

MINNA TÖRNÄVÄ

Vastaanotolla vulvodyniaa sairastava nainen

Koulutusinterventiotutkimus vulvodynian
ja sen hoidon tietämyksestä
terveydenhuoltohenkilöstöllä





MINNA TÖRNÄVÄ

Vastaanotolla vulvodyniaa
sairastava nainen

Koulutusinterventiotutkimus vulvodynian
ja sen hoidon tietämyksestä
terveydenhuoltohenkilöstöllä



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
yhteiskuntatieteiden tiedekunnan tiedekuntaneuvoston suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston Arvo-rakennuksen
auditoriossa F115, Arvo Ylpön katu 34, Tampere,
20. päivänä lokakuuta 2017 klo 12.

TAMPEREEN YLIOPISTO

MINNA TÖRNÄVÄ

Vastaanotolla vulvodyniaa
sairastava nainen

Koulutusinterventiotutkimus vulvodynian
ja sen hoidon tietämyksestä
terveydenhuoltohenkilöstöllä

Acta Universitatis Tamperensis 2309
Tampere University Press
Tampere 2017

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

*Ohjaajat*Professori Tarja Suominen
Tampereen yliopisto
Dosentti Meeri Koivula
Tampereen yliopisto*Esitarkastajat*Dosentti Anna Axelin
Turun yliopisto
Dosentti Hanna-Leena Melender
Oulun yliopisto

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Copyright ©2017 Tampere University Press ja tekijä

Kannen suunnittelu
Mikko Reinikka

Acta Universitatis Tamperensis 2309
ISBN 978-952-03-0525-3 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1813
ISBN 978-952-03-0526-0 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://tampub.uta.fi>

Suomen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2017



Omistan tämän

*Kolmellekymmenellekolmelle
tuntemattomalle naiselle.
– Teiltä sain tutkimusaiheen.*

Sekä

*Kolmelle rakkaimmalleni:
Jussille, Anniinalle ja Artulle.
– Teiltä saan arjen ja juhlan.*

Kiitokset

Huoneentaulussani lukee: *En ole ehkä vielä perillä, mutta olen pidemmällä kuin eilen.* Väitöskirjan tekeminen onkin ollut matka, jonka aikana olen miettinyt, pääsenkö perille. Olen verrannut tätä merimatkaan, myötä- ja vastatuulineen. Ajoittain on ollut niin kova aallokko, että olen pelännyt menettäväni tilanteen hallinnan. Olen myös kokenut turhauttavan rasvatyynen, jolloin en ole päässyt eteenpäin. Ilman ohjausta en olisi kohdannut tutkimusta eteenpäin vievää myötätuulta. Suurimmat ja lämpimimmät kiitokset osoitankin professori Tarja Suomiselle ja dosentti Meeri Koivulalle. Te olette ohjanneet minut oikealle reitille, kun olen harhautunut siltä. Te olette kannustaneet minua epätoivonhetkillä. Teidän ansioistanne matkasta tuli ainutlaatuinen oppimiskokemus ja pääsin perille.

Syvät kiitokseni osoitan seurantaryhmäni jäsenille terveystalvapäällikkö, TtM Hanna Karille, dosentti Jari Kylmälle ja dosentti Markku Kankaanpäälle. Teiltä olen saanut käytännöllistä, tieteellistä ja henkistä tukea tutkimukseni eri vaiheissa. Minulla oli ilo saada esitarkastajikseni dosentti Anna Axelin ja dosentti Hanna-Leena Melender. En olisi voinut kuvitella, että esitarkastusprosessi olisi ollut näin rikas kokemus. Teidän tapanne antaa palautetta oli häkellyttävän rakentavaa, mikä innosti minua hiomaan väitöskirjani sisältöä laadukkaammaksi. Tilastollisen merkitsevän suuresti kiitän FM Mika Helmistä analyttisestä avusta. Kiitän KM Tuula Rasaa suomen kielen tarkistuksesta. Olen myös kiitollinen keskusteluistamme, joissa ulkopuolisena lukijana toit esille työni tärkeyden.

Nöyrästi kiitän vulvodyniaa sairastavia naisia, opiskeluterveydenhuoltohenkilöstöä sekä tutkimuksen mittarin ja koulutusintervention oppisisällön asiantuntijaryhmää. Teidän osallistuminen antoi tälle tutkimusmatkalle sisällön. Kiitän tutkimusrahoituksesta Suomen Lantionpohjan Fysioterapeutit ry:tä, Tampereen yliopistoa ja Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen kilpailutettavaa valtion tutkimusrahoitusta. Ilman rahoitusta en olisi vielä perillä.

Olen kiitollinen tohtoriseminaareista, joissa sain aidosti tuoda esille tutkimusmatkani ongelmat. Muistan ensimmäisen seminaariesitykseni, jossa totesin tutkimussuunnitelmani vuoksi olevani kuin heiluvassa laivassa enkä hallitse tasapainoani. Professori Päivi Åsted-Kurki luottamusta vahvistaen sanoi, että kuuluu asiaan, mutta me emme anna sen laivan upota. Kiitän TtT-opiskelijoita saamastani

huojentavasta vertaistuesta. Erityisesti haluan kiittää opponenttiani Toni Haapaa, sinun tarkka paneutumisesi työhöni edisti tutkimusmatkaani. Lämpimät kiitokset myös löylyn- ja tutkimuksenlyömille akateemisille naisille, vertaisina olemme rentoutuneet 110 vuotiaan Rajaportin saunan parvessa.

Minulla on ihana työyhteisö. Lämmin kiitos esimiehilleni, teidän ansiosta tutkimusvapaat on järjestynyt parhaalla mahdollisella tavalla. Suurkiitos tsemppaamisesta työtovereilleni Ärrässä ja Peetoilla ja erityisesti Zetassa. Lähikollegani Tuula ja Miia, en voi kyllin osoittaa kiitollisuutta teille tuestanne. Te olette sanattomasti ja sanallisesti osoittaneet ”hommat hoituu, älä huoli”. En voi kutsua teitä työtovereiksi tai -kavereiksi, vaan työystäviksi – arvostan teitä suuresti.

Elämän hienoimpia lahjoja onkin ystävyys. Koen huonoa omatuntoa, sillä ystävänä olen ollut hyvin poissaoleva, hajamielinen ja ärtyinen. Tre Musketeer, kiitos, että olette vieneet minut tuulettumaan lievistä vastalauseistani huolimatta. Ystäväni Kati, Marita ja Sarkku – vaikka tapaamiset ja jopa puhelinkeskustelut ovat olleet viime aikoina vähäisiä, on minusta hienoa, että juttu jatkuu aina niin kuin se ei olisi ikinä loppunutkaan. Kiitos kun olette.

Kiitän vanhempiani mahdollisuudesta lapsuudessani kehittää ja toteuttaa itseäni liikunnan, käsitöiden ja lukemisen avulla. Teiltä sain myös luonteenpiirteet, jotka mahdollistivat tämän matkan toteutumisen. Edesmenneeltä äidiltäni olen perinyt kunnianhimon ja halun kehittää itseäni – ilman niitä tätä matkaa ei olisi aloitettu. Olen surullinen äiti, ettet ole ollut seuraamassa tutkimusmatkaani, voin vain kuvitella miten ylpeä olisit ollut. Isältäni olen perinyt hiljaisen tahtotilan ja sitoutuneisuuden – niiden avulla menin maili maililta eteenpäin ja pääsin aina pidemmälle kuin eilen. Siskoni Anu ja Marja – sisaruus on rikkaus ja siunaus. Olette minulle sydäntärkeitä. Unelmani on, että mummmomme opein yhdessä leivomme karjalanpiirakoita perhejuhliimme vielä seniori-ikäisinäkin.

Jussi, Anniina ja Arttu, te olette tämän matkan aikana uskoneet minuun enemmän kuin minä itse. Kiitos siitä ja että olette sietäneet minä-minä-maassa olevaa vaimoa ja äitiä. Jussi, olen onnellinen sinusta ja rakkaudestamme. Tilannetajusi mielenvaihteluitani kohtaan on ollut ilmiömäinen. Olet tarvittaessa antanut minulle kaipaamaani etäisyyttä ja tarvittaessa läheisyyttä. Anniina ja Arttu, te olette maailman ihanin tytär ja poika. Kehittäkää itseänne läpi elämän. Sen ei kuitenkaan tarvitse olla opiskelua, väitöskirjantekoa tai etenemistä uralla – määritelkää itse unelmanne ja päämääränne.

Pääsin perille. Tampereella aurinkoisena syyspäivänä 6.9.2017



Tiivistelmä

Naisilla esiintyvää yli kolme kuukautta kestänyttä ulkosynnyttimien kiputilaa, jolle ei löydy selvää etiologiaa, kutsutaan vulvodyniaksi. Oireyhtymä saattaa aiheuttaa fyysisten oireiden lisäksi psykoseksuaalisia- ja parisuhdeongelmia. Vulvodyniaa sairastavista naisista valtaosa on hedelmällisessä iässä. Vulvodynia saattaa aiheuttaa yhdyntävaikeuksien vuoksi jopa lapsettomuutta. Perusterveydenhuoltoon kuuluu opiskeluterveydenhuolto, johon opiskelevat naiset hakeutuvat intiimialueen ongelmissa, kuten esimerkiksi emättimen alueen kivuissa. Tutkimusten mukaan terveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta tulisi lisätä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata naisten kokemuksia vulvodyniasta ja sen hoidosta. Tarkoituksena on myös arvioida tutkimusta varten kehitetyllä mittarilla opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietämystä tästä aihealueesta ennen ja jälkeen koulutusintervention. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää terveydenhuollossa vulvodyniaa sairastavien naisten ja heidän kumppaniensa kohtaamisessa sekä hoidon kehittämisessä.

Tutkimuksen asetelma perustuu monimetodi-menetelmään, joka sisältää kaksi vaihetta. Vaiheen I aineisto kerättiin suljetulta vulvodynia-keskustelupalstalta anonyymina verkkokyselynä. Aineisto koostui vulvodyniaa sairastavien naisten (n = 33) kokemuksesta, jotka analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Naisten kokemukset sekä näyttöön perustuva kirjallisuus vulvodyniasta ja sen hoidosta olivat vulvodynian ja sen hoidon tietämystä mittaavan, AKVDC (Awareness and Knowledge of Vulvodynian and its Care)[®] -mittarin kehittämisen perustana. Vaiheen II tutkimusasetelma oli kvasikokeellinen. Tutkimusaineisto kerättiin opiskeluterveydenhuoltohenkilöstöltä (N = 191) AKVDC[®]-kyselymittarilla eri puolilla Suomea sijaitsevista kahdestatoista opiskeluterveydenhuollon toimipisteestä ennen (n = 79) ja jälkeen (n = 30) täydennyskoulutusintervention. Kuvailevia tilastollisia menetelmiä käytettiin kuvaamaan opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta. Tutkimuksen täydennyskoulutusinterventio kehitettiin deduktiivisesti AKVDC[®]-mittarin rakenteen mukaisesti asiantuntijaryhmän (N = 9) teemahaastattelun, asiantuntija-

arvion ja kirjallisuuskatsauksen perusteella. Tutkimuseettisiä arvoja noudatettiin läpi tutkimuksen.

Naiset raportoivat niin positiivisia kuin negatiivisiakin hoitokokemuksia vulvodynian hoidosta. Naisten kokemusten perusteella terveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta tulisi lisätä. Vulvodynia kuormittaa parisuhdetta ja erityisesti seksuaalielämää. Terveydenhuoltohenkilöstöltä saatu tieto ja tuki koetaan merkitykselliseksi parisuhteen hyvinvoinnissa.

Opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta todettiin olevan eritasoista tietämyksen eri osioissa ennen koulutusinterventiota. Tietoisuus vulvodynian tunnistamisesta oli jonkin verran hyvä, mutta vulvodynian hoitomenetelmistä jonkin verran huono. Tietoisuus inhimillisen kohtaamisen sekä saadun tiedon ja tuen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle oli hyvä. Tieto vulvodyniasta ja sen hoitamisesta todettiin tietotestin mukaan keskitasoa heikomaksi. Taustatekijöistä koetut taidot ja aikaisemmat koulutukset vulvodyniasta olivat yleisemmin yhteydessä parempaan tietämykseen vulvodyniasta ja sen hoidosta.

Koulutusintervention jälkeen osallistuneiden tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta oli tilastollisesti merkittävästi korkeampi sekä tietoisuus että tietoisassa. Opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietoisuus vulvodynian tunnistamisesta ja hoidosta oli myös kliinisesti merkittävästi korkeampi. Myös tietotestin pisteet olivat kliinisesti merkittävästi korkeammat koulutuksen jälkeen alkumittaukseen verrattuna. Koulutuspalautteen perusteella osallistujien koulutustyytyväisyys oli hyvä.

Vulvodynia aiheuttaa naisille monia fyysisiä, psyykkisiä ja seksuaalisia toimintahäiriöitä, jotka heijastuvat parisuhteeseen. Hoitosuhteessa tulisi kiinnittää erityistä huomiota tiedon ja tuen antamiseen vulvodyniaa sairastavalle naiselle sekä hänen kumppanilleen. Verkkopohjaisella täydennyskoulutuksella voidaan tuottaa samansisältöinen oppisisältö vulvodynian ja sen hoidon tietämyksen lisäämiseksi organisaatioissa kuten opiskeluterveydenhuollossa, joiden toimipisteet ovat maantieteellisesti etäällä toisistaan.

Avainsanat: vulvodynia, ulkosynnytinkipu, seksuaaliterveys, hoitokokemus, parisuhde, verkkokysely, sisällönanalyysi, tietoisuus, tieto, tietämys, potilashoito, täydennyskoulutus, verkko-opetus, opiskeluterveydenhuolto

Abstract

If a woman experiences vulvar pain for more than three months with no clear aetiology, it is usually referred to as vulvodynia. This syndrome may cause both physical and psychosexual functional disorders, which can negatively affect a couple's relationship. Most patients are of fertile age, and vulvodynia may cause childlessness due to intercourse difficulties. Student healthcare providers are the type of primary healthcare professionals who usually have first contact with young women who have problems with intimacy, such as vulvar pain. However, a need to increase healthcare professionals' level of knowledge of vulvodynia and its care has been identified.

The purposes of this study were to describe women's experiences with vulvodynia and its care as well as describe changes in both awareness and knowledge of student healthcare staff regarding vulvodynia and its care after an education intervention via an instrument that was developed for this research. This study aimed to produce evidence-based information that can be utilized in healthcare encounters with women with vulvodynia and their partners to implement appropriate care.

This study utilized a mixed methods research strategy that included two phases. In phase one, data were collected from a closed discussion forum on the Internet via an anonymous network questionnaire. The data consisted of experience reports of women with vulvodynia ($n = 33$), which were analysed via inductive content analysis. The survey instrument 'Awareness and Knowledge of VulvoDYNIA and its Care' (AKVDC[©]) was developed based on women's experiences and evidence-based literature for data collection in phase two. The study design in phase two was quasi-experimental. The data were collected from student healthcare professionals ($N = 191$) in 12 student healthcare units in Finland both before ($n = 79$) and after ($n = 30$) educational intervention via the AKVDC[©] survey instrument. Descriptive statistical methods were used to describe connections between factors that were associated with awareness and knowledge of vulvodynia and its care. Education program of this study was created based by deductive methods on previous studies, a multi-professional team ($N=9$) of vulvodynia specialists theme interview, and an expert review. The educational content was

created to follow the structure of the AKVDC[®] instrument. Ethical standards were followed throughout the study.

The studied women with vulvodynia reported both negative and positive care experiences. They noted that, in the past, healthcare professionals had often demonstrated a lack of awareness and knowledge about both the syndrome and its care. Because vulvodynia often affects a couple's relationship, especially their sex life, information and support from healthcare professionals are critical aspects of treatment.

Before education intervention, student healthcare staff had irregular awareness and knowledge of vulvodynia and its care. Respondents had a somewhat good awareness of how to identify vulvodynia but somewhat poor awareness of treatment for vulvodynia. Participants' awareness of the significance of encountering patients, as well as the information and support they provided, was good. Based on the knowledge test, knowledge of vulvodynia and its care were estimated to be lower than average. Respondents' experience-based skills in treating vulvodynia and previous education about vulvodynia were mostly associated with increased awareness and knowledge about vulvodynia and its care.

After the education intervention, the primary results indicated that participants' awareness and knowledge of vulvodynia and its care statistically significant improved. Awareness of vulvodynia identification and treatments also increased in a clinically relevant way. A clinically relevant change was observed as well as a change in the knowledge test of vulvodynia and its care. In addition, participants' satisfaction level on education program were estimated to be good.

In conclusion, vulvodynia causes women to experience both physical and psychosexual functional disorders, which negatively affect couples' relationships. Thus, student healthcare providers should place greater focus on information and support in the care of women with vulvodynia and their partners. Web-based education can produce comparable education programmes for organizations that are geographically distant from each other, such as units for student healthcare providers, to raise awareness and knowledge of vulvodynia and its care.

Keywords: vulvodynia, vulvar pain, sexual health, care experience, interpersonal relations, network inquiry, qualitative content analysis, awareness, knowledge, patient care management, web-based education, student healthcare

Sisällys

Tiivistelmä	7
Abstract.....	9
1 Johdanto	19
2 Tutkimuksen lähtökohdat	22
2.1 Kirjallisuushaut	22
2.2 Naisten kokemukset vulvodyniasta.....	23
2.3 Naisten kokemukset vulvodynian hoidosta	25
2.4 Terveysthuoltohenkilöstön tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta	27
2.5 Terveysthuoltohenkilöstön täydennyskoulutus	28
2.6 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista	31
3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät	33
4 Tutkimuksen menetelmät	34
4.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku	34
4.2 Tutkimukseen osallistujat ja tutkimusaineiston kerääminen	35
4.3 Tutkimuksen kyselylomake ja mittarit	37
4.3.1 Tutkimuksen kyselylomakkeen kehittäminen	37
4.3.2 Tutkimuksen kyselylomakkeen rakenne	43
4.3.3 Tutkimuksen mittareiden luotettavuuden arviointi.....	44
4.4 Täydennyskoulutusinterventio (Vaihe II)	46
4.4.1 Täydennyskoulutuksen oppisisällön kehittäminen	46
4.4.2 Täydennyskoulutusintervention sisältö ja toteutus verkossa	52
4.5 Tutkimuksen aineiston analysointi	54

5	Tulokset.....	57
5.1	Naisten kokemukset vulvodynian hoidosta ja vaikutuksesta parisuhteeseen (Vaihe I)	57
5.1.1	Osallistuneiden taustatiedot	57
5.1.2	Naisten hoitokokemukset.....	57
5.1.3	Vulvodynian vaikutus parisuhteeseen	59
5.2	Tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta opiskeluterveydenhuollossa (Vaihe II).....	62
5.2.1	Osallistuneiden taustatiedot	62
5.2.2	Tietoisuus vulvodyniasta ja sen hoidosta	63
5.2.3	Tieto vulvodyniasta ja sen hoidosta	65
5.2.4	Koulutustyytyväisyys	66
5.3	Yhteenvedo tutkimustuloksista	67
6	Pohdinta	70
6.1	Tutkimuksen eettisyys	70
6.2	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	72
6.2.1	Vaiheen I luotettavuuden arviointi	72
6.2.2	Vaiheen II luotettavuuden arviointi.....	74
6.3	Tulosten tarkastelu.....	78
6.3.1	Vaiheen I tulosten tarkastelu.....	78
6.3.2	Vaiheen II tulosten tarkastelu	82
6.4	Johtopäätökset ja suositukset	84
6.5	Jatkotutkimusaiheet	86
	Lähteet	88
	Liitteet.....	99

Tekstissä olevat Taulukot

- Taulukko 1. Esimerkki AKVDC[®]-mittarin tietoisuus-osan operationalisoinnista naisten kuvaamien kokemusten perusteella
- Taulukko 2. Esimerkki AKVDC[®]-mittarin tieto-osan operationalisoinnista näyttöön perustuvan kirjallisuuden perusteella
- Taulukko 3. Tutkimuksen kyselylomakkeen AKVDC[®]-mittarin tietoisuus-osan ja koulutustyytyväisyyspalautteen käyttökelpoisuus-osion Cronbach alpha-arvot (α)
- Taulukko 4. Teemahaastattelun tuloksena muodostuneet koulutuksen oppisälttöteemat

Tekstissä olevat kuvat

- Kuvio 1. Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku
- Kuvio 2. Kyselylomakkeen rakenne
- Kuvio 3. AKVDC[®]-mittarin kehittäminen ja luotettavuuden arviointi prosessina
- Kuvio 4. Koulutuksen oppisisältöteemojen kehittäminen AKVDC[®]-mittarin rakenteen avulla ja oppisisältöteemojen painotusten määräytyminen opiskeluterveydenhuoltohenkilöstölle (OTH) tehdyn alkumittauksen perusteella
- Kuvio 5. Koulutuksen oppisisällön kehittäminen ja liittäminen oppimisympäristöön prosessina
- Kuvio 6. Tietoisuus vulvodyniasta ja sen hoidosta alku- ja seurantamittauksessa
- Kuvio 7. Tieto vulvodyniasta ja sen hoidosta alku- ja seurantamittauksessa
- Kuvio 8. Yhteenveto tutkimustuloksista

Tekstissä esiintyvät lyhenteet

α	Cronbachin alpha
α^s	Schipperin kerrannaisalpha
AKVDC	Awareness and Knowledge of VulvoDYNIA and its Care
CINAHL	Hoitotieteen ja hoitotyön sekä lähialojen kansainvälinen viitetietokanta
CVI	Content Validity Index, sisällön pätevyyden indeksi
CVR	Content Validity Ration, sisällön kelpoisuussuhde
IQR	Kvartaaliväli
Ka	Aritmeettinen keskiarvo
Kh	Keskihajonta
Md	Mediaani
Medic	Kotimainen terveystieteiden viitetietokanta
MEDLINE	Lääke- ja terveystieteiden sekä lähialojen kansainvälinen viitetietokanta
MeSH	Lääketieteen asiasanasto
N	Kokonaisotoksen määrä
n	Aliotoksen määrä
OTH	Opiskeluterveydenhuoltohenkilöstö
p	todennäköisyys
PsycINFO	Kansainvälinen psykologian ja sen lähialojen viitetietokanta
VD	Vulvodynia

Lista liitteistä

- Liite 1. Tutkimuksen lähtökohtien tiedonhakuprosessin kuvaus
- Liite 2. Tutkimustiedote vulvodyniaa sairastaville naisille
- Liite 3a. Tutkimustiedote opiskeluterveydenhuoltohenkilöstölle tutkimuksen kulusta ja alkumittauksesta
- Liite 3b. Koulutustiedote opiskeluterveydenhuoltohenkilöstölle
- Liite 3c. Tutkimustiedote opiskeluterveydenhuoltohenkilöstölle tutkimuksen seurantamittauksesta
- Liite 4. Tutkimuksen kyselylomake: Taustakysymykset, AKVDC[®]-mittari ja koulutustyytyväisyyspalaute
- Liite 5. Kyselylomakkeen taustakysymysten ja AKVDC[®]-mittarin luotettavuuden arviointi Lawshen (1975) menetelmän mukaisesti
- Liite 6. Koulutuksen tavoitteet ja näytteitä oppisisällöstä

Osajulkaisut

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu alla esitettyihin osajulkaisuihin, joihin viitataan tekstissä roomalaisin numeroin.

- I. Törnävä M., Koivula M. & Suominen T. (2012) Vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksia. *Tutkiva Hoitotyö* **10**, 32–39.
- II. Törnävä M., Koivula M. & Suominen T. (2013) Naisten kokemuksia vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen. *Hoitotiede* **25**, 241–252.
- III. Törnävä M., Koivula M., Helminen M. & Suominen T. (2017) Women with vulvodynia: awareness and knowledge of its care among student healthcare staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. doi: 10.1111/scs.12455
- IV. Törnävä M., Koivula M., Helminen M. & Suominen T. (2017) Awareness and knowledge of vulvodynia and its care after web-based education among student healthcare staff: a quasi-experimental study. Lähetetty arvioitavaksi.

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

1 Johdanto

Naisilla esiintyvää kroonista yli kolme kuukautta kestänyttä ulkosynnyttimien kipua, jolle ei ole selvää etiologiaa kutsutaan vulvodyniaksi (ISSVD 2016, Bornstein ym. 2016). Kansainvälinen vulvovaginaalisten sairauksien yhdistys (ISSVD) nimesi oireyhtymän vuonna 1976 palavaksi emättimen oireyhtymäksi, burning vulva syndrome (McElhiney ym. 2006, Haefner 2007). Lisäksi oireyhtymästä on käytössä seuraavia käsitteitä: vestibulodynia (Bohm-Starke ym. 2007), vulvar vestibulitis syndrome (Greenstein ym. 2007), vulvan vestibuliitti oireyhtymä (Paavonen 2013), budendal neuralgia (Hibner ym. 2010) ja vaginismus (Lahaie ym. 2010). Tässä tutkimuksessa käytetään yleiskäsitettä vulvodynia.

Kansainvälisessä yleisgynekologisessa aineistossa 8–16 % naisista on tunnistanut joskus kärsineensä vulvan kiputilasta (Danby & Margesson 2010, Paavonen 2013, Harlow ym. 2014). Suomalaisessa väestöaineistossa esiintyvyyttä ei toistaiseksi ole tutkittu. Esiintyvyyttä on myös vaikea arvioida Suomessa tilastoitujen ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: THL 2011, WHO 2016) tautijärjestelmäluokitusnumeroiden perusteella, sillä vulvodynia on mahdollista luokitella eri ICD-10 pää- tai alaluokkanumeroin. (Gissler 2017, Niemi 2017.)

