаксичком и семантичком класификацијом питања кроз преглед радова неколико аутора, при чему за већину категорија које постоје у енглеском језику даје српске еквиваленте, уз позивање на релевантну литературу (2.5.5.3.); на крају овог потпоглавља бави се типовима питања која постављају лекари и пацијенти и наводи њихове разлоге за постављање питања (2.5.5.4.). Данка Синадиновић затим разматра аспект прекидања саговорника (погл. 2.5.6.), посебно истичући разлику између преклапања и прекидања (2.5.6.1.) те наводећи бројне закључке досадашњих истраживања (2.5.6.2.). Кандидаткиња се потом бави трећим турнусом (погл. 2.5.7.) при чему посебно разматра две главне врсте коментара које се срећу у оквиру трећег турнуса – потврде (*acknowledgements*) и процене (*assessments*) (2.5.7.1.), те наводи резултате досадашњих истраживања (2.5.7.2.). У наставку се кандидаткиња бави избором граматичких лица и нивоом формалности говора (погл. 2.5.8.), наводећи могуће показатеље формалног или неформалног говора унутар интеракције лекара и пацијента (2.5.8.1.), граматичка лица којима се служе лекари и пацијенти (2.5.8.2.), као и колико формално говори лекар а колико пацијент (2.5.8.3.). Најзад, кандидаткиња разматра евентуални сукоб који постоји између „стварног света“ (тј. гласа свакодневног живота) и „света науке“ (тј. гласа медицине) (погл. 2.5.9.) посебно обрађујући пажњу на теорију Елиота Мишлера (E. Mishler) и запажања до којих је у оквиру својих истраживања дошао овај аутор.

Поглавље 3 садржи највећи део рада, а посвећено је излагању и коментарисању резултата добијених у оквиру истраживања. Приказ добијених резултата организован је у девет потпоглавља, која у потпуности прате категорије дефинисане и наведене у делу 2.5 и која се, због боље прегледности, даље деле на мање целине, при чему се свако потпоглавље завршава краћим закључком којим се резимира све што је у том делу наведено. Сва потпоглавља су организована тако да се најпре представљају резултати анализе енглеског корпуса, потом резултати анализе српског корпуса иза чега следи

закључак. **Поглавље 3** садржи укупно 292 примера, а сви примери су анализирани и коментарисани имајући у виду најпре правила анализе конверзације а потом и критичке анализе дискурса.

Данка Синадиновић започиње овај део анализом фаза медицинског сусрета (погл. 3.1.), најпре у енглеском корпусу (3.1.1.), а потом и у српском (3.1.2.), и то имајући у виду биопсихосоциолошки модел и једнаест фаза из којих се састоји. У закључку (3.1.3.) кандидаткиња, између осталог, износи колико доследно се обе посматране групе лекара придржавају поменутог модела као и стандардног биомедицинског модела, наводећи да су разговори из енглеског корпуса знатно ближи овом моделу од разговора из српског корпуса.

Када је реч о жанру медицинског сурета (погл. 3.2.), кандидаткиња најпре анализира жанр разговора у енглеском корпусу (3.2.1.), а онда и жанр разговора у српском корпусу (3.2.2.), при чему у оба случаја наводи да је реч о комбинацији интервјуа и свакодневног говора (у мањој или већој мери), док се посебно бави причом и типовима прича у оба корпуса, наводећи примере који их илуструју. Истиче да су се у оба корпуса пацијенти највише служили тзв. Лабовљевим причама, те причама о уобичајеним радњама и стањима, док су се лекари углавном служили хипотетичким причама или причама о уобичајеним радњама и стањима. Кандидаткиња закључује да лекари из енглеског корпуса дају више простора својим пацијентима да испричају причу од својих српских колега, те да у енглеском корпусу постоји готово једнак број прича које причају лекари и пацијенти, док је у српском корпусу присутна знатно већа асиметрија.

