

VAASAN YLIOPISTO

Markkinoinnin ja viestinnän akateeminen yksikkö

Kieliasiantuntijuus erikoistuneessa yhteiskunnassa -maisteriohjelma

Beatrice Backman

Oirekuva minilektinä

Pro gradu -tutkielma (suomi toisena kotimaisena kielenä)

Vaasa 2020

SISÄLLYSLUETTELO

TAULUKOT	2
SAMMANFATTNING	3
1 JOHDANTO	5
1.1 Tavoitteet	6
1.2 Aineisto	7
1.2.1 Lyhyesti oirekuvista	9
1.2.2 Suomen lääkäriseura Duodecim	10
1.3 Menetelmä	11
2 ERIKOISKIELI	13
2.1 Erikoiskielen käsite ja yleiskieli	13
2.2 Teknolektit ja minilektit	17
2.3 Erikoisalaviestinnän ja ammattikielen tutkimuksesta	20
3 LÄÄKETIETEEN KIELI	23
3.1 Lääketieteellinen viestintä	27
3.2 Oirekuva ja diagnostiikka	28
4 MINILEKTIT	34
4.1 Minilekti käsitteenä	34
4.2 Minilektin stereotypian kriteerit	35
4.2.1 Rakenne	36
4.2.2 Syntaksi	37
4.2.3 Sanasto	38
5 OIREKUVAN MINILEKTIN TARKASTELUA	40
5.1 Rakenne	42
5.2 Syntaksi	48

5.2.1 Virke- ja lausepituudet	49
5.2.2 Lausetyypit	55
5.3 Sanaluokat	58
5.3.1 Sanaluokkien määrät	59
5.3.2 Termit	67
6 JOHTOPÄÄTÖKSET	69
7 LOPUKSI	72
LÄHTEET	74
TAULUKOT	
Taulukko 1. Oirekuvat sairausluokittain	8
Taulukko 2. Lääketieteen erikoisalat erikoiskielen käsitteiden esimerkkeinä	20
Taulukko 3. Oirekuvat ja sanamäärät sairausluokittain	41
Taulukko 4. Oirekuvien komponentit.	43
Taulukko 5. Oirekuvien rakenteelliset komponentit järjestyksessä.	44
Taulukko 6. Neurologisten sairauksien keskimääräiset virke- ja lausepituudet.	50
Taulukko 7. Tartuntatautiin keskimääräiset virke- ja lausepituudet	51
Taulukko 8. Tulehdusten keskimääräiset virke- ja lausepituudet	52
Taulukko 9. Sydän- ja verisuonisairauksien keskimääräiset virke- ja lausepituudet	53
Taulukko 10. Keskimääräiset virke- ja lausepituudet	53
Taulukko 11. Päälauseiden ja sivulauseiden jakauma oirekuvissa	55
Taulukko 12. Sanaluokkien määrät neurologisten sairauksien oirekuvissa	60
Taulukko 13. Sanaluokkien määrät tartuntatautiin oirekuvissa	61
Taulukko 14. Sanaluokkien määrät tulehdusten oirekuvissa	62
Taulukko 15. Sanaluokkien määrät sydän- ja verisuonitautien oirekuvissa	63
Taulukko 16. Keskimääräiset sanaluokkien määrät sairausluokittain	64
Taulukko 17. Oirekuvissa esiintyviä termejä	68

VASA UNIVERSITET**Enheten för marknadsföring och kommunikation**

Författare: Beatrice Backman
Avhandling pro gradu: Oirekuvan minilekti

Examen: Filosofie magister
Utbildningsprogram: Språkexpertis i ett specialiserat samhälle
Ämne: Finska som andra inhemska språket
Årtal: 2020
Handledare: Ann-Marie Åkers

SAMMANFATTNING:

I denna avhandling pro gradu undersöker jag finskspråkiga symtombeskrivningarnas minilekt utgående från Marianne Nordmans (1994) teori om minilekter. Syftet med avhandlingen är att undersöka hurdana stereotypa drag symtombeskrivningarna innehåller genom att granska deras struktur, syntax och ordklasser. Dessutom tar jag reda på hur symtombeskrivningarna uppfyller minilekternas stereotypiska kriterier. Avhandlingens material består av allt som allt 20 symtombeskrivningar som är indelade enligt fyra huvudkategorier baserade på sjukdomsklasser.

Analysen består av tre delar utgående från Marianne Nordmans (1994) teori. Analysen innebär både kvalitativa och kvantitativa drag och granskar stereotypiska drag i symtombeskrivningarna med hjälp av tabeller och konkretiserande exempel. Jag jämför mina egna resultat med resultaten i Nordmans forskning som omfattar bland annat en granskning om väderrapporternas minilekt. Dessutom jämför jag även sjukdomsklasserna med varandra och därutöver med Antero Niemikorpi (1996) forskning om fackspråk.

Analysens resultat påvisar att symtombeskrivningarna omfattar klara stereotypa mönster i alla undersökta områden och kan således tolkas bilda en egen minilekt. Resultaten visar små skillnader med Nordmans (1994) resultat men står nära Niemikorpi (1996) forskning. Inga avsevärda skillnader kommer dock fram mellan de analyserade sjukdomsklasserna och inte heller mellan de individuella symtombeskrivningarna. Därmed kan symtombeskrivningarna konstateras vara en mycket enhetlig och etablerad minilekt med tydlig och igenkännbar stereotypi.

AVAINSANAT: minilekti, tekstilaji, oire, oirekuva

1 JOHDANTO

Tässä tutkielmassa esittelen oirekuvan minilektiä sekä tämän erikoiskielisiä piirteitä. Oirekuvat lukeutuvat erikoiskielten piiriin, tarkemmin katsottuna lääketieteen erikoiskieleen. Oirekuvalla tarkoitetaan joskus hyvinkin yksinkertaista tapahtumaketjua, joka kuvaa potilaan kokemia oireita, kuten tuntemuksia tai muita terveystilan poikkeamia. Oireet voidaan jakaa pääoireisiin ja muihin oireisiin, jotka toisaalta myös voivat olla pääoireen aiheuttamia tai mahdollisesti antaa viitteitä pääoireesta. Potilaan oirekuva kartoitetaan tyypillisesti haastattelemalla, mutta hoitoa vaatimattomissa tapauksissa jokainen meistä on varmasti sairastuessaan kokenut tautiin liittyviä oireita, kuten tukkoisuutta tai päänsärkyä. Oireita arvioimalla voidaan tehdä diagnoosi sekä mahdollisesti myös hoidon tarpeen arviointi. (Alanen, Jormakka, Kosonen & Saikko 2016: 56–57.) Tutkimuksessani esittelen 20 eri oirekuvaa ja näiden minilektiä.

Tämän tutkimuksen erikoisalaksi olen valinnut lääketieteelliset tekstit ja tarkoituksena on kartoittaa eri oirekuvien stereotyyppisiä piirteitä minilektin näkökulmasta. Oirekuvat ovat tässä tapauksessa itsenäinen osa laajempaa kokonaisuutta, eli artikkelia. Oirekuvat ovat alaotsikoita sairauksista kertovissa artikkeleissa, jotka ovat saatavilla verkossa. Näin olen tämä tarjoaa mahdollisuuden niiden tutkimiseen yksinomaan minilekteinä, jotta voin tutkia oirekuvaa ja sen stereotyyppisiä piirteitä liittämättä näitä esimerkiksi oirekuvan funktionaaliseen tai kommunikatiiviseen tehtävään suhteessa tautiin tai tämän hoitoon. Minilektit lukeutuvat erikoiskielen, eli erikoistuneen ammattiryhmän tai erikoisalan kieleen. Suppeampana erikoiskielellisenä kieliryhmänä voidaan tarkastella kieltä tekno- tai minilektinä. Nämä jakautuvat kielten eri varieteettien pohjalta kuvaten yksityiskohtaisempaa ja tarkempaa erikoiskielen osa-aluetta, kuten esimerkiksi lääketieteellisten erikoisalojen sisäiset kielet. (Niemicorpi 1999: 9.)

Kieltä voidaan tutkia eri näkökulmin joko pienemmissä yksiköissä tai tarkastelemalla kokonaisuuden funktiota. Kieltä voidaan myös kategorisoida sen taajuuden perusteella, tutkien normien ja varieteettien ilmenemistä. Tämä näkökulma kuvaa erikoiskieliä. (Niemicorpi 1996: 7.) Erikoiskielen tutkimus kiinnostaa minua erityisesti siksi, että se tarjoaa

ulkopuoliselle katsauksen erikoisalan maailmaan ja auttaa hahmottamaan tämän kommunikatiivisia piirteitä. Valitsin lääketieteen alan oman kiinnostukseni lisäksi myös selkeän erikoiskielisyyden takia. Lääketieteen erikoiskieli tarjoaa myös kattavasti eri alakategorioita, niin sanottuja ”lektejä” (minilektit ja teknolektit). Olettamukseni on, että oirekuvat noudattavat tietynlaista rakennetta ja stereotypiaa kielellisesti, eikä sairausluokkien välillä esiinny huomattavia eroavaisuuksia.

Oirekuvan kieltä on verrattain tutkittu vähän. Valitsin oirekuvat osaksi myös näiden selkeän rajautuneisuuden takia. Tutkimukseni rajautuu tietyn alan erikoiskielisyyteen ja avartaa myös siksi näkökulmaa oirekuvista ammattilaisen näkökulmasta katsottuna. Lisäksi tutkimus on esimerkki sovellettavasta kategorisoinnista minilektitutkimuksessa, ja voisi näin ollen myös kiinnostaa esimerkiksi terminologiasta ja erikoisalaviestinnästä kiinnostuneita lääketieteen alan ammattilaisten lisäksi.

1.1 Tavoitteet

Tämän tutkielman tavoitteena on kartoittaa oirekuvan piirteitä minilektin näkökulmasta tarkastelemalla aineiston rakennetta, syntaksia sekä sanastoa. Tarkoituksena on luoda kokonaisvaltainen kuva oirekuvan minilektistä ja tutkia toistuvia kielellisiä ilmiöitä, ns. stereotypioita, käyttäen apuna Marianne Nordmanin (1994) tutkimusta minilekteistä. Pääasiallisena tavoitteenani on siis selvittää, miten oirekuva erikoiskielisenä ryhmänä sopii minilektin stereotyyppisiin kriteereihin sekä ennen kaikkea tutkia, millaisia yhtenäisiä piirteitä kyseisellä minilektillä on. Olettamukseni on, että oirekuvat rakentuvat kuta-kuinkin samanlaisesti käsittäen tietyt olennaiset ja toistuvat piirteet. Oirekuvia tarkastellaan ensin sairausluokittain ja lopuksi kokonaisuutena.

Pyrin tutkimuksen avulla vastaamaan seuraaviin kysymyksiin: 1. Millainen on oirekuvan minilekti? ja 2. Miten hyvin oirekuva täyttää minilektin stereotyyppiset kriteerit? Oirekuvan kokonaiskuvan lisäksi on mielekästä selvittää, esiintyykö eri sairausluokkien oirekuvien välillä poikkeavuuksia.

Tutkittava aineisto on kerätty syksyn 2018 aikana (28.10.2018) ja koostuu yhteensä 20 eri suomenkielisestä oirekuvasta. Minilektejä on aikaisemmin tutkittu tarkastelemalla esimerkiksi reseptejä, ohjeita, ohjelmistoja sekä tiedotuksia. Nordman tutkii teoksessaan *Minilekter – om de små genrernas språk* (1994) reseptejä, kudontaohjeita, säätiedotuksia sekä liikuntaohjelmia käyttäen kolmijakoista teoriaa, jota käytän apuna tässä tutkimuksessa. Lisäksi minilektejä on tutkinut muun muassa Jenni Roth, pro gradu -tutkielmassa *Ylivetokannuksia – överhoptagningar. Suomen- ja ruotsinkielisten neuleohjeiden tarkastelua minilektinä* (2018). Roth toteaa tutkielmassaan neuleohjeiden minilektin osoittavan samankaltaisuutta kielestä huolimatta. Rothin tutkimus on lähimpänä omaa tutkimustani ja käytämme myös samaa teoriaa. Lisäksi päivälehtien horoskooppien minilektejä on tutkinut Jaana Kuusirati (1993) ja Auli Mäki-Mantila (1998) puolestaan on tutkinut kirjeenvaihtoilmoituksia.

Aikaisempaa tutkimusta oirekuvan kielellisistä piirteistä ei juurikaan ole tehty. Oirekuvaa yksinomaan lääketieteellisestä näkökulmasta on toisaalta tutkittu laajasti, esimerkiksi Manninen (2013) on tutkinut koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrissa oirekuvaa ja Leppänen (2011) kielellisen erityisvaikeuden oirekuvaa mainitakseni joitakin esimerkkejä. Toki tämänkaltaisten tutkimusten fokuksena toimivat kliiniset tutkimukset ja potilasasiakirjat kielellisen näkökulman sijaan.

1.2 Aineisto

Tutkielman aineistoksi olen valinnut yhteensä 20 eri oirekuvaa, joiden julkaisijana toimii Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ry. Oirekuvat ovat saatavilla Duodecimin ylläpitämässä Terveyskirjasto-palvelussa sekä Käypä hoito -suosituksissa. Mahdollisimman kattavan kokonaisuuden saamiseksi oirekuvat on jaettu neljään eri pääluokkaan sairauksittain: neurologiset sairaudet, tartuntataudit, tulehdukset sekä sydän- ja verisuonitaudit. Jokainen pääluokka käsittää toisin sanoen viisi oirekuvaa. Yhteensä oirekuvia on kuuden eri lääketieteen erikoisalalta: neurologia, sisätaudit, silmäsairaudet, lastentaudit, korva-,

nenä- ja kurkkutaudit sekä iho- ja sukupuolitaudit. Seuraavassa taulukossa on listattuna valitsemani oirekuvat sairausluokittain (taulukko 1).

Taulukko 1. Oirekuvat sairausluokittain

Neurologiset sairaudet	Tartuntataudit	Tulehdukset	Sydän- ja verisuonitaudit
Lewyn kappale-tauti	Borrelioosi	Jäykkäkouristus	Sydäninfarkti
Epilepsia	Hinkusykä	Appendisiitti	Sepelvaltimotauti
Kolmoishermosärky	Legioonalaistauti	Näköhermotulehdus	Endokardiitti
Bellin pareesi	Vesirokko	Sikotauti	Katkokävely
MS-tauti	Ruusu	Välikorvantulehdus	Aneurysma

Neurologian erikoisalaan lukeutuvat kaikki neurologiset sairaudet, eli Lewyn kappale tauti, epilepsia, kolmoishermosärky, Bellin pareesi sekä MS-tauti. Sisätauteihin lukeutuvat borrelioosi, legionalaistauti, jäykkäkouristus, sikotauti, sydäninfarkti, sepelvaltimotauti, aneurysma sekä katkokävely. Lastentautien erikoisalaan kuuluvat hinkusykä ja vesirokko, iho- ja sukupuolitauteihin lukeutuu ruusu. Lisäksi silmäsairauksien erikoisalaan kuuluu näköhermotulehdus ja lopuksi korva-, nenä- ja kurkkutauteihin välikorvantulehdus.

Pääluokkiin kuuluvat sairaudet ovat sattumanvaraisesti valittuja. Olen valinnut luokituksiksi sairausluokat erikoisalojen sijaan mahdollisimman vaihtelevan ja laajan kokonaisuuden saavuttamiseksi. Oirekuvien ja sairausluokkien jako perustuu ICD10:n 3-merkkitasojärjestelmään (ks. luku 3.2). Oirekuvien pituus vaihtelee 61–280 sanan välillä, kaiken kaikkiaan aineisto on yksipuolisesti tulostettuna yhdeksän sivua pitkä ja sisältää yhteensä 2498 sanaa. Oirekuvat sisältävät muun muassa havaintoja toimintakyvyn muutoksista ja ihomuutosten, tunteuksien sekä kivun kuvailuja. Oirekuvasta tekstilajina kerron lisää luvussa 3.

Oirekuvat ovat saatavilla verkossa Duodecim Terveyskirjastossa ja Käypä hoito -suosituksissa ja ovat alkuperäisesti julkaistuna Duodecimin lääkärikirjassa. Kaikki oirekuvat ovat erikoislääkäreiden kirjoittamia. Artikkelit oirekuvineen on julkaistu vuosien 2015–2019 välillä, kirjoittajina toimivat yhteensä seitsemän erikoislääkärinä kuudelta eri erikoisalalta.

1.2.1 Lyhyesti oirekuvista

Neurologisiin sairauksiin kuuluvat Lewyn kappale -tauti, epilepsia, kolmoishermostosärky, Bellin pareesi sekä MS-tauti. Lewyn kappale -tauti on rappeuttava aivosairaus ja aiheuttaa potilaalle esimerkiksi näköharhoja. Tauti on nimetty mikroskooppisten Lewyn kappaleiden mukaan ja muistuttaa piirteiltään Parkinsonin ja Alzheimerin tautia. Epilepsialla tarkoitetaan kohtauksia aiheuttavaa sairautta, joka johtuu aivojen sähköisen toiminnan häiriöistä. Kolmoishermostosärky on kolmoishermon kiputila, joka aiheuttaa särkyä kasvojen alueilla, kuten leuassa, yläleuassa ja silmissä. Bellin pareesilla tarkoitetaan kasvohermohalvausta, joka aiheutuu häiriöstä kasvohermossa. MS-tauti on keskushermoston sairaus, joka rappeuttaa toiminta- ja liikuntakykyä. (Duodecim Terveyskirjasto 2020.)

Seuraavaan sairausluokkaan, eli tartuntatauteihin kuuluvat borrelioosi, hinkuyskä, legionella-tauti, vesirokko ja ruusu. Borrelioosi johtuu borreliainfektioista, joka tarttuu punkkien välityksellä. Hinkuyskä on lastentauti, joka aiheuttaa sairastuneelle keuhkoputkentulehduksen. Tyypillistä hinkuyskässä ovat yskänpuuskat, jotka saavat hengityksen vinkumaan. Myös legionella-taudissa esiintyy keuhkokuumetta, joka aiheutuu legionella-infektioista. Kuumeen lisäksi taudille tyypillisiä oireita ovat ripuli ja vatsakipu. Vesirokko on tavallisimpia lastentauteja ja aiheuttaa iholle kutisevia rakkuloita sekä kuumetta. Ruusu on yleisöreinen ihoinfektio, johon kuuluu ihon punoitus ja aristus sekä korkea kuume. (Duodecim Terveyskirjasto 2020.)

Tulehduksiin kuuluvat jäykkäkouristus, appendisiitti, näköhermotulehdus, sikotauti ja välikorvantulehdus. Jäykkäkouristus johtuu bakteerin aiheuttamasta infektiosta ja saa nimensä sairauden aiheuttamista kouristuksista. Appendisiitti on umpilisäkkeen tulehdustila ja aiheuttaa mm. vatsakipua. Näköhermotulehduksessa näkö heikkenee tulehdusreaktion aiheuttaman hermovaurion takia. Sikotauti on sylkirauhasten tulehdus, joka aiheuttaa esimerkiksi rauhasten turvotusta. (Duodecim Terveyskirjasto 2020.) Välikorvantulehduksen merkkejä ovat esimerkiksi korvan erite ja tärykalvon tulehdus (Duodecim käypä hoito 2017.)

Sydän- ja verisuonisairauksiin lukeutuvat sydäninfarkti, sepelvaltimotauti, endokardiitti, katkokävely sekä aneurysma. Sydäninfarkti johtuu äkillisestä hapenpuutteesta sydänlihaksessa ja aiheuttaa tämän seurauksena hengenvaarallisen sairauskohtauksen. Sepelvaltimotaudin aiheuttajina ovat sepelvaltimoiden ahtaumat, tyypillinen oire on esimerkiksi rasituksessa alkava rintakipu. Endokardiitti on sydänläppien tulehdustila ja aiheuttaa esimerkiksi kuumetta. Katkokävelyllä tarkoitetaan nimensä mukaisesti kävelymatkan lyhentymistä, joka johtuu kipua aiheuttavasta alaraajan valtimoahtaumasta. Aneurysma on nimitys aortan pullistumalle ja voi revetessään vakavimmillaan aiheuttaa kuoleman. (Duodecim Terveyskirjasto 2020.)

1.2.2 Suomen lääkäriseura Duodecim

Vuonna 1881 perustettu Suomen Lääkäriseura Duodecim ry ja tämän omistama Kustannus Oy Duodecim tuottavat ja ylläpitävät lääketieteen alan tietokantoja, kirjallisuutta sekä jatkokoulutusta alan ammattilaisille. Terveyskirjasto on Kustannus Oy Duodecimin palvelu, jonka tarkoituksena on tarjota ja välittää tietoa terveyttä koskevista kysymyksistä. Terveyskirjaston artikkelien laatijana toimivat lääketieteen asiantuntijat, minkä lisäksi kirjallisuus pohjautuu Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin kansallisiin hoitosuosituksiin yhdessä lääkäreille suunnattujen käsikirjojen kanssa. Tietokantaa ja artikkeleita hoito-ohjeineen päivitetään jatkuvasti, lisäksi julkaisujen tulee vastata tietyn tasoista

laatua koskien esimerkiksi puolueettomuutta. Palvelu on yksityisten ja julkisen terveydenhuollon kustantama. (Kustannus Oy Duodecim: 2018.)

Oirekuvat on kerätty samasta tietokannasta selkeyden vuoksi. Duodecim on luotettava ja arvostettu tekijä erikoisalallaan, lisäksi tietokantoja päivitetään jatkuvasti (vrt. monografia). Saman lähteen käyttäminen myös varmistaa oirekuvien yhtenäisyyden esimerkiksi artikkelien sisältämää tietoa ja ulkonäköä koskien.

1.3 Menetelmä

Analyysi pohjautuu Marianne Nordmanin (1994) teoriaan minilektin stereotypiasta. Tutkielmassa tarkastellaan rakennetta, syntaksia sekä sanastoa, pyrkimyksenä on näiden avulla luoda oirekuvan minilektistä mahdollisimman kattava ja yhtenäinen kuva. Nordmanin teoria perustuu minilektien stereotypiaan, joka muodostaa kriteerit minilekteille. Nämä kriteerit jakautuvat rakenteeseen, syntaksiin ja sanastoon. Lisäksi Nordman on sisällyttänyt typografisen stereotypian osassa analyysiaan. Olen kuitenkin jättänyt typografisen stereotypian tarkastelun pois tästä tutkimuksesta, koska tämä ei varsinaisesti lukeudu minilektin stereotyyppisiin piirteisiin. Pyrkimyksenä on selvittää, millaisia stereotyyppisiä minilektisiä piirteitä oirekuvista löytyy.

Tutkimukseni on piirteiltään sekä kvalitatiivinen että kvantitatiivinen. Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnusmerkkejä ovat tämän suhdeasteisuus ja pyrkimys analysoida tutkimusobjektin laatua. Tässä tutkielmassa laadullinen metodi jäsentää oirekuvaa kokonaisuutena. Tyypillisesti kvalitatiivinen tutkimus hyödyntää induktiivista, eli toisin sanoen aineistolähtöistä strategiaa. On kuitenkin huomattava, että harva tutkimus rajautuu yksiselitteisesti joko kvalitatiivisen tai kvantitatiivisen tutkimuksen puolelle, etenkin humanistisia tieteitä tarkasteltaessa. (Tuomivaara 2005: 28.) Kuten tässäkin tutkimuksessa, täydentävät ne usein toisiaan sekä analyysin että teorian kannalta. Tämä tutkimus pohjautuu induktiivisen strategian hyödyntämiseen, eli tutkimukseni pohjautuu käyttämäni aineistoon.

Kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä pyritään analysoimaan tutkimusobjektia numeerollisin ja tilastollisin keinoin. (Tuomivaara 2005: 31.) Käytännössä tämä toteutuu tutkielmassani kirjaamalla ylös havaintoja tekstin makrotasosta. Makrotasolla tarkoitetaan tässä yhteydessä toistuvia elementtejä oirekuvien teksteissä (Nordman 1994: 60.) Hyödynnän kvalitatiivista ja kvantitatiivista näkökulmaa myös tutkiessani oirekuvan stereotyyppisiä piirteitä asettamalla tekstien rakenteelliset komponentit taulukkoon, luoden näin yleiskuvan tekstin etenemisestä. Lisäksi kirjaan ylös oirekuvien keskimääräiset lauseiden ja sanojen määrät, sanaluokat sekä virke- ja lausepituudet. Kvantitatiivinen näkökulma luo tilastoanalyysin kautta pohjan stereotyyppisten piirteiden tutkimiseen. Kvalitatiivinen tutkimus toimii siis eräänlaisena esikokeena kvantitatiiviselle tutkimukselle, jotta tutkimus kokonaisuudessaan olisi tarkoituksenmukainen ja kaikki tutkimuskomponentit huomioon ottava. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009: 137.)

Lisäksi tutkimus sisältää myös komparatiivisia piirteitä tutkimusaineistoa vertailtaessa. Analyysin tarkoituksena on oirekuvan minilektin stereotypian kartoittamisen lisäksi myös tarkastella mahdollisia eroavaisuuksia eri sairausluokkien oirekuvien sisällä. Lisäksi vertaan tuloksiani Antero Niemikorven (1996) Oulun korpuksen erikoiskieliseen aineistoon. Tutkimuksen luonne kokonaisuutena on ennen kaikkea kartoittava. Tutkimuksen tarkoitukset voidaan karkeasti jaotella kartoittavaan, selittävään, kuvailevaan sekä ennustavaan. Kartoittavalle tutkimukselle on ominaista tyypittely ja komparatiivinen luonne. (Hirsijärvi ym. 2009: 138.) Omassa tutkimuksessani painopisteenä on oirekuvan minilektin kartoittaminen ja tutkimuksen keskiössä on mm. keskeisten teemojen, mallien sekä luokkien selvittäminen.

Tutkielman teoriaosiossa tarkastelen luvussa 2 erikoisalaviestinnän piirteitä ja luvussa 3 lääketieteen kieltä. Luvussa 4 esittelen minilektin käsitettä sekä kriteerejä tarkemmin. Tutkielman analyysiosa etenee kolmessa osassa ja tarkastelee oirekuvan rakenteellista, syntaktista sekä sanastollista stereotypiaa käyttäen apuna taulukoita ja havainnollistavia esimerkkejä.

2 ERIKOISKIELI

Tutkimukseni aineisto lukeutuu niin sanottuun erikoiskieleen, tarkemmin katsottuna lääketieteen erikoiskieleen. Erikoiskielen tutkimuksissa lääketieteen kieltä käytetään usein esimerkkinä mm. talouden tai tekniikan alan kielen ohella selkeiden erikoiskielisten piirteiden vuoksi. Erikoiskieliset tekstit voivat olla esimerkiksi erilaisia raportteja ja ohjekirjoja. Erikoiskieleksi mielletään tietyn ammattikunnan tai erikoisosaajien ja asiantuntijoiden käyttämä kieli, joka osoittaa selkeää poikkeavuutta yleiskielestä. Erikoiskieltä kutsutaan joissakin tapauksissa myös nimityksellä ammattikieli, jolla viitataan erityisesti erikoisalan ammattilaisten väliseen viestintään. Toisaalta erikoiskieliin voidaan myös lukea esimerkiksi askarteluohjeet, jotka eivät varsinaisesti ole sidoksissa tiettyyn ammattikuntaan. (Niemikorpi 1996: 7.)

Erikoiskieli voidaan toisaalta myös jakaa pienempiin ryhmiin, riippuen tämän luonteesta, käyttöyhteydestä ja viestintään osallistuvista osapuolista. Nämä ryhmät puolestaan muodostavat erikoiskielen sisäisiä suuntauksia, niin sanottuja teknolektejä ja minilektejä. (Nordman 1994: 10.) Tässä luvussa käsittelen erikoiskieliä ja niiden tutkimusta sekä erikoiskielen suhdetta yleiskieleen. Lääketieteen erikoiskieltä tarkastelen luvussa 3 ja minilektejä esittelen tarkemmin luvussa 4.

2.1 Erikoiskielen käsite ja yleiskieli

Erikoiskielellä viitataan tietyllä erikoisalalla käytettävään kieleen, esimerkiksi lääketieteen kieleen. Yksi tyypillisimpiä erikoiskielen piirteitä on sen yleiskieleen kuulumattomuus. Kielen erikoistuminen on vahvasti sidoksissa kielen, ja ennen kaikkea erikoisalojen koulutuksen kehittymiseen. Tämä luo kieliympäristölle mahdollisuuden kehittyä ja kaventua. Esimerkiksi lääketieteen erikoisala kehittyi jatkuvasti, minkä johdosta myös lääketieteen erikoiskieli läpikävi muutoksia. Erikoiskieltä tarkasteltaessa on kuitenkin olennaista huomioida ammattikielen ja erikoiskielen ero; ammattikieli toimii erikoiskielen alakäsitteenä ja kuvaa tietyn ammattiryhmän erikoiskieltä. Ammattikielen

lukeutuvat esimerkiksi slangit ja raporttikieli epävirallisissa yhteyksissä. (Niemikorpi 1996: 7.) Ennen tarkempaa tarkastelua ammattikielten ja erikoiskielen käsitteistä on kuitenkin olennaista määritellä myös yleiskielen käsite, sillä erikoiskieltä ei toisaalta ole olemassa ilman tämän kontrastia yleiskieleen.

Yleiskielellä tarkoitetaan yleisellä tasolla olevaa, erikoiskielestä poikkeavaa kieltä. Yleiskielen ohella käytetään myös käsitettä normikieli, joka viittaa kirjakielen normien mukaiseen muotoasuun. Kotimaisten kielten keskus (2020) määrittelee yleiskieleksi koulussa opittua kieltä, jota ymmärretään murrealueesta riippumatta ja jota käytetään esimerkiksi sanomalehdissä. Esko Koivusalon määritelmän (1979: 15) mukaan yleiskielellä tarkoitetaan yhtenäistä kielimuotoa eri ikä- ja ammattiryhmille, tämän tunnuspiirteinä ovat yleisesti tunnettu sanasto ja yksinkertainen virkerakenne. Koivusalon määritelmä yleiskielestä viittaa kuitenkin lähinnä kirjakieleen, eli kirjoitettuun (yleis)kieleen. Tekstin käsitettä voidaan kuvata käytettävänä kielenä, joka viittaa tiettyyn yhtenäiseen tapahtumasarjaan (Saukkonen 2001: 17). Kirjoitettua yleiskieltä kutsutaan myös standardikieleksi tämän normeihin sitoutuneisuuden johdosta. Verrattaessa yleiskielistä puhekieltä ja kirjoitettua yleiskieltä on ilmeistä, että puhekieli on luonteeltaan vapaampaa ja toisaalta myös vahvemmin sidoksissa muuttuvaan viestintätilanteeseen ja kulttuuriin. Kirjoitettu yleiskieli, tai niin kutsuttu standardikieli puolestaan on luonteeltaan rajautuneempaa juuri kirjakielisten normien vuoksi. (Niemikorpi 1996: 35–36.)

Yleiskieli on toisin sanoen yhteiseksi tarkoitettua kieltä. Tämä luo suurimman kontrastin erikoiskielen ja yleiskielen välille, mikä tarkoittaa, että käyttäjäkunnan rajautuneisuus on suurimpia erottavia tekijöitä tarkasteltaessa yleis- ja erikoiskielen suhdetta. (Niemikorpi 1996: 10, 27–29.) Lisäksi erikoiskielellä on myös yhteisiä tekijöitä yleiskielen kanssa. Sen lisäksi, että erikoiskielet pohjautuvat yleiskieleen, niitä määrittävät myös niin sanotut kielelliset normit. Esimerkiksi kirjakielen normit ovat vakiintuneita ja osittain myös kielihuollon luomia. Kirjoitetulla kielellä on kieltä ohjailevia normeja ilmaisun parantamiseksi. Myös erikoiskielillä on usein käytössä olevia standardijärjestelmiä ja normeja, jotka ovat ominaisia kyseiselle erikoisalalle. (Emt. 29.)

Erikoiskieli voi käytännössä myös olla yleiskielistä. Tällöin kyse on useimmiten yleiskielisistä minileksteistä, jotka voivat ilmetä myös erikoiskielestä irtautuneina, itsenäisinä yksikköinä. (Nordman 1994: 10.) Hakulisen ja Ojasen (1970: 224) mukaan yleiskieli voidaan jakaa kahteen luokkaan: kirjakieleen ja yleispuhekieleen. Jälkimmäisellä tarkoitetaan paikallismurteista eroavaa puhuttua kieltä. Toisaalta, kuten jo aiemmin mainitsin, yleispuhekieli on luonteeltaan vapaampaa verrattuna kirjakieleen, vrt. puhekielen *keltanen* ja kirjakielinen muoto *keltainen*. Kirjakieli poikkeaa yleiskielestä sen löyhemmän kultuuri- ja aikasidonnaisuuden osalta. Voidaan kuitenkin todeta kirjakielen ja yleiskielen käsitteiden ilmenevän pitkälti synonyymeinä. (Niemi 1996: 28.)

Erikoiskielen kehittyminen on osaltaan myös vahvasti sidoksissa kirjakielen kehittymiseen. Ennen standardisoidun kirjakielen kehittymistä Suomessa kieli oli pitkälti eri murteisiin jakautunutta. Kirjakielen kehittyminen puolestaan synnytti rakoa kirjakielen ja puhekielen välillä kirjakielen kehittyessä ja erikoistuesssa esimerkiksi luonteeltaan tiedottavaksi. Tällaisen kielenkehityksen myötä puhekieleen syntyi myös vierasperäisiä varieteetteja, kuten äänteet *b, d, f, g* ja *ts*. (Niemi 1996: 14–15.) Nykypäivänä kehittyminen on lähinnä toisen suuntaista; arkisen kielen vaikutus kirjoitettuun kieleen näkyy esimerkiksi vuosittaisen uudissanalistojen muodossa. Erikoiskieli syntyi aikoinaan suomalaisen yhteiskunnan erityistarpeista ja erikoiskielen kehityksessä olennaisena tekijänä oli ensimmäisen suomenkielisen aapisen luonut Mikael Agricola. Merkittävänä muutoksena toimi suomenkielisten termien käyttöönotto esimerkiksi lain ja hallinnon kielessä. Erikoiskieli sai kuitenkin varsinaisen alkunsa vasta myöhemmin 1700-luvulla erikoisalojen kielten yhdenmukaistamisen myötä. Lisäksi vuoden 1863 kieliasetus antoi virkakielelle merkittävän roolin suomen kielen saadessa tasavertaisen aseman ruotsin kielen rinnalla. (Emt. 18–26.)

1800-luvun varhaisnykysuomi ja erikoiskielen kehitys perustuu laajalti niin sanottujen ammattimiesten käyttämään kieleen ja tämän kehittymiseen. Varhaisnykysuomen aikana luotiin esimerkiksi suomenkielinen kasvitieteen termistö. Ammattimiehet kehittivät erikoisalojen tarpeita vastaavia sanoja, kuten *kasvisto*, *siitepöly*, *hiilihappo*, *maapallo* ja *ilmapuntari*. Merkittävää kehitystä kokivat etenkin lääketieteen, luonnontieteiden

ja geometrian tieteenalat laki- ja virkakieliä unohtamatta. Myöhemmin esimerkiksi tekniikan ja kemian kehittyminen loi tarvetta tarkemmalle kielelle ja synnytti lopulta uudenlaisia suomenkielisiä tekstejä, kuten ohjesääntöjä. Erikoiskielten kehitys on toisin sanoen ollut suurilta osin tietoista, alkaen eri alojen erikoistuneista ilmauksista ja termeistä. Niin sanottuja uudissanoja luotiin vastaamaan erikoisalojen tarpeita. Nykypäivänä erikoiskieli osoittaa yhä huomattavampaa poikkeavuutta yleiskielestä luoden esimerkiksi eri erikoiskielten varieteetteja, kuten ammattislangit. (Niemikorpi 1996: 18–26.)

Niemikorven (1996: 10) mukaan erikoiskielet eivät suinkaan siis ole niin sanottuja luonnollisia kieliä. Käytännössä tämä viittaa juuri erikoiskielten keinotekoisuuteen ihmisten luomina viestintävälineinä. Tunnusmerkkejä tällaiselle kielelle ovat abstraktio ja informaatiotiheys sekä konkreettisuus. Tieteenalana erikoiskieltä kuvaa erityisesti tämän monitulkinnallisuus. Kautta aikojen erikoiskielen termin määritelmät ovat vaihdelleet näkökulmasta riippuen terminologisen painotuksen ja viestinnällisen kontekstin välillä. (Laurén 1993: 9.) Viestinnän merkitys mielletään usein nykyaikaisemmaksi tulkintamenetelmäksi erikoiskieltä tarkasteltaessa yksinomaan terminologisen yhteenkuuluvuuden tarkastelemisen sijaan. On kuitenkin olennaista muistaa erikoiskielen laajalti pohjautuvan kielen tulkintaan. Historiallisesti katsottuna Prahan kielitieteilijät ovat jaotelleet erikoiskielet horisontaaliseen ja vertikaaliseen ulottuvuuteen, horisontaalisen ulottuvuuden edustaessa erikoisalojen jakautumista ja vertikaalisen ulottuvuuden merkitessä näiden käytettävyyttä, toisin sanoen ainekohtaisia erikoiskieliä. (Laurén 1993: 10–11.) Erikoiskielen kehitykseen on suuresti vaikuttanut esimerkiksi kodin ja työpaikan erottaminen perinteisten elinkeinojen harjoittamisen näkökulmasta. Esimerkkinä tästä kehityksestä mainittakoon veneenrakentajien erikoiskieli, jolle tunnusomaisena piirteenä on Pohjoismaiden vaikutus termistöön ja kieleen. (Laurén & Nordman 1987.)

Toinen erikoiskieltä mallintava teoria on Gläserin (1990) kehittämä. Tämä yksinkertaistettu malli jakautuu erikoisalan sisäiseen viestintään, soveltamiseen, erikoisalan sisäiseen koulutukseen sekä julkisuuteen. Yksinkertaistettuna kyseessä on kahden ammattilaisen välinen viestintä, joka jakautuu perustasoon, ammattitasoon sekä kahden lähekkäisen

erikoisalan ammattilaisen väliseen viestintään. Kyseiset viestintätilanteet hyödyntävät erikoisalaviestinnän soveltamista, mikä voidaan päätellä kielen mukauttamisen perusteella.

Erikoisalan sisäinen viestintä kattaa alleen ammattilaisen ja ulkopuolisen välisen viestinnän, jolloin vähintään yksi osapuoli voi käyttää mukautettua tai yksinkertaistettua erikoiskieltä. Lisäksi huomioidaan kahden eri erikoisalan ammattilaisen välinen viestintä, joka liittyy julkiseen, erikoisalan ulkopuoliseen viestintään. Monitulkinnallisella erikoiskielen käsitteellä on myös alakäsitteitä riippuen kielen funktiosta ja käyttäjäryhmästä. Yksinkertaistettuna käyttäjäkunnan ja funktion kaventuessa kuljetaan kohti niin sanottua teknolektiä tai minilektiä. (Laurén 1993: 13–14.)

2.2 Teknolekit ja minilekit

Erikoiskielen alakäsitteitä ovat teknolekti ja minilekti. Nämä lukeutuvat erikoiskielen piiriin ja poikkeavat yläkäsitteestään esimerkiksi käyttäjäkuntansa ja funktionsa osalta. Yhdistävänä tekijänä toimii erikoisasiantuntija- tai ammattiryhmä, kuten myös erikoiskielen käsitteessä. Teknolekit ja minilekit kuitenkin jakautuvat edelleen kielen ulottuvuuksien, eli monimutkaisuuden ja täsmällisyyden mukaan. (Laurén & Nordman: 1987: 33.)

Teknolektillä tarkoitetaan erikoisalan ammattilaisten välistä kieltä (Laurén 1993: 14.) Teknolekit viittaavat erikoisalojen sisäiseen kieleen, esimerkiksi puhetieteitä tarkastellessa teknolektiksi voidaan lukea logopedian, fonetiikan tai puheviestinnän teknolekit. Erikoisalojen erityisosaaminen rajaa toisin sanoen teknolektejä. Toisaalta teknolekit muodostavat kokonaisuutena myös rajan erikoiskielen ja yleiskielen välillä. Kyse on siis erikoiskielen tarkkarajaisemmasta yksiköstä. (Laurén & Nordman 1987: 33.) Yksinkertaistettuna teknolektien käyttäjäkuntia yhdistää sama erikoisala, esimerkiksi lääketieteen tai tekniikan ala. Kyseisten erikoisalojen sisäiset asiantuntijaryhmät, kuten esimerkiksi sisätautilääkärit tai ohjelmistokehittäjät puolestaan muodostavat niin sanotun teknolektin kieliryhmän. Erikoisosaaminen on toisin sanoen teknolektissä yhdistävä, ja toisaalta

myös teknolektejä toisistaan erottava tekijä. Järjestelmää voisi verrata yliopistoasetelmaan: yhdistävänä tekijänä toimii tiedekunta, eli erikoiskieli, ja teknolektejä vastaavat tiedekunnan sisäiset opinto-ohjelmat.

Toisaalta teknolektien yhdistäviä tekijöitä voi olla hyvinkin haasteellista kartoittaa. Lähtökohtaisesti voidaan todeta yhtenäisen terminologian toimivan suurimpana tunnusmerkkinä teknolekteille. Termien ilmeneminen kielessä on siis suurilta osin teknolektien, ja toisaalta myös erikoiskielen määrittävä tekijä. On kuitenkin huomioitava, että teknolektien termit voivat tietyissä tapauksissa osoittaa suurtakin poikkeavuutta toisistaan. Teknolektit ilmenevät myös limittäisinä ja voivat olla sidoksissa useampaan tieteenhaaraan. Kytkösten limittäisyyttä esiintyy erityisesti eri ammattiryhmien sisällä, esimerkiksi ammattivalokuvaajien teknolektissä, joka kattaa alleen niin tekniikan kuin taiteenkin sanastoa. (Laurén & Nordman 1987: 36.)

Nordman (1994) jakaa teknolektit hierarkkisesti erikoisalan suuntausten pohjalta. Olenaisena huomiona mainitaan teknolektien tieteelliset variaatiot ja näiden luomat kapeammat erikoistuneet kategoriat. Hierarkkisena esimerkkinä Nordman mainitsee luonnontieteet ja alakategoriat matematiikka, puhdas matematiikka ja ryhmäteoria. Hän kuitenkin huomauttaa funktionaalisen kategorisoinnin olevan huomattavasti haastavampi verrattaessa tätä teknolektien tieteelliseen kategorisointiin, eli luokitteluun tieteen alan mukaan. (Nordman 1994: 20–21.) Teknolektien kehityksen kannalta yksi tärkeimpiä tekijöitä on erikoisalan kehittyminen. Kehittyneemmällä alalla on luonnollisesti kehittyneempi kieli (teknolekti). Teknolektit eivät siis ilmene ilman erikoisalan kehitystä, osaksi siksi että niiden funktio on vahvasti kytköksissä mahdollisimman täsmällisen ilmaisun tarpeeseen. (Laurén & Nordman 1987: 33–35.)

Huomioitavaa erityisesti erikois- sekä ammattikielen kehityksessä on kehityksen rakenne, joka on kaksi suuntaa kattava. Kieli voi toisin sanoen joko yksinkertaistua tehokkaamman viestinnän takaamiseksi, tai vaihtoehtoisesti kaventua erikoissanastoa tarkemmin hyödyntäväksi yksityiskohtaisemman viestinnän saavuttamiseksi. Tällaista kehitystä kuvaa erityisesti viestintätilanne ja kielen funktio sekä päämäärä. Kielen moniulotteista

kehitystä heijastavat kehityksen vastakkain asettelut, esimerkiksi ilmausten pituuksien tarkastelu. (Laurén & Nordman 1987: 34.) Niemikorpi (1996: 8–9) mainitsee relevanttina esimerkkinä suomenkielisten sanojen tyypistymisen verratessa sanaa *reumatismi* ja tämän tyypistettyä muotoa *reuma*.

Esimerkiksi tekniikan alan teknolektien kehitykseen ovat vaikuttaneet suuresti myös taloudelliset tekijät. Kasvava kehittämisen tarve loi puolestaan myös tarvetta tehokkaammalle sisäiselle viestinnälle, toisin sanoen teknolektien kehittymiselle. Teknolektien kehitykseen vaikuttivat siis erikoiskielten kehityksen myötä aikanaan myös teollistuminen ja kaupan kansainvälistyminen. Erityistä kyseisessä kielenkehityksessä on, että kielenhuollon ovat kehittäneet erikoisalan ammattilaiset itse, kun vasta myöhemmässä vaiheessa itse kielenhuollon ammattilaiset ovat saattaneet liittyä mukaan. Monella erikoisalalla oli myös kasvava tarve kansainvälisesti yhtenäiselle kielelle. Tällaiset erikoiskielet, kuten tekniikan ja lääketieteen erikoiskieli, ovat saaneet runsaasti vaikutteita esimerkiksi englannin ja latinan kielistä. (Laurén & Nordman 1987: 21–22.)

Teknolektien kehityksen myötä ja erikoisalojen kielen vakiintuessa on luonnollisesti kehittynyt myös variaatioita teknolekteistä. Erikoiskielessä teknolektiä pienempää yksikköä kutsutaan minilektiksi. Minilektille tunnusomaista on tämän rajoittuneempi luonne verrattuna teknolektiin, joka voitaisi mieltää erikoiskielen sisäiseksi erikoiskieleksi. Myös minilekti on käytännössä teknolektin sisäinen teknolekti, toisaalta minilektit voivat myös muodostaa oman täysin itsenäisen ryhmänsä, joka ei ole sidoksissa teknolektiin. Teknolektin ja minilektin suhde erikoiskieleen näyttää siis seuraavanlaiselta: erikoiskieli – teknolekti – minilekti. Olennaista on kuitenkin sekä teknolektin että minilektin yhteinen erikoiskielen yläkäsite. (Laurén & Nordman 1987: 44–45.)

Erinomainen esimerkki minilektistä ja erikoiskielten hierarkiasta löytyy lääketieteen erikoiskielestä. Lääketiede muodostaa oman erikoiskielisen ryhmänsä ja toimii täten yläkäsitteenä alan teknolekteille ja minilekteille. Lääketiede kattaa alleen hyvinkin laajan kirjon eli aloja ja näiden sisäisiä käsitteitä. Terveystieteiden tyypillinen esimerkki on lääketieteen erikoisalat, kuten sisätaudit. Sisätaudit ovat toisin sanoen lääketieteen

erikoisala, jonka käyttämää kieltä nimitämme teknolekteiksi. Myös sisätautien erikoisalaan lukeutuu moninainen kirjo erikoisalan ammattilaisia, kuten esimerkiksi kardiologit. Kardiologia edustaa näin ollen minilektiä, eli teknolektin pienempää yksikköä. Yksinkertaistettuna erikoiskielen alakäsiteet näyttäisivät käytännössä seuraavan taulukon 2 mukaiselta.

Taulukko 2. Lääketieteen erikoisalat erikoiskielen käsitteiden esimerkkeinä

Erikoiskieli	Teknolekti	Minilekti
Lääketieteen erikoiskieli	Sisätautien erikoisala	Kardiologia

Yllä oleva taulukko 2 havainnollistaa erikoiskielen alakäsitteiden ilmenemistä käytännössä, lähemmin katsottuna lääketieteen alalla. Minilektit poikkeavat kuitenkin ominaisuuksiltaan jonkin verran teknolekteistä. Minilekteistä kerron tarkemmin luvussa 4.