Vulvodyniaan liittyy ulkosynnyttinalueen arkuutta, kipua, poltetta, kirvelyä ja/tai yhdyntäongelmia (ISSVD 2016). Vulvodynia voi olla paikallista, osoitettavaan ulkosynnyttinalueeseen kohdistuvaa kipua tai se voi olla yleistynyttä epämääräistä kipua laajemmalla alueella satulapaikassa. Vulvodynia luokitellaan myös kosketukseen liittyväksi tai/ja liittymättömäksi kivuksi. (Haefner 2007, Bohm-Starke 2010, Danby & Margesson 2010, Bornstein ym. 2016.)

Yleisimmin esiintyvä vulvodynian muoto on paikallisena ja kosketukseen liittyvä. Sitä esiintyy yleisimmin hedelmällisessä iässä olevilla naisilla. Tässä vulvodynian muodossa kipu provosoituu emättimen suun kosketuksesta, kuten esimerkiksi tamponin laitton yhteydessä, gynekologisessa tutkimuksessa tai emätinyhdyntäessä. Naiset kuvaavat kosketukseen liittyvää kipua äkkinäiseksi, polttavaksi ja veitsenteräväksi. Joillakin kosketus tai kipukokemus aiheuttaa emätinkrampin, joka entisestään voimistaa kipua. (Bohm-Starke 2010, Paavonen 2013, Sadownik 2014.)

Vulvodynian yleistynyttä muotoa esiintyy yleisimmin yli 40-vuotiailla naisilla. Sitä on tutkittu paikallista vulvodyniaa vähemmän, mutta arvoidaan, että vulvodyniaa sairastavista naisista 6 % kärsii tästä muodosta. (Harlow ym. 2001.) Oireet yleistyneessä vulvodyniassa ovat epämääräisemmät ja vaihtelevammat kuin paikallisessa vulvodyniassa. Naiset kuvaavat kipua yleensä jatkuvaksi poltteeksi, kirvelyksi, kutinaksi tai epämukavuudeksi ulkosynnytin- ja satulapaikan alueella. Kipu säteilee yleensä häpyhermonalueelle ja se saattaa olla kosketukseen liittyvää tai/ja liittymätöntä. (Hibner ym. 2010, Paavonen 2013, Sadownik 2014.)

Vulvodyniaan yhteydessä olevat tekijät ovat vielä osittain epäselvät. Tutkijat ovat kuitenkin löytäneet yhteyttä hormonaalisiin, perinnöllisiin, tulehduksellisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin. Selkein yhteys paikalliseen kosketukseen liittyvään vulvodyniaan näyttää olevan nuorella iällä aloitettuun yhdistelmäehkäisyn käyttöön. Myös toistuvien emätin- tai virtsatietulehdusten on todettu olevan yhteydessä vulvodynian ensioireiden ilmaantumiseen. (Bohm-Starke 2010, Goldstein ym. 2014, Reed ym. 2014.) On myös todettu, että paikallista kosketukseen liittyvää vulvodyniaa sairastavilla naisilla on kipua aistivia tuntohermosäikeitä emättimen suuaukon limakalvon pinnassa enemmän kuin terveillä kontrolliryhmän naisilla (Tommola ym. 2016, Tommola 2017).

Vulvodynian hoitosuosituksukset perustuvat kuvaileviin tutkimuksiin, systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin ja asiantuntijaryhmien raportteihin, sillä satunnaisesti tutkimuksia eri vulvodynian hoitomuodoista on tehty vielä niukasti (Andrews 2011). Terveystieteellisen henkilöstön antamaa ohjausta itsehoitokeinoista pidetään tärkeänä hoidon osana, vaikka määrällinen tutkimusnäyttö niiden tehosta on ohut (Danby & Margesson 2010, Cox & Neville 2012). Lantionpohjan fysioterapia on todettu ulkosynnyttikipua lievittäväksi menetelmäksi. Eniten näyttöä on emättimensisäisestä biopalautehoidosta, jonka on todettu opettavan naisia kontrolloimaan emätintä ympäröivän lihaksiston reagoitua kipuun. (Nunns ym. 2010, Morin ym. 2016.) Psykoseksuaalisista hoitomenetelmistä, kuten kognitiivisesta käyttäytymis- ja seksuaaliterapiasta on todettu olevan hyötyä vulvodynian kivun lievittämisessä ja seksuaalitoimintojen normalisoimisessa. Näiden menetelmien avulla nainen ja tarvittaessa myös hänen kumppaninsa käsittelevät asiantuntijan avulla vulvodyniaan liittyviä tunteita, käyttäytymistä ja parivuorovaikutusta. (Bergeron ym. 2014.) Lääketieteellisissä hoitomuodoissa käytetään emättimen kipua helpottavia lääkkeitä kivun luonteesta riippuen paikallisesti, pistosmuodossa tai suun kautta annosteltavina (ASCCP 2016). Mikäli edellä mainituista

hoitomuodoista ei ole saatu riittävästi apua ja potilaalla on paikallinen kosketukseen liittyvä vulvodynia, saattaa emättimen suun limakalvopoisto (vestibulektomia) lievittää alueen kosketuskipua (Tommola ym. 2011, Tommola 2017).

Vulvodyniaa sairastavat naiset ovat tuoneet esille terveydenhuoltohenkilöstön riittämättömän tietämyksen tästä oireyhtymästä (Buchan ym. 2007, Sadownik ym. 2012). Oireisiin saatetaan etsiä apua useita vuosia ja on arvioitu, että vulvodyniaa sairastava tapaa vähintään kolme lääkäriä ennen diagnoosin saamista (Harlow & Stewart 2003, Nguyen ym. 2012a). Asiantuntevan hoidon etsiminen ja saaminen aiheuttavat kustannuksia potilaalle, mutta myös yhteiskunnalle (Gordon ym. 2003, Sadownik 2014).

Valtaosa potilaista on hedelmällisessä iässä olevia naisia, joille tämä alidiagnosoitu oireyhtymä aiheuttaa monia fyysisiä ja psykoseksuaalisia toimintahäiriöitä, jotka heijastuvat parisuhteeseen ja jopa perhesuunnitteluun (Danby & Margesson 2010, Paavonen 2013, Harlow ym. 2014). Perusterveydenhuoltohenkilöstöllä tulisi olla riittävä tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta. Nopea puuttuminen ulkosynnyttimien kipuoireisiin saattaa ennaltaehkäistä seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintahäiriöitä. Perusterveydenhuollossa tapahtuvalla varhaisella potilasinformaatiolla ja itsehoidon ohjauksella saatetaan jopa välttää vulvodyniaa sairastavan naisen ohjaaminen erikoissairaanhoidon. (Buchan ym. 2007, Sadownik ym. 2012.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata naisten kokemuksia vulvodyniasta ja sen hoidosta sekä arvioida opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietämystä tästä aihealueesta ennen ja jälkeen koulutusintervention. Tässä tutkimuksessa tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta tarkoittaa aihealueen tietoisuutta ja tietoa. Tietoisuus tässä tutkimuksessa määritellään selvillä olemiseksi, tiedostamiseksi, arki- ja kokemustiedoksi vulvodyniasta ja sen hoidosta. Tietoisuus tarkoittaa myös tietoisien läsnäolon merkityksen tiedostamista hoito-tilanteessa. Tieto tässä tutkimuksessa tarkoittaa vulvodynian ja sen hoidon näytöön perustuvaa, tieteellistä tietoa, johon voi vastata oikein tai väärin. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää perusterveydenhuollossa vulvodyniaa sairastavien naisten ja heidän kumppaniensa kohtaamisessa sekä hoidon kehittämisessä.

2 Tutkimuksen lähtökohdat

2.1 Kirjallisuushaut

Tutkimuksen lähtökohdat perustuvat vuosien 2011 ja 2016 välisenä aikana toteutettuihin ja vuonna 2017 päivitettyihin tietokantahakuihin. Kirjallisuushaut toteutettiin tietokannoissa CINAHL, Ovid MEDLINE, Medic ja PsycINFO. (Liite 1.)

Englanninkielisinä MeSH (Medical Subject Headings) hakusanoina käytettiin: *vulvodynia, vulvar vestibulitis, dyspareunia, vaginismus, pudendal neuralgia, emotions, knowledge, health knowledge, attitudes, knowledge management, awareness, spouses, attitude, treatment, vocational education, continuing education, computer-assisted instruction, nurses, nursing staff, medical staff, physicians, health personnel*. Kirjallisuushakua laajennettiin seuraavilla vapaasanoilla: *vestibulodynia, vulvar pain, sexual pain, provoked vulvodynia, experience, feeling, expertise, partner, intimate partner, couples, know how, understanding, practice experience, care, management, postgraduate education, computer-based learning, e-learning, computer-assisted education, computer assisted education, web-based learning, web-based education, health care staff, health care professional*.

Suomenkielisinä MeSH hakusanoina käytettiin: *vulvodynia, vestibuliitti, yhdyntäkipu, vaginismi, potilashoito, hoitomenetelmä, täydennyskoulutus, tietokoneavusteinen ohjaus, hoitohenkilökunta, terveydenhuoltohenkilöstö, terveydenhuollon henkilökunta, sairaanhoitajat, lääkärit*. Vapaahakusanoina käytettiin: *seksuaalinen kipu, emätinkouristus, lantionpohjan kipu, lisäkoulutus, verkkokoulutus, verkko-opetus*. Vulvodyniaan liittyvissä tietokantahauissa suomenkieliset vastineet hakusanoille *experience, feeling, emotion, knowledge, awareness, expertise, know how, understanding, practice experience ja attitude* rajasivat hakua liikaa, joten ne jätettiin pois.

Hakusanoissa käytettiin erilaisia katkaisupisteitä ja yhdistelmiä Boolean operaattoreiden ”and”, ”or” ja ”not” avulla lukuisin eri tavoin. Hakujen tuloksena löytyi yhteensä 2098 tietuetta. Haut rajattiin vuosina 2001–2017 ilmestyneisiin suomen-, ruotsin- ja englanninkielisiin julkaisuihin. Katsauksesta poissuljettiin artikkelit, jotka käsittelivät vaihdevuosi-ikään liittyviä emättimen kiputiloja tai

selkeästi diagnosoitavaan ylempien tai alempien sukupuolielinten sairauteen, kuten esimerkiksi endometrioosiin tai valko/punajakälään liittyvää kipua tai yhdyntävaikeuksia. Verkko-opetukseen liittyvistä artikkeleista poissuljettiin tutkimukset, joissa opiskelijat olivat tutkimuksen kohdehenkilöinä, lukuun ottamatta kirjallisuuskatsauksia, joihin oli yhdistetty terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi terveysalan opiskelijat. Otsikon perusteella valittiin 410, tiivistelmän 237 ja koko tekstin 96 tietuetta. Tiedonhakuja täydennettiin 16 tietueella hakemalla käsin valittujen lähteiden lähdeluetteloiden pohjalta. Tutkimuksen lähtökohdat pohjautuvat 112 lähteeseen. (Liite 1.)

2.2 Naisten kokemukset vulvodyniasta

Naisten kokemuksia vulvodyniasta on enimmäkseen tutkittu käyttäytymistieteellisissä tutkimuksissa. Vulvodynia koetaan somaattisena kipuna, jonka on todettu vaikuttavan naisten elämään psykoseksuaalisesti ja -sosiaalisesti. (Kaler 2006, Nguyen ym. 2012b, Groven ym. 2016.)

Naisen elämään vulvodynian on todettu vaikuttavan psykoseksuaalisesti, sillä sukupuolielimet liitetään sukupuolisuuteen, seksuaalisuuteen, lisääntymiskykyyn ja tätä kautta myös itsetunnon rakentumiseen. Sukupuolielinten toimintahäiriöiden kuten vulvodynia on todettu vaikuttavan negatiivisesti kehon- ja minäkuvaan. (Kaler 2006, Ayling & Ussher 2008.) Vulvodyniaa sairastavat naiset ovat raportoineet ahdistusta, masennusta ja huonontunutta elämänlaatua verrattuna kivuttomiin kontrolliryhmän naisiin (Desrochers ym. 2008, Ehrstrom ym. 2009, Bergeron ym. 2014). He tuntevat häpeää, syyllisyyttä, huonommuudentunnetta ja jopa vihaa itseään kohtaan, koska heillä on intiimialueen kipuja, joka osittain määrittelee heidän kokemuksensa naiseudesta (Kaler 2006, Nguyen ym. 2012b, Groven ym. 2016).

Naiset kokevat vulvodynian kuormittavan parisuhdetta ja aiheittavan parisunnan molemmille osapuolille psykoseksuaalisia oireita (Awada ym. 2014, Paquet ym. 2016). Paikallinen kosketukseen liittyvä vulvodynian muoto vaikuttaa yhdyntäkipujen vuoksi seksuaaliseen toimintaan parisuhteessa. Tässä muodossa seksuaalinen kipu ilmenee emätinyhdynnässä heti peniksen sisäänmenovaiheessa ja saattaa estää yhdynnän toteutumisen. (Ayling & Ussher 2008, Groven ym. 2016.) Seksuaalinen kanssakäyminen saattaa rajoittua tai loppua yhdyntäkipun ja kivun pelon vuoksi. Naiset, joiden vulvodynia vaikuttaa seksuaalitoimintoihin, kuvaavat itseään epäaidoiksi, vaillinaisiksi, sukupuolettomiksi, keskeneräisiksi

naisiksi tai riittämättömiksi kumppaneiksi. (Kaler 2006, Ayling & Ussher 2008, Groven ym. 2016.) Seksuaalisen kivun on todettu vähentävän seksuaalisen toiminnan lisäksi myös ei-seksuaalista läheisyyttä parisuhteen osapuolten välillä. Naiset välttelevät tilanteita tai muokkaavat toimintaansa tilanteissa, jotka saattaisivat johtaa intiimiin kanssakäymiseen. Jo pelkästään nukkumaanmeno yhtä aikaa kumppanin kanssa koetaan tilanteeksi, joka saattaisi johtaa yhdynnän yrittämiseen. (Hinchliff ym. 2012.) Yhdyntäkivun pelkoa kokevat naiset, mutta myös heidän kumppaninsa. Kumppaneiden kokemuksista on tosin tehty vain muutama tutkimus. (Jodoin ym. 2008, Rosen ym. 2010, Sadownik ym. 2016.)

Vulvodyniasta huolimatta seksuaalielämä saattaa olla nautinnollista, jos pariskunnalla on taitoa ratkaista seksuaaliongelmia myönteisellä tavalla. Mikäli pariskunnan seksuaalielämä ei ole yhdyntäkeskeistä, kokee nainen itsensä riittäväksi naisena ja kumppanina. Kivuttomien seksuaalitoimintojen löytäminen edistää naisen tyytyväisyyttä sekä seksuaalietä tunne-elämässä. (Ayling & Ussher 2008, Groven ym. 2016.) Pariskunnan osapuolten vähäinen kivun pelon tai epäoikeudenmukaisuuden tunteen kokeminen sekä kyky ilmaista tunteensa toisilleen on todettu positiivisesti vaikuttavan parisuhdetyytyväisyyteen ja seksuaaliseen hyvinvointiin (Awada ym. 2014, Paquet ym. 2016). Myös kivun hyväksyminen yhdynnän aikana on todettu olevan yhteydessä vähäisempään ahdistuneisuuteen yhdyntätilanteessa ja onnistuneempaan seksuaalitoimintaan (Boerner & Rosen 2015).

Vulvodyniaa sairastavien naisten psykososiaalisista kokemuksista on tehty toistaiseksi vain muutama käyttäytymistieteellinen tutkimus (Nguyen ym. 2012a, Nguyen ym. 2012b). Kuitenkin tutkimuksissa, jotka liittyvät naisten yleisiin kokemuksiin vulvodyniasta, on tullut esille oireyhtymän vaikuttavan psykososiaalisesti naisten elämään (Kaler 2006, Buchan ym. 2007, Marriott & Thompson 2008, Groven ym. 2016). Naiset kokevat kivun sukupuolielimissä olevan leimaava ja häpeällinen oire, josta puhuminen koetaan vaikeaksi sosiaalisissa suhteissa. Jopa oman kumppanin kanssa keskustelu koetaan vaikeaksi, vaikkakin tärkeäksi. (Buchan ym. 2007, Groven ym. 2016.) Naiset välttelevät vulvodyniasta puhumista, koska he ovat epävarmoja siitä, uskotaanko heidän oireisiinsa. Naiset myös olettavat muiden ihmisten epäilevän, että he teeskentelevät kipua välttääkseen yhdynnän. (Marriott & Thompson 2008.) Vulvodynian on todettu aiheuttavan naisille epäoikeudenmukaisuuden ja epätasa-arvoisuuden tunnetta, kun he vertaavat itseään muihin naisiin. Naiset kokevat kykynsä luoda läheisiä suhteita toisiin naisiin heikentyneen. He myös kokevat kykynsä tutustua miehiin ”oikeana” naisena

huonoksi. (Kaler 2006.) Vulvodynian onkin todettu aiheuttavan naisille sosiaalista eristyneisyyden tunnetta (Buchan ym. 2007, Nguyen ym. 2012a). Naisten on todettu kokevan itsensä vaivaantuneeksi keskustellessaan vulvodyniasta äidin, sisaren tai ystävän kanssa. On myös todettu, että mitä kauemmin nainen on kärsinyt vulvodyniasta, sitä vaivaantuneemmaksi hän kokee keskustelun ongelmasta läheisten tai ystävien kanssa. Kivun voimakkuus sitä vastoin lisää todennäköisyyttä keskustella ongelmasta läheisten kanssa. (Nguyen ym. 2012b.)

Naiset ovat raportoineet epävarmuutta siitä, että uskoko terveydenhuoltohenkilöstö heidän oireisiinsa, minkä vuoksi he kokevat keskustelun aloittamisen vastaanottotilanteessa vaikeaksi. Keskustelun vaikeus sukupuolielimiin kohdistuvasta ongelmasta on todettu myös yhdeksi esteeksi hoitoon hakeutumiselle. (Marriott & Thompson 2008, Donaldson & Meana 2011, Nguyen ym. 2012b.)

2.3 Naisten kokemukset vulvodynian hoidosta

Naisten kokemuksia vulvodynian hoidosta on tutkittu enimmäkseen lääke- tai käyttäytymistieteellisin tutkimuksin. Naisten hoitokokemusten mukaan vulvodyniaoireet on usein ymmärretty, diagnosoitu ja hoidettu väärin tai ne on jopa kokonaan sivuutettu vastaanottotilanteessa. Naiset ovat kokeneet diagnosoinnin ja hoitoon pääsyn viivästyneen terveydenhuoltohenkilöstön tietämyksen puutteen vuoksi. Diagnoosia sekä oireita helpottavaa hoitoa on saatettu hakea useita vuosia useilta eri terveydenhuollon tahoilta. (Gordon ym. 2003, Buchan ym. 2007, Sadownik ym. 2012.)

Hoitoon hakeutuminen saattaa viivästyä myös naisten taholta, sillä he kokevat sukupuolielimiin kohdistuvan oireilun häpeälliseksi eivätkä rohkene hakeutua hoitoon (Donaldson & Meana 2011). Sukupuolielinten kipu ja erityisesti yhdyn-täkipu saatetaan kokea niin suureksi leimaavaksi tekijäksi, että se estää asiasta keskustelun edes terveydenhuoltohenkilöstön kanssa (Nguyen ym. 2012b). Naisten on todettu myös tietävän vähän vulvan alueen terveyden merkityksestä seksuaaliterveyteen, mikä saattaa olla myös yksi este hoitoon hakeutumiselle (Piper ym. 2012). Onkin varovasti arvioitu, että vain 40 % vulvodyniaa sairastavista naisista hakee oireilleen apua (Harlow & Stewart 2003).

Naiset ovat kokeneet vulvodyniadiagnoosin viivästymisen lisäävän oireiden voimakkuutta (Buchan ym. 2007). Vulvodyniadiagnoosin saaminen on todettu olevan positiivinen kokemus ja ensimmäinen askel kohti sairauden hyväksymistä ja siitä kuntoutumista (Groven ym. 2016). Nimen saaminen oireille tuo naisille

kokemuksen, että terveydenhuoltohenkilöstö uskoo heidän sairautensa olevan todellinen (Buchan ym. 2007, Marriott & Thompson 2008, Sadownik ym. 2012). Terveydenhuoltohenkilöstöltä saatu tieto sairaudesta ja sen vaarattomuudesta on todettu lisäävän mielenterveydellistä hyvinvointia. Naiset ovat myös raportoineet saaneensa sairauden ensi-informaatiosta rohkeutta ja keinoja keskustella kumppanin kanssa sairaudesta. (Stone-Godena 2006, Munday ym. 2007, Sadownik ym. 2012.)

Itsehoitokeinoista ja muista hoitomahdollisuuksista saatu tieto on todettu lisäävän naisten voimaantumisen tunnetta ja vastuullisuutta itsehoidosta. Naiset ovat kokeneet saavansa terveydenhuoltohenkilöstöltä tietoa ja taitoa vulvodyniakivun hallintaan. (Munday ym. 2007, Sadownik ym. 2012.) Riittävän tiedonsaamisen on todettu auttavan naisia käsittelemään negatiivisia ja vääriä luuloja vulvodyniaoireista. Saatu tieto on todettu myös normalisoivan naisten kipukokemusta ja vähentävän kivun pelkoa. (Sadownik ym. 2012.) Naisten on todettu arvostavan hoitosuhteessa kokonaisvaltaista moniammatillista sopeuttavaa hoitototetta, jonka tuloksena potilas ymmärtää oirekuvaansa ja pystyy kontrolloimaan itsehoitoa (Munday ym. 2007, Sadownik ym. 2012). Terveydenhuoltohenkilöstön ymmärtävä suhtautuminen häpeää aiheuttavassa intiimialueen sairauudessa on todettu jopa korkeaa asiantuntemusta tärkeämmäksi hoidon osaksi (Munday ym. 2007, Fougner & Haugstad 2015). Naiset toivovat saavansa seksuaalineuvontaa seksuaalisen kivun lievittämiseen ja kohtaamiseen (Piper ym. 2012), mutta seksuaalisten ongelmien puheeksi ottaminen koetaan vaikeaksi, ellei keskustelun avaajana ole terveydenhuollon ammattihenkilö (Donaldson & Meana 2011). Terveydenhuoltohenkilöstön antaman asiallisen tiedon on todettu vähentävän naisten häpeää, ahdistusta ja syyllisyyden tunnetta seksuaalisesta ongelmasta (Sadownik ym. 2012).

Marriottin & Thompsonin mukaan (2008) naiset ovat olleet epävarmoja hoidosta ja sen tehokkuudesta varsinkin, jos heiltä puuttuu säännöllinen hoitokontakti. Naiset ovat myös raportoineet terveydenhuoltohenkilöstön ilmaisevan epäuskoisuutta naisten oireita kohtaan, mikäli aloitetut hoidot eivät ole auttaneet. (Groven ym. 2016.) Naiset ovat myös kokeneet, että terveydenhuoltohenkilöstö sivuuttaa heidän oireensa tai olettavat niiden syyksi psyykkiset ongelmat (Marriott & Thompson 2008, Groven ym. 2016). Grovenin ym. (2016) mukaan naiset epäilevät, että terveydenhuoltohenkilöstö luokittelee heidät vaikeiksi tai haastaviksi potilaiksi, jotka eivät ole sinut seksuaalisuutensa kanssa. He ovat myös kokeneet, että terveydenhuoltohenkilöstö epäilee heillä olevan seksuaalisia kaltoinkohtelun kokemuksia, mitkä olisivat syy heidän kipuihin. Toistuvat epäilyt ovat

olleet naisille loukkaavia. Nämä sivuuttamisen ja loukkaamisen kokemukset on arvioitu olevan yksi estävä tekijä avun etsimisen jatkamiselle. (Groven ym. 2016.) Potilaat, jotka hakevat apua vulvodynian oireisiin tapaavat useita terveydenhuollon ammattilaisia ennen diagnoosin saamista, itsehoidon ohjausta tai hoidon aloittamista (Harlow & Stewart 2003, Goldstein & Burrows 2008). Kun apua kipuoireisiin on ollut vaikea saada, naiset ovat kokeneet negatiivisia tunteita ja jopa epäuskoisuutta kokemiaan oireita kohtaan. Naiset ovat myös kokeneet omatoimisen tiedonhaun ja vertaistuen olevan tärkeä osa avun saamisessa, etenkin jos terveydenhuolto ei ole tarjonnut riittävää apua oireisiin. (Gordon ym. 2003.)

Kumppaneiden huomioimisesta ja ottamisesta osaksi naisten hoitoa on tehty vain muutama käyttäytymistieteellinen tutkimus. Tutkimusten perusteella kumppanin läsnäolo hoitotilanteissa arvellaan olevan merkittävässä osassa naisen oireiden lievittämisessä ja parisuhteen hyvinvoinnissa. (Jeng ym. 2006, van Lankveld ym. 2006, Ter Kuile ym. 2009.) Kumppaneiden huomioonottaminen hoitosuhteessa koetaan tärkeäksi, sillä yhteisen hoito-ohjelman on todettu lisäävän molemminpuolista ymmärrystä, kommunikointikeinoja sekä edistävän psykologista ja seksuaalista hyvinvointia (Sadownik ym. 2016).

2.4 Terveydenhuoltohenkilöstön tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta

Terveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta on toistaiseksi tutkittu vain lääkäreillä. Tutkimusten perusteella lääkäreiden tietämyksessä on eroavaisuuksia. (Updike & Wiesenfeld 2005, Reed ym. 2008, Toeima & Nieto 2011, Phillips ym. 2013.) Sairaanhoidajien, terveydenhoitajien, fysioterapeuttien tai muun hoitohenkilökunnan tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta ei ole vastaavanlaisesti tutkittu tai raportoitu.