У оквиру погл. 3.3., Данка Синадиновић најпре истражује испољавање и преузимање иницијативе у енглеском корпусу (3.3.1.), а потом и у српском корпусу (3.3.2.), при чему у оба случаја најпре разматра иницијативу лекара (3.3.1.1. и 3.3.2.1.), а потом и иницијативу пацијента (3.3.1.2. и 3.3.2.2.). При томе има у виду начине на које лекари испољавају иницијативу (уочава следеће начине: усмеравање разговора у жељеном правцу постављањем прецизних питања, навођење пацијента на жељени одговор, увођење тема и подтема и одређивањепонашања пацијенту) и начине на које пацијенти испољавају иницијативу (уочава следеће начине: започињање фатичке размене, постављање питања о свом случају или даљем лечењу, изношење личног мишљења, увођење или покушај увођења нове теме, распитивање о лекаровом приватном животу, изражавање незадовољства системом здравствене заштите). Кандидаткиња у овом делу рада такође наводи у којем проценту случајева лекар прихвата иницијативу коју испољава пацијент, као и како се понаша уколико не прихвата иницијативу свог саговорника. Она долази до закључка да је у оба корпуса лекар тај који управља разговором, али да и пацијент има довољно прилика за испољавање иницијативе.

У поглављу 3.4. кандидаткиња се најпре бави отварањем и затварањем разговора у енглеском корпусу. Када је реч о отварању разговора у енглеском корпусу (3.4.1.1.), она наводи да само мали проценат разговора има стандардно отварање уз помоћ близинског пара поздрав – поздрав, те наводи преостале уочене варијације отварања. Што се тиче затварања разговора у енглеском корпусу (3.4.1.2.), кандидаткиња уочава да сасвим мали проценат разговора нема затварање, да знатан број разговора садржи и предзатварање и терминалну размену (тј. размену поздрава), те да се мали број разговора завршава нагло, без фазе затварања, стављањем пацијенту до знања да је разговор готов. Она наводи да лекар приводи разговор крају на један од два начина – заказивањем наредног сусрета или проверавањем да ли пацијент има нешто да пита или дода. Када је реч о отварању

разговора у српском корпусу (3.4.2.1.), кандидаткиња поред начина отварања који постоје у разговорима из енглеског корпуса наилази на још неколико варијација које детаљно наводи. У случају затварања разговора из српског корпуса, кандидаткиња наилази на сличне начине затварања као у енглеском корпусу, с тим што истиче да се у овом корпусу знатно већи број разговора завршава нагло у односу на енглески корпус. У овом делу, Данка Синадиновић још разматра тзв. узгредни синдром (изношење новог проблема на самом крају сусрета), те закључује да је у оба корпуса лекар тај који у већини случајева започиње разговор и затвара сусрет.

Поглавље 3.5. посвећено је постављању питања у оквиру медицинског сусрета и најобимније је у овом делу рада. Кандидаткиња најпре истиче да се одлучила за систем бројања питања по угледу на поједина истраживања на која се позива, те наводи типове питања на које је наишла у оба корпуса – посебна (прономинална) питања, ехо – питања, умерено отворена питања, отворена питања, допунска питања, алтернативна/дисјунктивна питања, реторичка питања, елиптична питања, интонациони упитни искази, питања са да/не одговором и изборна питања. Данка Синадиновић истиче да је у овом сегменту у извесној мери обратила пажњу и на родне разлике, а навела је и релевантну литературу из области српског језика коју је консултовала ради проналажења термилолошких решења за поједине категорије питања преузете из енглеског језика. Кандидаткиња се у наставку најпре бави питањима у енглеском корпусу (3.5.1.) и то тако што прво разматра питања која су постављали лекари (3.5.1.1.), потом питања која су постављали пацијенти (3.5.1.2.), број питања у односу на род (3.5.1.3.), број питања у односу на то да ли је у питању први сусрет или контролни преглед (3.5.1.4.), негативно поларизована питања (3.5.1.5.) и разлоге због којих лекар поставља питања (3.5.1.6.) и због којих пацијент поставља питања (3.5.1.7.). Када је реч о питањима у српском корпусу (погл. 3.5.2.), она се најпре бави питањима која су постављали лекари (3.5.2.1.), потом питањима која су постављали пацијенти (3.5.2.2.), бројем питања у односу на род говорника (3.5.2.3.), бројем питања у односу на тип сусрета (3.5.2.4.), негативно поларизованим питањима (3.5.2.5.), те разлозима због којих лекар поставља питања (3.5.2.6.) и због којих пацијент поставља питања (3.5.2.7.). Када је реч о питањима која су поставили лекари и пацијенти, кандидаткиња долази до готово идентичних резултата у оба посматрана корпуса, а закључује да лекари и пацијенти постављају питања са различитим циљевима.