2.3 Erikoisalaviestinnän ja ammattikielen tutkimuksesta

Tässä tutkielmassa tarkastelun kohteena on rajattu tekstikokonaisuus, eli oirekuvien tekstit. Tekstejä luokitellessa törmää keskeisiin käsitteisiin, kuten genre tai tekstilaji. Tekstilajeja luokitellaan esimerkiksi stereotyyppisten piirteiden ja rituaalisuuden avulla, jotta tekstien jäsenteleminen ja ymmärtäminen olisi arkielämässä helpompaa. Tällöin huomiomme kohdistuu mitä useimmiten tekstin sisältöön ja muotoon, jonka avulla hahmotamme eron esimerkiksi tiedotteen ja reseptin välillä. Tietyt tekstilajit seuraavat toisinaan sanoen kyseiselle tekstilajille ominaista stereotypiaa. Juuri tekstin piirteiden samankaltaisuus viittaa siis tämän lajiin. (Mäntynen, Shore & Solin 2006: 9–11, 35–37.) Myös erikoiskieli pohjautuu laajalti stereotyyppien ilmenemiseen. Toistuvaa stereotypiaa sisältävä kieli on yksi erikoiskielen olennaisista tunnusmerkeistä. Toisaalta myös erikoiskielten sisällä on tutkittu kielen tyylillistä vaihtelua. (Niemi 1996: 7.)

Tutkimuksen näkökulmasta tekstiä tarkasteltaessa voidaan havainnoida joko merkityksen tuottamista tai merkitysten funktiota itsessään. Sajavaara ja Piirainen-Marsh (2008: 184–185) korostavat aineiston rajauksen roolia tekstintutkimuksessa näkökulmasta riippumatta. Tällöin keskiössä on aineiston kannalta kielen luonnollisuus, toisin sanoen kielen kategorioiden edustajien tulee olla mahdollisimman autenttisia.

Erikoiskieltä on tutkittu runsain mitoin eri näkökulmia ja teorioita käyttäen. Omaa tutkimustani lähimpänä on Marianne Nordmanin (1994) minilektitutkimus, joka tutkii neljän eri minilektin kieliasua ja stereotyyppisiä piirteitä. Lisäksi Nordman on tutkinut muun muassa reseptikirjojen kieltä ja popularisoidun tieteen otsikointia. Tutkimusten yhdistävänä toteamuksena on suuri poikkeavuus tutkittavien komponenttien välillä. Lisäksi Nordman (1985) on tutkinut tekstien kuvailemaa maailmankuvaa ja tekstien kulttuurisidonnaisuutta.

Nordmanin ohella toinen tärkeä tekijä on Antero Niemikorpi (1996), joka on tutkinut esimerkiksi erikoiskielten rakennetta ja tyyliä sekä kielten sisäistä vaihtelua. Lisäksi Niemikorpi on tutkinut virkakielen suhdetta yleiskieleen sekä tekstilajeja (emt. 136–138). Erikoiskielen tutkimusta tarkasteltaessa on myös mainittava Christer Laurén ja Vesa Heikkinen. Heikkinen (2003) on tutkinut mm. virkakielisyyttä. Laurén (1993) on kirjoittanut useita teoksia tekstilajeista ja tekstilajitutkimuksesta erikoiskielen tutkimuksen ohella myös Marianne Nordmanin kanssa. Laurén ja Nordman (1987) ovat yhdessä tutkineet erikoiskieliä, teknolektejä ja minilektejä kielianalyysien avulla. Kyseisessä tutkimuksessa analysoitiin neljän eri erikoisalan tekstejä tekniikan, talouden ja juridiikan aloilta. Laurénin ja Nordmanin mukaan esimerkiksi tekniikan alan erikoiskielen sisällä on suuriakin poikkeavuuksia eri teknolektien sisällä. Lisäksi huomattavassa roolissa ovat tekniikan alan termit, joita tekniikan alalla on ollut noin 30 000 jo 30-luvulta lähtien. (Laurén & Nordman 1987: 138, 140.) Tutkimuksessaan he toteavat englannin kielen olevan valitsevassa asemassa esimerkiksi talousalan erikoiskielessä. Osasyynä tähän on yhdysvaltalaisen talouden kielen tutkijoiden määrä verrattuna esimerkiksi ruotsalaisiin tutkijoihin. Lisäksi talouden kielessä on todettu sisäisiä eroavaisuuksia ruotsalaisissa ja suomenruotsalaisissa teksteissä. (Emt. 1987: 154.)

Lisäksi erikoisalan kieltä ovat tutkineet esimerkiksi jo aiemmin mainittu Roth (2018), Mäkinen (2001) ja Laituri (2003). Roth käyttää tutkielmassaan Nordmanin (1994) stereotyyppistä luokittelua suomen- ja ruotsinkielisiä neulontaohjeita käsittelevässä tutkimuksessaan. Tutkimustulokset ovat lähellä Nordmanin päätelmiä, toisin sanoen neuleohjeet ovat hyvin samankaltaisia kielestä riippumatta. Rothin tutkielma on myös lähimpänä omaa tutkimustani teoriaa ja tuloksia ajatellen. Mäkinen on tutkinut matkapuhelimen käyttöohjeiden stereotypiaa pro gradu -tutkielmassaan, lisäksi käyttöohjeita on tutkinut myös Laituri, jonka tutkielma käsittelee imurien käyttöohjeita.

Erikoiskielen tutkimuksessa on perinteisesti keskitytty erityisesti variaation tutkimiseen. Erikoiskielen variaatioon lukeutuvat esimerkiksi tyylilajit, rakenne sekä funktionaalisuus (Niemikorpi 1996: 94.) Variaation tutkimisen ohella erikoiskielitutkimus perustuu laajalti myös kvantitatiiviseen näkökulmaan esimerkiksi sanastoja kartoittaessa. Kvantitatiivinen tutkimus kattaa alleen mm. sanaluokkien, terminologian ja tekstilajipiirteiden kartoittamista. Esimerkiksi Oulun yliopistossa on tutkittu erikoiskieltä suomen kirjakieltä edustavassa korpuksessa tilastoimalla kielen yksiköitä. Tätä tutkimusta käytän myös vertailututkimuksena analyysiluvussani. (Emt. 41–43.)

3 LÄÄKETIETEEN KIELI

Tässä luvussa esittelen lääketieteen alan erikoiskieltä, johon myös aineistoni lukeutuu. Luvussa 3.1 esittelen tarkemmin lääketieteellistä viestintää erityisesti ammattilaisen näkökulmasta käyttäen apunani lääketieteen alalla toimiville suunnattuja teoksia. Luvussa 3.2 tutustun lähemmin oirekuvaan ja diagnostiikkaan sekä näiden keskeiseen suhteeseen.

Kieltä voidaan jakaa edelleen ja tutkia monesta eri näkökulmasta. Yksi ilmeisimmistä kontrasteista tarkasteltaessa kielen sisäisiä piirteitä on tämän tyyli, joka jakautuu puhekieleen ja kirjakieleen. Toisaalta kirjakielisyyttä ja puhekieltä voidaan myös tarkastella yhteisenä kokonaisuutena, jolloin tunnusomaisia piirteitä ovat muun muassa sen yleispuhevyys, vakiintuneisuus ja neutraalisuus. Tätä kokonaisuutta voidaan rajata edelleen käyttäjäkunnan perustein, jolloin ryhmän sisäinen kieli rajautuu tämän ymmärrettävyyden ja käyttötarkoituksen pohjalta. Myös lääketieteen kieli on yksi tällaisista käyttäjäkunnaltaan rajautuneista kielistä. (Sajavaara, Piirani-Marsh 2008: 79.)

Kielen ymmärrettävyys ja käyttötarkoitus on yksi erikoiskielen tunnusmerkeistä myös lääketieteen erikoisalalla. Tunnusomaisia erikoiskielisiä piirteitä lääketieteen erikoiskielessä ovat muun muassa lyhenteet (*TT* eli tietokonetomografia, *MMSE* eli mini-mental mental state examination, *PAD* eli patologisanatominen diagnoosi ja *yt* eli yleistila), lainasanat (*bronkus*, *renaali*, *tuberkuloosi*) ja ammattislangi (*hoitu* eli hoitosuunnitelma, *kertsi* eli hoitokertomus ja *kirra* eli kirurgian poliklinikka). Ammattiyhteisön sisällä on tarkoituksenmukaista, ettei kyseisiä ilmaisuja ole tarpeellista selittää. Tämä vuorostaan takaa tehokkaamman viestinnän ammattiyhteisön sisällä. Toisaalta erikoiskielisyyden vahvasti ollessa läsnä ilmenee myös väärinkäsityksiä ja ymmärtämisen vaikeuksia, kun kyse on erikoisalan ammattilaisen ja ulkopuolisen välisestä viestinnästä, esimerkiksi lääkärivastaanotolla. Tämän takia kielitietoisuus ja viestinnän mukauttaminen ovat erityisen tärkeitä työkaluja etenkin lääketieteen alalla ns. ammattijargonin välttämiseksi potilastilanteessa.

Lääketieteen kielijärjestelmä on niin sanottu moninkertainen järjestelmä, joka sisältää sitaattilainoja, erikoislainoja ja omaperäisiä sanoja, esimerkiksi *oxidatio-oksidaatio-hapettuminen*. Eri aloista ja termeistä riippuen käytössä voi yleisesti ottaen olla myös yksinomaan mukautettuja vierassanoja, erikoislainoja tai omaperäisiä sanoja. Lisäksi lääketieteen kielelle on ominaista tämän yhdyssanat ja sanaliitot, esimerkiksi *fabellamuutos*. Myös englannilla on vakiintunut asemansa lääketieteen erikoiskielessä kreikan ja latinan ohella. Englanti esiintyy lääketieteen kielessä lähinnä lainasanoina, esimerkiksi *stressi* ja *markkeri*. Tällaiset sanat on laajalti otettu käyttöön lyhenteinä yksinkertaisuuden vuoksi, esimerkiksi *LDL*, *HDL* ja yleiskielessäkin vakiintunut *CP*. Yleisesti ottaen ohjeistetaan kuitenkin mahdollisuuksien mukaan käyttämään suomalaisia nimityksiä niin potilastyössä kuin tieteellisten tekstien kirjoittamisessa. Tällöin termille on kuitenkin oltava olemassa suomen kielessä yleisesti tunnettu vastine, esimerkiksi *femur-reisiluu*. Lisäksi on suotavaa käyttää mukautettuja ilmauksia erikoislainojen ja sitaattilainojen sijaan, poikkeuksena diagnosoimikkeet, joista kerron lisää luvussa 3.2. Huomattava on myös englannin kielen käyttö lääketieteellisessä viestinnässä: tätä pyritään välttämään tilanteen mukaan käytännön syistä, mikäli saatavilla on muita vaihtoehtoja. Lääketieteellisessä kielihuollossa tähdätäänkin tällaisten vaihtoehtojen löytämiseen ja luomiseen. (Raivio ym. 1994: 69–71.)

Lääketieteen kielelle on tunnusomaista yleiskielelle vieraat ilmaisut ja niiden määrä. Lääketieteellinen kieli ja viestintä pohjautuu siis suurelta osin tarkkaan oppi- ja ammattisanastoon, jota voi tarkemmin kartoittaa ja ymmärtää lääketieteen kielen historiaan tutustumalla. Tässä tutkielmassa lääketieteen yleiskäsitteellä viitataan pääasiassa juuri länsimaiseen lääketieteeseen, joka sai alkunsa antiikin Kreikassa. Tällä on olennaisesti ollut suuri merkitys lääketieteen kielen ja sanaston muodostumiseen aina keskiaikaan asti, jolloin latina siirtyi lääketieteen hallitsevaksi kieleksi. Toisaalta on myös huomioitava kreikan kielen vaikutus latinankielisiin termeihin: lääketieteen kielessä ilmenee yhä kreikkalaisia mukautettuja latinankielisiä sanoja, esimerkiksi lat. *oesophagus* juontaa juurensa kreikkaan. (Raivio, Pernaa & Teppo 1994: 68.)

Latinan vahvasta asemasta huolimatta yleiskielellisiä hoito-oppaita kirjoitettiin jo 1500-luvulta alkaen, vaikka latina toimi lääketieteen pääasiallisena kielenä aina 1800-luvulle asti. Latinan vaikutus näkyy yhä elävien kielten termistöissä, vrt. esimerkiksi lat. *tuberculosis* ja suomenkielinen erikoislaina *tuberkuloosi*. Erikoislainalla tarkoitetaan vieraasta kielestä kohdekieleen mukautettua sanaa, joka kieliassultaan voi poiketa suomenkielisestä äänne- tai kirjoitusasusta (Kielitoimiston ohjepankki 2019). Suomen kielelle erityisiä ovat lääketieteen latinankielisten termien ohella vanhat sanat, joita yhä käytetään myös lääketieteessä, esimerkiksi *valtimo*, *laskimo*, *keuhkot*, *kohtu* ja *rauhanen*. Tuhansia vuosia vanhaa sanastoa on rakennettu 1800-luvulta asti luoden keinotekoisia sanoja eri tieteenalojen termistöön. Lääketieteen sanastoa on ollut kehittämässä mm. itse Elias Lönnroth, jonka luomia sanoja ovat esimerkiksi *laskimo* ja *kuume*. (Raivio ym. 1994: 69.)

Lääketieteen kieli ja viestintä lukeutuu tyyliltään myös virkakieleen, johon kuuluvat myös esimerkiksi erilaiset virastot ja niiden viestintä, juridinen kieli sekä tiedotteet. Tunnuksenomaista virkakielelle on tämän ohjaileva funktio ajatellen virkamiesten työtä ja toimintaa kokonaisuudessaan. (Heikkinen 2002: 28.) Myös esimerkiksi sairaaloilla ja lääkäriasemilla on omat viestintästrategiansa lääketieteellisen kielenhuollon ohjeistusten ohella. Yksi lääketieteen alan kielenhuollon keskeisistä tehtävistä on karsia tarpeettomat synonyymit ja toisaalta myös ehkäistä niiden syntymistä. Myös tämän vuoksi on luotu kansallisia ohjeistuksia koskien esimerkiksi erikoislainojen käyttöä, joita säännöllisesti julkaistaan ammattilaisille suunnatuissa tiedotteissa sekä lehdissä. (Raivio ym. 1994: 73.)

Suomessa kielenhuollosta vastaa pääosin Suomalainen lääkärisseura Duodecim, joka on julkaissut lääketieteen erikoisan sanakirjoja 1880-luvulta lähtien. Merkittävää Duodecimin sanakirjoissa on sanaston säilynyt suhde yleiskieleen, mikä on ulottunut aina terminologiateoksiin asti. Duodecim lääkärisseurassa työskentelee kielenhuollon parissa lisäksi Lääketieteen sanastolautakunta, joka on osallistunut esimerkiksi Lääketieteen termit -teoksen syntymiseen vuonna 1992. Teos toimii yhä suomalaisen lääketieteen kielen perustana. Lääketieteen sanastolautakunta on vuodesta 1983 lähtien valvonut ja kehittänyt lääketieteen erikoiskielen termistöä sekä julkaissut suosituksia kielenkäytöstä.

Suosituksukset koskevat muun muassa oikeinkirjoitusta, yhdyssanoja, lyhenteitä ja merkkejä sekä lauseenrakennetta. (Raivio ym. 1994: 72–73.)

Lääketieteelliset tekstit ovat tyyliltään melko vaihtelevia riippuen siitä, onko kyseessä lääketieteellinen yleistietoteos vai lääketieteellinen tutkimus. Merkittäviä eroavaisuuksia näiden kahden välillä ovat esimerkiksi luettavuus, sanaluokat ja lauserakenne. Esimerkiksi silmäsairauksien erikoisalalle ovat tyypillisiä hyvinkin pitkät ja monimutkaiset lauseet. Lääketieteen kielen kehittyminen on toki olennainen tekijä tässäkin ilmiössä, sillä osasyynä virkkeiden pituuteen ovat monimutkaiset ja pitkät termit. (Niemikorpi 1996: 96.) On kuitenkin huomioitava, ettei lääketieteellisiä tekstejä voi tekstityypiltään mieltää yhdeksi tasalaatuiseksi ryhmäksi. Erikoiskielenä lääketieteen kieli ulottuu esimerkiksi biologiaan, tekniikkaan ja lingvistiikkaan. Eri alojen kytkennät ilmenevät esimerkiksi oireiden tai sairauksien luokittelussa ja erikoisalojen terminologiassa, riippuen kielen käyttötarkoituksesta ja viestintätilanteesta. Lääketieteen kielimuoto voi vaihdella virallisen erikoiskielen, hoitotieteen erikoiskielen, ammattislangin, hoivakielen sekä hallinnon ja teknisen henkilöstön käyttämän kielen välillä. Olennaisia eroavaisuuksia näiden välillä ovat esimerkiksi kielen funktio (tiedottava–teoreettinen), kielen käyttötilanne ja viritystaso, eli niin sanottu ilmapiiri. (Emt. 123–125.)

Lääketieteen kieli tuottaa monimuotoisuutensa vuoksi osakseen myös haasteita. Esimerkiksi erikoiskielineen turha tarkkuus tai toisto tekee teksteistä monimutkaisia ja pitkiä, mikä puolestaan on lääketieteen kielen kirjavuuden aiheuttama ilmiö. Termien monimuotoisuus (erikoislainat, mukautetut lainat, eli erikoislainat ja omaperäiset termit) voi myös asettaa haasteita tunnistamaan asiantuntevaa tieteellistä tietoa verrattuna näennäistieteelliseen tekstiin. (Raivio ym. 1994: 69.)

Lääketieteen sanastolautakunnan julkaisemisesta ohjeistuksista huolimatta terminologia voi toimia viestinnän ymmärtämisen esteenä etenkin potilastilanteessa. Yleisesti termit jakautuvat suositeltuihin, sallittuihin ja vältettäviksi neuvottuihin termeihin (Suonuuti 2001: 30). Kyseisiin ryhmiin lukeutuvat myös vierasperäiset sanat, sitaattilainat sekä erikoislainat, joiden sijaan suositellaan käytettävien omaperäisistä sanoista mahdollisuuksien

mukaan etenkin, kun kyse on lääketieteen alan ammattilaisen ja potilaan välisestä viestinnästä. Vierasperäisten sanojen käyttöä puoltaa toisaalta niiden tarkkarajaisuus ja neutraali sävy. Joissain tapauksissa lääketieteellinen termi ja yleiskielellinen sana ovat merkitykseltään toisistaan poikkeavia, esimerkiksi *hankittu sairaus* tai *positiivinen–negatiivinen* laboratoriotulos. (Raivio ym. 1994: 73–74.) Olennaista tällaisessa tilanteessa on kuitenkin ennen kaikkea sisällön ymmärrettävyys ja viestin välittyminen, jonka turvaamiseksi ammattilaisella on vastuu huolehtia kielen mukauttamisesta tilanteen mukaan, esimerkiksi käyttämällä luonnehtivampaa tai yksinkertaistettua kieltä. Lääketieteen kielen systemaattinen valvominen ja kehittäminen takaa toisaalta siis myös turvallisemman hoitokokonaisuuden potilaan kannalta, minkä vuoksi erikoisalojen sanasto- ja kielenhuoltotyö on erityisen tärkeää.

3.1 Lääketieteellinen viestintä

Lääketieteellinen viestintä on vahvasti kytköksissä tieteelliseen julkaisutoimintaan ja tutkimukseen, johon nykyaikaiset hoitomenetelmät laajalti pohjautuvat. Kuten muillakin tieteenaloilla, myös lääketieteen viestinnällä on omat kielinorminsa. Yleisiä tieteellisten julkaisujen peruspilareita ovat avoimuus ja kriittinen näkökulma. Julkaisualustoina tieteellisille tutkimuksille ja artikkeleille toimivat esimerkiksi lehdet, julkaisut ja abstraktit. Lääketieteellisessä viestinnässä avainasemassa on julkaisun uskottavuus ja viestin välittäminen. Tämä koskee tieteellisen viestinnän lisäksi eri organisaatioiden sisäistä ja ulkoista viestintää, esimerkiksi lääkärin ja potilaan tai erikoisalan ammattilaisten välistä viestintää. Potilasohjeille, epikriiseille (loppuarvio) ja lähetille on olemassa omat norminsa ja ohjeistuksensa, jotta teksti on sisällöltään ja kieliasultaan mahdollisimman yhtenäistä ja informatiivista. (Tähti & Rantala 1998: 13–14.)

Lääketieteelliseen viestintään lukeutuu tiedeviestinnän ohella myös arkisempi viestiminen, esimerkiksi potilaan ja lääkärin välillä. Toinen viestinnän tyyppiesimerkki on epikriisi, eli hoitajakson lopussa tehtävä loppukertomus. Epikriisi jaetaan useimmiten esitietoihin eli anamneesiin, statukseen ja suunnitelmaan. Tyypillisiä kielellisiä piirteitä

epikriisille ovat tämän passiivirakenne, täydellisten lauseiden puuttuminen, välimerkkien ja pääverbien puute sekä tietty kaavamaisuus. Sairaanhoidon teksteissä ilmenee toisaalta myös keskinäisiä eroja riippuen tekstin käyttötarkoituksesta. Decursus, eli päivittäismerkintä, kirjevastaus ja epikriisi ovat esimerkiksi luonteeltaan kovin erilaisia. Tyypillisesti päivittäismerkinnät ovat lyhyitä väliraportteja potilaan tilasta. Päivittäismerkintä on pääasiassa tarkoitettu sairaanhoidon sisäiseen käyttöön, eikä esimerkiksi yleensä ole saatavilla potilaalle hoitopalautteena. Epikriisit ja kirjevastaukset puolestaan ovat sekä lääkärille että potilaalle suunnattuja tekstejä, ja ovat siksi jokseenkin virallisempia sävyiltään. (Niemikorpi 1996: 130–136.)

Potilasviestinnän suhteen olennaista on tiedonkulku. Esimerkiksi konsultaatiovastauksia ja läheteitä koskien viestin on oltava tarpeeksi yleiskielinen, ajankohtainen ja toisaalta myös viitata sekä aiempiin diagnooseihin tai hoitotapahtumiin. Lisäksi viestin tulee viitata myös tuleviin kontroleihin ja mahdollisiin jatkotoimenpiteisiin. (von Heijne & Wirrell 2012: 98.) Hoitotilanteessa myös potilaan kohtaamisella on tärkeä rooli. Anamneesi, eli sairauskertomus, toimii lähtökohtana potilaan ja lääkärin välisessä viestinnässä (Lindgren & Aspegren 2004: 12.) Hyvän ja tarpeeksi kattavan anamneesin avulla voidaan potilasturvallisuuden takaamisen lisäksi myös hoitotilanteessa luoda parempaa suhdetta potilaan ja lääkärin välillä. Seuraavassa luvussa esittelen tarkemmin anamneesin kartoittamista oirekuvan avulla ja luon lyhyen katsauksen diagnostiikkaan.

3.2 Oirekuva ja diagnostiikka

Käsitteellä oire viitataan henkilön tilan muutokseen tai henkilön poikkeavaan tilaan, joka on todettu joko anamneesin tai kliinisten tutkimusten pohjalta (Duodecim 2019). Oirekuvaa kartoitettaessa on tärkeää erottaa itse objektiivinen oire ja oireen kokijan (potilaan) subjektiivinen kokemus oireesta. Oireella tarkoitetaan yksinkertaistettuna fyysisen tilanmuutosta, kuten hermopinnettä. Potilas voi puolestaan kokea tämän esimerkiksi kipuna, toisin sanoen itse kipu on potilaan kokemana subjektiivinen osa oirekuvaa, kun taas hermopinne on objektiivinen, kliinisesti todistettavissa oleva oire. Tietyissä sairauksissa

oirekuva on sekä subjektiivinen että objektiivinen. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi verenvuoto tai kuumeilu. Oirekuvan avulla voidaan kartoittaa diagnoosia, toisaalta diagnosipäätökseen vaikuttavat lisäksi myös anamneesi ja toisaalta myös hoitavan lääkärin kokemus ja ammattitaito. (Birke 1987: 31–32.)