Lääkäreiden tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta on tutkittu muutamissa lääketieteellisissä määrällisissä kuvailevissa tutkimuksissa. On todettu, että nuorilla, naistentauteihin erikoistumattomilla lääkäreillä on suppea tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta (Toeima & Nieto 2011). Naistentauteihin erikoistuneiden lääkäreiden kokemuksellista tietämystä mittaavassa tutkimuksessa todettiin, että lääkärit kokevat keskinkertaisen helpoksi hoitaa vulvodyniapotilaita. Tutkimuksessa kuitenkin raportoitiin hoitokokeiluiden onnistumisvasteen olevan matalan. (Phillips ym. 2013.) Sitä vastoin naistentauteihin ja kipuun erikoistuneiden lääkäreiden tietämystä vulvodynian tutkimus- ja hoitokeinoja mittaavassa tutkimuk-

sisä todettiin lääkäreillä olevan yhtenäiset tutkimuskeinot sekä laajat moniammatilliset hoitokeinot vulvodyniapotilaiden hoitamiseksi (Updike & Wiesenfeld 2005, Reed ym. 2008).

2.5 Terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutus

Kansainvälinen moniammatillinen terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutuksen järjestö (Alliance for Continuing Education in the Health Profession, ACEHP) määrittelee täydennyskoulutuksen toiminnaksi, jolla lisätään terveydenhuoltohenkilöstön käytännön osaamista, tuetaan hoidon laadunkehittämistä ja tuoksellisuutta. Terveydenhuolto-organisaatioiden tulisi ACEHP:n mukaan ymmärtää täydennyskoulutusten tärkeys tunnistettujen tiedon aukkojen korjaamiseksi. Järjestö myös suosittelee terveydenhuoltohenkilöstön sitoutuvan elinikäiseen kouluttautumiseen. (ACEHP 2016.) Maailman terveysjärjestö (World Health Organization, WHO) suosittelee ja kannustaa terveydenhuoltohenkilöstön investoimaan täydennyskoulutukseen ammatillisten tietojen ja taitojen päivittämiseksi. Täydennyskoulutuksella mahdollistetaan potilaalle paras mahdollinen hoito ja hyvät terveyspalvelut maailman laajuisesti. (WHO 2017.) Euroopan komission mukaan täydennyskoulutuksen ensisijaisena tavoitteena on kehittää organisaation sekä yksilön toiminnallisia valmiuksia ja ammattitaitoa. Koulutuksen tulee olla suunniteltua ja tavoitteellista. Kustannusvastuun tulisi kuulua ainakin osittain työnantajalle. (EPALE 9924/2017.)

Suomen sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutuksen ammattia tukevaksi, suunnitelmalliseksi ja tarvelähtöiseksi koulutukseksi. Täydennyskoulutuksen tarkoituksena on ylläpitää, päivittää ja lisätä työntekijän ammattitaitoa välittömässä tai välillisessä potilastyössä. (STM 2004.) Täydennyskoulutuksen kustannusvastuun katsotaan sosiaali- ja terveysministeriön mukaan kuuluvan työnantajalle (STM 2003, 2004). Suomen lain mukaan työnantajien velvollisuutena on järjestää tai mahdollistaa terveydenhuoltoalalla työntekijöilleen tarvittavaa täydennyskoulutusta. Terveydenhuoltohenkilöstöllä on kuitenkin velvollisuus ylläpitää ja täydentää ammatillista tietämystensä erilaisin täydennyskoulutusmenetelmin. (FINLEX 559/1994, 1194/2003, 1326/2010.) Sosiaali- ja terveysministeriön täydennyskoulutussuosituksen mukaan erityistä huomiota tulee kiinnittää täydennyskoulutuksen toteutumiseen perusterveydenhuollon piirissä (STM 2004). Opiskeluterveydenhuollossa, joka on

osa perusterveydenhuoltoa, täydennyskoulutusta suositellaan seuraavasti: ”*Opiskeluterveydenhuollossa työskentelevien tulee osallistua vuosittain täydennyskoulutukseen toiminnan kehittämistarpeiden ja yksilöllisesti arvioitujen koulutustarpeiden mukaisesti. Koulutuksen sisällön tulee tukea opiskeluterveydenhuollon osaamisen kehittymistä.*” (STM 2006.)

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö on tehnyt suomalaisen terveydenhuoltohenkilöstön täydennyskoulutusta koskevat suositukset, joita noudattavat Suomen sairaanhoitaja-, fysioterapeutti- ja lääkäriliitot (STM 2003, 2004). Suomalaisten terveydenhuoltoalan liittojen täydennyskoulutuksen suosituksista korostuu työntekijän oman kouluttautumisvastuun lisäksi organisaation sitoutuminen henkilöstön ammatilliseen kehittämiseen. Täydennyskoulutuksen tulisi olla näyttöön perustuvaa, suunnitelmallista, tarvelähtöistä ja arvioitavaa. Täydennyskoulutus olisi suositeltavaa järjestää terveydenhuollon toiminnallisissa kokonaisuuksissa ja hoitoketjuihin pohjautuvissa yhteistyöorganisaatioissa. (Suomen fysioterapeutit 2011, Sairaanhoidajaliitto 2014, Lääkäriliitto 2015.) Täydennyskoulutuksen oppimismenetelmissä suositellaan käytettävän näyttöön perustuvia, aikuisopetukseen ja etäopiskeluun soveltuvia menetelmiä, kuten esimerkiksi verkko-opetusta (STM 2004).

Verkko-opetusta käytetään lisääntyvässä määrin täydennyskoulutusmuotona terveydenhuollon organisaatioissa, koska sillä voidaan osittain tai kokonaan korvata luento-opetus. Verkko-opetuksen uskotaan säästävän rahallisia ja ajallisia resursseja, sillä se mahdollistaa saman koulutussisällön tuottamisen paikasta ja ajasta riippumatta laajoihin terveydenhuollon organisaatioihin. (Cook ym. 2010, Brown & Bullock 2014, Lahti ym. 2014.) Lääkärihenkilöstön koulutuksessa verkko-opetusta käytetään enemmän kuin hoitohenkilöstöllä. Tutkimusten mukaan vain alle 15 % verkko-opetusmuotoisiin terveydenhuoltoalankoulutuksiin osallistujista on hoitohenkilöstöä (Cook ym. 2008, Cook ym. 2010). Näyttöön perustuvan hoitotyön koulutusinterventioihin liittyvässä kirjauskatsauksessa myös todettiin, että yleisimmin käytettyjä opetusmenetelmiä ovat luennot, suulliset esitykset ja ryhmätyöt (Häggman-Laitila ym. 2016). Pelkästään hoitohenkilöstön verkko-opetukseen liittyvät tutkimukset erityisesti lääkeopetuksessa ovat viime aikoina lisääntyneet, mutta satunnaistettuja vertailevia tutkimuksia on toistaiseksi vähän (Lahti ym. 2014, Voutilainen ym. 2017). Useimmat hoitohenkilöstön verkko-opetukseen liittyvät tutkimukset ovat olleet kvasikoikkeellisia tai laadullisia, niissä on pieni aineisto tai tutkimuksen kesken jättäneiden määrä on suuri (Durkin 2008, Hart ym. 2008, Eaton-Spiva & Day 2011, Lahti 2014).

Cook ym. (2008) kirjallisuuskatsauksen perusteella verkko-opetuksen vaikuttavuuden mittaasetelmana terveydenhuollon koulutuksissa useimmiten on käytetty alku- ja seurantamittaasetelmaa. Kahta eri opetusmenetelmää vertailevissa tutkimuksissa on käytetty myös pelkästään opetettavaan aiheeseen liittyvää intervention jälkeistä mittausta. Tulostittarina käytetään eniten aihealueen tiedon muutosta sekä koulutustyytyväisyyttä ja vähiten taidon, käyttäytymisen tai potilasvaikutusten muutosta. (Cook ym. 2008, Lahti ym. 2014.) Verkko-opetuksen koulutustyytyväisyyden tulostittareina yleisimmin on käytetty koulutuksen mielekkyyttä, kiinnostavuutta (Eaton-Spiva & Day 2011, Kobac ym. 2011, Gordon ym. 2013), omaan työhön liittyvää hyödyllisyyttä ja merkityksellisyyttä (Beitz & van Rijswijk 2012, Vaidya ym. 2012, Murphy ym. 2015). Myös käytetyn verkkoalustan käyttöystävällisyyttä ja mielipidettä koulutuksen pituudesta on tutkittu (Kobac ym. 2011, Vaidya ym. 2012).

Verkko-opetuksessa hyödynnetään konstruktivistista oppimisteoriaa, jossa oppiminen nähdään sisäisesti säädellyksi toiminnaksi (Löfström ym. 2010). Konstruktivisessa oppimisprosessissa oppija toimii itseohjautuvasti, säätelee tavoitteellisesti oppimistaan, hakee omaehtoisesti oppimisessa tarvittavaa tietoa ja on ennen kaikkea itse vastuussa oppimisestaan. Näin ollen oppija aktiivisesti sovittaa uusia kokemuksia ja tietoja aiempiin tietorakennelmiinsa. (Siljander 2014.) Verkko-opetuksen avulla voidaan hyödyntää kognitiivisia oppimisprosesseja tehokkaasti. Verkko-oppimisympäristön käyttö opetuksessa saattaa edistää oppimista tarjoamalla mahdollisuuden opittavien asioiden esittämiseen monin erilaisin havainnollistavin ja tiedon konstruointia edistävin tavoin. (Adams 2004, Berggren ym. 2005, Löfström ym. 2010.) Terveystieteiden verkko-opetuksessa yleisimmin käytetyt sisällönelementit ovat staattinen teksti ja multimediasovellukset. Verkkokeskustelua ja -tutorointia käytetään jonkin verran sisältöä syventävänä osana. Verkko-opetuksen tukena käytetään myös luento-opetusta, oheiskirjallisuuden lukemista ja kliinistä harjoittelua. (Cook ym. 2008, Cook ym. 2010.) Verkko-opetusmenetelmien eri sisällönelementtien vaikuttavuudesta oppimistulokseen ei toistaiseksi ole riittävä näyttöä (Cook & Steiner 2013, Lahti ym. 2014).

Tutkimusten mukaan koulutettavien osallistuminen ja sitoutuminen verkko-opetukseen on hyvin vaihtelevaa (Liang ym. 2011, Cheng 2013, Cook & Steinert 2013). Erityisesti hoitajien vastaanottavuus verkko-opetusta kohtaan on ollut vaihtelevaa. On todettu, että verkko-opetus on hoitajien näkökulmasta hyväksyttävämpää, mikäli koulutuksen ohjelmisto on helppokäyttöinen ja mielenkiintoinen sekä sen oppisisältö koetaan oman työn kannalta hyödyllisenä. (Cheng 2012.)

Vuorovaikutus kouluttajan ja koulutettavien välillä vaikuttaa myös osallistujan motivaatioon koulutusta kohtaan. Suunnittelussa tulisikin kiinnittää huomiota verkko-opetusmenetelmien käyttäjäystävällisyyteen, mikä motivoisi koulutuksessa pysymiseen. (Cheng 2013.)

Verkko-opetuksen oppimistulokset ovat olleet hyvin pieniä ja ristiriitaisia verrattuna muihin täydennyskoulutusmuotoihin, joten sitä ei voida pitää parempana tai huonompana opetusmenetelmänä (Cook ym. 2008, Lahti ym. 2014, Häggman-Laitila ym. 2016). Verkko-opetuksella on kuitenkin todettu positiiviset vaikutukset tiedon ja taidon muutoksessa verrattuna ei koulutusta saaneisiin. Opetusmenetelmänä verkko-opetus on dynaaminen, innovatiivinen ja edullinen tapa tuottaa täydennyskoulutusta terveydenhuoltohenkilöstölle. Isoissa terveydenhuollon organisaatioissa tai eri organisaatioiden välillä verkossa tapahtuvalla koulutuksella pystytään säästämään resursseja ja tavoittamaan helposti kaikki koulutusta tarvitsevat. (Cook ym. 2008, Cook & Steinert 2013.)

2.6 Yhteenvedo tutkimuksen lähtökohdista

Naisten kokemuksia vulvodyniasta ja sen hoidosta on enimmäkseen tutkittu käyttäytymis- tai lääketieteellisin tutkimuksin. Hoitotieteellisestä näkökulmasta tutkimusta on erittäin niukasti.

Vulvodynian on todettu aiheuttavan psykoseksuaalisia ja -sosiaalisia ongelmia naiselle, mutta myös hänen kumppanilleen. Vulvodynia saattaa aiheuttaa seksuaaliongelmia, jotka heijastuvat parisuhteeseen. Pariskuntien seksuaalisen kanssakäymisen on todettu muokkautuvan tämän oireyhtymän vuoksi ja saattaa vähentää myös muuta fyysistä läheisyyttä pariskunnan osapuolten välillä.

Naiset ovat raportoineet terveydenhuoltohenkilöstön tietämyksen riittämättömyyttä etsiessään syytä ja apua ulkosynnytinkipuihinsa. Tutkimusten mukaan vulvan kipuoireet ovat usein väärin ymmärretty, diagnosoitu tai hoidettu. Naisilla on myös sivuuttamisen ja loukatuksi tulemisen kokemuksia terveydenhuoltohenkilöstön kohtaamistilanteissa. Diagnoosin viivästymisen on todettu lisäävän vulvodyniaoireiden voimakkuutta naisilla. Negatiiviset kokemukset hoitoa etsiessä saattavat lisätä naisen kokemia tunneperäisiä ongelmia ja olla jopa este avun etsimisen jatkamiselle. Mikäli naiset ovat tulleet autetuksi kivuissaan ja saaneet oireelleen nimen, on se koettu ensimmäisenä askeleena kohti parantumisprosessia. Kokonaisvaltaisen ja moniammatillisen hoito-otteen on todettu lisäävän naisen

vastuunottamista omasta hoidostaan. Vulvodynian hoidossa kumppanin huomi-
oon ottaminen arvellaan olevan keskeisessä osassa parisuhteen hyvinvoinnissa,
vaikka tutkimuksia aiheesta on toistaiseksi niukasti.

Terveydenhuoltohenkilöstön näkökulmasta tietämystä vulvodyniasta ja sen
hoidosta on toistaiseksi tutkittu vain lääkäreillä. Lääkäreiden tietämys yhtä tutki-
musta lukuun ottamatta on todettu monipuoliseksi. Tutkimukset on tehty erikois-
sairaanhoidossa, perusterveydenhuoltohenkilöstön tietämystä ei ole toistaiseksi
tutkittu. Intiimialueen ongelmissa nuoret naiset hakeutuvat ensisijaisesti peruster-
veydenhuollon palveluiden piiriin. Perusterveydenhoidon henkilöstöllä arvellaan
olevan tärkeä rooli varhaisessa puuttumisessa vulvodyniaoireisiin ja niiden itse-
hoidonohjauksessa.

Täydennyskoulutus terveydenhuollossa on ammattia tukevaa, suunnitelmal-
lista, tarvelähtöistä ja sen tulisi olla arvioitavaa. Naisten kokemusten mukaan ter-
veydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta olisi täyden-
nettävä. Toistaiseksi tutkimuksia täydennyskoulutusinterventioista vulvodyniasta
ja sen hoidosta ei ole raportoitu. Verkko-opetus täydennyskoulutusmuotona on
yksi käytännöllinen koulutustapa tuottaa sama johdonmukainen koulutussisältö
jokaiselle osallistujalle ajasta ja paikasta riippumatta. Näyttö on puutteellista
verkko-opetuksen vaikuttavuudesta terveydenhuoltohenkilöstön oppimistulok-
seen, sillä vertailevia tutkimuksia on niukasti. Verkko-opetuksen on kuitenkin to-
dettu soveltuvan hyvänä opetusmuotona tarkasti rajattuihin aiheisiin, kuten tässä
tutkimuksessa vulvodyniaan ja sen hoitamiseen.

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata naisten kokemuksia vulvodyniasta ja sen hoidosta sekä arvioida opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta ennen ja jälkeen koulutusintervention.

Tutkimuksen tavoitteena on kehittää luotettava mittari ja koulutusinterventio, joiden sisältö kuvaa vulvodynian ja sen hoidon tietämyksen osa-alueita. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää terveydenhuollossa vulvodyniaa sairastavien naisten ja heidän kumppaniensa kohtaamisessa sekä hoidon kehittämisessä.

Tutkimustehtävät:

Vaihe I, laadullinen tutkimus

1. Kuvata naisten kokemuksia vulvodynian hoidosta. (Osajulkaisu I)
2. Kuvata naisten kokemuksia vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen (Osajulkaisu II)
3. Kehittää vulvodynian ja sen hoidon tietämystä mittaava mittari vulvodyniaa sairastavien naisten kokemusten ja kirjallisuuden perusteella (Yhteenveto).

Vaihe II, kvasikokeellinen tutkimusasetelma

4. Kehittää ja toteuttaa koulutusinterventio vulvodyniasta ja sen hoidosta (Yhteenveto).
5. Arvioida opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta ennen ja jälkeen koulutusintervention. (Osajulkaisut III ja IV. Yhteenveto)
6. Arvioida opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön koulutustyytyväisyyttä (Yhteenveto).

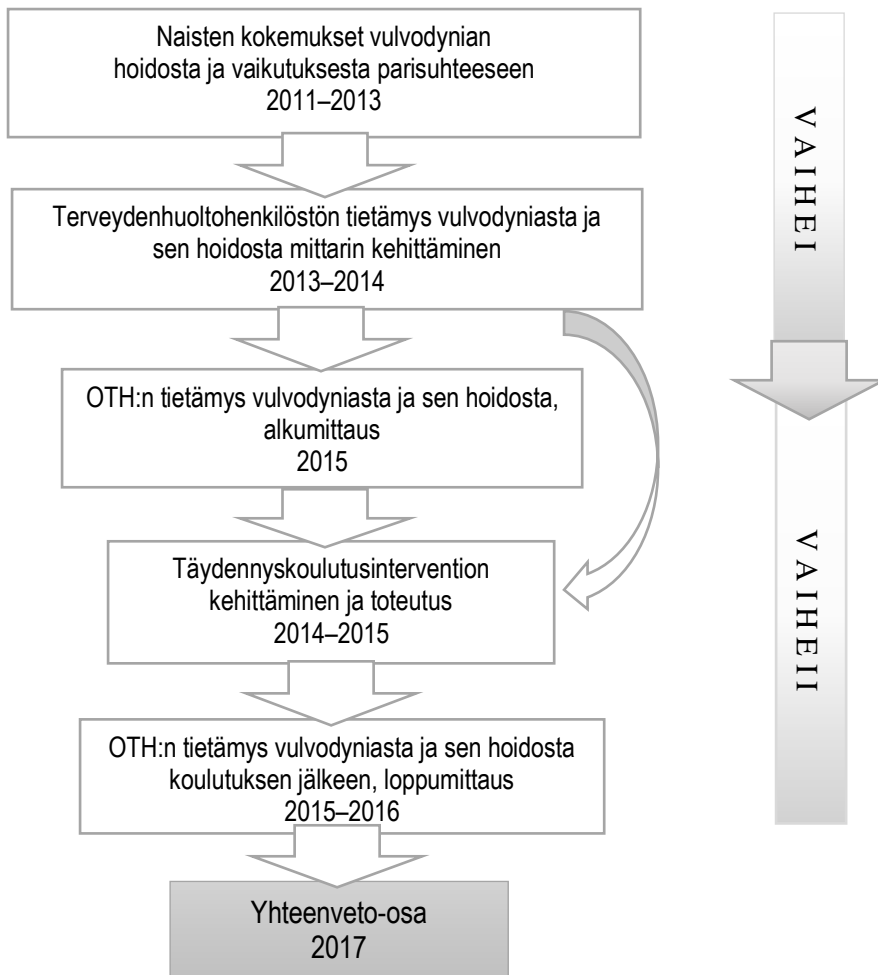
4 Tutkimuksen menetelmät

4.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku

Tutkimusasetelma perustuu monimetodi-menetelmään (mixed methods research), joka toteutettiin peräkkäisin tutkimusvaiheina (sequential exploratory design). Tutkimuksen toteuttamisessa käytettiin eri tiedonhankintatapoja ja tutkimusmetodeja. Tutkimuksen lähtökohtana oli laadullinen tutkimusmetodi, jossa tarkasteltiin vähän tutkittua ilmiötä hoitotieteessä – naisten kokemuksia vulvodyniasta ja sen hoidosta. Määrällistä tutkimusmetodia käytettiin mittaamaan näkökulmaa, joka oli löydetty vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemusten perusteella. (Polit & Beck 2006b, Holloway ym. 2010, Gray 2016b.) Tutkimus toteutettiin kaksivaiheisena.

Vaiheessa I on kuvattu naisten kokemuksia vulvodynian hoidosta ja sairauden vaikutuksesta parisuhteeseen. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tämän vaiheen perusteella kehitettiin naisten kokemusten ja aiemman kirjallisuuden pohjalta kyselymittari, jonka tarkoituksena on mitata terveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta. Mittarin luotettavuutta analysoitiin laadullisin ja määrällisin menetelmin ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä.

Vaiheessa II on kuvattu ja arvioitu kvasikokeellisella tutkimusasetelmalla opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta ennen ja jälkeen koulutusintervention. Aineistot kerättiin verkkokyselyllä ja ne analysoitiin määrällisin menetelmin. Tutkimuksen koulutusintervention oppisisältö kehitettiin asiantuntijaryhmän teemahaastattelun ja aiemman kirjallisuuden perusteella vaiheessa I kehitetyn AKVDC[®]-mittarin rakenteen mukaiseksi deduktiivisella sisällönanalyysillä. Täydennyskoulutus toteutettiin verkko-opetuksena. Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku kuvataan kuviossa 1.



Nuolet kuvaavat tutkimustehtävästä ja vaiheesta toiseen siirtymistä.
OTH = Opiskeluterveydenhuoltohenkilöstö

Kuvio 1. Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku

4.2 Tutkimukseen osallistujat ja tutkimusaineiston kerääminen

Vaiheessa I tutkimusaineisto kerättiin suljetulta anonyymilta vulvodyniakeskustelupalstalta vuonna 2011 helmi- ja kesäkuun välisenä aikana. Aineistonkeruu vulvodyniaa sairastavien keskustelupalstalta mahdollisesti kohdejoukon saavuttamisen kohdennetusti.

Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin verkkokyselyä. Verkkokyselylomakkeena käytettiin Tampereen yliopiston E-lomaketta, jossa lähettäjän anonymiteetti säilyy. Verkkokyselyohjelma loi kyselylomakkeelle oman internet-osoitteen, jossa kysely voitiin käydä täyttämässä sovitun ajanjakson kuluessa. (Pahkinen 2012.) Oletettavaa myös oli, että naiset vastaisivat vapautuneemmin anonyyminä tapaamatta haastattelijaa sensitiivisiin kysymyksiin, jotka koskivat sukupuolielimiä ja seksuaalitoimintoja (Gray 2016a). Kohdejoukon tarkkaa lukumäärää ei ollut tiedossa, mutta palstan ylläpitäjä arvioi sen vuonna 2011 olleen noin 100 vulvodyniaa sairastavaa naista. Keskustelupalstan ylläpitäjä toimitti keskustelijoille tutkimustiedotteen (Liite 2), joka sisälsi hyperlinkin verkkolomakkeelle. Taustakysymysten lisäksi naisia pyydettiin avoimissa kysymyksissä kirjoittamaan kokemuksiaan vulvodyniasta, sen hoidosta ja miten oireyhtymä vaikuttaa parisuhteeseen. Aineisto muodostui kolmenkymmenkolmen vulvodyniaa sairastavan naisen kirjoittamista kokemuksista. (Osajulkaisut I ja II.) Tutkimusmittarin AKVDC kehittämiseen käytettiin edellä mainittua naisten kokemuksiin perustuvaa aineistoa ja näyttöön perustuvaa kirjallisuutta, joka on nähtävissä lähdeluettelossa *-merkinnällä.

Vaiheessa II tutkimusaineisto kerättiin eripuolilla Suomea sijaitsevista kahdestatoista opiskeluterveydenhuollon toimipisteestä. Opiskeluterveydenhuoltohenkilöstö valittiin tutkimuksen kohderyhmäksi, sillä opiskeluterveydenhuolto perusterveydenhuollon osa, mihin opiskelevat naiset hakeutuvat intiimialueen ongelmista. Perusteena kohderyhmän valinnalle oli myös Suomen sosiaali- ja terveysministeriö lait (FINLEX 1326/2010 ja 338/2011), jotka määrittelevät opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvän seksuaaliterveyttä edistävät palvelut.

Verkkokysely aineistokeruumenetelmänä tässäkin vaiheessa valittiin sen käytännöllisyyden vuoksi; E-lomake saavutti mahdolliset vastaajat nopeasti, kuten myös vastausmuistutukset kyselyn palauttamiseen oli helposti toimitettavissa. Käytetyssä E-lomakkeessa oli lisäksi toiminnot vastausten lajitteluun ja tilastolliseen käsittelyyn. (Heikkilä ym. 2008, Kuula 2011, Gray 2016a.) Lisäksi on todettu, että verkkokysely saattaa olla osallistujille hyväksyttävämpi tapa vastata sensitiivisiin kysymyksiin totuudenmukaisesti (Gray 2016a). Tässä tutkimuksessa omaan työhön liittyvä tietämyksen arviointi katsottiin olevan sensitiivinen aihe.

Kahdentoista opiskeluterveydenhuollon toimipisteen vastuuhoidtajaa lähettivät tutkijan laatimat tutkimustiedotteet alkumittauksesta (Liite 3a), koulutuksesta (Liite 3b) ja koulutuksen jälkeisestä mittauksesta (Liite 3c) tutkimuksen kohde-

ryhmälle. Kohderymänä olivat toimipisteiden yleis- ja mielenterveydenhuollon henkilöstö (N = 191): terveydenhoitajat (n = 52), muu hoitohenkilöstö (n = 28), fysioterapeutit (n = 9), psykologit (n = 40) ja lääkärit (n = 62). Tutkimustiedotteet ennen koulutusinterventiota ja sen jälkeen tapahtuvasta mittauksesta sisälsivät hyperlinkin verkkolomakkeelle, joka sisälsi taustakysymykset sekä AKVDC[®]-mittarin, joka mittasi tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta (Liite 4). Alkumittausaineisto kerättiin vuonna 2015 helmi- ja huhtikuun välisenä aikana. Tutkimuksen neljän viikkoa kestävä koulutusinterventio toteutettiin saman vuoden loka- ja marraskuussa. Seurantamittausaineiston kerääminen aloitettiin kaksi viikkoa koulutusintervention loppumisen jälkeen. Seurantamittausaineisto kerättiin vuoden 2015 joului- ja vuoden 2016 helmikuun välisenä aikana. Ennen koulutusinterventiota kyselyyn vastasi 79 ja koulutusintervention jälkeen 30 opiskeluterveydenhuollon ammattilaista. (Osajulkaisut III ja IV.)