Поглавље 3.6. бави се прекидањем саговорника, при чему се кандидаткиња најпре бави прекидањем саговорника у енглеском корпусу (3.6.1.), а потом и у српском (3.6.2.). У оба случаја она најпре износи резултате у односу на род говорника (3.6.1.1. и 3.6.2.1.), а потом разлоге због којих лекар прекида пацијента (3.6.1.2. и 3.6.2.2.) и пацијент лекара (3.6.1.3. и 3.6.2.3.). Неки од начина прекидања пацијента од стране лекара које кандидаткиња наводи су следећи: активно прекидање пацијента, усмеравање пацијентовог одговора у жељеном правцу, слагање са пацијентом, постављање новог питања, тражење појашњења, давање упутства, довршавање пацијентове реченице, подстицање пацијента да настави, итд. Неки од начина прекидања лекара од стране пацијента наведени у раду су: давање одричног одговора на постављено питање, увођење нове теме, супротстављање лекару, постављање питања, изношење сопственог мишљења, слагање са лекаром, итд. Кандидаткиња закључује да лекари чешће прекидају пацијента него обратно, као и да је асиметрија већа у српском корпусу.

У поглављу 3.7. кандидаткиња разматра трећи турнус и основне типове коментара који се у том сегменту разговора срећу. Посебно посматра трећи турнус у енглеском

корпусу (3.7.1.) и у српском корпусу (3.7.2.), при чему у оба случаја наводи уочене потврде (3.7.1.1. и 3.7.2.1.) и процене (3.7.1.2. и 3.7.2.2.). У оквиру енглеског корпуса посебно обрађује употребу партикула *oh* (3.7.1.3.) и *ok* (3.7.1.4.), као и партикуле *добро* у српском корпусу (3.7.2.3.). Долази до закључка да се потврде користе знатно више од процена, као и да се процене користе у одређеним приликама.

Поглавље 3.8 посвећено је употреби граматичких лица и нивоу формалности говора. Кандидаткиња најпре посматра енглески корпус и то како лекар употребљава граматичка лица (3.8.1.1.) а како пацијент (3.8.1.2.), затим колико често пацијент изјављује да нешто не зна (3.8.1.3.), те наводи показатеље формалног (3.8.1.4.) и неформалног стила (3.8.1.5.) у говору лекара и показатеље формалног (3.8.1.6.) и неформалног стила (3.8.1.7.) у говору пацијента. Након тога наводи како лекар у српском корпусу употребљава граматичка лица (3.8.2.1.), а како пацијент (3.8.2.2.), те набраја показатеље формалног (3.8.2.3.) и неформалног стила (3.8.2.4.) у говору лекара као и показатеље формалног (3.8.2.5.) и неформалног стила (3.8.2.6.) у говору пацијента. Кандидаткиња закључује да се у оба корпуса граматичка лица користе на сличан начин, као и да лекари из оба корпуса говоре формалније од пацијената, али да и њихов говор садржи велики број неформалних елемената.