Oirekuva toimii perustana diagnoosin luomiselle. Kliinisessä työssä diagnoosien luokittelun apuna käytetään kansainvälistä ICD-10 tautiluokitusta sosiaali- ja terveysministeriön määräysten mukaisesti. ICD-10 tautiluokitus sisältää yhteensä noin 14 000 tautinimikettä ja on Suomessa ollut käytössä vuodesta 1995 lähtien. (Lehtonen 2019.)

Diagnoosin varmistamiseksi potilaan terveydentilaa kartoitetaan anamneesin avulla. Anamneesissa selvitetään potilaan pääasialliset oireet, sairaushistoria, käytössä olevat lääkkeet, allergiat, suvun sairaudet ja henkilökohtainen historia. Anamneesiin merkitään oireiden alkamisajankohta ja ilmeneminen aikajärjestyksessä. Oirekuvaa kartoitettaessa huomioidaan oireiden kesto, ilmeneminen (hiljattain ilmenevä vai äkillinen), sekä oireiden tiheys ja mahdollinen paheneminen tai lieventyminen. Esimerkiksi potilaan kuvaillessa kipua on olennaista selvittää kivun mahdollinen säteily, sijainti, luonne ja vaikeusaste. Tyypillisesti anamneesia tehtäessä selvitetään myös mm. potilaan ruokahalua, painoa, yleistilaa, mielialaa, väsymystä, kuumeilua ja ihottumaa sekä mahdollisia kipuja tai kyhmyjä. Anamneesin tarkoituksena on tukea diagnoosin laatimista sekä määrittellä, mihin elinjärjestelmään hoidossa keskitytään. (Cox 2015: 23–32.)

Anamneesi on osa hoitokertomusta, joka kokonaisuudessaan koostuu esitiedoista (anamneesi), statuksesta, väliarviosta, lääkärin määräyksistä ja lopuksi loppukertomuksesta, eli epikriisistä. Statuksessa arvioidaan potilaan nykytilaa esimerkiksi erilaisten laboratoriotutkimusten tai testien avulla. Tyypillisiä tällaisia tutkimuksia ovat esimerkiksi PVK, eli perusverenkuva, Lasegue-testi, eli alaraajan nostotesti sekä sydän- ja keuhkoauskultaatio. Hoitokertomus tukee hoitavan lääkärin hoitopäätöstä sekä kertoo hoidettavan potilaan tilasta muille hoitoon osallistuville henkilöille, kuten sairaanhoitajille tai terapeuteille. (Lindgren & Aspegren 2004: 193.) Tämän lisäksi hoitokertomus on juridisesti sitova,

potilaan turvaamiseksi terveydenhoitoalan ammattilaisilla on velvollisuus kirjata hoitoa koskevat tiedot. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 12 §.)

Anamneesin kartoittamisen jälkeen potilaalle luodaan niin sanottu työdiagnoosi, eli hypoteettinen diagnoosi. Työdiagnoosit järjestetään tärkeysjärjestykseen kysymysten avulla, lisäksi diagnoosin toteamiseksi tutkitaan potilaan eri elinjärjestelmiä mm. erilaisissa fysikaalisissa tutkimuksissa. Tutkimusten avulla voidaan karsia työdiagnooseja, jotka koostuvat lääkärin arvioista potilaan ja tutkimusten antamien tietojen perusteella. Lisäksi työdiagnoosin ohella on olennaista tehdä alustava hoitosuunnitelma. Poikkeuksena ovat akuutit tilanteet, jotka vaativat tarkemman ja yksityiskohtaisemman hoitosuunnitelman. Ensiapu- tai päivystyspotilaan hoitosuunnitelmaan kirjataan tulevien tuntien tai vuorokauden aikana tehdyt tutkimukset ja tarkka suunnitelma jatkotoimenpiteistä. Tällaisissa tapauksissa on myös tärkeää kirjata tarkat ajankohdat tapahtumien osalta sekä mahdolliset muutokset potilaan tilassa. Lisäksi akuuttihoitoa tarvitsevan potilaan hoitosuunnitelmaan kirjataan uudet löydökset ja tutkimustulokset sekä jatkohoitoa koskeva suunnitelma näiden perusteella. Työdiagnoosin määrittämisen apuna tulee myös ottaa huomioon millaista hoitoa potilas itse odottaa, mikä on todennäköisin syy potilaan tilaan ottaen huomioon sairaushistoria, mahdollinen väärinkäyttö ja tutkittavan sairauden esiintyvyys. Lisäksi on arvioitava mahdollista oireiden taustalla olevaa potilaan henkeä uhkaavaa sairautta ja toimenpiteiden kustannuksia. (Lindgren & Aspegren 2004: 195–196.)

Hoitokokonaisuus koostuu potilaan sairastumisesta, oirekuvan kartoituksesta ja näiden pohjalta tehtävästä työdiagnoosista, jonka jälkeen diagnoosi todetaan ja ilmoitetaan potilaalle. Tämän jälkeen suoritetaan usein lisätutkimuksia, joiden perusteella tehdään lopullinen diagnoosi. Diagnoosin toteamisen jälkeen potilaalle valitaan hoitosuunnitelma saadun diagnoosin ja oirekuvan perusteella. (Lindgren & Aspegren 2004: 15–16.) Diagnostiikka vaihtelee eri sairauksien välillä ja yleisesti ottaen voidaan todeta, että vaikeammissa ja monimuotoisemmissa sairauksissa anamneesilla on yhä tärkeämpi rooli tulevaa hoitoa ja diagnoosin laatimista ajatellen (emt. 197).

Oireita voidaan jakaa ryhmiin luonteensa perusteella. Tällainen kategorisointi helpottaa diagnoosipäätöstä ja toisaalta myös tuo selkeyttä potilaan oirekuvaan ja tämän laajuuteen sekä monimutkaisuuteen. Oireet voidaan jakaa 17 eri ryhmään riippuen siitä, missä ja miten oire ilmenee. Esimerkiksi *kipuoireisiin* lukeutuvat päänsärky, rinta-, niska-, hartia- ja vatsakivut. Potilaan tilaa määriteltäessä pyritään erityisesti kartoittamaan niin sanottuja *yleisiä oireita*. Näihin kuuluvat kuume, hikoilu, palelu ja vilunväreet, väsymys ja heikkous sekä muutokset ruokahalussa ja painossa. Esimerkiksi yhtäkkinen ja huomattava painonlasku voi kieliä muistisairaudesta. Toisaalta esimerkiksi kasvanut janon tunne puolestaan liitetään *verenkierrollisiin oireisiin* (ns. *polyuria*). (Birke 1987: 5–11.)

Yleiset oireet voivat ilmetä myös akuutisti, jolloin nämä tyypillisesti liitetään korva-, sinus- ja hammassairauksiin (Birke 1987: 58). *Kasvojen alueen ja suun oireille* on myös oma ryhmänsä. Tänne kuuluvat erilaiset kasvoihin vaikuttavat sairaudet ja suun haavaumat, kuivuus, muutokset syljen erityksessä, leuan asennon oireet sekä iensairaudet. Kasvoissa ja suussa ilmenevien oireiden takana voi olla yllättäviäkin tekijöitä, kuten Parkinsonin tauti, herpes tai diabetes (emt. 6, 242–243). *Iho-, silmä- ja korvaoireet* puolestaan muodostavat omat oireryhmänsä. Näihin ryhmiin kuuluvat muun muassa kutina, valoherkkyys, huimaus ja puheentuoton vaikeudet, kuten *apraksia* (emt. 9).

Omat oireryhmänsä muodostavat myös *psykiatriset oireet, vanhusten oireet, neurologiset oireet, virtsateiden oireet, endokrinologiset oireet, (naisten) genitaalialueen oireet, hematologiset oireet, gastrointestinaaliset oireet* sekä *respiratoriset oireet* (Birke 1987: 5–11). Lisäksi jotkin sairaudet voivat ilmetä niin sanotusti *monioireisina* ja joissakin tapauksissa osaltaan aiheuttavat myös toisten sairauksien puhkeamisen. Hyvä esimerkki tällaisesta sairaudesta on *syphilis*, eli *kuppa*. Monioireiset taudit aiheuttavat nimensä mukaisesti useita oireita, jotka toisaalta voivat olla haastaviakin yhdistää toisiinsa. Tällaista oirekuvaa kutsutaan vapaasti suomennettuna *polyoireiseksi (polysymptomatic)*. Monioireisiä sairauksia ovat esimerkiksi psykoneuroosit ja masennus, sidekudossairaudet ja syöpätaudit. Moninaisen oireikuvan takana voi toisaalta myös olla useampi sairaus, tosin tämä on huomattavasti tavallisempi ilmiö iäkkäämpien potilaiden keskuudessa. (Emt. 589–592.)

Lisäksi oireita voi jakaa ryhmiin tyyppinsä perusteella. Kyseinen jako perustuu enemmän oireen ilmenemiseen, kuten ajankohtaan sekä siihen liittyviin tekijöihin, verrattuna yllämainittuun ryhmittelyyn oireen luonteen perusteella, johon esimerkiksi kipuoireet kuuluvat. Todellisuudessa ryhmät kuitenkin ovat limittäisiä, toisin sanoen esimerkiksi kipuoire voidaan mieltää myös esioireeksi. (Duodecim 2019.)

Esi- tai *ennakko-oireella* tarkoitetaan oiretta, joka nimensä mukaisesti kielii tulevasta, itse tautiin liittyvistä oireista ja on usein näitä lievempi. Parantuneen taudin jälkeisiä oireita nimitetään *jäännösoireiksi*, jotka ovat tyyppiltään jatkuvia. Toisin sanoen jäännösoireet ovat pysyviä seurauksia sairaudesta, kuten aivoinfarktin aiheuttamat vauriot. Jäännösoireeseen on verrattavissa myös *myöhäsoire*, joka viittaa sairauden jälkeiseen erilliseen oireeseen. Oireen kehittyessä alkuperäisoireesta poikkeavaan paikkaan tätä nimitetään *myötäoireeksi*. Tyypillinen myötäoire on esimerkiksi silmätulehdus. Toisaalta kehon tai elimistön tiettyyn pisteeseen rajoittuvaa oiretta kutsutaan *paikallisoireeksi*. Elimelliset, eli *somaattiset oireet* tarkoittavat fyysisesti todistettavaa oiretta, kuten elimen toiminnan poikkeavuutta tai muutosta tämän rakenteessa. Kyseisistä oireista voidaan käyttää myös nimitystä fyysinen oire. Tietyt, useimmiten kipuun liittyvät oireet ilmenevät niin sanottuina *heijasteoireina*, jotka ilmenevät tai heijastuvat eri kohtaan, kuin itse oireen aiheuttaja. Tyypillinen heijasteoire on esimerkiksi raajoihin säteilevä kipu. (Duodecim 2019.) Oire voi olla myös itse aiheutettu, joko tiedostamatta tai tietoisesti, jolloin tätä nimitetään *itse aiheutetuksi oireeksi*. Yksi tunnetuimmista syistä itseaiheutettuihin oireisiin on Münchhausen-oireyhtymä, jolle on tunnusomaista potilaan itse sepittämät oireet ja häiriöt. (Sorri 2006: 537–543.)

Lisäksi oireet voivat olla joko positiivisia tai negatiivisia oireita. *Positiivinen oire* viittaa liikatoimintaan tai tietyissä tapauksissa ylimääräiseen toimintaan. *Negatiivisella oireella* puolestaan tarkoitetaan elimistön normaalin toiminnan vajaavaisuutta tai puuttumista. Taudinkuvaa hallitsevaa oiretta kutsutaan niin sanotuksi *pääoireeksi* tai *johto-oireeksi*. Tyypillisesti sairauden pääoireet esiintyvät melko varhain. Samankaltainen oireityyppi on tyyppioire, eli *patognomoninen oire*. Tällä tarkoitetaan tietylle sairaudella tunnuksenomaista oiretta, kuten ihomuutokset rokkotaudeissa. Tyyppioireet ovat taudille

luonteenomaisia ja johtavatkin usein diagnoosin toteamiseen tai varmistumiseen. *Toiminnallinen oire* kuvaa potilaan kokemaa oiretta, jolle ei fyysisesti ole todettavissa aiheuttajaa. Tavallisimpia toiminnallisia oireita ovat virtsateiden oireet ja toiminnalliset vatsaoireet. (Duodecim 2019.)

Tiettyt oireet ovat vahvasti sidoksissa sairauteen tai toimintahäiriöön. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi *vieroitusoireet*, *pyramidioireet*, *muistioireet*, *psykkiset oireet* ja *käyttösoireet*. Lisäksi sairauksiin liittyvillä, erityisen täsmällisillä oireilla on omat, usein sairauden nimeen liittyvät nimitykset. Esimerkiksi *Cullenin oireella* tarkoitetaan ihon tummeneamista navan seudulla. Cullenin oire esiintyy muun muassa verenvuodon aiheuttamana haimatulehduksen tai kohdunulkaisen raskauden yhteydessä. Toinen esimerkki täsmällisestä oireesta on *Fromentin oire*, jolloin potilaan peukalo koukistuu tarttumaotteessa kyy-närhermohalvauksen johdosta. (Duodecim 2019.)

Käytännössä potilaan oireet voivat kuitenkin esiintyä limittäisinä ja siksi onkin olennaista selvittää potilaan kokemat subjektiiviset oireet sekä fyysisissä mittauksissa ja tutkimuksissa todennetut oireet. Myös oirekuvan kartoittamisen kannalta on erityisen tärkeää luoda huolellinen ja tarpeeksi kattava anamneesi. Esimerkiksi eri ihmisten kokemus kivusta voi vaihdella suuresti, ja kivun arvioimiseksi onkin kehitetty erityisiä arviointimenetelmiä mahdollisimman täsmällisen arvion saamiseksi. Yhteenvetona todettakoon, että oireiden ilmeneminen vaihtelee suuresti ihmisestä ja hoitotilanteesta riippuen. Haastavammat sairaustapaukset korostavat näin ollen yhä enemmän anamneesin funktiota onnistuneessa diagnostiikassa.

4 MINILEKTIT

Kuten aiemmin jo totesin, minilektit lukeutuvat erikoiskielen piiriin ja toimivat pienempänä osana tiettyä erikoiskielellistä ryhmää. Minilektillä tarkoitetaan toisin sanoen täsmällisempää yhtenäistä kieliryhmää tietyn erikoisalan tai ammatin sisällä. (Nordman 1994: 10.) Tässä luvussa tarkastelen tarkemmin minilektin käsitettä ja Nordmanin asettamia kriteerejä minilektille omassa tutkimuksessaan. Lisäksi esittelen aiempaa minilektitutkimusta sekä minilektin käytännön ilmenemistä.

4.1 Minilekti käsitteenä

Minilektillä tarkoitetaan erikoiskielen pienempää yksikköä, joka voi toimia joko teknolektin alla olevana käsitteenä tai itsenäisenä yksikkönään erikoiskielen sisällä. Minilekti poikkeaa siis teknolektin käsitteestä esimerkiksi erikoiskielen kaventumisesta, eli kielen yksityiskohtaisuutta koskien. Minilekti on toisin sanoen sisällöltään yksityiskohtaisempaa verrattuna teknolektiin. (Nordman 1994: 10.)

Minilektien synty pohjautuu myös erikoiskielen tavoin mahdollisimman täsmällisen kielen tarpeeseen. Tällainen kaventunut erikoisalan lekti pyrkii teknolektin lailla mahdollisimman tehokkaaseen viestintään. Toisaalta tämä myös tarkoittaa sitä, ettei kieli välttämättä ole ymmärrettävää alaa tuntemattomille juuri yksityiskohtaisuuden ja erikoistumisen vuoksi. Erikoisalan kaventunut kieli tuo toki osakseen mukanaan myös rajoitteita, yksi minilektin tunnuspiirteistä onkin tämän rajautuneisuus. Minilektien käyttötarkoitus on hyvinkin rajautunutta. Tarkasteltaessa esimerkiksi erilaisia ohjeistuksia tai lentäjien käyttämää kieltä, eli ns. *airspeakia*, voidaan todeta minilektien käyttötarkoituksen olevan erittäin rajautunutta. Esimerkiksi kudontaohjeet eivät juurikaan sovellu muuhun tarkoitukseen kuin kutomiseen. (Laurén 1993: 16.)

Käyttötarkoituksen rajautuneisuuden lisäksi toinen olennaisimpia erottavia tekijöitä minilektien ja teknolektien välillä on käyttäjäryhmä. Kuten jo aiemmin todettiin, minilektit kuvaavat teknolektiä kapeampaa erikoisalan osa-aluetta (esimerkiksi lääketieteen erikoiskieli – sisätaudit – gastroenterologia), näin ollen myös erikoisalan asiantuntijoiden ryhmä on useimmiten suppeampi (esimerkiksi lääketieteen kielen käyttäjäryhmä – kirurgit – aivokirurgit). (Laurén & Nordman 1987: 45.)

Muita käytännön esimerkkejä minilekteistä ovat myös merikapteenien välillä käytettävä kieli, eli ns. seaspeak, erilaiset raportit sekä ohjeistukset, kuten esimerkiksi Nordmanin (1994) tutkimat reseptit ja säätiedotteet. Minilektit ovat kuitenkin rakenteellisesti samantaisia ja niitä määrittävät niin sanotut stereotypiat (ks. 4.2). Minilektin tarkoituksena voi olla joko yksinomaan tiedottaminen ja viestintä tai erikoisalan asiantuntijoiden kehittämä, alalla yleisesti käytettävä kieli. (Laurén 1993: 16–17.) Kahden (tai useamman) eri minilektin erottavana tekijänä toimii puolestaan minilektin funktio, esimerkiksi tiedottava tai ohjeistava (Laurén & Nordman 1987: 47). Minilektien, teknolektien ja erikoiskielen käsitejärjestelmässä minilektit voivat olla joko sidoksissa teknolektiin (esim. sisätaudit – gastroenterologia), tai viitata tieteenalaan (esim. lääketiede – poliklinikkalähete). Tietyt minilektit esiintyvät myös ilman suhdetta tieteenalaan, esimerkiksi vapaa-ajan harrastukset – jalkapallo. (Emt. 1987: 48.) Esimerkiksi oirekuvan yläkäsitteet voisivat näyttää tältä: lääketieteen erikoiskieli – sisätautien erikoisala (teknolekti) – hydronefroosin oirekuva (minilekti).

4.2 Minilektin stereotypian kriteerit

Minilektien yhdistävä tekijä on kielen stereotypia, eli minilektin kielelliset normit. Normilla tarkoitetaan kieltä määrittävää konventionaalista rakennetta, luonnetta tai mallia (Lagerholm 2008: 19). Toisin sanoen, jotta kieli voidaan mieltää minilektiksi, on tämän täytettävä tiettyjä vaatimuksia. Esimerkiksi kielen semantiikkaa tarkasteltaessa minilektejä kuvaa kielen semanttinen rajoittuneisuus. Minilektin käyttäjäkunta on yhtenäistä ja koostuu tavallisimmin tietyn erikoisalan asiantuntijoista. Siksi on myös luonnollista, että

kielen sanasto on käyttäjilleen tuttua ja ennen kaikkea terminologisesti vakiintunutta. Käytännössä tämä siis tarkoittaa myös esimerkiksi symbolien ja merkkien olevan vakiintuneita kyseisessä minilektissä (esimerkiksi fonetiikka, meteorologia). Myös minilektien syntaksi on piirteiltään samankaltaista tämän funktiosta riippuen. Tämä koskee esimerkiksi minilektissä käytettäviä verbejä. Eri minilektien syntaktisen yhtenäisyyden lisäksi myös rakenne on laajalti konventionaalista. Tällä tarkoitetaan erilaisten minilektityyppien yhtenäistä rakennetta, toisin sanoen esimerkiksi reseptit ja tiedotteet muistuttavat rakenteeltaan toisiaan erikoisalasta huolimatta. On kuitenkin huomattava, etteivät saman erikoisalan minilektit välttämättä kuitenkaan ole täysin sanaluokiltaan yhtenäisiä. Jotta kieli voidaan mieltää minilektiksi, on siis yllä mainittujen kriteerien täytyttävä. (Laurén & Nordman 1987: 51–52.)

Minilektejä tarkasteltaessa voidaan todeta niiden yleisesti ottaen olevan lyhyitä, kaavamaisia ja yksinkertaisempia verrattuna yleiskieleen. Lisäksi on sisällön kannalta olennaista, ettei kieli ole monitulkinnasta. Lääketieteen kielessä decursukset, eli päivittäismerkinnät, ovat erinomainen esimerkki tästä. Teksti on tyypillisesti lyhyt, seuraa tiettyä kaavaa ja sisältää tietyt, hoidon ja potilaan tilan kannalta olennaiset asiat. Päivittäismerkintää ja epikriisiä verrattaessa voidaan todeta näiden selvästi poikkeavan toisistaan, kyseessä on siis kaksi eri tekstilajia ja niiden minilektiä. Minilektille tyypillistä on sanoman selkeys, jotta viestintä olisi mahdollisimman taloudellista. Tietyissä minilekteissä tämä tarkoittaa jopa yksittäisiä sanoja tai käsitteitä (esimerkiksi seaspeak ja airspeak). (Laurén & Nordman 1987: 53–54.) Seuraavaksi esittelen lähemmin minilektien stereotypiaa tarkastellen rakennetta, syntaksia sekä sanaluokkia.

4.2.1 Rakenne

Minilektien rakenteellinen stereotypia on sidoksissa tekstin rajoittuneisuuteen ja lyhyteen. Selkeää rakenteellista stereotypiaa voidaan siksi löytää useimmista minilekteistä. Lisäksi voidaan olettaa tietyn erikoisalan asiantuntijoiden omaavan tarpeeksi tietoa erikoisalastaan, jotta tiettyjä, usein itsestään selviä asioita, voidaan karsia pois. Käytännössä

tämä tarkoittaa mm. kontekstivihjeiden eliminoimista. Sisätautilääkärin laatiessa oirekuvaa ei siis ole tarkoituksenmukaista esimerkiksi selittää termejä. Erityisesti lääketieteen kielessä kieli on luonteeltaan melko vanhaa ja jopa konservatiivista. Toisaalta erilaisen rakenteen käyttäminen voisi potentiaalisesti luoda ristiriitaa vanhojen ja uusien tekstien välillä, joissain tapauksissa jopa tiedonkulun kannalta. (Nordman 1994: 38–39.)

Nordman (1994: 39–40) toteaa kuitenkin rakenteellisen stereotypian tietyissä minilekteissä oleva sidoksissa lähteeseen. Esimerkkinä mainittakoon säätiedotukset, jotka ovat yhdenmukaisia lähinnä tietyn lähteen sisällä. Toisaalta esimerkiksi käsityöohjeet, kuten neulontaohjeet, ovat hyvinkin samankaltaisia rakenteellisesti myös eri lähteiden välillä.

4.2.2 Syntaksi

Syntaktista stereotypiaa määrittelee sekä funktio että sisältö. Syntaksi koskee esimerkiksi minilektin kieliopillista luonnetta, joka voi tietyissä minilekteissä olla hyvinkin vakiintunut ja rajautunut. Minilektin syntaktinen stereotypia tarkoittaa käytännössä sitä, että tietyn minilektin voidaan todeta suosivan esimerkiksi tietynlaisia lauseenrakenteita ja toisaalta välttävän toisenlaisia. Esimerkkinä voidaan mainita erilaiset käyttömanuaalit, jotka pääosin koostuvat imperatiivilauseista. Minilektien voidaan myös todeta olevan sähkösanomatyyppisiä, lauseet voivat olla vajavaisia ja esimerkiksi subjekti voi puuttua kokonaan. Epätäydelliset lauseet ovat tavallisia erityisesti lääkärin saneluissa, osasyynä voi myös olla pyrkimys saada viesti perille mahdollisimman selkeästi ja nopeasti. Toisaalta esimerkiksi byrokraattisissa ja matemaattisissa minilekteissä pitkät ja monimutkaiset lauseet ovat tavallisia. (Nordman 1994: 40–42.)