Koulutusintervention oppisisältö vulvodyniasta ja sen hoidosta kehitettiin moniammatillisen asiantuntijaryhmän (N = 9) teemahaastatteluaineiston, asiantuntija-arvion ja kirjallisuuden avulla. Käytetty kirjallisuus vulvodyniasta ja sen hoitamisesta on merkitty lähdeluetteloon ^t-merkinnällä.

4.3 Tutkimuksen kyselylomake ja mittarit

4.3.1 Tutkimuksen kyselylomakkeen kehittäminen

Vaiheessa I tutkimuksen kyselylomakkeeseen kehitettiin taustakysymykset ja vulvodynian ja sen hoidon tietämystä kartoittavat kysymykset. Tietämys vulvodyniasta ja sen hoitamisesta-mittari kehitettiin vulvodyniaa sairastavien naisten kokemusten (osajulkaisut I ja II) ja aiemman kirjallisuuden (Liite 1) perusteella. Naisten kokemusten perusteella terveydenhuoltohenkilöstön tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta koetaan puutteellisena. Koska aihealueelta ei ollut aikaisempaa mittaria, naisten kuvaukset vulvodyniasta ja sen hoidosta operationalisoitiin eli muutettiin mitattavaan muotoon. (Gray ym. 2016, Grove 2016b.)

Tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta -mittari muodostui kaksiosaiseksi. Mittarin ensimmäinen osa mittasi *tietoisuutta* vulvodyniasta ja sen hoidosta (Awareness of vulvodynia and its care). Mittarin toinen osa mittasi *tietoa* vulvodyniasta ja sen hoidosta (Knowledge about vulvodynia and its care). Mittarin nimi lyhennettiin englanninkielisen lyhenteen mukaisesti: Awareness and Knowledge of VulvoDYNia and its Care – AKVDC[®].

Tämän tutkimuksen mittarissa *tietämys* tarkoittaa *tietoisuutta* ja *tietoa* tutkitavasta aiheesta. *Tietämys* määritellään Gummeruksen uuden suomen kielen ja Kielitoimiston sanakirjan mukaan tiedoksi ja tietoudeksi (MOT 2017). Yleinen suomalainen asiasanasto määrittelee tietämyksen tiedoksi, tietoisuudeksi ja tuntemukseksi (Finto 2014).

Tietoisuus tutkimuksen mittarin ensimmäisessä osassa tarkoittaa selvillä olemista, tiedostamista, arki- ja kokemustietoa vulvodynian ja sen hoidosta. Tietoisuus tarkoittaa myös tietoisesta läsnäolon merkityksen tiedostamista hoitotilanteessa. Tietoisuus määritellään Uuden suomen kielen sanakirjan mukaan selvillä oloksi (jostain asiasta) ja tajunnaksi. Kielitoimiston sanakirjan mukaan tietoisuus on selvillä olemista, tajuntaa. (MOT 2017.) Yleinen suomalainen asiasanasto määrittelee tietoisuuden kognitioksi, tiedostamiseksi, tietoiseksi läsnäoloksi, mutta myös muun muassa arkitiedoksi, avoimeksi tiedoksi, kokemustiedoksi ja hiljaiseksi tiedoksi (Finto 2014).

Tieto tutkimuksen mittarin toisessa osassa tarkoittaa vulvodynian ja sen hoidon näyttöön perustuvaa, tieteellistä tietoa, johon voi vastata oikein tai väärin. Kielitoimiston sanakirja määrittelee tiedon seuraavasti: tietäminen, jostakin selvillä oleminen, tosiasioiden tunteminen, todellisuuteen, tosiasioihin perustuva käsitys. Tieto on myös tieteellistä, kokemusperäistä, intuitiivista, varmaa, luotettavaa, oikeaa tai väärää. Tieto on myös hankittua tietämystä, tietoutta, oppia ja viisautta. Gummeruksen uusi suomen kielen sanakirja taas määrittelee tiedon tarkaksi, yleiseksi, henkiseksi pääomaksi ja asiaksi mitä tiedetään. (MOT 2017.) Yleinen suomalainen asiasanasto määrittelee tiedon tieteellisen ja tutkimustiedon yläkäsitteeksi, mutta myös osaksi tietämystä ja tietoisuutta (Finto 2014).

AKVDC[®]-mittarin osa 1 -*Tietoisuus vulvodynian ja sen hoidosta* perustuu naisten kuvauksiin heidän hoidostaan sekä siihen, miten vulvodynian vaikuttaa parisuhteeseen (Osajulkaisut I ja II). Naisten kokemusten perusteella terveydenhuoltohenkilöstölle suunnatut kysymykset ja kysymysten osa-alueet operationalisoitiin mittarin tietoisuus-osaan (Grove 2016b). AKVDC[®]-mittarin tietoisuusosassa kysymysten osa-alueet muodostuivat seuraaviksi: tietoisuus vulvodynian tunnistamisesta, tietoisuus vulvodynian hoidosta, tietoisuus inhimillisen kohtaamisen merkityksestä vulvodynian sairastavalle sekä tietoisuus saadun tiedon ja tuen merkityksestä vulvodynian sairastavalle. Tietoisuus-osan vastausasteikoksi valittiin Likertin 1–6 asteikko: 1 (täysin eri mieltä), 2 (eri mieltä), 3 (jonkin verran eri mieltä), 4 (jonkin verran samaa mieltä), 5 (samaa mieltä), 6 (täysin samaa mieltä) tai 1 (erittäin huonosti), 2 (huonosti), 3 (jonkin verran huonosti), 4

(jonkin verran hyvin), 5 (hyvin), 6 (erittäin hyvin). Vastausasteikolla 1–6 haluttiin pakottaa (forced choice) vastaaja valitsemaan tietoisuutensa taso, sillä asteikko ei sisällä neutraalia vaihtoehtoa. (Grove 2016b.) Esimerkki mittarin *Tietoisuus-osan* operationalisoinnista esitetään taulukossa 1.

AKVDC[®]-mittarin osa 2 -*Tieto vulvodyniasta ja sen hoidosta* kehitettiin aiheeseen liittyvien tutkimusten pohjalta. Kirjallisuuden tiedonhaun hakusanat, jotka olivat mittarin tieto-osassa, kuvataan luvussa 2.1 ja liitteessä 1. Tiedonhaun tuloksena saaduista tieteellisistä julkaisuista pyrittiin valitsemaan etupäässä kirjallisuuskatsauksia. Tietotestin kysymykset perustuvat 18 tieteelliseen artikkeliin, joista 11 oli kirjallisuuskatsauksia. Tietotestissä käytetyt julkaisut on merkitty sisällysluetteloon *-merkillä. Valituista tutkimuksista etsittiin vastauksia kysymyksillä: Mitä vulvodynia on? Mitkä tekijät ovat yhteydessä vulvodyniaan? Miten vulvodyniaa hoidetaan? Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. (Elo & Kyngäs 2008, Holloway ym. 2010, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Saadut tulokset operationalisoitiin kysymysmuotoon (Gray ym. 2016). Tieto-osan kysymysten osio-alueiksi muodostuivat vulvodynian muodot, etiologia ja hoitomenetelmät. Vastausasteikoksi mittarin tähän osaan valittiin vaihtoehdot: oikein, väärin ja en osaa sanoa. *Tieto-osan* operationalisoinnin esimerkki esitetään taulukossa 2.

AKVDC[®]-mittaria kehitettiin rakenteellisesti ja sisällöllisesti usean eri version kautta vuosien 2013–2015 aikana. Kun mittari oli muotoutunut lähelle lopullista muotoaan, pyydettiin terveystieteen tohtoriopiskelijoilta (N = 8) ja moniammatilliselta asiantuntijaryhmältä (N = 9) arviointeja mittarin sisällöstä ja rakenteesta (DeVon ym. 2007, Pahkinen 2012). Moniammatillinen asiantuntijaryhmä koostui uro/gynekologisista sairaanhoitajista (n = 2), kätilöistä (n = 2), lantionpohjan fysioterapeuteista (n = 2), psyko- ja pariterapeutista (n = 1) sekä gynekologeista (n = 3), joilla oli yli seitsemän vuoden kliininen kokemus vulvodyniaa sairastavien naisten hoidosta.

Terveystieteen tohtoriopiskelijoita ja asiantuntijaryhmää pyydettiin ensin täyttämään kysely kokonaisuudessaan ja merkitsemään täyttämiseen kulunut aika minuutteina. Tämän jälkeen heitä pyydettiin kommentoimaan muuttujien rakennetta, selkeyttä, oikeakielisyyttä, ymmärrettävyyttä, merkityksellisyyttä ja mittarin vastausasteikkoa. Terveystieteen tohtoriopiskelijoita pyydettiin lisäksi arvioimaan mittaria tieteellisyyden näkökulmasta. Asiantuntijaryhmää pyydettiin kliinisen kokemuksensa perusteella merkitsemään kysymykset, jotka eivät olleet välttämättömiä aihealueeseen liittyen ja jotka olisivat hyödyllisiä ehdotetuina muutoksina. Mittarin tieto-osaa kommentoivat kaikki asiantuntijaryhmäläiset ja

tietoisuus-osaa kaikki muut paitsi gynekologit. Perustuen terveystieteiden tohtoriopiskelijoiden metodologiseen tietämykseen ja asiantuntijaryhmän kokemukseen vulvodynia-potilaiden hoidossa kysymyksiä muutettiin ehdotetuin osin. (DeVon ym. 2007, Pahkinen 2012.) Esimerkkejä muuttujien muokkauksiin esitetään liitteessä 5.

Muokattu mittari muutettiin paperiversiosta verkkolomakkeeksi, joka oli Tampereen yliopistossa käytettävä E-lomake. Verkkolomakkeen tekninen toimivuus ja mittarin kysymysten ymmärrettävyys testattiin terveystieteen asiantuntijoilla (N = 8), joita olivat terveystieteen tohtoriopiskelijat (n = 4) ja terveystieteen opetushenkilöt (n = 3). Lisäksi testaajaksi valittiin yksi Tampereen yliopiston ulkopuolinen terveystieteen asiantuntija, jolla ei ollut aikaisempaa kokemusta E-lomakkeen täyttämisestä. Heiltä pyydettiin ilmoittamaan kyselyn vastaamiseen kulunut aika minuutteina sekä mahdollisia muutosehdotuksia verkkokyselyn muuttujiin, vastausohjeisiin ja visuaaliseen toteutukseen. Verkkolomaketta selkiytettiin vielä terveystieteen asiantuntijaryhmän ehdotusten mukaan. (Heikkilä ym. 2008, Pahkinen 2012.) Esimerkiksi toivottiin, että verkkokyselyn vastausohjeet toistuisivat, mikäli samaan vastausohjeeseen kuuluvat kysymykset jatkuvat verkkolomakkeen seuraavalla sivulla.

Muokatulla verkkolomakkeella tehtiin esitutkimus tutkimukseen osallistumattomalla moniammatillisella opiskeluterveydenhuollon henkilöstöllä (N = 34). Myös heitä pyydettiin antamaan palautetta epäselvistä kysymyksistä verkkolomakkeen lopussa olevassa vapaassa tilassa. Mittarin tietoisuus-osan sisäinen luotettavuus testattiin Cronbach alpha-testin avulla (Taulukko 3). Esitestauksessa saadun palautteen ja Cronbach alpha-testin jälkeen AKVDC[®]-mittaria selkiytettiin muutamien kysymysten osalta. (DeVon ym. 2007, Pahkinen 2012.) Esimerkiksi kysymys ”Minun luonteva suhtautumiseni vastaanottotilanteessa vulvodyniaa sairastavaan lisää potilaan häpeän tunnetta seksuaalielämään liittyvää ongelmaa kohtaan” muutettiin seuraavanlaisesti: ”Minun luonteva suhtautumiseni vastaanottotilanteessa vulvodyniaa sairastavaan vähentää hänen häpeän tunnetta seksuaalielämän ongelmassa”.

Vaiheessa II kyselymittariin kehitettiin koulutusintervention jälkeinen koulutuspalautteosio, joka mittasi koulutustyytyväisyyttä. Koulutustyytyväisyyttä mitattiin 12 koulutuksen käyttökelpoisuuteen, yhdellä koulutuspituuteen ja yhdellä verkkokeskusteluun liittyvällä kysymyksellä. Koulutuspalautteessa oli myös yksi avoin kysymys, joka koski koulutuksen kehittämistä. (Eaton-Spiva & Day 2011, Kobac ym. 2011, Beitz & van Rijswijk 2012, Vaidya ym. 2012, Gordon ym.

2013, Murphy ym. 2015.) Koulutuksen käyttökelpoisuutta mittaavien kysymysten vastausasteikoksi valittiin Likertin 1–6 asteikko: 1 (täysin eri mieltä), 2 (eri mieltä), 3 (jonkin verran eri mieltä), 4 (jonkin verran samaa mieltä), 5 (samaa mieltä), 6 (täysin samaa mieltä). Koulutuspituuskysymyksen vastausasteikoksi valittiin Likertin 1–5 asteikko: 1 (liian pitkä), 2 (jonkin verran liian pitkä), 3 (sopivan mittainen), 4 (jonkin verran liian lyhyt), 5 (liian lyhyt). Verkkokeskusteluun liittyvä kysymys oli monivalintakysymys, johon vastattiin kyllä tai ei vaihtoehdolla. Kyselymittarin koulutuspalautteosaa kehitettiin rakenteellisesti ja sisällöllisesti kolmen eri version kautta syksyn 2015 aikana. Muokattu paperiversio muutettiin verkkolomakkeeksi ja liitettiin uutena osana alkumittauksessa käytettyyn verkkokyselylomakkeeseen. Verkkolomakkeen tekninen toimivuus testattiin vain tutkijan toimesta.

Taulukko 1. Esimerkki AKVDC®-mittarin tietoisuus-osan operationalisoinnista naisten kuvaamien kokemusten perusteella

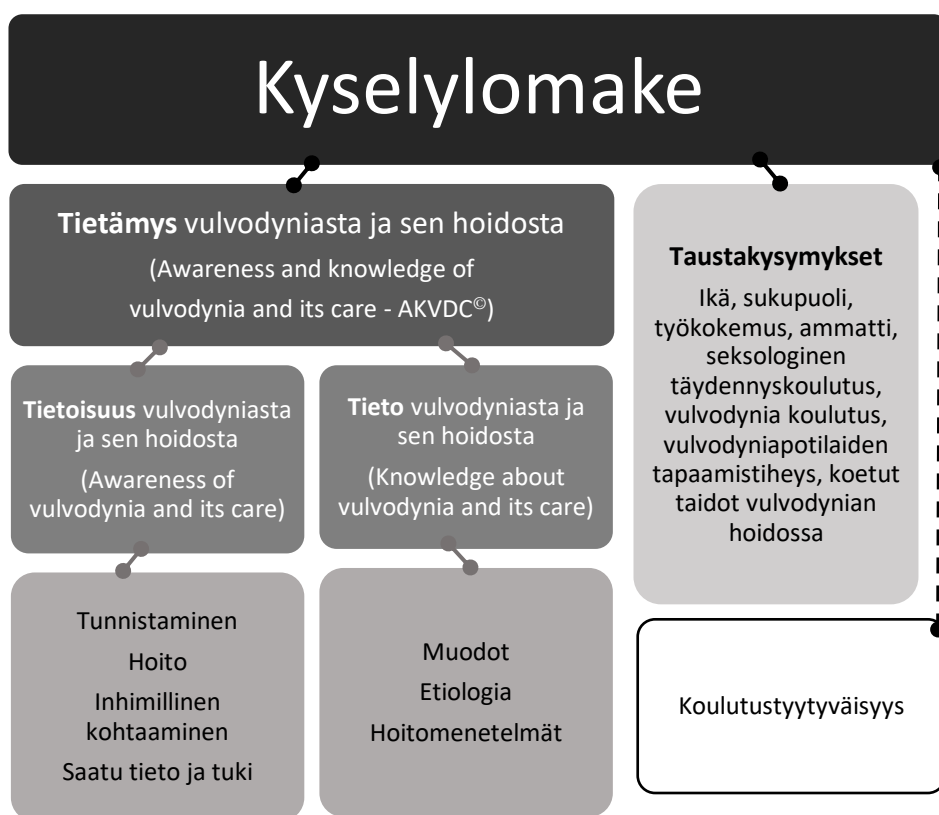
Naisten kokemuksia	Väittämä – vastausasteikko Likert 1–6	AKVDC®-mittarin tietoisuus-osan osio
Seksuaaliterapia auttoi paljon Seksuaalineuvonta kumppanin kanssa Seksuaalineuvonta oli myönteinen kokemus	Tiedän seksuaalineuvonnan sisällön vulvodyniaa sairastavan hoidossa 1 (tiedän erittäin huonosti) – 6 (tiedän erittäin hyvin)	Tietoisuus vulvodynian hoidosta
Puoliso tietää sairaudestani joten hän ymmärtää Kumppanini ei uskonut ennen kuin sain sairauteeni diagnoosin	Vulvodyniaa sairastavan kumppanin tiedonsaanti sairaudesta lisää kumppanin ymmärrystä naisen kipuja kohtaan 1 (täysin eri mieltä) – 6 (täysin samaa mieltä)	Tietoisuus saadun tiedon ja tuen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle

Taulukko 2. Esimerkki AKVDC®-mittarin tieto-osan operationalisoinnista näyttöön perustuvan kirjallisuuden perusteella

Kysymys	Vastaus	Väittämä – vastausvaihtoehto Oikein (O), Väärin (V) tai En osaa sanoa (EOS)	AKVDC®-mittarin tieto-osan osio
Mitä vulvodynia on?	Paikallinen vulvan kipu, yleistynyt vulvan kipu, kosketukseen liittyvä vulvan kipu, kosketukseen liittymätön vulvan kipu	Vulvodyniaksi kutsutaan vain mekaanisesta kosketuksesta johtuvaa kipua ulkosynnyttimissä	Tieto vulvodynian muodoista
Mitkä tekijät ovat yhteydessä vulvodyniaan?	Hiivatulehdus, virtsatieulehdukset, emätintulehdukset, sukupuolih herpes	Urogynekologiset tulehdukset saattavat olla yhteydessä vulvodyniaan	Tieto vulvodynian etiologista
Miten vulvodyniaa hoidetaan?	Sormidilataatio, puikkodilataatio, lantionpohjan lihasten vaginaaliset venytys hoidot	Dilataatiota eli emättimen laajennin hoitoa käytetään vulvodynian hoidossa	Tieto vulvodynian hoidosta

4.3.2 Tutkimuksen kyselylomakkeen rakenne

Kyselylomake sisältää 16 taustakysymystä (kyselylomakkeen kysymykset 1–16) ja AKVDC[®]-mittarin, jossa on tietoisuus- ja tieto-osa. Tietoisuus-osassa on yhteensä 66 väittämää (kyselylomakkeen kysymykset 17–82). AKVDC[®]-mittarin tieto-osa on tietotesti ja sisältää 20 väittämää (kyselylomakkeen kysymykset 83–92). Seurantamittausta varten kyselylomakkeeseen lisättiin koulutustyytyväisyyskysely, joka sisältää 15 väittämää (kyselylomakkeen kysymykset K1–K15). (Kuvio 2, Liite 4.)



Kuvion harmaat alueet kuvaavat alku- ja seurantamittauksessa käytettyjä kyselylomakkeen osia. Valkoinen alue kuvaa seurantamittaukseen lisättyä kyselylomakkeen osaa

Kuvio 2. Kyselylomakkeen rakenne

4.3.3 Tutkimuksen mittareiden luotettavuuden arviointi

Vulvodynian hoidon asiantuntijaryhmä arvioi kyselylomakkeen taustakysymysten ja AKVDC[®]-mittarin sisällön validiteettia. Asiantuntija-arvion perusteella mittarin kysymyksistä laskettiin sisällön kelpoisuussuhde (Content Validity Ratio, CVR) Lawshen vuonna 1975 kehittämän CVR-metodin mukaisesti: $CVR = (n - N/2) / (N/2)$. Arvioitsijoiden kokonaismäärä ilmoitetaan kirjaimella N ja kysymyksen oleelliseksi arvioivien arvioitsijoiden määrä kirjaimella n. Mitä lähempänä CVR-arvo on 1.0, sitä luotettavampi on kysymyksen sisältö asiantuntija-arvion mukaisesti. CVR-arvo on riippuvainen asiantuntijoiden lukumäärästä. Mitä enemmän arvioivia asiantuntijoita on, sitä helpommin saavutetaan korkeampia CVR-arvoja. (DeVon ym. 2007, Grove 2016a.) Kyselylomakkeen taustakysymyksiä ja AKVDC[®]-mittarin tietoisuus-osaa arvioi kuusi asiantuntijaa ja tietoisuus 9 asiantuntijaa. Lähes kaikki kysymykset, joissa oli $CVR \leq 0.67$ muokattiin uudestaan: 10 kysymystä muokattiin sopivammaksi, yksi poistettiin ja yksi tarkentava kysymys lisättiin. Liitteessä 5 esitetään CVR-arvot ja niiden perusteella tehty kysymysten muokkaaminen.

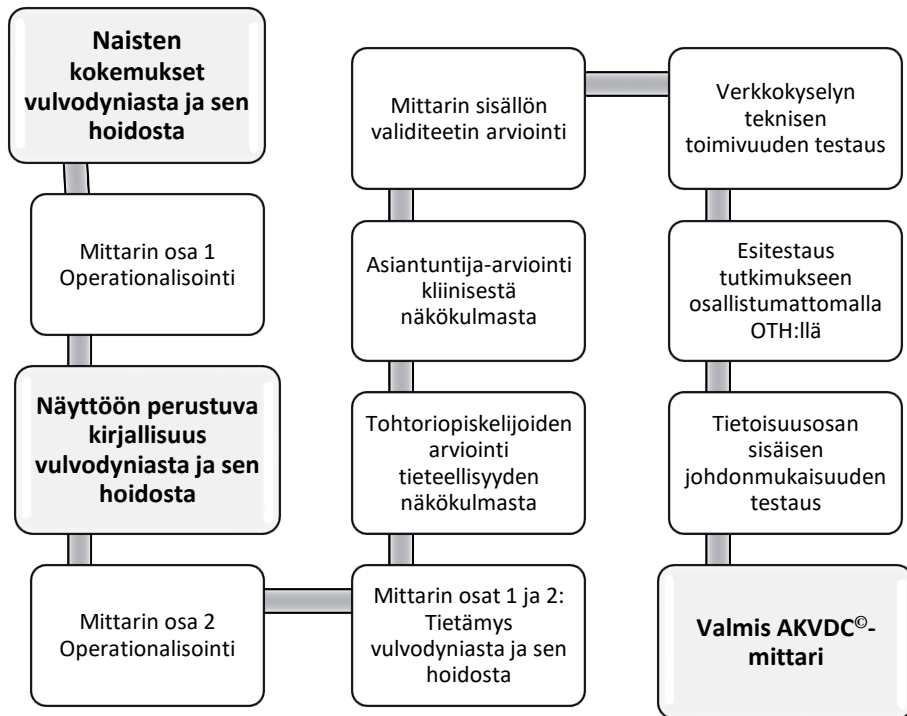
Mittarin osien sisällön pätevyuden indeksi (Content Validity Index, CVI) saatiin laskemalla CVR-arvot yhteen ja jakamalla ne kysymysten lukumäärällä (DeVon ym. 2007, Grove 2016a). Koko mittarin sisällön pätevyuden indeksi vaihteli mittarin osien välillä 0.91–0.94. Lisäksi CVI tarkistettiin Schipperin (α^S) kerrannaisalpha-tilaukosta, jonka perusteella mittarin osioiden α^S vaihteli 0.005–0.025 (Liite 5). Schipperin mukaan CVR ja CVI ovat luotettavia, kun laskettu yksisuuntainen $\alpha^S \leq 0.05$. Mittarin osat todettiin tämän perusteella sisällöltään päteviksi eli valideiksi. (Wilson ym. 2012, Gilbert & Prion 2016.)

Mittarin sisäisen johdonmukaisuuden testauksessa käytettiin Cronbach alpha-arvoa (α). Esitutkimuksessa Cronbach alpha-arvo oli hyväksyttävä ($\alpha > 0.70$) kaikissa muissa tietoisuus-osioissa paitsi ”Tietoisuus inhimillisen kohtaamisen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle” ($\alpha = 0.69$). (DeVon ym. 2007, Grove 2016a.) Mittaria muokattiin muutamien tämän osion kysymysten osalta ennen alkumittauksia. Alku- ja seurantamittauksessa AKVDC[®]-mittarin tietoisuus-osa todettiin sisäisesti johdonmukaiseksi. Seurantamittauksessa käytetty koulutuspalautteen koulutustyytyväisyysosa todettiin myös sisäisesti johdonmukaiseksi. Taulukossa 3 esitetään tutkimuksen kyselylomakkeen AKVDC[®]-mittarin tietoisuus-osan ja koulutustyytyväisyyspalautteen käyttökelpoisuus-osion Cronbach alpha-arvot (α). Kuviossa 3 kuvataan AKVDC[®]-mittarin kehittäminen ja luotettavuuden arviointi prosessikaavion muodossa.