Најзад, у поглављу 3.9 Данка Синадиновић бави се односом „стварног света“ и „света науке“, најпре у енглеском корпусу (3.9.1.), а потом и у српском (3.9.2.), при чему детаљно анализира два дужа примера која илуструју прекидање гласа медицине гласом свакодневног живота. У оквиру српског корпуса такође анализира постојање примера за институционални *knowhow* (3.9.2.2.). Кандидаткиња закључује да у оба корпуса пацијент много чешће покушава да прекине глас медицине гласом свакодневног живота него што то чини лекар као и да у енглеском корпусу лекар знатно чешће прихвата глас свакодневног живота него што је то случај са лекаром у српском корпусу.

У **Закључку** кандидаткиња резимира своје резултате (4.1.), наводи ограничења истраживања (4.2.) те разматра примену добијених резултата и могуће правце будућих истраживања (4.3.).

VI СПИСАК НАУЧНИХ И СТРУЧНИХ РАДОВА КОЈИ СУ ОБЈАВЉЕНИ ИЛИ ПРИХВАЋЕНИ ЗА ОБЈАВЉИВАЊЕ У ОКВИРУ РАДА НА ДОКТОРСКОЈ ДИСЕРТАЦИЈИ

1. Синадиновић, Д. (2013). Учење лексике преко контекста. У: Вучо, Ј. и О. Дурбаба (Ур.), *Филолошка истраживања данас/Philological Research Today, Језик и образовање*, Том II (стр. 336–352). Београд: Филолошки факултет Универзитета у Београду.
2. Sinadinović D. (2013). The Importance of Strategies in Learning and Acquiring Medical English Vocabulary. *JAHR, Annual of the Department of Social Sciences and Medical Humanities University of Rijeka School of Medicine (Godišnjak Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci)*, 4(7), 273–291.
3. Sinadinović D, Mičić S. (2013). Teaching English for Medical Academic Purposes at the Faculty of Medicine in Belgrade, Serbia. *Medical Writing, European Medical Writers Association*, 22(2), 115–118.
4. Mičić S, Sinadinović D. (2013). Англицизми у језику медицинске науке и струке. У: Н. Силашки и Т. Ђуровић (Ур.), *Актуелне теме енглеског језика науке и струке у Србији*,

- (стр. 93-104).Београд: Центар за издавачку делатност Економског факултета у Београду.
5. Mičić, S., Sinadinović, D. (2013) Teaching Vocabulary to Medical English Students – Theory and Practice. *Primenjena lingvistika*, 14, 39-49.
 6. Синадиновић, Д.(2015).Дискурс моћи у интеракцији лекара и пацијента.У:*Зборник радова са VI научног скупа младих филолога Србије*(стр. 205-2016). Крагујевац: Филолошко - уметнички факултет.
 7. Sinadinović, D., MičićKandijaš, S. (2016) Authentic Materials in Teaching English for Medical Purposes. In: *III međunarodna konferencija jezika struke: Prošlost, sadašnjost, budućnost*(pp. 463-471). Fakultet organizacionih nauka, Univerzitet u Beogradu, 26.-27.09.2014.
 8. Синадиновић, Д. (2016).Одлике дискурса медицинског сусрета.*Зборник радова са VII научног скупа младих филолога Србије*(стр. 317-326). Крагујевац: Филолошко - уметнички факултет.
 9. Синадиновић, Д. (2017). Жанр медицинског сусрета – интервју или обичан разговор? У: *Зборник радова са VIII научног скупа младих филолога Србије* (стр. 231-239). Крагујевац: Филолошко – уметнички факултет.