Minilektien syntaksi voi vaihdella suuresti eri minilektien välillä. Esimerkiksi partituurien käyttämää kieltä tarkastellessa rakenne on kompleksinen ja koostuu lähinnä soitto-ohjeista. Tällaisia piirteitä voidaan löytää myös säätiedotuksissa esimerkiksi tuulen voimakkuudesta ja suunnasta puhuttaessa. Kuten aiemmin todettiin, ovat myös imperatiiviset tekstit tavallisia minilekteissä. Tällaisiin minilekteihin lukeutuvat esimerkiksi erilaiset

käyttöohjeet ja reseptit. Lisäksi minilekteissä on myös konditionaalipainotteisia tekstejä, kuten testamentit. Toinen tyypillinen syntaksipiirre minilekteissä on passiivin käyttö. Lääketieteen kielessä passiivia käytetään paljon erityisesti potilastekstejä tarkasteltaessa. Poikkeuksena tähän voidaan mainita esimerkiksi lapsia koskevat tekstit. Minilektien aikamuoto on puolestaan rajautunutta. Esimerkiksi käyttöohjeissa imperfektimuotoa tavaataan harvoin, jos ollenkaan. Minilektien syntaksia tarkastellessa on kuitenkin olennaista huomioida myös, etteivät kaikki minilektit ole syntaksiltaan yhdenmukaisia tai merkittäviä. (Nordman 1994: 40–42.)

4.2.3 Sanasto

Minilektin erikoisala on luonnollisesti sidoksissa tämän sanaluokkiin ja sanastoon. Erikoisalojen semanttinen rajoittuneisuus vaihtelee eri minilektien välillä, esimerkiksi partituurien minilekti koostuu lähinnä symboleista ja termeistä. Toisaalta käyttöohjeiden semantiikka ei ole yhtä sisällöllisesti merkittävää merkkiä tai sanaa kohden. Minilektien kannalta tärkeässä roolissa ovat erityisesti substantiivit ja verbit, joihin useimmiten kytkeytyy jokin minilektille olennainen tarkoitus (esimerkiksi lääketieteen *auskultoida* tai *happisaturaatio*). Verrattaessa esimerkiksi substantiivia *heijaste* yleiskielessä ja lääketieteen erikoiskielessä voidaan sanan todeta olevan vahvemmin yhteydessä erikoisalaan. Tästä kieliin sanan yhdenmukainen ja yksiselitteinen tarkoitus (vrt. yleiskielessä *valon heijaste*, *veden heijaste* jne.). Lisäksi sisällöllisesti tärkeitä yksiköitä ovat adjektiivit ja adverbit. Minilektien adjektiivit ja adverbit ovat tyypillisesti arvottavia ja kuvailevia, lisäksi niitä esiintyy minilekteissä rajallisesti. Esimerkiksi säätiedotuksissa adjektiivit ja adverbit kuvailevat lähinnä mm. voimakkuutta tai korkeuksia. (Nordman 1994: 42–43.)

Tietyt minilektit seuraavat täsmällistä semanttista stereotypiaa, toisin sanoen sanoilla on vain yksittäinen yhteys ja merkitys. Tällaista stereotypiaa esiintyy esimerkiksi tietyissä selkokielellä kirjoitetuissa käyttömanuaaleissa. Näin ollen on luonnollista ja tärkeää, että ohjeistus on yksiselitteistä ja selkeää. Minilekteissä esiintyy yleisesti ottaen harvoin pronomineja. Sama koskee idiomeja. Toisaalta on olemassa myös kieleltään vapaampia

minilektejä, kuten vuosikertomukset. Vuosikertomusten kieli ei tavallisesti ole yhtä erikoistunutta ja rajautunutta verrattuna esimerkiksi lääketieteelliseen kieleen. Minilektien stereotypia kokonaisuutena liikkuu siis skaalalla hyvin stereotyyppisestä kielestä vapaampaan kieleen. Stereotypian ollessa vahvempi myös tietyt kielen yksiköt, kuten yllä mainitut pronominit, jäävät pois. (Nordman 1994: 44–45.)

5 OIREKUVAN MINILEKTIN TARKASTELUA

Tässä luvussa tarkastelen keräämäni aineiston minilektiä Nordmanin (1994: 106–126) luoman teorian pohjalta. Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa oirekuvan minilektin stereotyyppisiä piirteitä ja luoda mahdollisimman yhtenäinen kuva minilektin oirekuvasta. Lisäksi vertailen mahdollisia eroavaisuuksia eri sairausluokkien välillä. Olettamuksena on, että oirekuvat ovat pääsääntöisesti yhtenäisiä sairausluokasta huolimatta.

Käyttämäni Nordmanin (1994) teoria perustuu minilektien stereotyyppisten piirteiden kartoittamiseen. Stereotypiaa tutkiessa tarkastelen rakennetta, syntaksia ja sanastoa. Lisäksi Nordmanin tutkimuksessa mainitaan tiettyjen minilektien kohdalla myös tekstin asettelu ja typografiset piirteet. Tämä ei kuitenkaan lukeudu stereotyyppisiin piirteisiin ja jätän tämän vuoksi kyseisen ryhmän pois analyysistäni.

Rakennetta tarkastelen tutkimalla esimerkiksi tekstissä ilmeneviä komponentteja sekä kokonaisrakennetta. Syntaksia kuvaa lauseenrakenne, eli virkkeiden ja lauseiden pituus ja lausetyypit. Sanastoa tässä tutkielmassa kartoitetaan tutkimalla sanastoa ja sanaluokkia sekä oirekuvissa esiintyviä termejä. Minilektin stereotypiaa olen tarkastellut lähemmin luvussa 4. Lopuksi kartoitan oirekuvan minilektiä yhteenvetona sekä havainnoin mahdollisia eroavaisuuksia oirekuvien sairausluokkien välillä. Hypoteesina on, että oirekuva on minilektinä yhtenäinen, eikä täten osoita poikkeavuutta sairausluokkien välillä.

Oirekuvat on jaettu ryhmiin sairausluokittain. Pääluokkina toimivat neurologiset sairaudet, tartuntataudit, tulehdukset sekä lopuksi sydän- ja verisuonitaudit. Sairausluokkia on siis yhteensä 4 kappaletta, jokaisen käsittäessä 5 eri oirekuvaa. Seuraavassa taulukossa 3 on listattuna oirekuvat sairausluokittain, suluissa oleva numero viittaa oirekuvan sanamäärään. Olen numeroinut sairauksien pääluokat 1–4 ja oirekuvat A–E, oirekuva 1.A viittaa siis Lewyn kappale -tautiin.

Taulukko 3. Oirekuvat ja sanamäärät sairausluokittain

Sairausluokka	1. Neurologiset sairaudet	2. Tartuntataudit	3. Tulehdukset	4. Sydän- ja verisuonitaudit
A.	Lewyn kappale-tauti (77)	Borrelioosi (109)	Jäykkäkouristus (77)	Sydäninfarkti (178)
B.	Epilepsia (128)	Hinkuyskä (148)	Appendisiitti (56)	Sepelvaltimo-tauti (216)
C.	Kolmoishermostärky (107)	Legioonatauti (185)	Näköhermotulehdus (72)	Endokardiitti (114)
D.	Bellin pareesi (69)	Vesirokko (156)	Sikotauti (100)	Katkokävely (170)
E.	MS-tauti (280)	Ruusu (75)	Välikorvantulehdus (120)	Aneurysma (61)

Keskimääräinen sanamäärä oirekuviissa on 124,9. Sanamäärä vaihtelee 61–280 välillä. Sairausluokkien sisällä esiintyy siis jonkin verran vaihtelua sanamäärissä. Erikoisaloja on yhteensä kuusi kappaletta ja valtaosa sairauksista kuuluu sisätauteihin. Lisäksi jokaisella erikoisalalla on erikoisalan alla eriytyneitä erikoisaloja, kuten esimerkiksi sisätaudit ja kardiologiset sairaudet (HUS 2020). Tämän vuoksi oirekuvan kirjoittajina on yhteensä seitsemän eri erikoislääkärää.

Seuraavassa luvussa tarkastelen oirekuvan minilektiä kartoittamalla minilektin stereotyyppisiä piirteitä Nordmanin (1994) teorian mukaisesti. Rakennetta tarkastelen luvussa 5.1, syntaksia luvussa 5.2 ja lopuksi sanaluokkia luvussa 5.3.

Vertailututkimuksena käytän Niemikorven (1996:41) aineistoa Oulun yliopiston tekstikorpuksesta. Korpuksessa on kirjattuna suomen kirjakielen kuuluvia sanoja (tekstisanoja). Kirjakieltä edustavaan osaan lukeutuu kaunokirjallisuuden ja sanomalehtien ohella lisäksi tietokirjallisuus, johon myös oirekuvat voidaan mieltää. Oirekuvat perustuvat faktoihin ja kliiniseen tutkimukseen, lisäksi funktiona on yleisön tiedottaminen ja

valistaminen. Korpuksen erikoiskielen aineistoon lukeutuvat esimerkiksi lääketieteelliset tietokirjat, joita on mukana yhteensä 77 teosta. Vertaan oman aineistoni virke- ja lausepituuksia sekä sanaluokkajakaumaa Niemikorven aineiston kanssa.

5.1 Rakenne

Tässä luvussa tarkastelen oirekuvien rakenteellista stereotypiaa tutkimalla oirekuvien asiasisältöä ja tätä rakentavia komponentteja, lisäksi tarkastelen komponenttien esiintymisjärjestystä aineistossani. Tarkastelen myös mahdollisia rakenteellisia eroavaisuuksia ja esittelen esimerkkejä oirekuvan tyypillisestä rakenteesta. Pyrkimyksenä on toisin sanoen kartoittaa oirekuvien kaavamaista ja toistuvaa rakennetta, eli oirekuvan minilektin rakenteellista stereotypiaa.

Kaikki tekstit ovat samasta lähteestä poimittuja, joten pääpiirteittäin ne osoittavat samankaltaisuuksia myös rakenteessa. Tekstien kirjoittajat eivät kuitenkaan ole samoja, mikä puolestaan voi aiheuttaa mahdollisia eroavaisuuksia oirekuvien välillä. Oirekuvat eivät ole itsenäisiä artikkeleita, vaan alaotsikko kyseisestä sairaudesta kertovassa artikkelissa. Siksi myös oirekuvien otsikoinnissa on eroavaisuuksia. Esimerkkeinä otsikoinnista on *Oireet ja taudinkulku, (sairauden) oireet, oireet ja löydökset, löydökset, oireet ja diagnoosi, (sairauden) oireet ja tutkiminen*. Yhteensä oirekuvien erilaisia otsikoita on siis kuusi kappaletta 20 oirekuvassa. Jokainen oirekuva kuitenkin alkaa otsikolla.

Oirekuvat kertovat mm. taudin taustatekijöistä ja luonteesta. Lisäksi oirekuvissa mainitaan taudille tyypilliset oireet ja niiden kesto. Oirekuvien tarkoituksena on tiedottaa lukijoita kyseisen sairauden merkeistä ja informoida esimerkiksi hälyttävistä merkeistä ja erotusdiagnostisista tekijöistä. Oirekuvat sisältävät pääpiirteittäin siis samat, taudin kannalta olennaisimmat tiedot, eli itse oireiden kuvaukset. Näitä tietoja kutsutaan oirekuvien komponenteiksi. Nämä komponentit muodostavat oirekuvien rakenteellisen makrotason. Oirekuvien mikrotasolla puolestaan tarkoitetaan komponenttien järjestystä.

Oirekuvien rakenne koostuu otsikosta, taudin alkamisesta, ensioireiden ilmenemisestä, tyypioireiden kuvauksesta, oireiden taustasyistä sekä mahdollisista seuraamuksista. Lisäksi mukana on kaksi pienempää komponenttiryhmää, jotka kuvaavat taudin toteamista (diagnostiikka ja tutkimukset) sekä tyypillistä taudin riskiryhmää.

Kaikkia komponentteja ei kuitenkaan löydy kaikista oirekuvista, lisäksi kyseisten rakennekomponenttien määrä ja järjestys vaihtelee oirekuvasta toiseen myös eri sairausluokkien sisällä. Kaiken kaikkiaan oirekuvien rakenne koostuu kahdeksasta eri komponentista. Kyseisten komponenttien numerointi on listattu seuraavaan taulukkoon 4.

Taulukko 4. Oirekuvien komponentit

1. Otsikko	2. Taudin alkaminen	3. Ensioireet	4. Tyypioireet
5. Oireiden taustasyyt	6. Taudin seuraukset	7. Taudin toteaminen	8. Taudin riskiryhmä

Otsikolla tarkoitetaan oirekuvan otsikkoa, joka on mukana jokaisessa oirekuvassa. Otsikoissa on kuitenkin jonkin verran vaihtelua, kuten aiemmin jo todettiin. Otsikon vaihtelu ei sinänsä kuitenkaan ole merkityksellistä, sillä kyseessä on varsinaisesti alaotsikko suuremmissa artikkelissa. Taudin alkamisella tarkoitetaan kuvausta kyseisen taudin alkamisesta. Taudin alkamiseen en ole mieltänyt taudin varsinaisia tyypioireita, vaan tietoja ja kuvauksia taudin alkamisvaiheesta, esimerkiksi tartunnan ja ensioireiden välisestä ajasta. Ensioireilla tarkoitetaan oirekuvaan listattuja, taudin ensimmäisiä oireita. Taudin alkamista ja ensioireita kuvaavat sanat kuten *alkaa* ja *alkuoireena/ensioireena*. Tyypioireella tarkoitetaan taudille tyypillisiä oireita, toisin sanoen itse oirekuvan ydintä. Oireiden taustasyihin lukeutuu sairauden taustalla olevia tekijöitä, kuten infektiot. Seurauksilla tarkoitetaan taudin mahdollisiin jälkioireisiin tai seurauksiin, jotka voivat olla joko väliaikaisia tai pysyviä. Lisäksi kyseisessä ryhmässä ovat mukana myös mahdolliset jälkisairaudet.

Taudin toteaminen ja riskiryhmä ovat pienimmät komponenttiryhmät. Taudin toteamisella tarkoitetaan taudin toteamiseen käytettäviä tutkimuksia, kuten EKG-tutkimus. Riskiryhmään puolestaan on listattu sairastumiselle alttiita henkilöitä.

Alla olevaan taulukkoon 5 on kirjattu komponentit ja järjestys, jossa ne oirekuvissa esiintyvät. On huomioitava, että joissakin oirekuvissa sama komponentti ilmenee useaan kertaan, esimerkiksi sekä oirekuvan alussa ja lopussa. Tällaiset komponentit on erotettu toisistaan pilkulla. Oirekuvat sairausluokkineen on nimetty taulukon 3 (oirekuvat ja sanamäärät sairausluokittain) mukaisesti numeron 1–4 viitatessa sairausluokkaan ja kirjaimen A–E oirekuvaan, esimerkiksi 1.A. Nämä oirekuvat ovat alla olevassa taulukossa vasemmalla. Vaakasuoran ylimmän rivin numerointi viittaa komponentteihin 1–8. Taulukossa olevat numerot 1–11 viittaavat komponenttien järjestykseen, eli siihen järjestykseen, jossa ne kussakin oirekuvassa esiintyvät.

Taulukko 5. Oirekuvien rakenteelliset komponentit järjestyksessä

Oirekuva	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.A Lewyn kappale -tauti	1	2	3	-	-	4	-	-
1.B Epilepsia	1	-	2	3	-	4	-	-
1.C Kolmoishermosärky	1	-	-	2	3	4	-	-
1.D Bellin pareesi	1	2	3	4	-	-	-	-
1.E MS-tauti	1	-	5, 9	3, 6, 11	2, 7	4, 8, 10	-	-
2.A Borrelioosi	1	-	2, 5	3	-	4	-	-
2.B Hinkuyskä	1	3	4	5	2	6	-	-
2.C Legioonalaistauti	1	3	4, 9	5, 7	2, 8	6	-	-
2.D Vesirokko	1	3	5	6	4	7	-	2
2.E Ruusu	1	-	2	3, 5	-	4	-	-
3.A Jäykkäkouristus	1	2	3	4	-	5	-	-
3.B Appendisiitti	1	2	-	3, 5	-	4	-	-
3.C Näköhermotulehdus	1	2	-	3, 5	-	-	4	-
3.D Sikotauti	1	2	3	4	-	5	6	-
3.E Välikorvantulehdus	1	2	3	4	-	-	-	-
4.A Sydäninfarkti	1	-	-	2	-	3	4	-
4.B Sepelvaltimotauti	1	-	3, 5	2, 4	6	-	-	-
4.C Endokardiitti	1	-	-	3, 5, 7	2, 4	6, 8	-	-
4.D Katkokävely	1	3	-	2, 5	4	6	-	-
4.E Aneurysma	1	-	3	2, 6	-	4	5	-

Kuten taulukko 5 osoittaa, komponenttien esiintymisessä on jonkin verran vaihtelua. Jokainen oirekuva kuitenkin alkaa otsikolla, kuten jo aiemmin todettiin. Tietoja taudin alkamisesta (komponentti 2) esiintyy yhteensä 11 oirekuvassa. Taudin alkamisen kuvaus esiintyy tavallisimmin komponenteista toisena heti oirekuvan otsikon jälkeen. Tämä tarkoittaa, että taudin alkamisvaihe esiintyy toisena komponenttina yhteensä seitsemässä oirekuvassa. Taudin alkamisvaihe esiintyy kolmantena komponenttina neljässä oirekuvassa. Lisäksi yhdeksässä oirekuvassa ei lainkaan ole mainittuna taudin alkamisvaihetta. Alla on esimerkki taudin alkamisen kuvauksesta oirekuvassa 1.A Lewyn kappale -tauti.

(1) Lewyn kappale -tauti *alkaa* hitaasti. (1.A)

Taudin alkamisvaiheen kuvailulla pyritään viestimään ennen ensioireita tapahtuvia muutoksia, kuten tartunnan ja oireiden ilmenemisen välistä aikaa. Taudin alkamisvaiheen ja ensioireiden erottava tekijä on toisin sanoen se, ettei alkamisvaiheeseen lukeudu varsinaisia oireita, vaan pikemminkin kuvauksia.

Seuraava komponentti, eli ensioireiden kuvailu (komponentti 3), esiintyy yhteensä 14 oirekuvassa. Tavallisimmin ensioireiden kuvailu esiintyy oirekuvissa kolmantena komponenttina, eli yhteensä seitsemässä oirekuvassa. Lisäksi ensioireet esiintyvät järjestyksessä viidentenä komponenttina neljässä oirekuvassa, ja toisena komponenttina kolmessa oirekuvassa. Taulukon mukaan myös neljässä oirekuvassa ensioireiden kuvaus esiintyy useaan kertaan. Alla esimerkki ensioireiden kuvauksesta oirekuvassa 1.E MS-tauti.

(2) *Yleisimmät alkuoireet* ovat näön hämärtyminen toisessa silmässä ja tavalisesti raajojen tuntoaistin häiriintyminen, joka ilmenee puutuiluna tai outoina tuntemuksina. (1.E)

Ensioireilla tarkoitetaan nimensä mukaisesti taudin ensimmäisiä oireita. Nämä eroavat tyyppioireista siten, että ensioireet usein ovat luonnoltaan lievempiä (vrt. esimerkiksi ensioire kurkkukipu ja tyyppioire nielun tulehdus ja turvotus). Ensioireilla kuvataan toisin sanoen merkkejä taudin alkamisesta. Ensioireiden on siis tarkoitus antaa viitteitä alkavasta taudista.

Neljäs ja oirekuvien kannalta olennaisin komponentti, eli tyyppioireet, esiintyy valtaosassa oirekuvia (19/20). Tavallisimmin tyyppioireet esiintyvät järjestyksessä joko kolmantena tai viidentenä komponenttina (seitsemässä oirekuvassa kolmantena ja seitsemässä oirekuvassa viidentenä). Lisäksi tyyppioireet esiintyvät useampaan kertaan yhteensä yhdeksässä oirekuvassa, mikä tekee tyyppioireista eniten esiintyvän komponentin (kaiken kaikkiaan 30 kertaa). Oirekuvien tyyppioireiden kuvailu vaihtelee kivun kuvauksesta ihomuutosten kuvauksiin, seuraavaksi esittelen pari tyyppioireen esimerkkiä oirekuvista 4.D katkokävely ja 3.D sikotauti.

- (3) *Tyypillinen* oire on katkokävely eli *klaudikaatio*. Kävelyn aikana tavallisesti toiseen pohkeeseen ilmaantuu kovaa kipua ja samalla jalka voi tuntua väsyneeltä ja puutuneelta. (4.D)
- (4) [...] taudille *tyypillinen* molempien sylkirauhasten turvotus alkaa korvien alta ja leviää taikinamaisesti kohti alaleuan kulmaa, joka voi myös peittyä turvotukseen. (3.D)

Tyyppioireiden kartoittamisella on olennainen rooli diagnoosin tekemisessä. Tyyppioireet toimivat siis eräänlaisena tunnusmerkkinä taudille, lisäksi mahdollisimman tarkka kuvaus tyypillisestä oireesta edesauttaa erotusdiagnoosin laatimista. Lukijan silmin tyyppioireita lienee myös helpointa tunnistaa verrattaessa näitä esimerkiksi ensioireiden tunnistamiseen. Esimerkiksi vesirokon tyyppioireet ovat useimmiten hyvinkin ilmeisiä ja helposti tunnistettavissa ilman erityistä lääketieteen tuntemusta, ja näin ollen on myös tarkoituksenmukaista kuvailla kyseisiä oireita mahdollisimman laajasti ja tarkasti.

Taudin taustasyyt (komponentti 5) ovat oirekuvissa tavallisimmin toisena komponenttina, eli otsikon jälkeen. Kuten taulukko havainnollistaa, taustasyitä ei suinkaan kuitenkaan ole mukana kaikissa oirekuvissa. Alle puolet oirekuvista, eli yhteensä kahdeksan oirekuvaa sisältää tietoja taudin taustasyistä. Taudin taustasyyt sisältävät tietoja esimerkiksi taudin aiheuttamista muutoksista, kuten bakteeri-infektioista, hapenpuutteesta tai mahdollisesta tartuntatapahtumasta. Taudin taustasyitä kartoitetaan lähinnä taudin kokonaiskuvan selvittämiseksi.

Taudin jälkiseurauksista (komponentti 6) kerrotaan yhteensä 16 oirekuvassa, tavallisimmin järjestyksessä neljäntenä. Taudin jälkiseuraukset sisältävät kuvauksia erilaisista toiminnan ja fyysisen tilan muutoksista sairastetun taudin jälkeen. Jälkiseurausten kuvaamisella pyritään lähinnä syy-seuraussuhteiden kartoittamiseen ja mahdollisen hoitamattoman oireen seurausten kuvailuun. Lisäksi komponenttiryhmä käsittää mahdolliset pysyvät ja tilapäiset jälkitilat sekä jälkisairaudet. Alla tyyppiesimerkkejä komponentista 6 esimerkissä 5 (3.A jäykkäkouristus) ja esimerkissä 6 (3.B appendisiitti).

- (5) Jos tauti *johtaa* kuolemaan, se seuraa useimmiten hengityshalvauksesta ja sydämen toiminnan häiriöistä. (3.A)
- (6) Tulehtunut umpilisäke voi puhjeta, *jolloin kehittyy* vatsakalvon tulehdus eli peritoniitti. (3.B)

Pienimmät komponentit ovat taudin toteaminen (komponentti 7) ja taudin riskiryhmät (komponentti 8). Voi toki spekuloida, voisiko tähän olla syynä oirekuvien kuviteltu lukijakunta: oirekuvat ovat ammattilaisten kirjoittamia, mutta vapaasti saatavilla verkossa kenen tahansa luettavaksi. Toisin sanoen kielen voisi jopa todeta olevan ajoittain miltei popularisoitua. Lisäksi on todennäköistä, ettei maallikolla ole tarkkaa tuntemusta esimerkiksi erilaisista tutkimusmenetelmistä. Yhteensä molempia komponentteja esiintyy kahdeksassa eri oirekuvassa.