Taulukko 3. Tutkimuksen kyselylomakkeen AKVDC[®]-mittarin tietoisuus-osan ja koulutustyytyväisyyspalautteen käyttökelpoisuus-osion Cronbach alpha-arvot (α)

AKVDC [®] tietoisuus (Väittämiä 66)	Väittämien numerot	α_0	α_1	α_2
vulvodynian tunnistamisesta (14)	17–23, 66–72	0.81	0.83	0.84
vulvodynian hoitomenetelmistä (13)	24–30, 73–78	0.78	0.80	0.72
inhimillisen kohtaamisen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle (15)	31–37, 57–60, 79–82	0.69	0.89	0.92
saadun tiedon ja tuen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle (24)	38–56, 61–65	0.86	0.91	0.95
Koulutuksen käyttökelpoisuus (Väittämiä 12)	K1–12			0.92

α_0 = esitestaus, α_1 = alkumittaus, α_2 = seurantamittaus



Kuvio 3. AKVDC[®]-mittarin kehittäminen ja luotettavuudenarviointi prosessina

4.4 Täydenniskoulutusinterventio (Vaihe II)

4.4.1 Täydenniskoulutuksen oppisisällön kehittäminen

Täydenniskoulutuksen oppisisältö kehitettiin asiantuntijaryhmän teemahaastattelun ja aiemman kirjallisuuden perusteella AKVDC[®]-mittarin rakenteen mukaiseksi deduktiivisella sisällönanalyysillä (Elo & Kyngäs 2008). Teemahaastattelu valittiin asiantuntijoiden haastattelutavaksi sen puolistrukturoidun menetelmän vuoksi, sillä se antoi asiantuntijoille ja haastattelijalle vapautta poiketa jonkin verran teemakysymyksistä haastattelun aikana ilmenevien asiapainotuksien vuoksi. Teemahaastattelun muodoksi valittiin ryhmähaastattelu sen monipuolisuuden, vuorovaikutuksellisuuden ja nopeuden vuoksi. Tällä haastattelutavalla oli erityinen merkitys, sillä koulutussisältö oli tärkeä luoda asiantuntijoiden yhteisen kannan, kokemuksen ja asiantuntijuuden pohjalta. Teemahaastatteluun kutsuttiin harkinnanvaraisesti yhdeksän asiantuntijaa, joilla oli yli seitsemän vuoden kokemus vulvodyniaa sairastavien naisten ja heidän kumppaneidensa hoidosta. Kutsutuista kuusi osallistui: kaksi urogynekologista sairaanhoitajaa, yksi kätilö, kaksi lantionpohjan fysioterapeuttia sekä yksi pari- ja seksuaaliterapeutti. Harkinnanvaraisen valinnan vuoksi haastattelu täytti täsmäryhmähaastattelun (focus group interview) kriteerit. (Hirsjärvi & Hurme 2008, Holloway ym. 2010.) Asiantuntijoina oli lisäksi kaksi naistentautien erikoislääkärinä ja yksi yleislääkäri, jotka edellä mainitun asiantuntijaryhmän lisäksi tarkastivat koulutuksen oppisisällön. Kaikilla asiantuntijoilla lukuun ottamatta kahta asiantuntijaa oli myös seksologinen erikoistumiskoulutus.

Teemahaastattelun runkona käytettiin AKVDC[®]-mittarin tietoisuus-osan rakennetta. Haastattelun teemat noudattivat mittarin tietoisuus-osioita. (Elo & Kyngäs 2008, Hirsjärvi & Hurme 2008.) Asiantuntijaryhmältä kysyttiin ryhmähaastattelussa teemahaastattelun mukaisesti seuraavia kysymyksiä: Mitä terveydenhuollon ammattilaisen *tietoisuuteen* tulisi kuulua 1) vulvodynian tunnistamisesta, 2) vulvodynian hoidosta, 3) vulvodyniaa sairastavan naisen inhimilliseen kohtaamisen sekä 4) saadun tiedon ja tuen merkityksestä. Asiantuntijaryhmän jäsenet kertoivat teemoista ensin yksilöllisesti kirjaamalla oman asiantuntijuuden pohjalta tärkeimmät aiheeseen liittyvät tietoisuuden elementit. Yksilöllisen jäsenteilyn jälkeen ryhmäkeskustelun avulla käsiteltiin edellä mainituja teemoja yksi kerrallaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, Holloway ym. 2010.) Taulukossa 4 kuvataan

teemahaastattelun tuloksena saadut koulutuksen oppisisällön teema-alueet. Koulutuksen pääotsikot muodostuivat AKVDC[®]-mittarin rakenteen mukaisesti.

Alkuperäisilmauksia teemasta: Inhimillisen kohtaamisen merkitys vulvodyniaa sairastavalle

Kyllä ne on niitä aika maanläheisiä, mitä siinä ajattelee. Ne ei oo mitään taivaita hipovia hienoja teorioita vaan sitä tavallaan just se, että... nii... mä laitoin siihen ykköskohdaks – et jokaisen meistä pitäis jossain tasolla pitäis miettiä sitä, miten me itte oikeesti toivotaan et miten meitä kohdeltas, jos oltas täs tilanteessa. Ja sit sopeuttaa sitä omaa toimintaa siihen. Kyllä mä yritän omassa työssäni usein ajatella niin.

... ja semmonen kunnioittaminen, tavallaan niin kun uskotaan jos niinku potilaana sanon jotakin, niin se on totta – mä tarkotan sitä. Mä tunnen oikeesti silleen mitä mä sanon.

... ja toisaalta myös semmonen herkkyys, et okei, et tajuu et nyt mennään semmosille asioille että, että jarrua. Tai sitte joskus ollaan semmosessa kohtaa, et okei nyt ollaan lähellä sitä ydintä, et koitetaans pysyä, jatketaas tässä kohtaa. Nimenomaan se herkkyys suunta tai toiseen.

... ja myös se että sä kohtaat sen ihmisen, että sä et katsele seiiniä, kun sä puhut, vaan sä katsot sitä ihmistä. Katsot ja näet!

Analyysin viitekehyksen alkuperäisilmauksesta tulee esille myötäeläminen vastaanottotilanteessa: miten toivoisi itseään kohdeltavan, sopeuttaa toiminta potilaan reagointiin ja oireisiin uskomisen. Myös kokonaisvaltainen potilaan huomiointi tulee keskustelussa esille: herkkyys huomata kipuun vaikuttavat asiat. Luonteva kohtelu vastaanottotilanteessa on havaittavissa alkuperäisilmauksen viimeisessä lauseessa: kohdata ihminen katseella. (Taulukko 4.)

Alkuperäisilmauksia teemasta: Saadun tiedon ja tuen merkitys vulvodyniaa sairastavalle

Jos on tietoo, voi sopeutua. Tietämättömyyteen ihminen ei voi sopeutua. Must se on niinku se yks perusjuttu, millä tavalla terveydenhuollon ammattilaiset pitää huolen siitä niin, että (nainen) saa ymmärrettävää tietoo koko prosessin ajan niin, et heillä (naisella ja kumppanilla) on mahdollisuus edetä ja sopeutua asiaan.

Toi on tosi hyvä pointti. koska tulee paljon esille, että on vain yksi tai kaksi ystävää, joiden kanssa näistä asioista voi puhua. Mutta se on niinku ystäväpuhetasolla tietyllä tasolla. Sit ku he tulee tonne meidän polille ja vaikka hakemaan sitä apua, niin se on aika merkityksellistä, että siihen liittyy oikeeta tietoo. Siihen tukemiseen. Se on semmosta ammatillista tietyllä tavalla ja vuorovaikutuksellista kuitenkin sen asiakkaan kanssa.

Mutta siten kirjallinen materiaali on aika tärkeä, ja sitten kun siinä puhutaan, niin mitä vastaanotolta potilaalle jää mieleen – hyvä ku puolet.

Edellä esitetystä analyysin viitekehyksen alkuperäisilmauksessa löytyy tiedon ja tuen merkityksiä naiselle ja hänen kumppanilleen: tietämättömyyteen ei voi sopeutua, tiedon avulla nainen sopeutuu, tiedon avulla kumppani sopeutuu, oikea tieto on tukea ja kirjallinen materiaali tukee saatua tietoa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Teemahaastattelun tuloksena muodostuneet koulutuksen oppisisältöteemat

Teemahaastattelukysymys	
Mitä terveydenhuollon ammattilaisen tietoisuuteen tulisi kuulua	Koulutuksen oppisisältöteemat
vulvodynian tunnistamisesta?	Vulvodynian tunnistaminen Muodot ja oireet Yhteydessä olevat tekijät Naisen oireiden tutkiminen
vulvodynian hoidosta?	Vulvodynian hoito Itsehoitomenetelmät Intiimialueen hoito Ruokavalio Lantionpohjan lihasharjoitteet Kipupisteiden siedätysharjoitteet ja emättimen laajenninharjoitteet Erikoisalojen hoitomenetelmät Seksologiset hoitomenetelmät Psykologiset hoitomenetelmät Fysioterapeuttiset hoitomenetelmät Lääketieteelliset hoitomenetelmät
vulvodyniaa sairastavan naisen inhimilliseen kohtaamisen merkityksestä?	Inhimillisen kohtaamisen merkitys Kokonaisvaltainen potilaan huomioonottaminen Myötäeläminen vastaanottoilanteessa Luonteva kohtelu vastaanottoilanteessa
saadun tiedon ja tuen merkityksestä?	Saadun tiedon ja tuen merkitys Tiedon ja tuen merkitys vulvodyniaa sairastavalle Tiedon ja tuen merkitys vulvodyniaa sairastavan kumppanille ja parisuhteelle Vertaistuen merkitys vulvodyniaa sairastavalle

Haastatteluteemassa ”Vulvodynian hoito” keskustelua herätti erityisesti naisten omaehtoinen itsehoito ja seksuaalineuvonnan sisältö. Näitä aiheita tarkennettiin kysymyksillä: Mitä sisältyy vulvodyniaa sairastavan naisen itsehoitoon ja seksuaaliohjaukseen tai -neuvontaan? Tarkentaviin itsehoitoon ja seksuaalineuvontaan liittyviin kysymyksiin ryhmäläiset vastasivat ensin kirjallisesti kahtena ryhmänä. Ryhmätyöt purettiin ryhmien välisenä keskusteluna.

Haastatteluteemojen mukaiset ryhmähaastattelut sekä ryhmätöiden purku äänitettiin ja litteroitiin. Kirjalliset ryhmä- ja yksilötehtävät puhtaaksikirjoitettiin.

Asiantuntijoiden tuottamasta teemahaastattelun aineistosta poimittiin teemahaastattelun kysymyksillä asiat, jotka sopivat mittarin mukaiseen luokitusrunkoon.

AKVDC[®]-mittarin tieto-osan rakenne, vulvodynian määritelmä, etiologia ja hoito, jäseni koulutussisällön kehittämistä. Kysymyksillä ”mitä vulvodynia on”, ”mitkä tekijät ovat yhteydessä vulvodyniaan” ja ”miten vulvodyniaa hoidetaan” etsittiin kirjallisuuskatsauksen avulla näyttöön perustuvaa tietoa vulvodyniasta ja sen hoidosta. Asiantuntijaryhmän teemahaastattelun perusteella vulvodyniaa sairastavan itsehoito- ja seksuaaliohjaus terveydenhuoltohenkilöstön toimesta koettiin tärkeäksi. Tämän vuoksi kirjallisuushakua laajennettiin vulvodynian itsehoitoon ja seksuaaliohjaukseen liittyvään kirjallisuuteen. Hakusanoina käytettiin taulukossa 1 esitettyjen käsitteiden lisäksi seuraavia: *self care, self management, self-help ja itsehoito*. Seksuaaliohjaukseen tai -neuvontaan liittyvät hakusanat rajasivat kirjallisuushakua liikaa, joten niitä ei käytetty. Seksuaaliohjaukseen ja neuvontaan tämän vuoksi etsittiin tietoa seksologian ja hoitotyön ammattikirjallisuudesta. Koulutuksen oppisisällössä käytetyt lähteet on merkitty lähdeluetteloon ¹ -merkillä.

Koulutuksen sisältö kirjoitettiin haastatteluteemojen mukaiseksi tekstitiedostoksi. Koulutukseen suunniteltiin ja kehitettiin myös viisi käsikirjoitettua opetusvideota, jotka liittyivät itsehoito-ohjaustilanteisiin. Koulutuksen oppisisältö kehitettiin ja oppimistavoitteet laadittiin ennen opiskeluterveydenhuoltohenkilöstölle suoritettua alkumittausta. Opiskeluterveydenhuoltohenkilöstölle tehdyn alkumittauksen tulosten perusteella koulutusteemojen painotusalueita muokattiin mitatun tietämyksen perusteella.

Oppisisältöteemoja oli AKVDC[®]-mittarin tietoisuus-osan mukaisesti neljä (Taulukko 4). Ennen koulutusinterventiota mitatun tietämyksen perusteella koulutuksen oppisisältöteemoille annettiin painotuskertoimet. Koulutuksen oppisisältö jaettiin kolmeen koulutusosaan, josta jokainen oli kestoaltaan yksi viikko. Näin ollen oppisisältöteemojen sekä koulutuksen johdannon yhteenlaskettu painotus oli 3.0 ja yhden viikon kestävä koulutusosan painotus oli korkeintaan 1.0. Tietoisuus vulvodynian tunnistamisesta oli jonkin verran hyvä, joten tämä koulutusosa painotettiin kertoimella 0.9 ja yhdistettiin koulutuksen johdantoon (painotus 0.1). Tietoisuus vulvodynian hoidosta oli jonkin verran huono, joten tämä teeman painotettiin puolitoistakertaiseksi. Koska tämän oppisisältöteeman painotus oli korkeampi kuin 1.0, jaettiin koulutusteema kahteen osaan. Itsehoitomenetelmät (painotus 0.6) ja erikoisalojen hoitomenetelmistä seksologiset hoidot (painotus 0.4) erotettiin omaksi koulutusosaksi, jonka pituus oli yksi viikko. Tähän jakoon päädyttiin asiantuntijaryhmän teemahaastattelun perusteella, sillä he pitivät

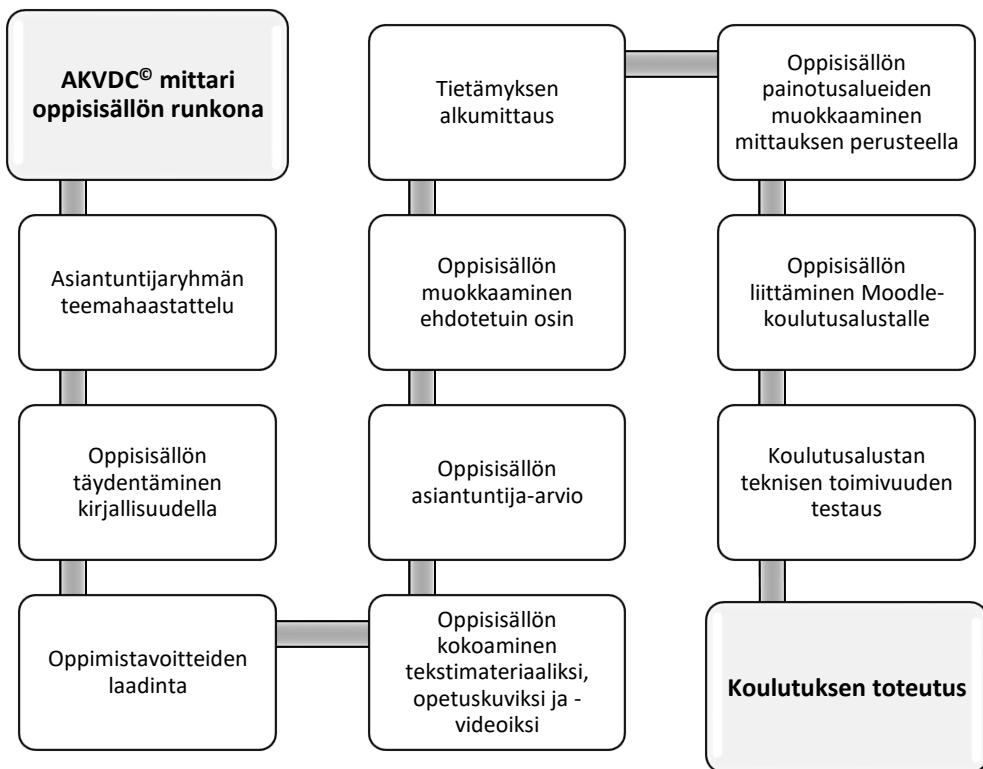
itsehoito- ja seksuaaliohjausta vulvodyniaa sairastavan tärkeänä ensihoidon elementtinä. Koulutuksen kolmanteen osaan erotettiin vulvodynian hoidosta erikoisalujen hoitomenetelmistä psykologiset, fysioterapeuttiset ja lääketieteelliset hoitomenetelmät (painotus 0.5). Koulutuksen kolmanteen osaan yhdistettiin myös koulutusteemat: tietoisuus inhimillisen kohtaamisen (painotus 0.25) sekä saadun tiedon ja tuen merkityksestä (painotus 0.25), sillä nämä tietoisuudenosiot arvioitiin alkumittauksen perusteella hyväksi. Koulutukseen sisältyi myös kertausviikko, jolloin koulutukseen osallistuvilla oli mahdollisuus kerrata kolmen edellisen koulutusosan oppisisältöä. Kuviossa 4 esitetään täydennyskoulutuksen oppisisältöteemojen kehittäminen AKVDC[®]-mittarin rakenteen avulla ja koulutus-teemojen painotusten määräytyminen opiskeluterveydenhuoltohenkilöstölle tehdyn alkumittauksen perusteella.

AKVDC [®] -mittarin rakenne	Koulutuksen oppisisältöteema	OTH alkumittaus	Painotus	Koulutusosa = 1viikko
Tietoisuus vulvodynian tunnistamisesta	Koulutuksen johdanto		0.10	1
	Vulvodynian tunnistaminen		0.90	
	Muodot ja oireet	Jonkin verran		
	Yhteydessä olevat tekijät Naisen oireiden tutkiminen	hyvä tietoisuus		
Tietoisuus vulvodynian hoidosta	Vulvodynian Hoito		1.50	2
	Itsehoitomenetelmät	Jonkin verran	0.6	
	Erikoisalojen hoitomenetelmät Seks. hoitomenetelmät Psy., fys. ja lääk. hoidot	huono tietoisuus	0.4 0.5	
Tietoisuus ihimillisen kohtaamisen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle	Inhimillisen kohtaamisen merkitys		0.25	3
	Kokonaisvaltainen huomioiminen	Hyvä tietoisuus		
	Myötäeläminen Luonteva kohtelu			
Tietoisuus saadun tiedon ja tuen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle	Saadun tiedon ja tuen merkitys		0.25	3
	vulvodyniaa sairastavalle kumppanille ja parisuhteelle	Hyvä tietoisuus		
	Vertaistuen merkitys			
Tieto vulvodynian muodoista, yhteydessä olevista tekijöistä ja hoitomenetelmistä				4 = kertaus

Kuvio 4. Koulutuksen oppisisältöteemojen kehittäminen AKVDC[®]-mittarin rakenteen perusteella ja oppisisältöteemojen painotusten määräytyminen opiskeluterveydenhuoltohenkilöstölle (OTH) tehdyn alkumittauksen perusteella

4.4.2 Täydennyskoulutusintervention sisältö ja toteutus verkossa

Täydennyskoulutus ”Vastaanotolla vulvodyniaa sairastava nainen – Miten hoidan?” toteutettiin Tampereen yliopiston Moodle-verkko-opetusalueella (Moodle 2016). Kun koulutuksen sisältö oli teknisesti liitetty Moodle-oppimisympäristöön, esitettiin viikkonäkymien ohjeiden ymmärrettävyys ja sisällönelementtien tekninen toimivuus neljällä terveystieteiden tohtoriopiskelijalla ja yhdellä sairaanhoitajaopiskelijalla. Muutamia ohjeistuksia yksinkertaistettiin saatujen ehdotusten mukaisesti. Teknisesti kaikki sisällönelementit toimivat verkkoalustalla moitteettomasti. Kuviossa 5 esitetään koulutuksen oppisisällön kehittäminen ja liittäminen oppimisympäristöön prosessikaavion muodossa.



Kuvio 5. Koulutuksen oppisisällön kehittäminen ja liittäminen oppimisympäristöön prosessina

Ilmoittautuminen koulutukseen tapahtui E-lomakkeella. Opiskeluterveydenhuoltoyksikön vastuuhoitaja lähetti sähköpostitse koulutustiedotteen (Liite 3b) yleis- ja mielenterveydenhuoltohenkilöstölle. Koulutustiedote sisälsi hyperlinkin koulutukseen ilmoittautumiseen. Tampereen yliopiston Tietohallintoyksikön asiantuntijat loivat erilliset Moodle-tunnukset koulutukseen ilmoittautuneille ja liittivät heidät oppimisalustalle.

Moodle valittiin koulutuksen verkkoalustaksi ohjelmiston helppokäyttöisyyden vuoksi. Lisäksi tutkija pystyi seuraamaan osallistujien lokitietoja koulutukseen kirjautumisesta ja osittain myös sisällön opiskelusta. Tutkija toimi verkkotutorina, jonka tehtävänä oli olla tarvittaessa teknisenä tukena osallistujille joko suoraan Moodlen ”kysy tutorilta”-palstan, sähköpostin tai puhelimen välityksellä. Myös Tampereen yliopiston Tietohallinto toimi tarvittaessa teknisenä tukena niin verkkotutorille kuin osallistujillekin.

Koulutus jaettiin kolmeen osaan, jotka tulivat viikon välein osa kerrallaan opiskeltavaksi. Koulutusteemojen painotusalueet määräytyivät opiskeluterveydenhuoltohenkilöstölle tehdyn alkumittauksessa mitatun tietämyksen tason mukaisesti. Koulutuksen neljäs viikko oli kertausviikko, jolloin osallistujilla oli mahdollisuus syventää oppimaansa ja paikata loman tai muun poissaolon vuoksi opiskelua. Koulutuksen osan vaihtuessa verkkotutor lähetti osallistujille viestin uuden koulutusosan aktivoitumisesta ja muistutusviestin jokaisen viikon puolivälissä. Moodlen viikkonäkymässä koulutuksen osallistujat näkivät koulutuksen osan keston, aiheen, tavoitteet ja sisällönelementit. Liitteessä 6 on näyte osan kaksi Moodlen viikkonäkymästä.

Koulutuksen ensimmäinen osa sisälsi johdannon Moodlen käyttöön ja koulutukseen sekä ”Vulvodynian tunnistaminen”-osan. Sisällönelementteinä tässä osassa olivat tekstitiedosto, naisten kokemuskertomukset sekä vulvanalueen anatomiset kuvat. Toinen osa sisälsi vulvodynian hoitamisesta itsehoitomenetelmät ja erikoisalojen hoitomenetelmistä seksologiset hoidot. Sisällönelementteinä tässä osassa olivat tekstitiedosto, naisten kokemuskertomukset, opetuskuvat lantionpohjan anatomiasta ja videot itsehoitomenetelmien ohjauksesta. Kolmannessa osassa sisältö jatkui erikoisalojen psykologisilla, fysioterapeuttisilla ja lääketieteellisillä hoidoilla. Tässä osassa käsiteltiin myös tietoisuutta inhimillisen kohtaamisen sekä saadun tiedon ja tuen merkityksestä vulvodynian sairastavalle. Sisällönelementteinä olivat tekstitiedostot, naisten kokemuskertomukset ja opetusvideo emätintä tukevan lantionpohjan lihastoiminnan ohjauksesta. Koulutuksessa oli mahdollisuus osallistua myös oppisisältöteemaan liittyvään verkkokeskusteluun. Jokaisen osan opiskeluun arvioitiin esitestauksen perusteella kuluvan

15–25 minuuttia. Koulutuksen neljäs viikko oli kertausviikko, jolloin osallistujat saivat kerrata oppimaansa tarpeellisin osin. Koko koulutuksen opiskeluun arvioitiin näin ollen kuluvan kaksi tuntia. Liitteessä 6 esitetään koulutuksen tavoitteet ja näytteitä koulutuksen sisällöstä.

4.5 Tutkimuksen aineiston analysointi

Vaiheessa I tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimusote, sillä tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa vulvodyniapotilaan omasta kokemusmaailmasta käsin (Kylmä & Juvakka 2007, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Tutkimusaineisto koostui kolmenkymmenenkolmen vulvodyniaa sairastavan naisen kirjoittamista kokemuksista vulvodyniasta, sen hoidosta ja vaikutuksesta parisuhteeseen. Kokemuskertomusten pituudet vaihtelivat 63–1964 sanaan keskiarvon ollessa 503 sanaa. Aineisto sisälsi tutkimuskysymyksiin vastaavia pelkistyskäsikirjoituksia 1852 kappaletta. Analysointi tehtiin aineistolähtöisesti induktiivisen sisällönanalyysin avulla, jossa aineiston yksittäisistä tapahtumista tehdyt havainnot yhdistettiin laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Elo & Kyngäs 2008, Holloway ym. 2010, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Aineistoon tutustuttiin lukemalla E-lomakkeen palautusalueelle kirjoitettuja kokemuskertomuksia. Tutkija luki kertomuksia useita kertoja läpi ennen kuin etsi tutkimuskysymyksiin vastaavia analyysiyksiköitä. Jo lukuvaiheessa aineistosta oli havaittavissa tiettyjä teema- ja aihealueita. Naiset olivat vastanneet jäsenllysti avointen kysymysten teema-alueisiin, mikä helpotti tutkijan työtä analyysiyksiköiden löytämisessä ja niiden pelkistämässä. Tutkimuskysymyksiin vastaavat lauseet ja ajatuskokonaisuudet olivat tutkimuksen analyysiyksiköitä, jotka pelkistettiin osiin, niin ettei alkuperäinen merkitys kadonnut. (Kylmä & Juvakka 2007, Elo ja Kyngäs 2008, Holloway 2010.)