VII ЗАКЉУЧЦИ, ОДНОСНО РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

Иако је медицински сусрет један од најчешће истраживаних типова институционалне комуникације и то углавном са енглеском говорном подручју, ређа су истраживања спроведена на нашем подручју. Упоредјујући енглески и српски језички корпус, у раду се анализира у којој мери се саговорници придржавају унапред дефинисаних улога и да ли је заиста реч о асиметричном сусрету чији учесници имају неједнака права, како се асиметрија манифестује унутар разговора, којим средствима се саговорници боре за моћ и за своје место у разговору, те на који начин истичу симболе моћи у оквиру интеракције.

На основу анализе дошло се до закључка да су енглески разговори знатно ближи модерном биопсихосоциолошком моделу на чијем се увођењу све више инсистира у оквиру медицинске праксе и који садржи чак 11 фаза, док српски разговори и даље више одговарају класичном биомедицинском моделу од 6 фаза. Имајући у виду фазе из којих се посматрани разговори састоје, закључује да сусрет између лекара и пацијента није увек строго организован, ритуализован, догађај – иако сусрет свакако садржи поједине обавезне делове, лекари из оба корпуса веома често мењају редослед појединих делова или их се придржавају у мањој или већој мери, а разговори се међусобно доста разликују и у зависности од тога да ли пацијент долази по први пут или је у питању контролни преглед. Такође, закључује да у српским разговорима постоји нешто већа асиметрија и да лекар упадљивије контролише разговор, као и да се лекари из српског корпуса знатно доследније придржавају унапред зацртане агенде и ретко се одлучују на било какву „дигресију”. Уочене су и извесне разлике које постоје међу гранама медицине - педијатрији, психијатрији, интерној медицини и ортопедској хирургији.

Интерпретирајући резултате детаљне језичке анализе, кандидаткиња сматра да постоји низ аспеката који утичу на разлике између енглеског и српског корпуса, од којих неки нису имали везе, на пример, са самим лекаром као доминантним саговорником (посебно када је у питању време које имају на располагању за разговоре са пацијентима), итд.

Резултати добијени овим истраживањем, поред научне, имају практичну примену у медицинској пракси, а посебно у оквиру наставе енглеског језика за медицинске сврхе који се као обавезан и изборни предмет изучава на Медицинском факултету Универзитета у Београду. Студентима је неопходно скренути пажњу на важност добре интеракције лекара и пацијента. Поред теоријских разматрања из ове области, могу им се презентовати уочене разлике добијене поређењем два корпуса и значај који то има за њихово будуће занимање.

VIII ОЦЕНА НАЧИНА ПРИКАЗА И ТУМАЧЕЊА РЕЗУЛТАТА ИСТРАЖИВАЊА

Кандидаткиња Данка Синадиновић је у свом докторском раду обрадила је веома значајну тему која је била врло мало истраживана у области анализе интеракције у специфичним институционалним условима. Резултати докторског рада на тему *Језички аспекти интеракције лекара и пацијента у енглеском и српском* значајни су јер не само да проширују домен истраживања језичке интеракције у контекстуално одређеном оквиру, већ указује и на културолошке и институционалне факторе који могу да утичу на начин на који саговорници (лекар и пацијент) остваују ту комуникацију у две различите средине. Кандидаткиња је веома зрело, детаљно и систематично приступила анализи сложене материје, показујући изванредне способности у примени и модификацији методологије истраживања релевантне за ову тему и тако дошла до јасних, научно утемељених закључака и тумачења.

IX ПРЕДЛОГ

Комисија сматра да је докторски рад кандидаткиње Данке Синадиновић изузетно вредан допринос како лингвистичкој прагматици и анализи конверзације тако и примењеној лингвистици, те предлаже Већу Филолошког факултета Универзитета у Београду да докторски рад под насловом *Језички аспекти интеракције лекара и пацијента у енглеском и српском* прихвати као докторски рад који испуњава услове предвиђене законом, а да кандидаткињу Данку Синадиновић позове на усмену одбрану.

Комисија:

др Весна Половина, ред. проф.

др Јасмина Московљевић Поповић, ванред. проф.

др Софија Мићић Кандијаш, ред. проф.