Rakennekatsauksen perusteella voidaan todeta suurimpien komponenttien olevan komponentit 1, eli otsikko (20/20 oirekuvassa), komponentti 4 (19/20 oirekuvassa) tyyppioireet ja komponentti 6 (16/20 oirekuvassa) taudin jälkiseuraukset. Toisin sanoen kaikilla oirekuvilla on ainoastaan yksi yhteinen komponentti, eli otsikko.

Kuten taulukko 5 osoittaa, komponenttien järjestys on vaihteleva. Lisäksi vaihtelua luo myös tiettyjen komponenttien puuttuminen joistakin oirekuvista. Tavallisin neljän ensimmäisen komponentin järjestys on kuitenkin komponentti 1 (otsikko), komponentti 2 (taudin alkaminen), komponentti 4 (tyyppioireet) ja komponentti 6 (taudin jälkiseuraukset). Johtopäätöksenä voidaan todeta, että oirekuvien rakenteelliset komponentit etenevät kronologisessa järjestyksessä taudin etenemisen mukaan.

Yhteenvetona voidaan siis todeta, että oirekuvat ovat melko samankaltaisia makrotasoltaan komponentteja tarkasteltaessa. Toisaalta eroavaisuutena oirekuvien välillä on esimerkiksi komponenttien määrä, joka vaihtelee 4–8 välillä. Vaihtelua esiintyy sekä mikrotasolla ja sairausluokkien sisällä. Kaikkien oirekuvien voi kuitenkin todeta sisältävän olennaiset tiedot sairauden kannalta. Mikrotasolla oirekuvien välillä on makrotasoa enemmän vaihtelua. Kuten aiemmin jo todettiin, yhteisenä tekijänä kaikissa oirekuvissa on otsikko. Lisäksi suurimmassa osassa oirekuvia on mukana myös kuvaus tyyppioireista.

Pääpiirteittäin oirekuvat kuitenkin koostuvat samankaltaisista komponenteista. Osasyynä tähän voi olla esimerkiksi oirekuvan selvä funktio, eli sairauden oireiden mahdollisimman laaja ja tarkka kuvailu. Lisäksi oirekuvilla on useampi kirjoittaja, mikä toisaalta voi olla osasyynä vaihtelun esiintymiseen. Toisaalta ei myöskään ole tiedossa, onko julkaisualusta esimerkiksi antanut jonkinlaisia ohjeita tai rajoituksia oirekuvien kirjoittamiselle sisältöä ajatellen.

Osa oirekuvista etenee kronologisessa järjestyksessä taudin alkamisesta taudin jälkioireisiin. Toisaalta tämä ei suinkaan koske kaikkia oirekuvia, (vrt. esimerkiksi oirekuvat 1.A. ja 1.E.) osassa oirekuvia taudin alkamista kuvaillaan vasta tyyppioireiden esittelyn jälkeen tai vaihtoehtoisesti alkuoireita vasta oirekuvan lopussa. Rakenteellisesti mieltäisin kuitenkin oirekuvien olevan tarpeeksi yhtenäisiä ryhmänä, jotta nämä voitaisiin rakentaa tarkasteltaessa erottaa samankaltaisesta minilektistä, kuten esimerkiksi erilaiset potilasmerkinnät. Lisäksi oirekuvien rakenteessa on tunnistettavissa stereotyyppisiä piirteitä, kuten tiettyjen komponenttien esiintyminen ja tunnistettavissa oleva järjestys.

5.2 Syntaksi

Tässä luvussa kartoitan oirekuvien syntaksia tarkastelemalla lauseenrakennetta, lause- ja virkepituuksia sekä tyypillisiä syntaksipiirteitä oirekuvissa. Nordmanin (1994: 40–42) mukaan tyypillistä minilektien syntaksille ovat esimerkiksi epätäydetyt lauseet, joista

esimerkiksi pronominit puuttuvat. Lisäksi erityisesti erilaisissa ohjeteksteissä, kuten käyttöohjeissa, käytetään runsaasti imperatiivimuotoa. Oirekuvat ovat kuitenkin havaintojeni mukaan luonteeltaan enemmänkin kuvailevia ja tiedottavia. Lisäksi mielenkiintoisena huomiona Nordman toteaa tiettyjen minilektien syntaksin osoittavan samankaltaisuuksia lähteestä riippumatta. Lähteen merkitystä ei tosin omassa tutkielmassani voi juurikaan arvioida, sillä kaikki oirekuvat on poimittu samasta lähteestä. Kartoitan oirekuvien syntaktista stereotypiaa tarkastelemalla lauseiden ja virkkeiden ominaisuuksia. Käytännössä tämä tarkoittaa mm. lauseiden määrän ja lauseenrakenteen havainnoimista toistuvia kuvioita ajatellen. Tämä toistuvuus puolestaan muodostaa oirekuvan minilektin stereotypian. Analyysin tulokset esitellään esimerkkeineen taulukoissa tulkinnan helpottamiseksi.

Lauseella tarkoitetaan rakenteellista kokonaisuutta koostuen sanoista ja lausekkeista. Lauseiden pääytimenä toimii finiittiverbi, eli kieliopillisen persoonan mukainen verbi. Sanoiksi en ole mieltänyt numeroita tai mahdollisia lyhenteitä. Lauseiden osien välillä vallitsee erilaisia suhteita, esimerkiksi riippuvuus- ja määrittäyssuhteita. Toisaalta lauseita voidaan muodostaa myös pelkästään verbin avulla. Finiittiverbi on kuitenkin pakollinen osa lausetta. Subjekti, objekti ja adverbiaalitäydennys ovat niin sanottuja verbin argumentteja. Sekä verbi että tämän argumentit kuuluvat siis lauseen ytimeen. Syntaksia tarkasteltaessa on olennaista erottaa käsitteet virke ja lause, virkkeellä tarkoitetaan ison alkukirjaimen ja pisteen, huutomerkkin tai kysymysmerkin välistä osaa. Virke voi koostua joko yksittäisestä lauseesta tai yhdyslauseesta. Virkkeellä voidaan toisaalta myös tarkoittaa jopa verbitöntä ilmausta tai yksittäistä sanaa. Lauseella tarkoitetaan virkkeen osaa, joka ilmaisee kokonaista ajatusta. (VISK § 864).

5.2.1 Virke- ja lausepituudet

Oirekuvien lauserakenne on melko yksinkertainen, yleisesti virkkeitä kuitenkin pidentää runsas esimerkkien kirjo. Seuraaviin taulukoihin olen kirjannut lauseiden ja virkkeiden keskipituudet sanamäärineen. Lauseita on tarkasteltu laskemalla lauseiden ja virkkeiden

määrät kokonaisuudessaan kussakin oirekuvassa, lisäksi olen laskenut sanamäärän kutakin virkettä kohden, sanamäärän kutakin lausetta kohden sekä lauseiden määrän kutakin virkettä kohden. Oirekuvien kokonaissanamäärät ovat tarkemmin listattuna taulukossa 3 (oirekuvat ja sanamäärät sairausluokittain).

Oirekuvien virke- ja lausepituuksien kartoittamisen helpottamiseksi tarkastelen oirekuvia ensin sairausluokittain omissa taulukoissaan, tämän jälkeen listaan kaikkien sairausluokien virkkeiden ja lauseiden keskimääräiset pituudet toiseen taulukkoon. Tällä tavoin pyrin havainnollistamaan määriä sekä kokonaisuutena että myös pienemmissä yksiköissä mahdollisimman tarkan katsauksen luomiseksi. Seuraavissa taulukoissa 6, 7, 8 ja 9 on siis kirjattuna oirekuvien keskimääräiset virke- ja lausepituudet sairausluokittain.

Taulukko 6. Neurologisten sairauksien keskimääräiset virke- ja lausepituudet

1. Neurologiset sairaudet	Sanoja/virke	Sanoja/lause	Lauseita/virke
1.A Lewyn kappale -tauti	11,0	7,7	1,4
1.B Epilepsia	11,6	6,7	1,7
1.C Kolmoishermosärky	11,8	9,7	1,2
1.D Bellin pareesi	11,5	6,2	1,8
1.E MS-tauti	16,9	7,9	2,1
Yhteensä:	62,8	38,2	8,2
Keskiarvo:	12,56	7,64	1,64

Kuten taulukko 6 näyttää, virkkeiden ja lauseiden keskimääräiset pituudet ovat melko lähellä toisiaan neurologisissa sairauksissa. Suurimmat poikkeavuudet ovat oirekuvissa 1.E MS-tauti ja 1.C kolmoishermosärky. Toisaalta oirekuva 1.E on kaikista oirekuvista sanamäärältään suurin. Oirekuva 1.C puolestaan on sanamäärää katsoen kolmanneksi suurin sairausluokkansa sisällä. Yhteenvetona voinee kuitenkin todeta virke- ja lausepituuksien olevan lähellä toisiaan.

Verrattuna Niemikorven (1996) Oulun korpuksen aineistoon oirekuvat ovat lauseiden ja virkkeiden keskipituutta ajatellen lähellä toisiaan. Oulun korpuksen erikoiskielisten tekstien lauseiden keskipituus on 8,2 sanaa (oirekuvat 7,64 sanaa) ja virkkeiden keskipituus on 15,6 sanaa (oirekuvat 12,56 sanaa). Toisin sanoen oirekuvien ja Oulun korpuksen virke- ja lausepituudet poikkeavat selvästi yleiskielestä (vrt. Oulun korpuksen yleiskielisen aineiston lauseiden keskipituus 6,4 sanaa ja virkkeiden keskipituus 11,5 sanaa). Seuraavassa taulukossa 7 on kirjattuna tartuntatautien keskimääräiset virke- ja lausepituudet.

Taulukko 7. Tartuntatautien keskimääräiset virke- ja lausepituudet

2. Tartuntataudit	Sanoja/virke	Sanoja/lause	Lauseita/virke
2.A Borrelioosi	10,9	7,2	1,5
2.B Hinkuyskä	13,4	5,9	2,2
2.C Legioonalaistauti	9,7	7,4	1,3
2.D Vesirokko	11,2	8,2	1,3
2.E Ruusu	12,6	9,5	1,3
Yhteensä:	57,8	38,2	7,6
Keskiarvo:	11,56	7,64	1,52

Pääpiirteittäin neurologiset sairaudet ja tartuntataudit ovat melko lähellä toisiaan virkkeiden ja lauseiden keskipituuksia tarkasteltaessa. Tartuntatautien keskimääräinen virkepituus on jokseenkin lyhyempi. Tartuntatautien keskimääräinen virkepituus on 11,56 sanaa ja neurologisten sairauksien keskimääräinen virkepituus on 12,56 sanaa. Toisaalta esimerkiksi lauseiden keskipituus on molemmissa sairausluokissa 7,64 sanaa. Suurin ero virkepituuksissa on oirekuvan 2.B hinkuyskä ja 2.C legionalaistauti välillä (erotus 3,7 sanaa). Lausepituuksista pisimmät lauseet esiintyvät oirekuvassa 2.E ruusu ja lyhyimmät oirekuvassa 2.B hinkuyskä.

Tartuntatautien oirekuvien virkkeiden keskipituus on kuitenkin Oulun korpuksen erikoiskieliseen aineistoon verrattuna lähempänä yleiskieltä (korpuksen yleiskielisten virkkeiden keskipituus 11,5 sanaa). Lisäksi oirekuvien kesken esiintyy huomattavasti enemmän vaihtelevuutta virke- ja lausepituuksissa verrattuna neurologisten sairauksien ryhmään

(taulukko 6). Seuraavassa taulukossa 8 on kirjattuna tulehdussairauksien keskimääräiset virke- ja lausepituudet.

Taulukko 8. Tulehdussairauksien keskimääräiset virke- ja lausepituudet

3. Tulehdukset	Sanoja/virke	Sanoja/lause	Lauseita/virke
3.A Jäykkäkouristus	11,0	7,7	1,4
3.B Appendisiitti	9,3	6,2	1,5
3.C Näköhermotulehdus	10,2	9,0	1,1
3.D Sikotauti	12,5	8,3	1,5
3.E Välikorvantulehdus	15,0	9,2	1,6
Yhteensä:	58	40,4	7,1
Keskiarvo:	11,6	8,08	1,42

Tulehdussairaudet ovat sanamäärältään pienin sairausluokka (keskimäärä 106,25 sanaa/oirekuva). Kuten myös tartuntatautien ryhmässä, virkkeiden ja lauseiden keskimääräisessä pituudessa esiintyy jonkin verran vaihtelua. Pisimmät virkkeet ja lauseet ovat oirekuvassa 3.E välikorvantulehdus. Verrattuna Oulun korpuksen aineistoon tulehdusten oirekuvat ovat kuitenkin melko lähellä korpuksen erikoiskielisen aineiston lausepituuksia (korpuksen keskimäärä 8,2 sanaa ja oirekuvien keskimäärä 8,08 sanaa). Toisaalta virkkeiden keskimääräistä pituutta (11,6 sanaa) tarkasteltaessa tulehdusten oirekuvat ovat tilastollisesti lähempänä yleiskieltä Oulun korpuksen aineistoon verrattuna (yleiskielen virkkeiden keskipituus 11,5 sanaa). Seuraavassa taulukossa 9 on kirjattu neljännen sairausluokan keskimääräiset virke- ja lausepituudet. Tämän jälkeen tarkastelen virke- ja lausepituuksien keskiarvoja yhtenä ryhmänä taulukossa 10.

Taulukko 9. Sydän- ja verisuonisairauksien keskimääräiset virke- ja lausepituudet

4. Sydän- ja verisuonisairaudet	Sanoja/virke	Sanoja/lause	Lauseita/virke
4.A Sydäninfarkti	13,6	7,1	1,9
4.B Sepelvaltimotauti	12,7	6,7	1,8
4.C Endokardiitti	11,4	7,1	1,6
4.D Katkokävely	9,4	6,8	1,3
4.E Aneurysma	10,1	8,7	1,1
Yhteensä:	57,2	36,4	7,7
Keskiarvo:	11,44	7,28	1,54

Kuten tulehdussairauksissa ja tartuntataudeissa, myös sydän- ja verisuonisairauksien sairausluokassa on jonkin verran vaihtelevuutta etenkin virkepituuksissa. Oirekuvassa 4.A sydäninfarkti esiintyvät pisimmät virkkeet. Pisimmät lauseet ovat oirekuvassa 4.E aneurysma. Virkkeiden keskimääräinen pituus (11,4 sanaa) on lähempänä yleiskieltä verrattuna Oulun korpuksen aineistoon (yleiskielisten tekstien keskipituus 11,5 sanaa). Lausepituudet toisaalta ovat kuitenkin lähempänä erikoiskielisiä tekstejä (Oulun korpuksen erikoiskielisten tekstien keskimääräinen lausepituus 8,2 sanaa, oirekuvien keskimääräinen lausepituus 7,28 sanaa). Sydän- ja verisuonisairauksien sairausluokka on sanamäärältään suurin ryhmä, mikä mahdollisesti voi olla virke- ja lausepituuksien vaihtelevuuden taustalla. Seuraavaan taulukkoon 10 olen kirjannut sairausryhmien keskimääräiset virke- ja lausepituudet sekä Oulun korpuksen erikoiskielisen ja yleiskielisen aineiston virkkeiden ja lauseiden keskipituudet.

Taulukko 10. Keskimääräiset virke- ja lausepituudet

Sairausluokka	Sanoja/virke	Sanoja/lause	Lauseita/virke
1. Neurologiset sairaudet	12,56	7,64	1,64
2. Tartuntataudit	11,56	7,64	1,52
3. Tulehdukset	11,6	8,08	1,42
4. Sydän- ja verisuonisairaudet	11,44	7,28	1,54
Niemikorpi erikoiskieli	15,6	8,2	-
Niemikorpi yleiskieli	11,5	6,4	-
Oirekuvien keskiarvo:	11,79	7,66	1,53

Tarkasteltaessa oirekuvien keskimääräistä virke- ja lausepituutta kokonaisuutena keskipituudet ovat melko lähellä toisiaan. Virkepituuksien lyhyimmän ja pisimmän virkkeen ero on ainoastaan 0,96 sanaa, lausepituuksien ero puolestaan 0,8 sanaa. Oirekuvat ovat lähempänä Oulun korpuksen erikoiskielistä aineistoa lauseiden pituutta tarkasteltaessa, toisaalta virkepituudet ovat lähempänä yleiskieltä. Erikoiskielen virke- ja lausepituuteen vaikuttaa ennen kaikkea monimutkainen kieli. Toisaalta esimerkiksi potilastekstejä tutkittaessa tunnuksenomaista kyseiselle tekstilajille ovat nimenomaan epätäydelliset ja lyhyet lauseet (esimerkiksi ei yskää. PCI 2/2019. Oireeton.).

Oirekuvien virkkeissä on keskimäärin 1,5 lausetta. Lausemäärä virkkeissä on tasainen kaikissa oirekuvissa. Tarkasteltaessa virke- ja lausepituuksia kokonaisuutena voidaan todeta oirekuvien olevan yhtenäinen ryhmä. Virke- ja lausepituuteen vaikuttaa esimerkiksi tekstin asettelu ja tyyli. Osa oirekuvista on kirjoitettu luettelomaisempaan sisältäen runsaasti esimerkkejä. Toiset vuorostaan ovat luonteeltaan kertovampia. Esitystavalla on siis merkittävä rooli virke- ja lausepituuksissa. Seuraavaksi esittelen kaksi esimerkkiä virke- ja lausepituuksien vaihtelevuudesta (esimerkki 7 4.B sepelvaltimotauti ja esimerkki 8 3.D sikotauti).

- (7) Seuraavat piirteet viittaavat siihen, että kyseessä *ei ole* sepelvaltimotauti: kipu on aika lievää ja ilmenee levossa; liikkuminen on mahdollista kivusta huolimatta; kipu jatkuu pitkään tunti- tai päiväkaupalla; kipu liittyy hengitykseen; kipu on luonteeltaan terävää ja pienellä alueella vasemmassa kyljessä. (4.B)
- (8) Kasvojen muodosta tauti on saanut nimensä sikotauti. Turvotus häviää noin viikon kuluessa. (3.D)

Kuten esimerkit yllä osoittavat, oirekuvien lauseet voivat olla hyvinkin pitkiä ja sisältää paljon tietoa tiivistetysti. Toisaalta osassa oirekuvia esiintyy myös lyhyempiä ja yksinkertaisempia lauseita. Kokonaisuutena katsottuna oirekuvien lausemäärä on kuitenkin hyvin tasainen.

5.2.2 Lausetyypit

Lausetyyppejä tarkastelemalla saadaan tarkempaa tietoa oirekuvien virke- ja lauserakenteesta. Tässä luvussa tarkastelen lausetyyppejä tutkimalla oirekuvien pää- ja sivulauseiden jakaumaa sekä lauseiden piirteitä. Tarkoituksena on kartoittaa lausetyyppien esiintymistä ja selvittää, esiintyykö oirekuvissa enemmän jotakin tiettyä lausetyyppiä. Lisäksi esittelen tyypiesimerkkejä oirekuvien lausetyypeistä. Päälauseet ja sivulauseet on kirjattu seuraavaan taulukkoon 11.

Taulukko 11. Päälauseiden ja sivulauseiden jakauma oirekuvissa

	Päälauseita %	Sivulauseita %
1. Neurologiset sairaudet	77,7	22,2
2. Tartuntataudit	83,1	16,8
3. Tulehdukset	89,47	10,53
4. Sydän- ja verisuonisairaudet	91,67	8,33

Kuten taulukko 11 osoittaa, valtaosa oirekuvien virkkeistä koostuu päälauseista. Valtaosa sivulauseista esiintyy neurologisten sairauksien oirekuvissa, vähiten sivulauseita puolestaan on sydän- ja verisuonisairauksissa. Pää- ja sivulauseiden jakauma ei kuitenkaan vaikuta korreloivan esimerkiksi oirekuvien sanamäärän kanssa. Toisaalta päälauseiden määrään vaikuttaa luultavimmin esimerkiksi lauseiden määrä virkettä kohden, joka oirekuvissa keskimäärin on 1,5 lausetta. Päälauseiden pituuteen vaikuttaa esimerkiksi luettelomainen, runsaasti esimerkkejä sisältävä tyyli sekä runsas konjunktioiden käyttö. Jotkin oirekuvat koostuvat jopa yksinomaan päälauseista. Seuraavaksi esimerkkinä 9 oirekuva 3.E välikorvantulehdus.

- (9) Äkilliseen välikorvatulehdukseen liittyy lähes aina joko edeltävä tai samanaikainen ylähengitystieinfektio. Äkillisen välikorvatulehduksen ilmaantumishuippu on 3.–4. päivänä ylähengitystieinfektion oireiden alkamisen jälkeen. Äkillisen välikorvatulehduksen oireet ovat pääosin samoja kuin pelkässä ylähengitystieinfektiossa, joten välikorvatulehduksesta ei voi luotettavasti diagnosoida oireiden perusteella. Korvakipu on ainoa selkeästi äkilliseen välikorvatulehdukseen viittaava oire. (3.E)

Oireiden esittelytapa on lähes listausta muistuttava, lisäksi kirjoittaja on karsinut pois turhat sivuhuomautukset. Oireiden ja sairauden kuvailemiseksi käytetään siis runsaasti esimerkkejä ja jopa luettelointia, kuten esimerkiksi 10, 11 ja 12 (2.E ruusu, 2.C legioonalaistauti, 4.B sepelvaltimotauti).

- (10) Ruusun ensioireita ovat pahoinvointi, päänsärky ja yleinen huonovointisuus. (2.E)
- (11) Riskiä sairastua legionella-keuhkokuumeeseen ja taudin vakavuutta lisäävät korkea ikä, immuunipuute, krooninen keuhkosairaus, tupakointi ja diabetes. (2.C)
- (12) Seuraavat piirteet viittaavat siihen, että kyseessä *ei ole* sepelvaltimotauti: kipu on aika lievää ja ilmenee levossa; liikkuminen on mahdollista kivusta huolimatta; kipu jatkuu pitkään tunti- tai päiväkaupalla; kipu liittyy hengitykseen; kipu on luonteeltaan terävää ja pienellä alueella vasemmassa kyljessä. (4.B)

Tavallisimmin oirekuvien virkkeet koostuvat yhdestä päälauseesta (67,43 %), kaksi päälauseetta sisältäviä virkkeitä on oirekuvissa yhteensä 32,57 %. Lisäksi esiintyy joitakin kolmen päälauseen virkkeitä. Hyvin pitkät virkkeet ovat kuitenkin poikkeustapauksia, ja sisältävät runsaasti esimerkkejä. Oirekuvissa erotetaan tyypillisesti rinnasteiset päälauseet toisistaan sanalla *ja* tai sanalla *tai*. Lisäksi usein esiintyvä rinnakkaiskonjunktio oirekuvissa on *mutta*. Relatiivilauseista tavallisin on *joka*-alkuinen sivulause (ks. esimerkki 13 4.D katkokävely ja esimerkki 14 2.A borrelioosi).

- (13) Oire ei koskaan ala levossa, *mutta* toistuu varsin samanlaisena tietyn kävelymatkan jälkeen. (4.D)
- (14) Puutiaisen puremakohtaan tulee lähes kaikille 2–3 cm:n läpimittainen punoitus, *joka* ei merkitse borreliainfektiota. (2.A)

Sivulauseiden tehtävänä on antaa lisätietoja tai esimerkkejä oireista, kuten esimerkeissä 15, 16 ja 17 (1.A Lewyn kappale -tauti, 3.D sikotauti ja 2.E ruusu). Kyseisissä esimerkeissä luonnehditaan mm. taudin piirteitä (esimerkki 15), oireiden luonnetta (esimerkki 16) ja oireiden muotoa tai ulkonäköä (esimerkki 17).