Alkuperäisilmaus naisten hoitokokemuksista vulvodynian hoidosta

”Ennen viimeisintä gyne käyntiäni lähdin vastaanotolta usein itkien ja häpeää tuntien. Loppuksi uskoin itekin, että mitään ongelmaa ei ole, kuvittelen vain itse kaiken. Ennestään kehno itsetunto romuttui entisestään. Lääkäreiden hokemat 'ei voi sattua' ja 'kuvittelit kaiken' jättivät syvät arvet. Olo on viallinen, häpeä on suuri, vaikka mitään hävettävää ei itseasiassa olekaan.”

Edellä esitetyt lauseet kuvaavat vastaajan kokemuksia vulvodynian hoidosta (tutkimustehtävä 1) Lauseista löytyvät pelkistykset: vastaanotolta lähteminen itkien,

vastaanotolta lähteminen häpeää tuntien, epäuskoisuus oireita kohtaan, kuvittelee itse ongelman, ei uskottu kipua, lääkärin epäuskoisuus loukkasi, viallisuuden kokemus, suuri häpeä, hävettävää ei pitäisi olla. Näistä pelkistyksistä muodostui muun aineiston kanssa alaluokat ”Häpeä lääkäriässä käydessä”, ”Oman tilanteen vähättely” ja ”Epäuskoisuus kipua kohtaan”.

Alkuperäisilmaus naisten hoitokokemuksista vulvodynian hoidosta

”Olen tavallaan ollut aika yksin vaivani kanssa. Itsehoitokonseja olen käyttänyt siitä asti, kun löysin vd-ryhmän sivustot ja postituslistan. Sieltä on saanut paljon hyviä vinkkejä, mm. erilaiset voiteet, lisäravinteet, ruokavalion vaikutus (sokerin ja valkoisen vehnän vähentäminen) jne. Parhaiten siis tuntuvat auttavan samaa sairastaneen neuvot ja konstit!”

Edellä esitetystä ajatuskokonaisuudesta löytyvät pelkistykset: itsehoitokonstien saaminen vd-ryhmästä, vd-ryhmästä hoitovinkkien saaminen, oireita helpottavat voiteet, oireita helpottavat lisäravinteet, oireita helpottava ruokavalio, samaa sairastavan neuvot ja konstit. Näistä muodostui alaluokka: Verkkopalstan vertaistuki tiedon lähteenä. Osajulkaisussa I kuvataan tutkimustehtävän yksi ylä- ja pääluokkien muodostuminen. Esimerkki analyysiyksiköiden pelkistämisestä tutkimustehtävään kaksi Naisten kokemukset vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen esitetään osajulkaisussa II.

Vaiheessa II kerätty aineisto analysoitiin tilastollisen tietojenkäsittelyohjelmiston IBM SPSS 23 avulla. Aineiston kategorinen tieto kuvailtiin absoluuttisena määränä (N/n) ja prosentteina (%). Vastaajien tietoisuutta ja tietoa vulvodyniasta ja sen hoidosta kuvailtiin keskiarvon (ka), mediaanin (Md), kvartiilin (Q1, Q3), kvartiili-välin (IQR), minimin (min) ja maksimin (max) avulla. Tilastollisissa analyyseissa käytettiin ei-parametrisia testejä aineiston pienuuden ja epänormaalien jakautuneisuuden vuoksi. Mann-Whitneyn U-testiä käytettiin vertailtaessa kaksiluokkaisia sekä Kruskal-Wallis-testiä kolmeluokkaisia ryhmäkeskiarvoja keskenään. Alku- ja seurantamittaukseen vastanneiden taustatietojen vertailu analysoitiin Fisherin Exact-testillä. (Polit & Beck 2006b, Heikkilä 2014.)

AKVDC[©]-mittarin tietoisuus-osan vastausasteikkona käytettiin Likertin 1–6 asteikkaa. Tietoisuus-osan kysymysten tulokset laskettiin osioidensa summaksi, josta laskettiin osion keskiarvo kysymysten lukumäärällä jakamalla. Keskiarvopistemäärästä laskettiin tasakokoiset luokat, jotka määrittivät tietoisuuden tasoa seuraavasti: erittäin huono tietoisuus (1.00–1.82), huono tietoisuus (1.83–2.66),

jonkin verran huono tietoisuus (2.67–3.50), jonkin verran hyvä tietoisuus (3.51–4.34), hyvä tietoisuus (4.35–5.18) ja erittäin hyvä tietoisuus (5.19–6.00).

AKVDC[®]-mittarin tieto-osan vastausasteikkona käytettiin vaihtoehtoja oikein, väärin ja en osaa sanoa. Tietotestin väittämän oikea vastaus kirjattiin arvoltaan yhdeksi pisteeksi, väittämän väärä vastaus kirjattiin nollassi. Mikäli vastaaja oli vastannut ”en osaa sanoa”, kirjattiin se myös nollassi. Tietotestin kahdenkymmenen kysymyksen pisteet laskettiin kultakin vastaajalta yhteen, jolloin yksittäisen vastaajan tiedontason vaihtelu saattoi olla nollassi ja kahdenkymmenen pisteen välillä.

Koulutustyytyväisyyskyselyn koulutuksen käyttökelpoisuutta mittaavien kysymysten vastausasteikkona käytettiin Likertin 1–6 asteikkoa. Kysymysten tulokset laskettiin osioidensa summaksi, josta laskettiin osion keskiarvo kysymysten lukumäärällä jakamalla. Keskiarvopistemäärästä laskettiin tasakokoiset luokat, jotka määrittivät koulutuksen käyttökelpoisuutta seuraavasti: Erittäin huono (1.00–1.82), huono (1.83–2.66), jonkin verran huono (2.67–3.50), jonkin verran hyvä (3.51–4.34), hyvä (4.35–5.18) ja erittäin hyvä (5.19–6.00). Koulutuspalauttekyseleyn muut kysymykset arvioitiin mittausasteikon ja avointen vastausten mukaisesti.

Tilastollisissa analyyseissa p-arvo <0.05 katsottiin tilastollisesti merkitseväksi. Tässä tutkimuksessa määriteltiin myös kliininen merkittävyys, joka viittaisi siihen, onko tietämyksen muutoksesta mahdollisesti hyötyä vulvodyniaa sairastavien naisten hoidossa. Kliinisen merkittävyyden raja määritellään osittain aikaisempaan tietoon perustuen. Tästä aiheesta sitä ei kuitenkaan ollut, joten se määriteltiin tutkimusryhmän harkinnan perusteella. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Uhari 2014.) Seurantamittauksessa 20 %:n muutos tietoisuudessa ja tiedossa katsottiin tässä tutkimuksessa kliinisesti merkittäväksi. Tietoisuuden 20 %:n muutos vastasi yhtä (1.0) pistettä tietoisuuden tasosta, joka mittarin asteikon mukaan oli pienimmillään 1.0 tai suurimmillaan 6.0. Tieto-osassa 20 %:n muutos vastasi neljän pisteen muutosta tietotestissä, jonka mitta-asteikko oli pienimmillään 0 ja suurimmillaan 20.

5 Tulokset

5.1 Naisten kokemukset vulvodynian hoidosta ja vaikutuksesta parisuhteeseen (Vaihe I)

5.1.1 Osallistuneiden taustatiedot

Vaiheessa I tutkimusaineistona olivat 33 vulvodyniaa sairastavan naisen kokemukset. Naisten keski-ikä oli 31 vuotta, iät vaihtelivat 19–60 vuoteen. Naisista kolmekymmentä oli vastaushetkellä parisuhteessa. Vastaajista 17 oli suorittanut tiedekorkeakoulututkinnon, kuusi vastaajaa opisto- tai ammattikorkeakoulututkinnon ja 11 vastaajaa toisen asteen tutkinnon. Vulvodynia-diagnoosi oli tehty kuudelle naiselle alle vuosi, kahdeksalle 1–2 vuotta, seitsemälle 3–4 vuotta ja yhdeksälle yli neljä vuotta oireiden ilmaantumisen jälkeen. Vastaajista kolme ei ollut vastaushetkellä saanut diagnoosia oireilleen. Vastaajien vulvodyniaoireita oli hoidettu vähintään yhdellä ja enintään seitsemällä näyttöön perustavalla hoitomenetelmällä. Naiset olivat lisäksi kokeilleet itsenäisesti useita vähemmän tunnettuja hoitomenetelmiä, kuten erikoisruokavalioita, luontaistuotteita, akupunktiota, homeopatiaa ja vyöhyketerapiaa. (Osajulkaisu I ja II.)

5.1.2 Naisten hoitokokemukset

Naisten hoitokokemukset muodostuvat välittävän hoitosuhteen, hoitosuhteeseen pettymisen sekä hoitoa tukevan vertaistuen ja itsehoidon kokemuksista (Osajulkaisu I). Naiset toivat esille ulkosynnytimien oireisiin uskomisen tärkeyden, sillä oireisiin uskominen edisti diagnosointia ja tarkempia tutkimuksia. Saatu tieto vulvodyniasta ja sen hoidosta koettiin voimaannuttavana, sillä se lisäsi toivoa oireiden helpottumisesta ja naisten sitoutumista hoitoon. Erityisesti saatu diagnoosi helpotti ahdistuksen tunteita, ja sen koettiin olevan ensimmäinen askel kohti kivun hyväksymistä. Kun asiantuntijan antamien hoitojen koettiin helpottavan oireita, naiset arvostivat asiantuntijuutta huolimatta siitä, oliko annettu hoito hoitosuosittelun mukaista vai ei. Naiset raportoivat, että inhimillisen kohtaaminen oli

tärkeä osa välittävää hoitosuhdetta. Naiset kokivat kokonaisvaltaisen ja moniammatillisen hoito-otteen lisäävän ymmärrystä heidän sairaudestaan sekä itsehoidon kontrollointia. Empaattinen ja asiallinen kohtelu tutkimuksissa ja hoidoissa koettiin oireita helpottavana osana. Välittävässä hoitosuhteessa hoito koettiin hyväksi huolimatta terveydenhuoltohenkilöstön mahdollisista tiedonpuutteista.

”Hoitokeinoista tehokkaimmaksi on kohdallani osoittautunut siis seksuaaliterapia. Tämä sairaus satuttaa fyysisesti ihan hirvittävän paljon, mutta kipukokemus on myös henkinen. Kyllä jokainen tarvitsee fyysisen hoivan lisäksi henkistäkin hoivaa... Joskus tarvitsee ulkopuolisen ammattilaisen auttamaan sen kanssa, että hyväksyy sairauden osaksi itseään. Siitä hetkestä löytyy ehkä myös avain johonkin sellaiseen, jota parantumiseksi kutsutaan. Parantuminenkin on nimittäin subjektiivinen kokemus; jos minä koen olevani sitä, minä olen sitä, vaikka lääketiede jotain muuta sanoisikin.”

Naiset toivat esille hoitosuhteissa kokemiaan pettymyksiä, kun terveydenhuoltohenkilöstön asiantuntemus koettiin puutteelliseksi tai tutkimukset ja hoidot olivat tehottomia. Avun viivästymisen koettiin pahentaneen sairautta ja heikentäneen hoitojen tehoa. Naiset raportoivat kokeneensa vastaanottotilanteissa henkistä pahoinvointia, joka ilmeni muun muassa häpeän ja toivottomuuden tunteina ulkosynnyttinoireiden vuoksi. Naiset toivat esille kokonaisvaltaisen kohtaamisen sivuuttamisen kokemuksia etsineessään oireisiinsa apua. Naiset olivat kokeneet vastaanottotilanteessa sivuuttamisen kokemuksia erityisesti parisuhde-elämän kysymyksissä. Hoitosuhteessa vuorovaikutustaidot saatettiin kokea heikoiksi, varsinkin jos intiimi- tai seksuaaliasioiden puheeksiottaminen ei ollut luontevaa. Terveydenhuoltohenkilöstö saattoi vähätellä tai sanoa epäuskoisia kommentteja naisten oireista. Naiset kokivat avun etsimisen usealta eri taholta aiheuttavan myös taloudellisia tappioita.

”Terveyskeskuksessa lääkärit eivät tiedä sairaudesta yhtään mitään, vähättelevät vaivajani ja antavat käytöksellään ymmärtää, että vika on puhtaasti korvieni välissä. Olen erittäin kyllästynyt julkisen puolen touhuun ja olenkin varannut seuraavan ajan yksityiselle silläkin uhalla, että se maksaa maltaita ja olen huonoissa varoissa oleva opiskelija. Toivon saavani yksityisellä parempaa hoitoa, mutta nähtäväksi jää.”

Vertaistuki ja itsehoito raportoitiin tärkeiksi hoitoa tukeviksi elementeiksi varsinkin, jos naiset eivät saaneet odotettua apua oireisiinsa terveydenhuollosta. Nai-

set raportoivat kokeilleensa runsaasti itsehoidollisia ja jonkin verran myös täydentäviä hoitomenetelmiä, varsinkin jos he olivat kokeneet, että terveydenhuollosta saatu apu oli jäänyt riittämättömäksi. Naiset raportoivat jättäneensä kertomatta terveydenhuoltohenkilöstölle kokeilleensa täydentäviä hoitoja. He pelkäsivät hoitokokeilujen tunnustamisen hidastavan avun saamista terveydenhuollossa. Oma aktiivisuutta pidettiin tärkeänä tiedon ja avun saamisessa. Naiset kertoivat tehneensä myös itsediagnosointia. Tietoa oireista saatiin naistenlehdistä ja apua niihin etsittiin internetistä.

”Seuraavan kerran uskaltauduin lääkärille alapääoireiden takia 23-vuotiaana (opiskeluterveydenhuoltoon), mukanani naistenlehden lehtileike, jonka avulla olin itse diagnosoinut itseni.”

Monet naiset olivatkin internetin avulla löytäneet suljetun vulvodynia-vertaistukiryhmän. Vertaistuki koettiin voimaannuttavana, sillä sen avulla naiset saivat tietoa uusista itsehoidollisista ja vaihtoehtoisista hoitomenetelmistä. Vertaistuen voimaannuttavat kokemukset tulivat esille erityisesti naisilla, jotka eivät olleet saaneet toivottua tietoa ja apua oireisiinsa terveydenhuollosta.

”Parhaan avun olen saanut kuitenkin seuraamalla vd-ryhmän keskusteluja ja lukemalla vd-oppaan tarkasti läpi. Ilman niin hyvää nettiopasta ja keskusteluryhmää jossa on mukana todellisia asiantuntijoita, olisin jäänyt erittäin pahasti epätietoisuuteen siitä, mistä tässä nyt olikaan kyse, onko se vaarallista ja mitä jos tämä vain pahenee.”

5.1.3 Vulvodynian vaikutus parisuhteeseen

Vulvodynian vaikutus parisuhteeseen ilmeni parisuhteen vakautta ja muotoa muokkaavana tekijänä sekä kivun määrittelemänä seksuaalielämänä. Saatu tieto ja tuki koettiin merkityksellisenä parisuhteen hyvinvoinnille. (Osajulkaisu II.)

Vulvodynia muokkasi parisuhteen vakautta ja muotoa. Naiset kokivat vulvodynian olevan yleisimmin parisuhdetta kuormittavan, mutta joissain tapauksissa voimaannuttavan tekijän. Parisuhteen muoto saattoi määrittyä sairauden perusteella. Naiset pohtivat myös perhesuunnittelua, johon liittyi toive lapsista vulvodyniasta huolimatta sekä lapsen saamisen vaikeus ja harkittu lapsettomuus vulvodynian vuoksi. Parisuhde saattoi muodostua pinnalliseksi tai epätyypilliseksi. Vapaisissa ja internetin välityksellä solmituissa suhteissa naisilla oli mahdollisuus

sopia seksuaalisista säännöistä, niin ettei heillä ollut velvollisuutta toisen seksuaaliseen tyydyttämiseen emätinyhdynnän keinoin.

”Vastasin netin seksinhakuilmoitukseen ja sovin tapaamisen miehen kanssa. Seksi, jopa yhdyntä olikin kivutonta. Suhde kesti muutaman viikon. Hänen kanssaan oli yllättävän helppo puhua seksuaalisista rajoistaan netissä ennen tapaamista, sairaudesta en maininnut mitään, sanoin vain etten yleensä halua yhdyntää ja hän hyväksyi sen mitään kyselemättä ja oli mukava.”

Suhde huomattavasti iäkkäämmän kumppanin kanssa vähensi niin ikään paineita toisen seksuaalisesta tyydyttämisestä. Naiset saattoivat jopa valita elämisen ilman parisuhdetta. He arvelivat, että elämä olisi helpompaa ilman kumppania ja tämän seksuaalisia tarpeita.

Vulvodynia määritteli seksuaalielämän parisuhteessa. Naiset toivoivat saavansa suurempaa seksuaalista nautintoa ja pystyvänsä tuottamaan nautintoa myös kumppanille. Toiveena oli seksuaalisen kivun hellittäminen ajan tai yhdynnän harjoittelun myötä. Seksuaalisen kivun pelkon niin naisella kuin hänen kumppanillaan koettiin estävän seksuaalista nautintoa jopa enemmän kuin koettun seksuaalisen kivun. Seksuaalinen kipu vähensi niin naisen kuin kumppaninkin seksuaalista halua. Toisaalta naiset olivat myös kokeneet kumppaidensa taholta painostusta ja pakottamista seksuaaliseen toimintaan. Naiset kokivat myös velvollisuutta kumppanin tyydyttämiseen, vaikka eivät olisi sitä halunneet.

”Mielestäni on erittäin epäoikeudenmukaista, että sen lisäksi, että kärsin päivittäin kivuista, minun pitää pitää mieheni seksuaalisesti tyytyväisenä ja antaa esim. suuseksiä silloin tällöin. Samalla poden huonoa omaatuntoa, kun en tee sitä niin usein ja silloinkin useimmiten velvollisuudentunnosta, en omasta halusta.”

Yhdyntäkipu rajoitti seksuaalielämää seksin kaavamaisuuden, kivun kuuntelelun ja vähäisen seksuaalisen aktiivisuuden vuoksi. Vulvodyniasta johtuva yhdyntäkipu saattoi myös olla avain entistä parempaan seksuaaliseen nautintoon parisunnan seksuaaliongelmien ratkaisutaidoista riippuen. Uuden kumppanin kanssa saatettiin löytää kivuttomammat keinot seksuaaliseen toimintaan ja seksuaalielämästä saatiin nautintoa apuvälinein, eikä se ollut yhdyntäkeskeistä.

”Parisuhteemme on voinut hyvin vulvodyniasta huolimatta ja olemme aina löytäneet muita seksuaalisia keinoja osoittaa tunteemme toisillemme.”

Saatu tuki ja tieto koettiin merkitykselliseksi parisuhteen hyvinvoinnissa ja sairauden hyväksymisessä. Tiedon ja tuen saaminen terveydenhuoltohenkilöstöltä raportoitiin merkitykselliseksi niin naiselle, hänen kumppanilleen kuin parisuhteellekin. Diagnoosin etsiminen monissa tapauksissa alkoi uuden suhteen alussa, sillä naiset ja myös heidän kumppaninsa halusivat selvyuden yhdyntäkipuihin. Diagnoosin saaminen ja kipujen hoidon aloittaminen lisäsivät kumppanin ymmärrystä ja tukea naisen kipuja kohtaan.

”kumppani ei uskonut koko vaivaan ennen kuin sain sairauteeni diagnoosin.”

Naiset kokivat kumppanilta saadun tuen tärkeäksi molemminpuolisena parisuhdetta kuormittavien asioiden ymmärtämisenä ja jakamisena. Kumppanin kannustava läsnäolo aloitetuissa hoidoissa oli tärkeää. Pariskunnan osapuolten välistä kommunikointia pidettiin tärkeänä sairauden hyväksymisessä osaksi parisuhdetta. Kumppania tuli myös informoida vulvodyniasta uuden suhteen alussa. Jos tuleva kumppani hyväksyi seksuaalielämän mahdolliset rajoitteet, arveltiin hänen silloin olevan suhteen arvoinen. Puhumisen vaikeus parisuhteen osapuolien välillä esti tiedon ja tuen hakemisen seksuaalielämän ongelmiin, jolloin seksuaalielämästä saatettiin sanomattomalla sopimuksella luopua täysin. Puhumattomuus aiheutti pelkoa suhteen loppumisesta. Naiset toivat esille kumppanin kyvyttömyyden tukea heitä sairautessaan. Kumppani ei ymmärtänyt tai uskonut naisen ulkosynnytinalueen kipuja. Naisilla oli myös kokemuksia, ettei kumppani osannut huomioida naisten kipuja arki- ja seksuaalielämässä.

”Hän ei itsekään voi niin hyvin ja muhun sattuu kuin tiedän miten hän kärsii tästäkin. Mutta en voi selviää tästä yksin ja tarvitsen hänen tukeaan, mutta pelkään että hän ei tule jaksamaan tämän ja mun kanssa. Pelkään että meidän suhde kaatuu tähän. Tiedän että silloin hän ei ollut oikea mulle, mutta pelkään kuitenkin ihan hirveästi.”

5.2 Tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta opiskeluterveydenhuollossa (Vaihe II)

5.2.1 Osallistuneiden taustatiedot

Ennen koulutusinterventiota opiskeluterveydenhuoltohenkilöstöstä (N = 191) 79 (41.4 %) osallistui vulvodynian ja sen hoidon tietämystä kartoittavaan kyselyyn. Alkumittaukseen vastasi 52:ta terveydenhoitajasta 33 (64 %), muusta hoitohenkilöstöstä (n = 28) yhdeksän (32 %), fysioterapeuteista (n = 9) neljä (44 %), psykologeista (n = 40) yksitoista (28 %) ja lääkärihenkilöstöstä (n = 62) kaksikymmentäkaksi (35 %). Kyselyyn vastanneista suurin osa oli vakinaisessa työsuhhteessa (86.1 %). Vastaajien keski-ikä oli 46 vuotta ja keskimääräinen työkokemus 20 vuotta. Ennen koulutusta kolmannes vastaajista oli osallistunut koulutuksiin tai luentoihin, jotka olivat käsitelleet vulvodyniaa. Seksuaalineuvojan, seksuaaliterapeutin tai muun seksologisen koulutuksen saaneita oli joka seitsemäs vastaajista. Viidesosa vastaajista tapasi vulvodyniaa sairastavia naisia vähintään kerran kuukaudessa. Vastaajista alle neljännes koki taitonsa hyväksi vulvodyniaa sairastavan hoitotilanteessa ja alle viidesos vulvodynia pariskunnan hoitotilanteessa. Yli puolet vastaajista kokivat taitonsa hyväksi keskustella luontevasti intiimialueen ongelmista vastaanottotilanteessa. (Osajulkaisu III.)

Koulutukseen ilmoittautui 58 opiskeluterveydenhuollon ammattilaista, joista 55 kirjautui verkko-oppimisalustalle. Verkko-oppimisalustan loki-tietojen perusteella verkkoalustalle kirjautuneet olivat suorittaneet kaikki kolme koulutuksen osaa, kertausviikolta ei ole lokitietoja, sillä se ei sisältänyt avattavia tiedostoja.

Koulutusintervention jälkeen 30 (38.0 % alkumittaukseen vastaajista, 15.7 % kokonaishenkilöstömäärästä) osallistui vulvodynian ja sen tietämystä kartoittavaan seurantamittaukseen. Opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön (N = 191) terveydenhoitajista kuusitoista (31 %), muusta hoitohenkilöstöstä kaksi (0.7 %), fysioterapeuteista kaksi (22 %), psykologeista 3 (0.8 %) ja lääkärihenkilöstöstä 7 (11 %) vastasivat seurantamittauskyselyyn. Vastaajista kuusi ei kuitenkaan ollut osallistunut koulutukseen. Seurantakyselyyn vastaajista suurin osa oli vakinaisessa työsuhhteessa (93.3 %). Vastaajien keski-ikä oli 48 vuotta ja keskimääräinen työkokemus terveydenhuoltoalalla 22 vuotta. Alku- ja seurantamittauksessa vastaajien taustatiedot eivät poikenneet tilastollisesti merkitsevästi toisistaan lukuun ottamatta koettuja taitoja alkumittaukseen verrattuna. Seurantakyselyyn vastaa-

jista lähes kaksikolmannesta koki taitonsa hyväksi vulvodyniaa sairastavan hoitotilanteessa ja lähes puolet vulvodyniapariskunnan hoitotilanteessa. Yhdeksän kymmenestä koki taitonsa hyväksi keskustella luontevasti intiimialueen ongelmista vastaanottotilanteessa. (Osajulkaisu IV.)

5.2.2 Tietoisuus vulvodyniasta ja sen hoidosta

Tietoisuus vulvodyniasta ja sen hoidosta ennen koulutusta AKVDC[®]-mittarilla kartoitettuna todettiin epätasaiseksi (Osajulkaisu III). Koulutuksen jälkeen tietoisuus vulvodyniasta ja sen hoidosta oli tilastollisesti merkittävästi korkeampi kaikissa tietoisuuden osioissa. Tietoisuus vulvodynian tunnistamisesta ja hoitomenetelmistä todettiin myös kliinisesti merkittävästi korkeammaksi verrattuna alkumittaukseen. (Osajulkaisu IV.) Kuviossa 6 esitetään graafisesti tietoisuuden tasot alku- ja seurantamittauksessa.

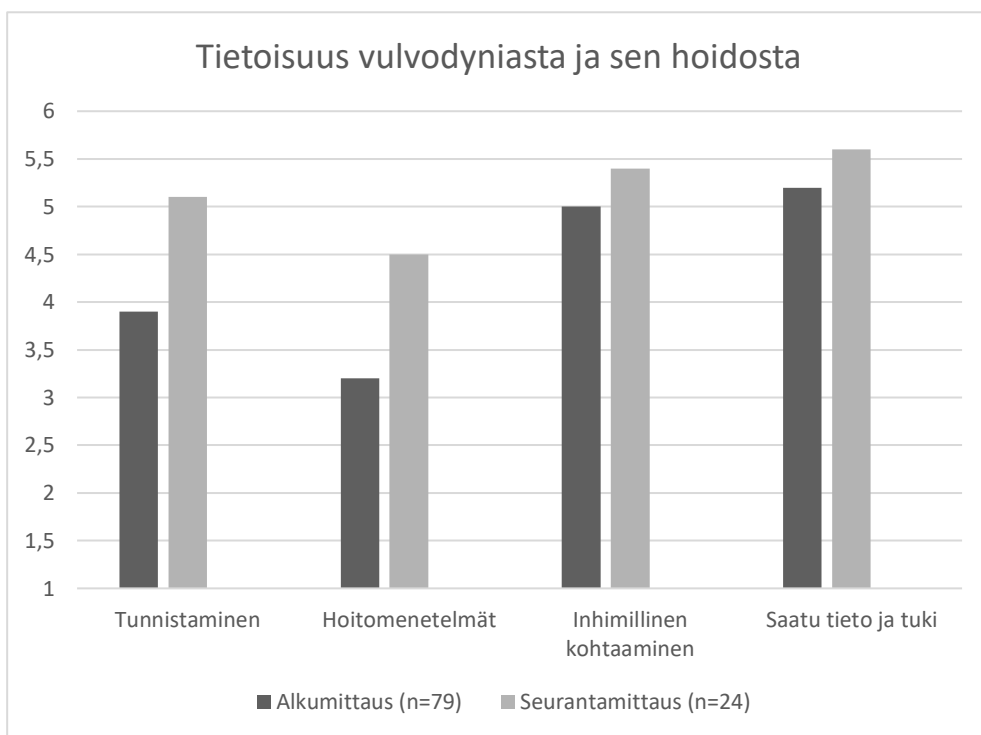
Tietoisuus vulvodynian tunnistamisesta oli alkumittauksen perusteella jonkin verran hyvä (md 3.86, IQR 0.86) ja seurantamittauksen perusteella hyvä (md 5.07, IQR 0.50). Alkumittauksessa taustatekijöistä seksologiset opinnot, osallistuminen vulvodyniaa käsitteleviin luentoihin, vulvodyniaa sairastavien naisten kohtaamisen useus sekä koetut taidot hoitaa vulvodyniaa sairastavaa naista, pariskuntaa ja luontevaan keskusteluun intiimiasioista olivat tilastollisesti merkittävästi yhteydessä korkeampaan vulvodynian tunnistamisen tasoon. (Osajulkaisu III.) Seurantamittauksessa koetut taidot hoitaa vulvodynia sairastavaa naista ja pariskuntaa sekä intiimiasioista keskustelu olivat tilastollisesti merkittävästi yhteydessä korkeampaan vulvodynian tunnistamisen tasoon (Osajulkaisu IV).

Tietoisuus vulvodynian hoitomenetelmistä oli alkumittauksen perusteella jonkin verran huono (md 3.23, IQR 1.00) ja seurantamittauksessa hyvä (md 4.50, IQR 0.50). Alkumittauksessa kaikki taustatekijät lukuun ottamatta koulutusta olivat tilastollisesti merkittävästi yhteydessä korkeampaan tietoisuuden tasoon. (Osajulkaisu III.) Seurantamittauksessa koettu taito hoitaa vulvodyniaa sairastavaa naista oli tilastollisesti merkittävästi yhteydessä korkeampaan tietoisuuden tasoon vulvodynian hoitomenetelmistä (Osajulkaisu IV).

Tietoisuus inhimillisen kohtaamisen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle oli alkumittauksen perusteella hyvä (md 5.00, IQR 1.00) ja seurantamittauksen jälkeen erittäin hyvä (md 5.40, IQR 0.50). Alkumittauksessa taustatekijöistä koetut taidot olivat tilastollisesti merkittävästi yhteydessä korkeampaan tietoisuuden tasoon tässä osiossa. (Osajulkaisu III.) Seurantamittauksessa koettu taito hoitaa

vulvodyniaa sairastavaa naista oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä korkeampaan tietoisuuden tasoon inhimillisen kohtaamisen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle (Osajulkaisu IV).

Tietoisuus saadun tiedon ja tuen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle oli alkumittauksessa hyvä (md 5.17, IQR 0.88) ja seurantamittauksessa erittäin hyvä (md 5.58, IQR 0.86). Taustatekijät eivät olleet alku- tai seurantamittauksessa tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä tietoisuuden tasoon tässä osiossa. (Osajulkaisut III ja IV.)



Asteikko: 1 (erittäin huono tietoisuus), 2 (huono tietoisuus), 3 (jonkin verran huono tietoisuus), 4 (jonkin verran hyvä tietoisuus), 5 (hyvä tietoisuus), 6 (erittäin hyvä tietoisuus)

Kuvio 6. Tietoisuus vulvodyniasta ja sen hoidosta alku- ja seurantamittauksessa

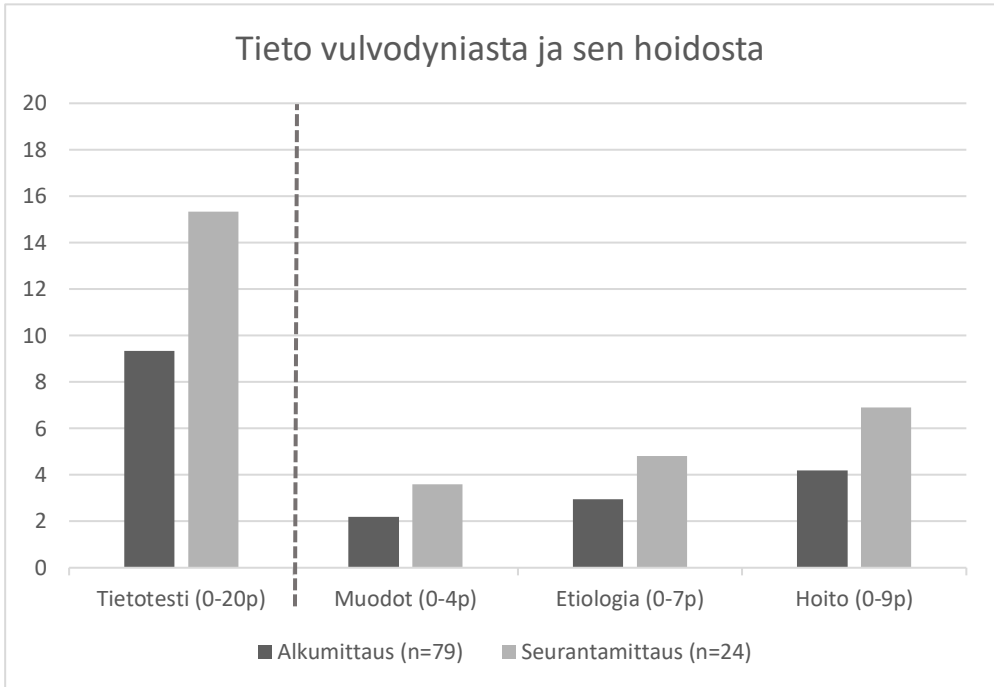
5.2.3 Tieto vulvodyniasta ja sen hoidosta

Tieto vulvodyniasta ja sen hoidosta todettiin alkumittauksessa keskinkertaista heikommaksi (Osajulkaisu III). Seurantamittauksessa tiedon taso oli tilastollisesti ja kliinisesti merkittävästi korkeampi koulutusinterventioon osallistuneilla alkumittaukseen verrattuna (Osajulkaisu IV). Kuviossa 7 esitetään tiedon taso alku- ja seurantamittauksen perusteella.

Tiedon taso keskiarvoltaan alkumittauksessa 20 kysymyksen ja enintään 20 pisteen tietotestissä oli 9.34 (Kh 5.03). Tietotestistä yli kymmenen pistettä sai 33 % vastaajista (n = 26 / 79). Kaikki taustatekijät paitsi koettu taito keskustella intiimiasioista vastaanottotilanteessa olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä korkeampaan tiedon tasoon. (Osajulkaisu III.) Seurantamittauksen jälkeen tiedon taso oli keskiarvoltaan 15.33 (Kh 3.13). Vastaajista 96 % (n = 23 / 24) saivat tietotestistä yli 10 pistettä. Taustatekijöistä vain vulvodyniaa sairastavien tapaa-mistiheys oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä korkeampaan tiedon tasoon. (Osajulkaisu IV.)

Tieto vulvodyniasta ja sen hoidosta oli jaettu kolmeen osioon: tieto vulvodynian muodoista (neljä kysymystä ja enintään neljä pistettä), tieto vulvodynian etiologiasta (seitsemän kysymystä ja enintään seitsemän pistettä) ja tieto vulvodynian hoidosta (yhdeksän kysymystä ja enintään yhdeksän pistettä).

Alkumittauksessa tietotestin keskiarvopisteet vulvodynian muodoista olivat 2.16 (Kh 1.33). Tietotestin keskiarvopisteet vulvodynian etiologiasta olivat 2.96 (Kh 2.02). Vulvodynia hoidon keskiarvopisteet olivat 4.22 (Kh 2.33). Seurantamittauksessa kaikki tiedon osiot olivat tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0.001$) korkeammat. Tieto vulvodynian muodoista oli keskiarvoltaan 3.58 (Kh 0.88), vulvodynian etiologiasta 4.83 (Kh 1.43) ja vulvodynian hoidosta 6.92 (Kh 1.47). (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Tieto vulvodyniasta ja sen hoidosta alku- ja seurantamittauksessa

5.2.4 Koulutustyytyväisyys

Koulutustyytyväisyyskyselyyn vastasi 24 koulutukseen osallistujaa. Koulutuksen käyttökelpoisuus kokonaisuudessaan koulutuksen jälkeen koettiin hyväksi (md 5.00, IQR 0.87). Koulutustyytyväisyyden eri osa-alueet todettiin niin ikään hyväksi: koulutusresurssien hallinta (md 5.17, IQR 1.25), oppisisällön hyödyllisyys (md 5.00, IQR 1.00), koulutuksen toteutus (md 5.00, IQR 1.00) ja koulutuksen käytettävyys tulevaisuudessa (md 5.00, IQR 1.33). Koulutuksen pituus koettiin myös sopivaksi (ka 3.21, md 3.00). Yleisimmät koulutuksen verkkokeskustelua estävät tekijät olivat keskustelun aloittamisen vaikeus ja ajanpuute. Avoimessa kysymyksessä osallistujat myös antoivat ehdotuksia koulutuksen kehittämisestä. Työkiireet koettiin opiskelun haasteiksi. Toiveena esitettiin, että työaikataulusta sidottaisiin sopivan mittaisia opiskeluaikoja, jolloin oppisisältöön ja oppimiseen olisi helpompi keskittyä. Verkko-opetus pidettiin sopivan koulutusmuotona opis-

keluterveydenhuollon organisaatiossa. Vastaajat kokivat koulutusaiheen tärkeäksi ja oppimateriaalin kattavaksi, mutta osa olisi toivonut tarkempia erikoisala-kohtaisia vulvodynian hoito-ohjeita.

”Kiireisenä arjen keskellä sopiva aika opiskeluun oli hankala löytää. Ehkä olisi hyvä laittaa kunkin kalenteriin varattu aika koulutukseen eikä vain että kukin tekee työnsä lomassa. Erittäin hyvä aihe ja hyvä tapa kouluttaa. Kiitos!”

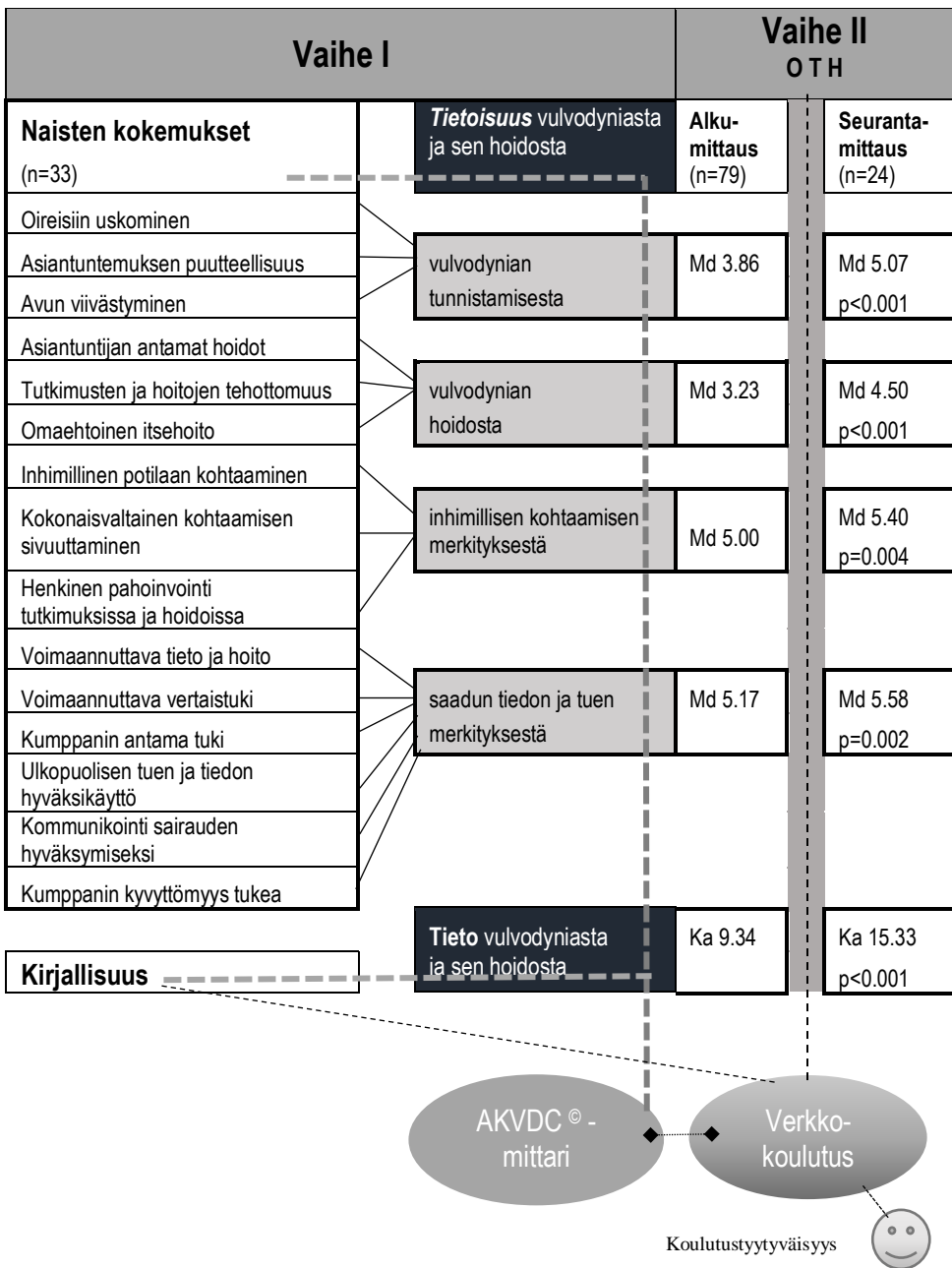
”Jään kaipaamaan konkreettisia nimiä tai selityksiä esim. tarkennusta vähäoksalaattiseen dieettiin, nimiä liukastevoiteille, kondomeille, pintapuudutteille (onko eroa tai suositusta erinimisille voiteille), gabapentiinin reseptiä, hermokipulääkkeiden tarkempia nimiä.”

5.3 Yhteenveto tutkimustuloksista

Naiset raportoivat niin positiivisia kuin negatiivisiakin hoitokokemuksia vulvodynian hoidosta. Välittävissä hoitosuhteessa naiset kokivat saavansa tukea, tietoa ja apua vulvodyniaoireisiinsa. Välittävissä hoitosuhteessa otettiin huomioon myös naisen lisäksi kumppanin ja parisuhteen hyvinvointi. Pettymykset hoitosuhteessa ilmenivät vulvodyniaa sairastavan kokonaisvaltaisuuden sivuuttamisena, avun viivästymisenä tai avun saamattomuutena. Naiset kokivat parisuhde- ja seksuaalielämän jääneen hoitosuhteessa taka-alalle. Vulvodynia kuormittaa parisuhdetta ja erityisesti seksuaalielämää, mutta se saattaa toimia myös niitä vahvistavana tekijänä pariskunnan osapuolten kommunikaatio- ja seksuaaliongelmien ratkaisutaidoista riippuen. Terveystenhoitohenkilöstöltä saatu tieto ja tuki koettiin merkitykselliseksi parisuhteen hyvinvoinnissa. Naisten kokemusten perusteella terveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta on tarpeen lisätä. Parisuhteen tukemiseen tulisi naisten kokemusten perusteella kiinnittää hoitosuhteessa enemmän huomiota.

Opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta tutkittiin AKVDC[®]-mittarilla. Tietämys todettiin olevan epätasaista ennen täydennyskoulutusinterventiota. Tietoisuus vulvodynian tunnistamisesta oli jonkin verran hyvä, mutta vulvodynian hoitomenetelmistä jonkin verran huono. Tietoisuus inhimillisen kohtaamisen sekä saadun tiedon ja tuen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle oli hyvä. Tieto vulvodyniasta ja sen hoitamisesta arvioitiin tietotestin mukaan keskitasoa heikommaksi.

Koulutusintervention jälkeen osallistuneiden tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta oli tilastollisesti merkitsevästi korkeampi sekä tietoisuus- että tieto-osassa. Kliinisesti merkittävästi paremmat tulokset saatiin vulvodynian tunnistaminen ja hoitomenetelmät tietoisuus-osioista. Myös tietotestin pisteet olivat kliinisesti merkittävästi korkeammat koulutuksen jälkeen alkumittaukseen verrattuna. Koulutus ”Vastaanotolla vulvodyniaa sairastava nainen – Miten hoidan?” todettiin koulutuspalautteen perusteella sopivaksi täydennyskoulutusmenetelmäksi terveydenhuollon toimipisteisiin, jotka olivat maantieteellisesti etäällä toisistaan. Kuviossa 8 esitetään tutkimusvaiheiden mukaisesti yhteenveto tutkimustuloksista.



Kuvio 8. Yhteenveto tutkimustuloksista

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusaihe on eettisesti perusteltu, sillä vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksia sairauden hoidosta ja vaikutuksesta parisuhteeseen on tutkittu niukasti (Vaihe I). Terveydenhuoltohenkilöstön asiantuntemusta vulvodyniasta ja hoidosta (Vaihe II) ei ole myöskään aikaisemmin tutkittu. Aikaisempaa suomalaista hoitotieteellistä tutkimusta kummastakaan aiheesta ei ole tehty. Tutkimuskohteena opiskeluterveydenhuolto on perusteltu, sillä valtaosa vulvodyniapotilaista on alle 30- vuotiaita ja mahdollista opiskeluterveydenhuollon asiakaskuntaa. Perusterveydenhuollossa on tärkeää tunnistaa vulvodynian oireet, sillä varhainen puuttuminen vulvodyniaoireisiin saattaa ehkäistä nuorten naisten lisääntymis- ja seksuaaliterveyden ongelmia. Lisäksi varhaisella potilaan diagnosoinnilla, sairaudesta tiedottamisella ja itsehoidonohjauksella saatetaan säästää hoitokustannuksissa. (Holloway ym. 2010, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Tutkimusaineisto kerättiin E-lomakkeella anonyymina verkkokyselynä molemmissa tutkimuksen vaiheissa. Verkkokyselyä koskee perustuslaissa määritellyt tutkimusetiikka- ja tietosuojaratkaisut kuten muitakin aineistonkeruutapoja (Kuula 2011). Tutkimustiedote oli vastaajien luettavissa internet-sivulla, jossa kerrottiin tarkasti tutkimuksen perustiedot ja tietosuojaratkaisut (Liitteet 2, 3a ja 3c). E-lomakkeen palautusjärjestelmä oli luotu siten, että lähetys tapahtui tunnistamattomasti. Vastaajien anonyymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan, ja tämä oli vastaajilla etukäteen tiedossa. (Kuula 2011, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) On todettu, että verkkokyselyyn vastataan helpommin ja rehellisemmin jos osallistujilla on tiedossaan kyselyn anonyymiteettisuoja, varsinkin jos kysymykset koskevat sensitiivisiä aiheita. Sukupuolielinten kipu, siihen liittyvät seksuaaliongelmat ja niistä kertominen luokitellaan sensitiivisiin aiheisiin. Myös terveydenhuoltohenkilöstön tietämyksen tutkiminen vulvodyniasta ja sen hoidosta katsottiin tässä tutkimuksessa sensitiiviseksi aiheeksi, sillä arvioinnin kohteena oli heidän oma ammattitietämyksensä. (Gray ym. 2016.) Vaiheessa II seurantamittauk-

sen vähäisen osallistujamäärän vuoksi raportointivaiheessa ei käytetty epäsuoria taustatietojen tunnisteita, kuten iän tai työkokemuksen vaihteluväliä (Kuula 2011, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013).

Tutkimukseen osallistuminen oli täysin vapaaehtoista tutkimuksen molemmissa vaiheissa. Vaiheessa I vulvodyniaa sairastavien keskustelupalstan ylläpitäjä varmisti palstan keskusteluryhmältä ennen tutkimuksen alkamista, voisiko palstalle liittää tiedotteen tutkimuksesta, jossa pyydetään naisia kertomaan vulvodynian kokemuksista. Vaiheessa II tutkimusluvan myönsi opiskeluterveydenhuollon hallinnon kehittämistyöryhmä. Vaiheessa I ja II osallistujat osoittivat tietoisensa suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta lähettämällä sähköisen E-lomakkeen täytettynä. Vaiheessa I naiset kirjoittivat kokemuksistaan vulvodyniasta, mikä saattoi nostaa ahdistuksen ja mielihahan tunteita. Toisaalta kirjoitusprosessi saattoi olla myös terapeutin kokemus, joka helpotti negatiivisia tunteita sairaudesta. Naiset saivat kuitenkin rauhassa tutustua kysymyksiin etukäteen, ja heillä oli mahdollisuus keskeyttää kirjoittaminen missä vaiheessa tahansa. Tällöin he harkitusti päättivät, mitä tietoja he vapaaehtoisesti antoivat tutkimuksen käyttöön. Tutkimuksen ei näin ollen oletettu aiheuttavan osallistujille vahinkoa, sillä vastaajat saivat etukäteen tutustua E-lomakkeeseen. Tutkimuksen vaiheessa II opiskeluterveydenhuoltohenkilöstö on saattanut myös kokea emotionaalisesti negatiivisia tunteita sekä kyselymittausten että koulutusintervention aikana tai jälkeen. Lisääntynyt tietämys on saattanut nostaa muistoja vastaanottilanteista, joissa kohdattu nainen olisi saattanut olla vulvodyniaa sairastava. Lisääntynyt tietämys on saattanut myös tuoda epäilyksiä omista erikoisalakohtaisista hoitamisen taidoista, sillä lisääntyvä tietämys ei välttämättä ole yhteydessä lisääntyneisiin taitoihin. Molemmissa vaiheissa tutkittavilla oli mahdollisuus olla yhteydessä tutkijaan joko puhelimen tai sähköpostin välityksellä. (Holloway ym. 2010, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Gray ym. 2016.)

Tutkimuksen molemmissa vaiheissa E-lomakkeella palautetut kyselyt säilytettiin Tampereen yliopiston omistamalla palautusalueella, jonne vain tutkijalla on pääsymahdollisuus. Analysoitu aineisto säilytettiin Tampereen yliopiston tiedostopalustalla tutkijan henkilökohtaisessa tietokannassa, johon vain tutkijalla on pääsyoikeus. Aineiston raportointivaiheessa tutkija tallensi tutkimuksen tuotosta myös henkilökohtaiselle tallenteelle, jota säilytettiin parhaalla mahdollisella huolellisuudella. (Kuula 2011.) Tutkimusaineisto hävitetään henkilötietolain mukaisesti (FINLEX 523/1999), kun se on tämän ja mahdollisten jatkotutkimusten jälkeen jäänyt tarpeettomaksi. Tutkimuseettisiä periaatteita noudatettiin läpi tutkimuksen (WMA 2013).

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

6.2.1 Vaiheen I luotettavuuden arviointi

Vaiheen I sisällönanalyysin luotettavuutta tarkastellaan tutkimuksen valmistelu-, organisointi- ja raportointivaiheiden kautta. Valmisteluvaiheen luotettavuuden tarkasteluun sisältyy aineiston keruumenetelmän, tutkimukseen osallistujien sekä analyysiyksiköiden valinnan suunnittelu ja perustelu. (Elo ym. 2014.) Verkko-kysely valittiin aineiston keruumenetelmäksi, sillä se mahdollisti kohdennetun aineiston keräämisen vulvodyniaa sairastavilta naisilta. Se antoi myös mahdollisuuden saavuttaa kohderyhmä koko Suomen laajuisesti nopeasti ja taloudellisesti. Verkkokyselyn oletettiin vahvistavan kerätyn aineiston luotettavuutta, sillä naiset saivat rauhassa tutustua ja vastata kysymyksiin oman aikataulunsa mukaisesti ilman tutkijavaikutusta. On myös todettu, että vastaajat kokevat turvalliseksi kertoa henkilökohtaisista kokemuksista verkkokyselyn avulla edellyttäen, että kysely on anonyymi ja hyvin suojattu. Nämä ennakkoehdot toteutuivat tässä tutkimuksessa, ja ne oli ilmoitettu osallistujille tutkimustiedotteessa. (Gray ym. 2016.) Verkko-kysely aineistonkeruumenetelmänä on käytännöllinen, mutta tutkija ei voi täydellä varmuudella tietää edustivatko vulvodyniakeskustelupalstan naiset vulvodyniaa sairastavien perusjoukkoa (Duffy 2002, Heikkilä ym. 2008). Oletettavaa kuitenkin on, että suljetulla keskustelupalstalla olevat naiset ovat vulvodyniaa sairastavia, sillä heidät on hyväksytty sinne ylläpitäjän toimesta tarkoin kriteerein. Keskustelupalstalla vulvodyniaa sairastavien naisten vulvodynian muoto tai vaikeusaste on kuitenkin tuntematon. Keskustelupalstalle on saattanut ohjautua naisia, joilla on vaikea-asteinen vulvodynia, tai naisia, jotka eivät ole saaneet halua- maansa tietoa tai toivottua hoitoa sairauteensa. (LaCoursiere 2001, Gray ym. 2016.) Kaikilla kyselyyn vastanneilla naisilla oli kuitenkin vulvodyniaoireiden hoitokokemuksia, vaikka kolme heistä ei ollut vastaushetkellä saanut diagnoosia. Suurimmalle osalle naisista vulvodyniadiagnoosi oli tehty yli 3 vuotta oireiden ilmestymisen jälkeen, mikä on samassa linjassa kansainvälisten tutkimusten kanssa (Harlow & Stewart 2003, Danby & Margesson 2010).