- (15) Tämän lisäksi taudinkuvaan kuuluu Parkinsonin taudin piirteitä (ks. Parkinsonin tauti), *kuten* liikkeiden hidastumista, jäykkyyttä ja kävelyhäiriöitä. (1.A)
- (16) Tälle kuumeena ja päänsärkynä alkavalle taudille tyypillinen molempien sylkirauhasten turvotus alkaa korvien alta ja leviää taikinamaisesti kohti alaleuan kulmaa, *joka* voi myös peittyä turvotukseen. (3.D)
- (17) Seuraavan puolen vuorokauden kuluessa iholle on noussut vihaisen punainen, turvonnut, arka alue, *jossa* saattaa olla nesterakkuloita (kuva 1) ja verenpurkaumaa. (2.E)

Oirekuvat on kirjoitettu presens-aikamuodossa, oletettavasti taudinkuvan muuttumattomuuden takia. Lisäksi osa oirekuvien ilmauksista on passiivissa (ks. esimerkki 18 1.E MS-tauti), mikä on tavallista erityisesti lääketieteellisille teksteille mutta toisaalta myös erikoiskielille ylipäätään. Lausetyyppejä tarkemmin tarkastellen voidaan lisäksi todeta, että oirekuvat rakentuvat deklaratiiivilauseista eli ns. väitelauseista (ks. esimerkki 19 1.D Bellin pareesi). Muita lausetyyppejä, eli kysymys-, käsky- tai huudahduslauseita ei oirekuvissa esiinny lainkaan. Toisin sanoen oirekuvat ovat lausetyypiltään tiedottavia, eli tosiasiota toteavia.

- (18) *Tunnetaan* vielä myös hyvin vähäoireinen MS-tauti, joka saattaa aiheuttaa vaikkapa vain yhden oireisen pahenemisvaiheen koko elämän aikana. (1.E)
- (19) Halvaus *näkyy* toisella puolella kasvoja suupielen roikkumisena ja nenän ja suupielen ryppyjen oikenemisena. (1.D)

Oirekuvien funktiona on ammattilaisen tiedottaminen, ei siis niinkään ohjeistaminen tai kehottaminen. Oireita kuvaillaan oireiden ilmenemisen aikana, useimmiten aikajärjestyksessä (oireet alkavat, pahenevat ja häviävät). Jokaista vaihetta kuvaillaan näin ollen aktiivisena, jotta taudin kulun hahmottaminen olisi helpompaa.

Oirekuvien kuvailevan luonteen takia myös predikatiiivilauseet ovat tavallisia. Predikatiiivilauseiden tarkoituksena on viestiä tarkemmin oireen tai sairauden luonteesta, kuten esimerkeissä 20 2.A borrelioosi ja 21 4.A sydäninfarkti.

(20) Toinen, huomattavasti harvinaisempi borrelioosin varhaisvaiheen iho-oire *on sinervä, aristamaton, sileäpintainen, pehmeä* kyhmy, borrelia lymfositooma. (2.A)

(21) Sydäninfarkti *on hengenvaarallinen* sairauskohtaus. (4.A)

Kuten esimerkit osoittavat, pyrkimyksenä on kuvailla oiretta mahdollisimman tarkasti lukijalle, kuten esimerkissä 20. Esimerkissä 21 luonnehditaan sairautta lähinnä varoittavaan tapaan.

Yhteenvetona voidaan todeta oirekuvien olevan melko yhtenäinen ryhmä syntaksia ajatellen. Virke- ja lausepituuksissa ei esiinny suuria eroja ja Niemikorven (1996) aineistoon verrattuna oirekuvat osoittavat selkeitä erikoiskielisyyden piirteitä, esimerkiksi lausepituudessa. Lisäksi oirekuvat koostuvat pääosin yhden päälauseen virkkeistä, eikä päälauseiden ja sivulauseiden jakaumassa ole suuria eroavaisuuksia. Päälauseiden ja sivulauseiden määrä vaihtelee 91,67 %– 77,7 % välillä päälauseiden määrää tarkasteltaessa. Sivulauseiden määrä vaihtelee 22,2 %– 8,33 % välillä, näin ollen sivulauseiden määrä on jokseenkin vaihtelevampi. Lisäksi lausetyypit osoittavat selvää samankaltaisuutta sekä päälauseissa että sivulauseissa. Lauseiden pituuteen voidaan todeta vaikuttavan samat tekijät sairausluokasta ja oirekuvasta riippumatta. Oirekuvien voidaan siis todeta olevan stereotypiaa osoittava yhtenäinen ryhmä syntaksia ajatellen, yksittäisiä poikkeavuuksia lukuun ottamatta.

5.3 Sanaluokat

Sanaluokkien stereotypialla tarkoitetaan minilektin sanastoa, eli tarkemmin katsottuna sanaluokkien ilmenemistä sekä erikoiskielisiä termejä. Tässä luvussa esittelen oirekuvissa esiintyviä sanaluokkia tarkastelemalla eniten esiintyviä sanaluokkia, verbityyppejä ja erikoiskielisiä termejä. Aineiston tarkastelemisen helpottamiseksi olen kirjannut oirekuvien sanaluokat taulukkoon ensin sairausluokittain ja sitten yhdessä, kuten myös luvussa 5.2.1. Lisäksi esittelen sanaluokkien tyyppiesimerkkejä. Erityisen kiinnostavia

oirekuvissa ovat adjektiivit ja termit, jotka ovat olennainen osa oirekuvaa. Lisäksi tarkastelen oirekuvien substantiiveja sekä verbejä.

Nordmanin (1994: 43–44) mukaan minilekteille ominaisia ovat esimerkiksi tietyt verbit, jotka esiintyvät joko yksinomaan kyseisessä erikoiskielessä tai omaavat siinä tarkan merkityksen. Lääketieteen erikoiskielessä esimerkki tällaisesta verbistä voisi olla *palpoida* eli tunnustella. Lisäksi tyypillisiä erikoiskielelle tärkeitä sanaluokkia ovat adjektiivit ja adverbit. Toisaalta Nordman huomauttaa, että vain osa adjektiiveista ja adverbista on vahvasti sidoksissa minilektiin.

5.3.1 Sanaluokkien määrät

Aineistostani tarkastelen verbejä, substantiiveja sekä adjektiiveja kirjaamalla ne taulukoon. Tarkoituksena on selvittää, mitä sanaluokkaa esiintyy eniten sekä esitellä kunkin sanaluokan tyyppiesimerkkejä. Niemikorven (1996: 48–49) mukaan erikoiskielten ja yleiskielten sanaluokissa on huomattavia eroavaisuuksia sekä määrällisesti että laadullisesti tarkasteltuna. Käytännössä tällä tarkoitetaan, että erikoiskielet ja tietokirjallisuus suosivat tietynlaisia sanamuotoja, jotka poikkeavat yleiskielestä. Esimerkkinä tällaisesta sanamuodosta mainitaan niin sanottujen abstraktien substantiivien ilmeneminen tietokirjallisuudessa. Adjektiiveista tavallisimmat ovat johdettuja adjektiiveja, jotka pohjautuvat esimerkiksi pronomineihin tai muihin sanaluokkiin.

Yksi mielenkiintoisimpia tarkasteltavia sanaluokkia on lisäksi verbit. Tyypillisesti tietokirjallisuudessa käytettävät verbit viittaavat mm. käyttämiseen, suorittamiseen, toteamiseen tai pyrkimiseen. Toisin sanoen verbit kuvaavat toimintaa enemmän kuin toiminnan laatua. Saukkosen (1984: 38–40) mukaan tietokirjallisuutta kuvaa erityisesti konkreettisten asioiden abstrakti kuvaaminen ja epätoiminnalliset verbit, kuten *jakaa*, *voida* ja *perustua*. Verbien funktio tieteellisissä teksteissä viittaa näin ollen potentiaalisuuteen, kausaalisuuteen sekä identifioimiseen. Seuraavissa taulukoissa 12, 13, 14 ja 15 on kirjattuna

sairausluokkien sanaluokkamäärät suhteutettuna kokonaissanamäärään. Lisäksi esittelen myöhemmin esimerkkejä tavallisista sanaluokkien edustajista oirekuivissa.

Taulukko 12. Sanaluokkien määrät neurologisten sairauksien oirekuivissa

1. Neurologiset sairaudet	Substantiivit %	Adjektiivit %	Verbit %
1.A Lewyn kappale -tauti	38,96	5,19	15,58
1.B Epilepsia	39,06	9,38	23,44
1.C Kolmoishermostäky	44,86	9,35	12,15
1.D Bellin pareesi	42,03	5,80	18,84
1.E MS-tauti	39,64	11,43	15,00

Kuten taulukko 12 osoittaa, sanaluokkien määrät ovat melko lähellä toisiaan. Eniten vaihtelua on verbien määrässä (11,29 %) ja vähiten substantiivien määrässä (5,9 %). Substantiiveja on neurologisten sairauksien oirekuivissa siis 40,54 %, eli lähes puolet. Eniten substantiiveja on oirekuivassa 1.C kolmoishermostäky. Adjektiiveja on eniten oirekuivassa 1.E MS-tauti (11,43 %) ja vähiten oirekuivassa 1.A Lewyn kappale -tauti (5,19 %). Adjektiiveilla kuvataan lähinnä oireiden ilmenemistä ja luonnetta, kuten esimerkissä 22 alla (1.C kolmoishermostäky).

- (22) Kolmoishermostäryssä esiintyy *ajoittaisia lyhyitä, sähköiskumaisia* kipuja toisella puolen kasvoja yhden tai kahden hermohaaran alueella. (1.C)

Verbejä on eniten oirekuivassa 1.B epilepsia (23,44 %) ja vähiten oirekuivassa 1.E MS-tauti, joka on sanamäärältään sairausluokkansa suurin oirekuiva (280 sanaa). Hyvin yleinen ilmaus oirekuivissa on *voida olla*, kuten esimerkissä 23 1.A Lewyn kappale -tauti.

- (23) Ensioireena *voivat olla* älyllisen toimintakyvyn heikentyminen sekä tarkkaavuuden ja vireystilan vaihtelut. (1.A)

Taulukko 13. Sanaluokkien määrät tartuntatautiin oirekuvissa

2. Tartuntataudit	Substantiivit %	Adjektiivit %	Verbit %
2.A Borrelioosi	40,37	8,26	17,43
2.B Hinkusykä	35,81	10,14	18,24
2.C Legioonalaistauti	44,86	6,49	13,51
1.D Vesirokko	37,82	6,41	17,31
2.E Ruusu	34,67	13,33	14,67

Verrattaessa taulukkoa 13 yllä ja taulukkoa 12 voidaan todeta sanaluokkien määrän vaihtelun olevan melko samankaltaista. Eniten vaihtelua on substantiivien määrässä (10,19 %). Substantiiveja on eniten oirekuvassa 2.C legioonalaistauti (44,86 %). Adjektiiveja on eniten oirekuvassa 2.E ruusu (13,33 %) ja verbejä on eniten oirekuvassa 2.B hinkusykä (18,24 %).

Taulukon 12 ja 13 substantiivimäärä on suurimmillaan 44,86% molemmissa taulukoissa, mutta adjektiivien ja verbien suurimmissa määrissä on eroja. Myös sairausluokassa 2. tartuntataudit käytetään paljon *voida* -verbiä. Verbien osuus sanaluokista on keskimäärin 16 % tartuntatautiin oirekuvissa. Sairausluokan 2. adjektiivit kuvaavat esimerkiksi ihomuutoksia, kuten esimerkissä 24 ja 25 alla (2.A borrelioosi ja 2.E ruusu). Lisäksi adjektiivit ovat komparatiivissa, kuten myös esimerkissä 24 alla.

- (24) Toinen, huomattavasti *harvinaisempi* borrelioosin varhaisvaiheen iho-oire on *sinervä, aristamaton, sileäpintainen, pehmeä* kyhmy, borrelia lymfositoma. (2.A)
- (25) Seuraavan puolen vuorokauden kuluessa iholle on noussut *vihaisen punainen, turvonnut, arka* alue, jossa saattaa olla nesterakkuloita (kuva 1) ja verenpurkaumaa. (2.E)

Taulukko 14. Sanaluokkien määrät tulehdusten oirekuivissa

3. Tulehdukset	Substantiivit %	Adjektiivit %	Verbit %
3.A Jäykkäkouristus	42,86	5,19	18,18
3.B Appendisiitti	39,29	5,36	19,64
3.C Näköhermotulehdus	43,06	11,11	18,06
3.D Sikotauti	48,00	4,00	18,00
3.E Välikorvantulehdus	35,00	18,33	16,67

Taulukon 14 mukaan sairausluokassa 3 tulehdukset esiintyy keskimäärin enemmän verbejä kuin sairausluokissa 1. neurologiset sairaudet ja sairausluokassa 2. tartuntataudit. Keskimäärin sairausluokassa 3. verbejä on 18,11 %, eli 1–2 % enemmän kuin sairausluokissa 1. ja 2. Verbit ovat kuitenkin melko samankaltaisia kuin muissakin oirekuivissa ja koostuvat usein verbiparista *voida* + *verbi*, kuten esimerkissä 26 alla (3.D sikotauti).

- (26) Diagnoosi *voidaan varmistaa* osoittamalla virus geenitestillä (PCR) syljestä, virtsasta, verestä tai siemennesteestä. Virus löytyy viikon sisään oireiden alusta. Myöhemmin diagnoosi *voidaan tehdä* vasta-aineiden mittamisella verestä. (3.D)

Myös substantiivien määrä taulukossa 14 on suurempi verrattuna edeltäviin taulukoihin 13 ja 12. Keskimäärin substantiiveja tulehdusten oirekuivissa on 41 %, eniten substantiiveja esiintyy oirekuivassa 3.D sikotauti (48 %). Tämä on 3,14 % enemmän verrattuna neurologisten sairauksien ja tartuntatautiin oirekuiviin. Adjektiiveja on eniten oirekuivassa 3.E välikorvantulehdus (18,33 %). Toisaalta kyseisessä oirekuivassa esiintyy paljon tois-
toa, kuten esimerkissä 27 alla (3.E välikorvantulehdus).

- (27) *Äkilliseen* välikorvatulehdukseen liittyy lähes aina joko edeltävä tai samanaikainen ylähengitystieinfektio. *Äkillisen* välikorvatulehduksen ilmaantumishuippu on 3.–4. päivänä ylähengitystieinfektion oireiden alkamisen jälkeen. *Äkillisen* välikorvatulehduksen oireet ovat pääosin samoja kuin pelkässä ylähengitystieinfektiossa, joten välikorvatulehdusta ei voi luotettavasti diagnosoida oireiden perusteella. (3.E)

Taulukko 15. Sanaluokkien määrät sydän- ja verisuonitautien oirekuvissa

4. Sydän- ja verisuonisairaudet	Substantiivit %	Adjektiivit %	Verbit %
4.A Sydäninfarkti	39,89	12,92	17,42
4.B Sepelvaltimotauti	34,72	11,57	16,67
4.C Endokardiitti	48,25	6,14	16,67
4.D Katkokävely	34,71	13,53	17,65
4.E Aneurysma	34,43	9,84	19,67

Taulukko 15 osoittaa melko runsaasti vaihtelevuutta substantiivien määrässä. Eniten substantiiveja on oirekuvassa 4.C endokardiitti (48,25 %), eli substantiivimäärästä eniten kaikkien sairausluokkien oirekuvista. Vähiten substantiiveja esiintyy oirekuvassa 4.E aneurysma (34,43 %). Tämä tarkoittaa eron suurimman ja pienimmän substantiivien määrän välillä olevan 13,82 %. Adjektiiveja sydän- ja verisuonisairausten oirekuvissa on eniten oirekuvassa 4.D katkokävely (13,53 %), vähiten adjektiiveja esiintyy oirekuvassa 4.C endokardiitti. Adjektiivit kuvailevat esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksissa ilmenevän kivun tunnetta, kuten esimereissä 28 ja 29 (4.E aneurysma ja 4.A sydäninfarkti).

- (28) Suonen sisäkalvon repeämässä (dissekoitumassa) tuntuu *äkillinen voimakas ja repivä* kipu, yleensä rinnan ja selän alueella. (4.E)
- (29) Kipu on *puristavaa, "painavaa"* tai *vannemaista* ja voi säteillä olkavarsiin, leukaperiin, ylävatsalle ja jopa selkään. Kipu on usein *ankaraa* ja jatkuu *samanlaisena*. (4.A)

Taulukossa 15 esiintyvien verbien määrät ovat melko lähellä toisiaan, eniten verbejä esiintyy oirekuvassa 4.E aneurysma (19,67 %) ja vähiten oirekuvissa 4.B sepelvaltimotauti ja 4.C endokardiitti (16,67 %). Ero kyseisten oirekuvien verbimäärän välillä on ainoastaan 3 %. Myös verbeillä kuvaillaan esimerkiksi kivun ilmenemistä, kuten esimerkiksi 30 (4.B sepelvaltimotauti).

- (30) Kivulle on tyypillistä, että se *ilmaantuu* fyysisessä tai henkisessä rasituksessa toistuvasti ja samanlaisena, mutta *helpottaa* nopeasti levossa. (4.B)

Taulukkoja tarkasteltaessa voidaan yhteenvedona todeta, että sairausluokkien sisällä ja myös oirekuvien sisällä ilmenee jonkin verran vaihtelua sanaluokkien määrässä. Erot eivät kuitenkaan ole merkittävän suuria ja sanaluokkien määrät noudattavat pääpiirteittäin samankaltaista kaavaa. Seuraavassa taulukossa 16 esittelen sairausluokkien 1–4 sanaluokat ja niiden määrät sekä tavallisimmat sanaluokkien edustajat. Lisäksi esittelen esimerkkejä lauseista, joissa kyseiset sanaluokkien edustajat esiintyvät.

Taulukko 16. Keskimääräiset sanaluokkien määrät sairausluokittain

	Substantiivit %	Adjektiivit %	Verbit %
1. Neurologiset sairaudet	40,54	9,38	16,64
2. Tartuntataudit	39,38	8,47	16,64
3. Tulehdukset	41,41	9,65	17,88
4. Sydän- ja verisuonisairaudet	38,02	11,37	17,32
Kaikista oirekuvista yhteensä:	39,63	9,77	18,49
Niemikorpi	36,4	8,0	14,0

Taulukko 16 yllä osoittaa oirekuvien olevan yhtenäinen ryhmä sanaluokkien määrää tarkasteltaessa. Sanaluokista tavallisin on substantiivit, yhteensä 39,63 % kaikkien oirekuvien sanoista on substantiiveja. Eniten substantiiveja esiintyy sairausluokassa 3. tulehdukset (41,41 %) ja vähiten sairausluokassa 4. sydän- ja verisuonisairaudet (38,02 %). Kyseisten sairausluokkien substantiivimäärän ero on kuitenkin ainoastaan 3,39 %, eli voidaan todeta, ettei substantiivimäärässä esiinny merkittäviä eroja. Useimmat substantiiveista liittyvät vahvasti erikoiskieleen, kuten esimerkiksi *vajaatoiminta*. Lisäksi suuri osa substantiiveista kuvaa oireiden ilmenemisen ajankohtaa tai sairauden kestoa, tällaisia substantiiveja ovat esimerkiksi *viikko* ja *päivä*.

Kokonaisuutena tarkasteltuna voidaan todeta substantiivien sanaluokan olevan selkeästi erikoiskielinen. Tavallisimmat substantiivit oirekuvissa ovat *oire* (44 kpl, 5 %), *tauti* (34 kpl, 3 %) ja *kipu* (31 kpl, 3 %). Seuraavissa esimerkeissä 31, 32 ja 33 on lauseita, jossa kyseiset substantiivit esiintyvät (esimerkki 31 2.C legioonalaistauti, esimerkki 32 3.A jäykkäkouristus, esimerkki 33 1.D Bellin pareesi)

- (31) Legionella-keuhkokuumeen ensimmäinen *oire* on yleensä kuume lihas- ja päänsärkyineen. (2.C)
- (32) Jos *tauti* johtaa kuolemaan, se seuraa useimmiten hengityshalvauksesta ja sydämen toiminnan häiriöistä. (3.A)
- (33) Halvausta ennen voi tuntua *kipuja* korvan seudussa, kasvoissa tai niskassa, mutta useimmiten *kipuja* ei ole. (1.D)

Substantiivit liittyvät siis vahvasti sairauksiin, kuten esimerkit yllä osoittavat. Lisäksi tavallisia substantiiveja ovat mm. *päivä*, *lapsi*, *viikko*, *aika*, *alue*, *sydän* ja *potilas*. Oulun korpukseen verrattuna substantiiveja on jokseenkin enemmän oirekuvissa (Niemi-Korven (1996) aineistossa keskimäärin 36,4 % substantiiveja).

Adjektiiveja oirekuvissa on kaikkien oirekuvien adjektiivit mukaan luettuna 9,77 %. Yksittäisten oirekuvien ja kaikkien oirekuvien adjektiivimäärän välillä on siis melko paljon vaihtelua. Esimerkiksi oirekuvassa 3.E välikorvantulehdus adjektiiveja esiintyy 18,33 %, eli lähes kaksinkertaisesti oirekuvien yhteiseen adjektiivimäärään verrattuna. Toisaalta kokonaisuutena tarkasteltuna adjektiivien määrät ovat kuitenkin melko lähellä toisiaan, pienimmän ja suurimman adjektiivimäärän eron ollen 2,9 %. Tavallisimpia adjektiiveja ovat *äkillinen* (11 kpl, 5 %), *tyypillinen* (11 kpl, 5 %) ja *vaikea* (10 kpl, 4 %). Samat adjektiivit toistuvat useammin verrattuna samojen substantiivien toistuvuuteen. Adjektiiveilla kuvataan lähinnä oireiden luonnetta ja ilmenemistä, kuten esimerkeissä 34, 35 ja 36 (esimerkki 34 2.E välikorvantulehdus, esimerkki 35 3.B appendisiitti ja esimerkki 36 2.B hinkuyskä).

- (34) Korvakipu on ainoa selkeästi *äkilliseen* välikorvatulehdukseen viittaava oire. Korvakivun puuttuminen ei sulje pois *äkillistä* välikorvatulehdusta. (2.E)
- (35) *Tyypillinen* umpilisäkkeen tulehdus alkaa yleisenä vatsakipuna, joka muutamien tuntien aikana paikallistuu oikealle alavatsalle. (3.B)
- (36) Jos rokottamaton imeväinen saa tartunnan, seurauksena on ns. *tyypillinen* (*vaikea*) hinkuyskä, joka alkuvaiheessaan muistuttaa tavallista flunssaa. (2.B)

Myös adjektiiveja on oirekuivissa enemmän verrattuna Niemikorven (1996) aineiston keskimääräiseen adjektiivimäärään (8,0 %). Muita tavallisia oirekuivissa esiintyviä adjektiiveja ovat esimerkiksi *tavallinen, yleinen, harvinainen, samanlainen, lievä* ja *voimakas*.

Verbit ovat sanaluokista yhtenäisin ryhmä määrällisesti tarkasteltuna, eniten verbejä esiintyy sairausluokassa 3. tulehdukset (17,88 %) ja vähiten sairausluokissa 1. neurologiset sairaudet ja 2. tartuntataudit (16,64 %). Ero kyseisten sairausluokkien verbimäärässä on ainoastaan 1,24 %. Kaikista oirekuivista verbien osuus on 18.49 %, eli 4,49 % enemmän verrattuna Oulun korpuksen aineistoon. Tavallisimpia verbejä oirekuivissa ovat *olla* (98 kpl, 24 %), *voida* (57 kpl, 14 %) ja *esiintyä* (13 kpl, 3 %). Esimerkissä 37 on tyypillinen oirekuvan verbilause (1.E MS-tauti).

- (37) Koska tulehduspesäkkeitä *voi olla* monissa paikoissa keskushermostossa, oireita *esiintyy* eri puolilla kehoa. (1.E)

Muita tavallisia verbejä ovat esimerkiksi *alkaa, tuntua, liittyä, tulla, ilmetä* ja *johtaa*. Lisäksi oirekuivissa on melko paljon kielto- ja kieltomuotoja, kuten esimerkeissä 38 ja 39 (38 4.B sepelvaltimotauti 4.D katkokävely).

- (38) Liikkuessa lihasten hapentarve kasvaa, jolloin heikentynyt verenkierto *ei riitä* huolehtimaan riittävästä hapetuksesta. (4.B)

- (39) Oireena on tällöin voimakas, levossakin tuntuva puristava rintakipu, joka *ei mene* aina nitro-lääkkeelläkään muutamassa minuutissa ohitse. (4.D)

Oirekuivissa on eniten substantiiveja, eli 39,63 % ja adjektiiveja vähiten, 9,77 %. Niemikorven (1996) aineistoon verrattuna sanaluokat ovat jokseenkin suurempia, merkittävää eroa ei kuitenkaan ole todettavissa. Lisäksi jokaisella sanaluokalla voidaan todeta olevan useaan kertaan ilmeneviä tyyppiesimerkkejä. Erityisesti substantiivit ovat erikoiskielisiä. Seuraavassa luvussa tarkastelen oirekuivissa esiintyviä termejä listaamalla ne taulukkoon. Lisäksi esittelen esimerkkejä lauseista, joissa kyseiset termit esiintyvät.

5.3.2 Termit

Erikoiskielelle on tyypillistä myös termien esiintyminen. Termillä tarkoitetaan sanaa tai nimitystä, jolla kuvaillaan tiettyä käsitettä. Termi on siis käsityksen nimitys, kuten *kieli*. (Suonuuti 2001: 14.) Myös oirekuvissa on lääketieteen termejä. Termeiksi olen mieltänyt yleiskielestä poikkeavat sanat. Termeihin lukeutuu esimerkiksi kuvauksia kehon osista, kuten *otsa*, *raaja* tai *sydän*. Lisäksi mukana on verbejä, jotka kuvaavat esimerkiksi sairauden ilmenemistä. Näitä ovat esimerkiksi *esiintyä*, *vaurioitua*, *laukaista* ja *uusiutua*. Termeihin lukeutuu myös ryhmä kipuun liittyviä sanoja, kuten *kipu*, *kipuilu*, *kipuvaihe* ja *tikuttelu*. Lisäksi mukana on selkeästi erikoiskielisiä termejä, kuten *hermohaara*, *dissekoituma*, *kaikututkimus*, *klaudikaatio* ja *troponiini*.

Olen jakanut termit seuraavaan taulukkoon 17 sanaluokkien mukaan. Taulukossa ei kuitenkaan ole mukana kaikkia oirekuvien termejä, vaan lähinnä esimerkkejä, jotka ovat joko erikoisalansa tyyppiesimerkkejä (kuten *troponiini*) tai esiintyvät useaan kertaan oirekuvissa (kuten *kipu*).

Taulukko 17. Oirekuvissa esiintyviä termejä

Substantiivit	Adjektiivit	Verbit
kipu	paikallisalkuinen	reagoida
ensioire	yleistynyt	esiintyä
tauti	turta	laukaista
tajunnanmenetyiskohtaus	paikallinen	uusiutua
taudinkuva	tyypillinen	vaurioitua
ennakkotuntemus	aaltomainen	heijastaa
kouristus	harvinainen	pahentua
raaja	vähäoireinen	kutista
hermohaara	monimuotoinen	todeta
kipuvaihe	lievä	vinkua
kasvohalvaus	traumaattinen	diagnosoida
myeliinivaippa	aristamaton	parantua
demyelinaatio	punoittava	sairastua
tulehduspesäke	puuskittainen	samentua
borreliainfektio	sinertävä	muodostua
lymfosytooma	limainen	edetä
apnea	epätyypillinen	punoittaa
keuhkokuume	korkeakuumeinen	kuumeilla
antibiootti	rokottamaton	voimistua
pcr (geenitesti)	tarttuva	puhjeta
troponiini	turvonnut	heikentyä
kreatiinikinaasi	poikkeava	säteillä
endokardiitti	äkillinen	tarttua

Oirekuvien termit koostuvat mm. erikoislainoista ja omaperäisistä sanoista. Lisäksi oirekuvissa esiintyy joitakin latinankielisiä nimityksiä, kuten *sepsis*, *angina pectoris*, *risus sardonicus*, *pneumonia*, *pertussis* ja *erythema migrans*. Kyseiset vieraskieliset termit on kuitenkin poikkeuksetta selitetty suomenkielisin vastikkein teksteissä. Tarkasteltaessa termejä kokonaisuudessaan voidaan todeta substantiivien määrän olevan suurempi verrattuna adjektiivien ja verbien määrään. Tämä johtunee osittain myös siitä, että substantiiveja esiintyy eniten myös oirekuvissa. Taulukossa 17 olen kuitenkin halunnut esitellä jokaista sanaluokkaa määrältään tasapuolisesti. Yhteenvedona oirekuvissa esiintyy runsaasti termejä, joita kuitenkin on käytetty Lääketieteen sanastolautakunnan ohjeistuksen mukaisesti.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa esittelen analyysini johtopäätöksiä ja pohdin Nordmanin (1994) teorian pohjalta, miten oirekuvien stereotyyppiset piirteet sopivat minilektin stereotypiaan. Yhteenvetona oirekuvissa esiintyy selvää stereotypiaa tarkasteltaessa rakennetta, syntaksia sekä sanastoa. Lisäksi tulokset ovat samankaltaisia verrattuna Nordmanin tuloksiin. Nordman ei ole tutkimuksessaan tarkastellut oirekuvia, mutta lähin tarkastelun kohteena oleva ryhmä on säätiedotteet. Tämän vuoksi tulosteni vertailu perustuu Nordmanin säätiedotteiden minilektin tutkimukseen.

Tarkasteltaessa rakennetta voidaan todeta oirekuvien osoittavan jonkin verran samankaltaisuutta ja koostuvan pääosin samoista komponenteista. Kokonaisuutena tarkasteltuna oirekuvat ovat näin ollen samankaltaisia makrotasoltaan. Komponenttien järjestyksessä ilmenee kuitenkin jonkin verran eroavaisuuksia, esimerkiksi sairauden seuraukset esiintyvät järjestyksessä toisena komponenttina tietyissä oirekuvissa. Mikrotasolla oirekuvissa esiintyy siis vaihtelua, joskin oirekuvat sisältävät pääosin samat tiedot.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, ettei mikrotason vaihtelulla ole käytännön merkitystä oirekuvien rakenteen kannalta. Osasyynä komponenttien järjestyksen vaihteluun voi olla esimerkiksi usea kirjoittaja. Verrattuna Nordmanin (1994: 150–151) tuloksiin, oirekuvien rakenne osoittaa tiettyä samankaltaisuutta säätiedotteiden rakenteen kanssa. Tärkeimpänä tekijänä oirekuvien rakennetta tarkasteltaessa on kuitenkin, että kaikki oirekuvat sisältävät samat tiedot. Lisäksi rakenne on tarpeeksi stereotyyppinen, jotta siitä voidaan erottaa tavallisimmat komponentit sekä niiden järjestys.

Oirekuvien syntaksi on myös samankaltaista. Etenkin tarkasteltaessa oirekuvia kokonaisuutena lauseiden pituudet ovat hyvin samankaltaisia. Oirekuvien virkkeet ovat keskimäärin 11,79 sanaa ja lauseet 7,66 sanaa. Myös yksittäisten oirekuvien lausepituudet ovat hyvin lähellä toisiaan. Niemikorven (1996) aineistoon verrattuna oirekuvien virkepituus on jokseenkin lyhyempi, Oulun korpuksen erikoiskielisen aineiston keskimääräisen virkepituuden ollessa 15,6 sanaa. Toisaalta oirekuvien lausepituus on hyvin lähellä

Niemikorven aineistoa (keskimäärin 8,2 sanaa/lause). Verrattuna Nordmanin (1994: 151) aineistoon oma aineistoni on lähempänä yleiskieltä. Toisaalta Nordmanin mukaan minilektit ovat usein yleiskieltä lyhyempiä. Verrattaessa omaa aineistoani yleiskieleen oirekuvien virkepituudet ovat lähempänä yleiskieltä. Nordman toteaa kuitenkin myös esimerkiksi tempusvaihtelun ja kysymysten olevan harvinaisia minilekteissä, mikä pitää paikkansa myös oirekuvissa. Kokonaisuutena oirekuvien syntaksi on kuitenkin erikoiskiellinen.

Oirekuvien virke- ja lausepituuteen vaikuttavat esimerkiksi pää- ja sivulauseiden määrä, sekä ennen kaikkea runsas esimerkkien määrä. Lisäksi oirekuvissa on myös jonkin verran tarkentavia lauseita, kuten nimityksiä ja kuvailuja. Oirekuvat ovat luonteeltaan enemmän tiedottavampia ja kuvailevampia, joten lauseenrakenteen perusteella ei voi tehdä samantaisia johtopäätöksiä stereotypiasta kuin esimerkiksi vahvasti ohjeistavasta tekstistä (esimerkiksi käyttöohjeet).

Oirekuvat ovat kuitenkin yhtenäinen ryhmä virke- ja lausepituuksia ajatellen, ja oirekuvissa on tunnistettavissa selkeää toistuvuutta virkkeiden ja lauseiden pituudessa sekä päälauseiden ja sivulauseiden määrässä. Yhteenvetona oirekuvien syntaksinen stereotypia on siis selkeästi tunnistettavissa ja minilektin kriteereihin sopiva.

Myös sanaluokkien jakauma on oirekuvissa samankaltainen. Pieniä eroavaisuuksia esiintyy yksittäisissä oirekuvissa mutta oirekuvat ovat kuitenkin ryhmänä tarpeeksi yhtenäisiä, jotta stereotyyppisiä piirteitä voidaan selvästi havaita. Oirekuvissa on sanaluokista eniten substantiiveja, keskimäärin 39,63 % ja vähiten adjektiiveja, 9,77 %. Lisäksi oirekuvien sanaluokat ovat lähellä Niemikorven (1996) aineiston sanaluokkien jakaumaa. Substantiiveja Oulun korpuksen erikoiskielisessä aineistossa on 36,4 %, eli hieman vähemmän kuin oirekuvissa. Myös adjektiiveja on vähemmän Niemikorven aineistossa, jossa adjektiivien osuus on 8,0 %. Verbejä on Niemikorven aineistossa keskimäärin 14 %, eli noin 4 % vähemmän kuin oirekuvissa. Nordmanin (1994) tuloksiin verrattuna oirekuvat osoittavat samankaltaisia stereotyyppisiä piirteitä kuin säätiedotteet, esimerkiksi rajautuneen sanaston osalta.

Oirekuvissa esiintyy myös runsaasti erikoiskielisiä termejä. Nordmanin (1994: 36) mukaan minilektien termien kriteerinä on merkityksen ja käyttötarkoituksen vakiintuneisuus. Myös oirekuvien termit täyttävät minilektin kriteerit ja ovat vakiintuneessa asemassa lääketieteen erikoiskielessä. Lisäksi termejä esiintyy jokaisessa sanaluokassa, eniten substantiiveissa. Stereotypian kannalta termeissä on tunnistettavissa toistuvuutta, kuten esimerkiksi tietyn termin käyttäminen tietyssä yhteydessä.

Yhteenvedon voidaan todeta, että oirekuvat ovat yhtenäinen ryhmänä ja sisältävät stereotypiaa rakenteessa, syntaksissa sekä sanastossa. Yhtäläisyyksiä esiintyy esimerkiksi rakennekomponenteissa, lauseiden keskimääräisissä pituuksissa ja sanaluokajakajauksissa. Lisäksi oirekuvissa on selkeästi tunnistettavissa eniten esiintyvät sanaluokat sekä näiden tyypilliset edustajat. Näin ollen oirekuvat voidaan mieltää minilektiksi ja sopivat minilektin stereotypian kriteereihin. Lisäksi sairausluokkien välillä ei todeta merkittäviä eroja stereotyyppeistä piirteistä ajatellen.

Oirekuvat ovat erikoislääkärien kirjoittamia ja suunnattu pääasiassa lääketieteen ammattilaisille. Julkaisualustana toimii Duodecimin ylläpitämä Terveyskirjasto ja käypä hoito -suositukset, jotka sisältävät tietoa sairauksista ja ajankohtaisista tutkimuksista. Näin ollen oirekuvien lukijakunta on hyvin vaihteleva oirekuvien digitaalisen julkaisualustan vuoksi. Oirekuvia on kuitenkin helpompi ymmärtää jonkin asteisella lääketieteen kielen tunteuksella, esimerkiksi termejä ajatellen. Kaikissa oirekuvissa käytetään kuitenkin pääosin suomenkielisiä termejä ja termejä seuraa useimmissa tapauksissa myös jonkinlainen selitys.

7 LOPUKSI

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa oirekuvan minilektiä tarkastelemalla rakennetta, syntaksia sekä sanastoa Nordmanin (1994) teorian mukaisesti. Olen tutkinut miten oirekuvat täyttävät minilektin stereotypian kriteerit ja lisäksi pyrkinyt havainnoimaan stereotyyppisiä ja toistuvia piirteitä oirekuvissa. Olettamukseni oli, että oirekuvat täyttävät minilektin stereotypian kriteerit sekä muodostavat yhtenäisen erikoiskielisen ryhmän. Tutkimukseni osoitti hypoteesini oikeaksi ja aineistoni analyysi osoitti selvää stereotypiaa oirekuvia tarkasteltaessa. Lisäksi oirekuvat täyttävät Normanin asettamat kriteerit minilektille rakenteen, syntaksin sekä sanaston osalta.

Tutkittava aineistoni koostui kaiken kaikkiaan 20 eri oirekuvasta, jotka jaettiin sairausluokkien perusteella neljään eri pääluokkaan: neurologiset sairaudet, tartuntataudit, tulehdukset sekä sydän- ja verisuonisairaudet. Oirekuvien kirjoittajina toimii seitsemän eri erikoislääkärinä. Yhteensä oirekuvissa on 2498 sanaa.

Tarkastellessani oirekuvia yllätyin etenkin virke- ja lausepituuksien sekä sanaluokkien samankaltaisuudesta. Oirekuvat osoittivat selvää yhtenäisyyttä ryhmänä ja tulosten tulkitseminen oli näin ollen selkeää. Lisäksi lääketieteellisen sanaston perustuntemus oli suureksi hyödyksi oirekuvia tutkiessa. Mielenkiintoista olisi selvittää, onko kyseisille oirekuville määritelty jokin tietty rakenne, jota kirjoittavan lääkärin on seurattava. Oirekuvien tutkiminen sai minut myös huomioimaan tarkemmin työssäni käytettäviä lääketieteellisiä tekstejä sekä niiden toistuvia rakenteita. Vaihtoehtoisesti jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista selvittää myös oirekuvan minilektin yhtenäisyyttä eri lähteissä tai eri kielten välillä. Toisaalta en kuitenkaan usko kielellä olevan suurta vaikutusta oirekuvan stereotyyppisiin piirteisiin, sillä lääketieteen teksteissä on usein määriteltynä tietyt olennaiset piirteet ja tiedot, jotka on oltava mukana tekstissä.

Oirekuvaa kielitieteen kannalta ei ole tutkittu juuri lainkaan. Siksi olisi myös erityisen mielenkiintoista saada lisätietoa lääketieteen kielen käytöstä ja rakenteesta ylipäätään, erityisesti käytännön työssä. Toki kuten aiemmin mainitsin, haasteena tällaiselle

tutkimukselle on vaitiolovelvollisuus sekä tiukat rajoitukset, minkä johdosta autenttisen aineiston hankkiminen olisi luultavimmin hyvin haasteellista.

Toisaalta oirekuvia ja oireiden ilmenemistä on tarkasteltu melko paljon muilla tieteen aloilla, kuten esimerkiksi psykiatriassa ja lääketieteen eri erikoisaloilla. Tällaiset tutkimukset eivät toisaalta kuitenkaan ole kielitieteen alalta, vaikka esimerkiksi logopedian tutkimukset voisivat teoriassa olla melko lähelläkin kielitieteitä. Lääketieteen kieli ja lääketieteellinen viestintä kokonaisuudessaan tarjoaisi kuitenkin mielenkiintoisen lähtökohdan esimerkiksi soveltavalle kielentutkimukselle ja lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää, miten paljon kieltä painotetaan käytännön potilastyössä.

LÄHTEET

Tutkielmassa käytetty aineisto:

Duodecim Käypä hoito (2017) [online].

Duodecim Terveyskirjasto (2020) [online].

Neurologiset sairaudet

Lewyn kappale -tauti. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105

Epilepsia. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00012#s2

Kolmoishermostösärky. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00684

Bellin pareesi. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00695

MS-tauti. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00048

Tartuntataudit

Borrelioosi. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00063

Hinkuyskä. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00129

Legioonalaistauti. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00580

Vesirokko. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00550

Ruusu. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00065

Tulehdukset

Jäykkäkouristus. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00573

Appendisiitti. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00093

Näköhermotulehdus. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00931

Sikotauti. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00607

Välikorvantulehdus. Saatavilla:

<https://www.kaypahoito.fi/hoi31050>

Sydän- ja verisuonisairaudet

Sydäninfarkti. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00086

Sepelvaltimotauti. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00077

Endokardiitti. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00679

Katkokävely. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00004

Aneurysma. Saatavilla:

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00008

Kirjallisuuslähteet

Birke, Gunnar (1987). *Symtom, diagnos*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Cox, Carol L (2015). *Klinisk undersökningsmetodik för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur.

Duodecim (2019). Duodecimin sanakirjat [online]. [Lainattu 23.10.2019]. Saatavilla: <https://www.terveyskirjasto.fi/sovellukset/sanakirjat/#/>

Gläser, Rosemarie (1990). *Fachtextsorten im Englischen*. Tübingen.

Heikkinen, Vesa (2002). *Virkapukuinen kieli*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

von Hejine & Staffan Wirell (2012). *Röntgenremissen – dialog i flera dimensioner*. Lund: Studentlitteratur.

Hirsijärvi, Sirkka, Pirkko Remes & Paula Sajavaara (2009). *Tutki ja kirjoita*. 15. painos. Helsinki: Tammi.

HUS (2020). Sairaanhoidopalvelut [online]. [Lainattu 4.1.2020]. Saatavilla: <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/sisataudit/Sivut/default.aspx>

Koivusalo, Esko (1979). Mitä on yleiskieli ja miten se muuttuu. Teoksessa: Kahila, Seppo (toim.). *Elävää suomea*. Jyväskylä: Gummerus. 11–25.

Kotimaisten kielten keskus (2020). Kielitieto [online]. [Lainattu 31.1.2020]. Saatavilla: https://www.kotus.fi/kielitieto/yleiskieli_ja_sen_huoltaminen/yleiskieli/mita_yleiskieli_on

Kotimaisten kielten keskus (2019). Kielitoimiston ohjepankki [online]. [Lainattu 28.9.2019]. Saatavilla: <http://www.kielitoimistonohjepankki.fi/haku/erikoislainat/ohje/502>

- Kustannus Oy Duodecim (2018). Tietoa terveyskirjastosta [online]. [Lainattu 1.2.2019]. Saatavilla: <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti>
- Kuusirati, Jaana (1993). *Vad säger stjärnorna: om språket i horoskop i Vasabladet och Året runt*. Julkaisematon pro gradu tutkielma. Vaasan yliopisto.
- Lagerholm, Per (2008). *Stilistik*. Lund: Studentlitteratur.
- Laituri, Tarja (2003). *Bruksanvisningar för dammsugare – en komparativ studie*. Julkaisematon pro gradu -tutkielma. Vaasan yliopisto.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laurén, Christer (1993). *Fackspråk. Form, innehåll, funktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Laurén, Christer & Marianne Nordman (1987). *Från kunskapens frukt till Babels torn. En bok om fackspråk*. Stockholm: Liber.
- Lehtonen, Jari (2019). Luokituksen ja luokitusversion tiedot [online]. [Lainattu 13.10.2019]. Saatavilla: <https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=23&versionKey=58>
- Leppänen, Sara (2011). *Kielellinen erityisvaikeus: oirekuva ja familiaarisuus potilasasiakirjojen perusteella*. Pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto.
- Lindgren, Stefan & Knut Aspegren (2004). *Kliniska färdigheter. Informationsutbytet mellan patient och läkare*. Toinen painos. Lund: Studentlitteratur.
- Manninen, Marko (2013). *Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrinen oirekuva ja ennuste*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.
- Mäntynen, Anne, Susanna Shore & Anna Solin (2006). *Genre – tekstilaji*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.
- Mäki-Mantila, Auli (1998). *Språk och struktur i Kurirens kontaktannonser*. Julkaisematon pro gradu -tutkielma. Vaasan yliopisto.
- Mäkinen, Virpi (2001). *Stereotypi i bruksanvisningar för mobiltelefoner*. Pro gradu -tutkielma. Vaasan yliopisto.
- Niemikorpi, Antero (1996). *Liekepostista tuikeilmaisimeen ja sulhasesta kuraenkeliin. Erikoiskielten rakenteellisesta ja tyylillisestä vaihtelusta*. Vaasan yliopiston julkaisuja. Tutkimuksia 213. Kielitiede 34. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Nordman, Marianne (1994). *Minilekter. Om de små textgenrernas språk*. Tutkimuksia No 178. Språkvetenskap 23. Vaasa: Vaasan yliopisto.

- Nordman, Marianne (1985). Miniteknolekter. Teoksessa: Rune Ingo, Christer Laurén, Antero Niemikorpi & Hannu Tommola (toim.) *Erikoiskielet ja käännösteoria*. VAKKI-seminaari V. Vöyri 26.-27.1.1985. Vaasan yliopiston käännösteorian ja ammattikielten tutkijaryhmän julkaisut n:o 6. Vaasa. 63–71.
- Raivio, Kari, Minna Pernaa & Teppo Lyly (1994). *Lääketieteen kieliopas*. Helsinki: Kustannus oy Duodecim.
- Roth, Jenni (2018). *Ylivetokannuksia – överhoptagningar. Suomen- ja ruotsinkielisten neuleohjeiden tarkastelua minilektinä*. Suomi toisena kotimaisena kielenä pro gradu -tutkielma. Vaasan yliopisto.
- Saijavaara, Kari & Arja Piirainen-Marsh (2008). *Kieli, diskurssi & yhteisö*. Toinen painos. Jyväskylän yliopisto.
- Saukkonen, Pauli (2001). *Maailman hahmottaminen teksteinä. Tekstirakenteen ja tekstilajien teoriaa ja analyysia*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sorri, Pentti (2006). Münchhausen-oireyhtymä. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 122: 5, 537–543.
- Suonuuti, Heidi (2001). *Terminologiguiden. En introduktion till terminologiarbete i teori och praktik*. Toinen painos. Terminologicentrum TNC.
- Tuomivaara, Timo, Jyväskylän yliopisto (2015). Jyväskylän yliopiston KOPPA-verkkosivusto. Saatavilla: <https://koppa.jyu.fi/>. Vierailtu seuraavilla sivuilla:
Määrällinen analyysi/ laadullinen analyysi [lainattu 29.4.2019]. Saatavilla: <https://www.mv.helsinki.fi/home/ttuomiva/Y125luku6.pdf>
- Tähti, Hanna & Immo Rantala (1998). *Lääketieteellinen viestintä*. Toinen painos. Tampereen yliopisto.
- VISK = Auli Hakulinen, Maria Vilkuna, Riitta Korhonen, Vesa Koivisto, Tarja Riitta Heinonen ja Irja Alho 2004: *Iso suomen kielioppi*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. [Lainattu 11.1.2020]. Saatavilla: <http://scripta.kotus.fi/visk>
URN: ISBN:978-952-5446-35-7