Sisällönanalyysin organisointivaiheessa luotettavuutta voidaan tarkastella aineiston luokittelun, tulkinnan ja edustavuuden kautta (Elo ym. 2014). Aineistoon tutustuttiin lukemalla naisten kokemukertomuksia useaan kertaan ennen kuin etsittiin tutkimuskysymyksiin vastaavia analyysiyksiköitä. Jo luettaessa aineistosta oli havaittavissa tiettyjä teema- ja aihealueita. Analyysiyksiköksi valittiin tutkimuskysymyksiin vastaavat lauseet tai ajatuskokonaisuudet. (Elo & Kyngäs 2008,

Holloway ym. 2010, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Aineiston tulkintakysymykset nojaavat jonkinlaiseen esiyymmärykseen, joko tietoiseen tai tiedostamattomaan. Osa esiyymmäryksestä saattaa muodostua teoreettisesta viitekehystä, joka hankitaan ennen tutkimusta. Teorialla voi olla uusia näkökulmia avaava tai rajaava vaikutus. (Kylmä & Juvakka 2007, Holloway ym. 2010, Elo ym. 2014.) Tutkimusta naisten kokemuksista vulvodyniasta on kuitenkin tehty erittäin niukasti. Näin ollen analyysia ei ohjannut teoreettisesta viitekehystä saatu esiyymmärrys. Tutkija on työskennellyt pitkään moniammatillisessa vulvodyniapotilaiden hoitotiimissä. Kliininen asiantuntemus lisäsi tulosten uskottavuutta ja refleksiivisyyttä, sillä tutkija pystyi hahmottamaan oireyhtymän monimuotoisuutta ja siinä esiintyviä ongelmia. Ammatillinen kokemus myös lisäsi tutkijan teoreettista herkkyyttä, jonka avulla tutkija osasi tulkita aineistoa ja ymmärsi tutkittavaa ilmiötä. Toisaalta tutkijan kliininen kokemus vulvodyniapotilaiden hoitotyössä saattoi sokeuttaa ja lisätä ennakko-olettamuksia tutkimusaineiston analysoinnissa. Tällöin analysoinnin riskinä ovat saattaneet olla tutkijan piilevät arvovaraukset aiheeseen ja sen kontekstiin. Tutkija kuitenkin tiedosti kokemuksen tuoman esiyymmäryksen, joka auttoi sulkeistamaan (bracketing) liiallisia arvolatauksia ja ennakko-oletuksia aineistoa analysoidessaan. Tutkimuspäiväkirjan pitäminen olisi mahdollisesti lisännyt tutkijan teoreettista herkkyyttä, ja vähentänyt analysoinnin ennakko-oletuksia, mutta sitä ei tässä tutkimuksessa pidetty. (Holloway ym. 2010, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Aineiston analyysin uskottavuutta kuitenkin vahvistivat tutkimusryhmän jäsenten kanssa käydyt keskustelut, joiden perusteella pohdittiin aineiston luokittelua ja luokittelun nimeämistä (Elo ym. 2014). Koska vaiheen I laadullinen aineisto kerättiin anonymisti, tutkija ei voinut tarkastaa, vastasiko analyysin tulkinta (osajulkaisut I ja II) osallistujien käsityksiä vulvodynian hoidosta tai vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen. Tutkijalla ei ollut myöskään mahdollisuutta tarkentaa tai pyytää lisäselvityksiä epäselviksi jääneisiin asioihin. Aineiston edustavuus on kuitenkin hyvä, sillä tutkimuskysymyksiin vastaavia pelkistyksiä aineistossa oli yli 1800 kappaletta. (Holloway ym. 2010, Elo ym. 2014.)

Tutkimuksen luotettavuutta vahvistaa raportointivaiheessa tutkimusprosessin tarkka kuvaaminen lukijalle osajulkaisuissa I ja II sekä väitöskirjan yhteenvedossa. Tulokset on raportoitu systemaattisesti, loogisesti ja ymmärrettävästi. Tulossuudessa on käytetty systemaattisesti lainauksia ja aineiston luokittelu on esitetty selkeästi taulukoin. Lukija pystyy raportointivaiheen perusteella arvioimaan tulosten siirrettävyyttä vulvodyniaa sairastavien naisten elämään. (Kylmä & Juvakka 2007, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Elo ym. 2014.) Saadut

tulokset kuvaavat laajasti ja rikkaasti naisten kokemuksia parisuhteesta ja sairauden hoidosta. Aineiston analyysissä oli nähtävissä kylläntyminen eli saturoituminen, mutta naisten kokemusmaailmassa ilmeni myös yksilöllisiä eroja. (Polit & Beck 2006a, Kylmä & Juvakka 2007, Elo ym. 2014.)

Naisten kokemusten ja kirjallisuuskatsauksen perusteella operationalisoidun mittarin sisältövaliditeetti testattiin asiantuntija-arvion avulla. Asiantuntijat arvioivat AKVDC[®]-mittarin luotettavaksi face-validiteetin ja Lawshen CVR-metodin avulla arvioituna (Grant & Davis 1997, Gilbert & Prion 2016, Grove 2016a). Asiantuntija-arvion jälkeen kyselylomakkeen tausta- ja AKVDC[®]-mittarin kysymyksiä muokattiin ehdotusten mukaisesti. Muokkausten jälkeen kysymyksiä olisi kuitenkin voinut kriittisemmin tarkastella uuden CVR-arvion mukaisesti. Tosin ennen muokkauksia kysymysten CVR-arvoista laskettu sisällön pätevyyden summa (CVI) oli hyväksyttävä, vaikka muutamat yksittäiset kysymykset eivät ylittäneet hyväksyttävää CVR-tasoa. (Wilson ym. 2012, Gilbert & Prion 2016.) Liitteessä 4 kuvataan asiantuntija-arvion perusteella saadut CVR- ja CVI-arvot.

Tutkimuksen vaiheessa I on tunnistettavia vahvuuksia ja rajoituksia. Tutkimuksen tämän vaiheen aineisto oli erittäin rikas, mihin vaikuttivat 33 naisen yksilölliset kertomukset omasta kokemuksestaan vulvodyniaa sairastavana naisena. Aineiston analyysin luotettavuutta vahvistivat tutkijan esiyymmärrys tutkittavaan ilmiöön sekä tutkimusryhmän kanssa käydyt keskustelut koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuspäiväkirjan pitäminen olisi vahvistanut tutkimuksen luotettavuutta, mutta sitä ei tässä tutkimuksessa pidetty. Naisten kokemusten sekä kirjallisuuden perusteella operationalisoitu AKVDC[®]-mittari todettiin usean asiantuntija-arvion ja luotettavuustestien jälkeen sisällöltään päteväksi sekä sisäisesti johdonmukaiseksi. AKVDC[®]-mittari on uusi, ja sitä on käytetty toistaiseksi vain tässä tutkimuksessa. Mittarin sisällön kehittäminen sekä sen pätevyyden, että sisäisen johdonmukaisuuden testaaminen vaativat vielä lisätutkimusta.

6.2.2 Vaiheen II luotettavuuden arviointi

Vaiheen II luotettavuuteen vaikuttaa vaiheessa I tutkimusta varten rakennettu kyselymittari, joka mittaa pätevästi terveydenhuoltohenkilöstön, tässä tapauksessa opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta. AKVDC[®]-mittarin sisältövaliditeetti testattiin asiantuntija-arvion avulla jo vaiheessa I. Vaiheen II esi-, alku- ja seurantamittauksessa faktorianalyysi olisi ollut sopiva menetelmä tarkastella vielä sisällön validiteettia. Sitä ei kuitenkaan voitu toteuttaa aineiston pienuuden vuoksi, sillä luotettava sisällön validiteetin arviointi

vaatisi vähintään viisi vastaajaa kysymystä kohden eli tässä tapauksessa $86 \times 5 = 430$ vastaajaa. (DeVon ym. 2007, Grove 2016a.)

Valmiin mittarin reliabiliteetti esitettiin tutkimukseen osallistumattomalla opiskeluterveydenhuoltohenkilöstöllä ($n = 34$). AKVDC[®]-mittarin tietoisuusosan reliabiliteetin, sisäisen johdonmukaisuuden testaamiseksi käytettiin Cronbachin alpha-kerrointa (α), joka osoitti hyväksyttävän α -arvon kaikissa muissa tietoisuuden osissa lukuun ottamatta ” Tietoisuus inhimillisen kohtaamisen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle” ($\alpha = 0.69$). Mittareiden sisäisen johdonmukaisuuden testauksessa $\alpha \geq 0.80$ määritellään yleisesti hyväksi tasoksi. Tosin uusissa, alle viisi vuotta käytössä olleissa mittareissa $\alpha \geq 0.70$ katsotaan jo sisäisesti johdonmukaiseksi tasoksi. (DeVon ym. 2007, Gray ym. 2016.) Esituttimukseen α -arvon perusteella ” Tietoisuus inhimillisen kohtaamisen merkityksestä vulvodyniaa sairastavalle”-osion muutamia kysymyksiä muokattiin selkeämmiksi ennen tutkimuksen alkumittausta. Samoin muutamia kysymyksiä muokattiin koko kyselylomakkeessa esitestauksessa tulleiden huomioiden mukaisesti. Alku- ja seurantamittauksen perusteella AKVDC[®]-mittarin tietoisuuden kaikki osiot osoittivat sisäistä johdonmukaisuutta, kun α -arvo oli pienimmillään 0.72 ja suurimmillaan 0.95. Tutkimuksen kyselylomakkeeseen liitettiin seurantamittaukseen myös koulutustyytyväisyyspalaute, jonka koulutuksen käyttökelpoisuutta mittaavat kysymykset osoittivat sisäistä johdonmukaisuutta $\alpha = 0.92$. (Taulukko 3.)

Tulosten sisäistä validiteettia saattavat häiritä mittaustilanteen häiriötekijät, kuten vieras ympäristö tai kiire. E-lomakkeena toteutettu mittaus antoi osallistujille mahdollisuuden rauhassa tutustua kysymyksiin, ja vastausajankohta oli itse valittavissa sovitun aikamäärän rajoissa. Sisäiseen validiteettiin saattavat vaikuttaa myös organisaation ilmapiiri tai siellä tapahtuvat työntekijään kohdistuvat muutokset. Sisäistä validiteettiä tässä tutkimuksessa heikensi myös alku- ja seurantamittauksen välinen aika. Se oli tutkimusasetelman vuoksi lyhimillään kahdeksan ja pisimmillään 11 kuukautta. Tänä aikana on saattanut tapahtua oppimista jo ennen toteutettua koulutusinterventiota. Lisäksi seuranta-aika koulutusintervention jälkeen oli lyhyt, se aloitettiin kaksi viikkoa koulutuksen jälkeen. Pidempi seuranta-aika olisi saattanut lisätä tulosten luotettavuutta. (Gray ym. 2016.) Sisäistä validiteettia saattaa heikentää myös valikoituminen, eli tutkimukseen ovat saattaneet valikoitua aiheesta kiinnostuneet osallistujat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Gray ym. 2016). Sisäisiä mittaukseen vaikuttavia häiriötekijöitä ei kuitenkaan kartoitettu tässä tutkimuksessa, ainoastaan mittausten välinen aika oli tiedossa.

Tarpeeksi suuri ja monipuolinen henkilöotos määrittelee tulosten ulkoisen validiteetin, tutkimustulosten voiman ja yleistettävyyden. Tässä tutkimuksessa henkilöotos niin esi-, alku- kuin seurantamittauksessakin oli monipuolinen, aiheeseen kohdennettu mutta valitettavan pieni. Katoanalyysi olisi ollut sopiva menetelmä ulkoisen validiteetin tarkasteluun, mutta sen käyttö oli mahdotonta vastaajien anonyymiteetin vuoksi. Tutkimusten tulosten harhana saattaa olla myös opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön itsearviointi. Osallistujat saattoivat muuttaa käyttäytymistään eli tässä tapauksessa itsearviointia, sillä he tiesivät olevansa tutkimuskohteena. Osallistujat arvioivat itse tietämystänsä vulvodyniasta ja sen hoidosta, mikä saattaa nostaa tuloksia todellista korkeammaksi. Edellä mainittujen syiden perusteella ulkoisesta validiteetista ei voi tehdä varmoja johtopäätöksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Gray ym. 2016.)

Tutkimusta varten vaiheessa II kehitettiin täydennyskoulutusinterventio AKVDC[®]-mittarin rakenteen mukaisesti asiantuntijaryhmän teemahaastattelulla. Teemahaastattelu analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä ja tulokset raportoitiin täydennyskoulutuksen oppisisältönä. Kun täydennyskoulutuksen oppisisältö oli valmis, pyysi tutkija asiantuntijaryhmältä tarkistusta, vastaako oppisisältö heidän tulkintaansa vulvodyniasta ja sen hoidosta. Asiantuntijaryhmän antamien tarkennusten jälkeen oppisisältöä muutettiin ehdotetuin osin, mikä vahvisti analyysin tulosten uskottavuutta. Oppimistavoitteet perustuivat niin ikään AKVDC[®]-mittariin, sillä ne heijastelevat niitä tietämyksen osa-alueita, joita vulvodyniaa hoitavilla terveydenhuollon henkilöillä tulee olla. Koulutuksen oppisisällön kehittäminen on lisäksi kuvattu tarkasti yhteenveto-osan tekstissä, kuvioissa 4 ja 5. Liitteessä 6 esitetään koulutuksen tavoitteet ja näytteitä koulutuksen sisällöstä. Tarkalla kuvaamisella on pyritty osoittamaan lukijalle koko koulutussisällön ja sen kehittämisprosessin luotettavuus. (Hirsjärvi & Hurme 2008, Holloway ym. 2010, Gray 2016c, Elo ym. 2014.)

Kvasikokeellisen tutkimusasetelman heikkoutena voidaan pitää sen vaikeutta kontrolloida kaikkia tämän tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavia väliin tulevia tekijöitä. (Gray ym. 2016.) Tämä oli kuitenkin ensimmäinen interventiotutkimus vulvodynian ja sen hoidon tietämyksestä terveydenhuoltohenkilöstöllä. Lisäksi tutkimukseen valitun kohderyhmän kokonaisotostmäärä oli niin pieni, ettei satunaistettu vertaileva tutkimusasetelma olisi ollut realistinen. Kvasikokeellinen tutkimusasetelma kuitenkin antoi arvokasta tietoa mahdollisten jatkotutkimusten luotettavuuden parantamiseen. Tämän tutkimusprosessin arviointi tuotti myös tie-

toa, miten tulevaisuudessa tutkimusinterventio tai pelkästään suunniteltu täydennyskoulutus tulisi toteuttaa samantyyppisessä ympäristössä kuin opiskeluterveydenhuolto on. (Craig ym. 2008, Moore ym 2015.)

Tätä tutkimuksen vaihetta voidaan pitää MRC:n (Medical Research Council) kuvauksen mukaan luonteeltaan ja ulottuvuuksiltaan monitasoisena interventiona (complex intervention). Interventio sisälsi useita vuorovaikutteisia osia, kuten AKVDC[®]-mittarin kehittämisen ja sen rakenteen mukaisen koulutuksen oppisisällön kehittämisen. Alkumittauksen perusteella koulutuksen oppisisältöä räätälöitiin kohderyhmän tarpeita vastaavaksi. Monitasoisuutta lisäsi myös tutkimuksen kohderyhmänä ollut opiskeluterveydenhuoltohenkilöstö, joka työskenteli eri puolella Suomea sijaiseissa toimipisteissä, mikä toi haasteita tutkimuksen hallinnointiin. (Craig ym. 2008, Moore ym. 2015.) Damschroder ym. (2009) kirjallisuuskatsauksen perusteella tässä tutkimuksessa on löydettävissä myös implementointi- tai soveltuvuustutkimuksen piirteitä. Implementointi tutkimuksen ominaisuudet ja niiden arviointi koostuvat viidestä pääominaisuudesta. Ensimmäinen ominaisuus liittyy intervention sovittamiseen organisaatioon, jossa se toteutetaan. Tässä tutkimuksessa koulutusintervention oppisisältö sovitettiin mitatun alkutietämyksen perusteella kohderyhmälle. Lisäksi toimipisteiden pitkien välimatkojen vuoksi koulutus toteutettiin verkko-opetuksena. Toinen ja kolmas ominaisuus liittyy tutkimuksen sisäisiin ja ulkoisiin asetelmiin, joita ei täysin voi erottaa toisistaan. Sisäiset asetelmat liittyvät organisaation kulttuurillisiin ja hallinnollisiin piirteisiin. Ulkoiset asetelmat liittyvät organisaation taloudellisiin, sosiaalisiin ja fyysiseen sijaintiin liittyviin taustoihin. Tässä tutkimuksessa nämä ominaisuudet liittyvät erillään sijaitseviin opiskeluterveydenhuollon toimipisteisiin, joissa ei välttämättä ole täysin yhtenevät toimintatavat. Neljäs ominaisuus liittyy yksilöihin, jotka osallistuvat interventioon. Yksilöillä on oikeus tehdä valintoja, jotka saattavat vaikuttaa myös muihin interventioon osallistuville. Tässä tutkimuksessa osallistuminen intervention alkumittaukseen, koulutukseen ja seurantamittaukseen oli harmillisen matala. Syytä osallistumiskatoon ei kuitenkaan tiedetä. Mutta on todettu, että verkkokyselyiden vastausprosentti on yleensä matala (Gray 2016a). Samoin kuin verkko-opetuksen sitoutuminen on todettu vaihtevaksi (Cook & Steinert 2013). Viidentenä implementointi tai soveltuvuustutkimuksen ominaisuutena on itse implementointiprosessi. Onnistunut implementointi on aktiivinen muutosprosessi, jolla pyritään saavuttamaan suunniteltu toiminta organisaation ja kohderyhmän käyttöön. Tutkimukseen suunniteltu täydennyskoulutus verkko-opetuksena luovutettiin opiskeluterveydenhuollon toimipisteiden käyttöön seurantamittauksen loppumisen jälkeen. (Damschroder ym.

2009.) Implementointi- tai soveltuvuustutkimuksen tarkka taustan, tutkimusprosessin kuvaus ja tulosten raportointi ovat osa arviointi- ja kehittämisprosessia. Raportoinnin perusteella lukijalla on mahdollisuus arvioida implementoinnin luotettavuutta. Tämän tutkimuksen raportoinnissa (Osajulkaisu IV ja Yhteenveto) on kuvattu tarkasti koulutusintervention sisältö, toteutus sekä opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietämyksen taso ennen ja jälkeen koulutusintervention. Seurantamittauksessa osallistujilta pyydettiin myös koulutustyytyväisyyspalaute, joka on tärkeä osan koulutuksen soveltuvuuden arviointia. (Craig ym. 2008, Damschroder ym. 2009, Moore ym. 2015.)

Tutkimuksen opiskeluterveydenhuollon henkilöotos vaiheessa II oli monipuolinen, mutta valitettavan pieni sekä alku- että seurantamittauksessa. Tutkimukseen saattoi lisäksi valikoitua opiskeluterveydenhuoltohenkilöstöstä ne, jotka olivat jo valmiiksi kiinnostuneita nuorten seksuaaliterveyden edistämisestä. Tutkimusten tulosten harhana saattaa olla myös itsearviointi. Näistä tutkimuksen vaiheen II rajoitteista huolimatta tutkimuksesta on löydettävissä vahvuuksia. Tutkimusta varten kehitetyn mittarin perusteella luotiin koulutusintervention oppisisältö, joka kuvasi luotettavasti vulvodynian ja sen hoidon tietämyksen osa-alueita.

6.3 Tulosten tarkastelu

6.3.1 Vaiheen I tulosten tarkastelu

Tässä tutkimuksessa naiset olivat kokeilleet monia hoitovaihtoehtoja vulvodyniaoireiden hoitamiseksi. Oireita oli hoidettu vähintään yhdellä ja enintään seitsemällä näyttöön perustuvalla hoitomenetelmällä. Naiset olivat myös laajasti kokeilleet vähän tunnettuja täydentäviä hoitomenetelmiä todeten ne oireita helpottaviksi. Erityisesti akupunktio, ruokavaliomuutokset ja vyöhyketerapia koettiin kipuja helpottavina hoitomuotoina. Täydentävistä hoitomenetelmistä vulvodynian hoitomenetelminä on tehty vain muutama tutkimus. Akupunktiosta on tehty muutama pilottitutkimus lupaavin tuloksin (Danielsson ym. 2001, Curran ym. 2010, Schlaeger ym. 2015) ja ruokavaliomuutoksia on suositeltu muutamissa kirjallisuuskatsausartikkeleissa (Mariani 2002, Stone-Godena 2006).

Naisten kokemukset saadusta hoidosta vulvodyniaan jakautuivat positiivisiin ja negatiivisiin kokemuksiin (Tutkimustehtävä 1). Kokemukset vulvodyniaan

saadusta hoidosta ilmenivät välittävänä hoitosuhteena, hoitosuhteeseen pettymisenä ja oman avun ja vertaistuen tärkeytenä hoidon lisänä. Välittävä hoitosuhde ilmeni kokonaisvaltaisena, inhimillisenä kohtaamisena, jossa naiset tulivat kuuluksi oireistaan. Tutkimuksista ja hoidosta saatu tieto, erityisesti diagnoosin saaminen oireille toi voimaannuttavan kokemuksen naisille. Tämän myös Buchan ym. (2007) ja Munday ym. (2007) totesivat naisten hoitokokemuksiin liittyvissä tutkimuksissaan. Hoitosuhteessa arvostettiin asiantuntemusta, hoidon kokonaisvaltaisuutta ja moniammatillista näkökulmaa, vaikka hoidot eivät olisi tuoneetkaan riittävää apua oireisiin. Moniammatillista tiimityöskentelyn arvostamista naiset ovat myös raportoineet muutamassa aiemmassa tutkimuksessa (Munday ym. 2007, Sadownik ym. 2012).

Pettymys hoitosuhteeseen ilmeni naisten kokemuksina avun saamattomuudesta, terveydenhuoltohenkilöstön asiantuntemuksen puutteesta ja kokonaisvaltaisen kohtaamisen sivuuttamisesta. Naiset kokivat sairauden diagnosoinnin ja hoidon aloituksen viivästyneen terveydenhuoltohenkilöstön tiedon ja taidon puutteellisuuden vuoksi. Onkin todettu, että naiset saattavat etsiä useita vuosia oireilleen syytä ja apua. Näiden tutkimusten perusteella on raportoitu, että nainen tapaa vähintään kolme lääkäriä ennen diagnoosia. Tutkijat kuitenkin epäilevät tämän arvion olevan aliarvioitu. (Harlow & Stewart 2003, Nguyen ym. 2012a.) Avun saamattomuus aiheutti naisille negatiivisia emotionaalisia tunteita, mikä ilmeni henkisenä pahoinvointina ja oman vaivan vähättelynä. Naiset jopa olivat epäuskoisia kokemiaan oireita kohtaan. Epäuskoisuus omia oireita kohtaan arvioidaan olevan yksi este avun etsimiselle (Donaldson & Meana 2011, Nguyen ym. 2012a). Koettujen oireiden sivuuttamisen pelko saattaa myös olla syy, että 40 % vulvan kipuoireista kärsivistä eivät hae oireilleen apua (Nguyen ym. 2012a).

Omaehtoisen itsehoidon ja vertaistuen koettiin olevan tärkeä tiedon ja tuen osa. Oman sitoutuneisuuden itsehoitoon koettiin olevan tärkeä osa-alue hoitojen tehoamiseksi. Motivaation itsehoitoon koettiin vahvistuvan terveydenhuoltohenkilöstön antamalla ensi-informaatiolla sairaudesta ja perusteellisella itsehoidon ohjauksella. Vulvodyniaa sairastavien naisten hoitoon liittyvissä tutkimuksissa onkin todettu tiedon ja tuen antamisen lisäävän vastuullisuutta itsehoidon toteuttamiseen (Munday ym. 2007, Sadownik ym. 2012). Naiset olivat myös omatoimisesti etsineet itsehoitokeinoja ja täydentäviä hoitomenetelmiä helpottaakseen vulvodyniaoireita. Itsehoitokeinoista on toistaiseksi vähän tutkimuksia, vaikka itsehoitoa suositellaan useimmissa kirjallisuuskatsauksissa ja hoitosuosituksissa vulvodynian ensihoidoksi (Stone-Godena 2006, Cox & Neville 2012, ASCCP 2016).

Tutkimus tuotti uutta tietoa vulvodyniaa sairastavien naisten vertaistuksessa. Vertaistuen voimaannuttavat kokemukset tulivat esille erityisesti naisilla, jotka eivät olleet saaneet toivottua apua terveydenhuollon piiristä. Vertaistuen avulla naiset saivat tietoa uusista itsehoidollisista ja vaihtoehtoisista hoitomenetelmistä. He saivat myös purkaa henkistä kuormaansa yhteisössä, joka ymmärsi heidän oireensa. Vulvodynianaisten vertaistukea, sen tuomas apua ja merkitystä ei ole juuri tutkittu. Ainoastaan Gordon ym. (2003) totesivat tutkimuksessaan, että vulvodyniaa sairastavat naiset kokevat saavansa eniten tukea sairauteensa vertaisryhmiltä.

Vulvodynian oireet muokkaavat sekä vulvodyniaa sairastavan naisen että hänen kumppaninsa seksuaalisuutta, seksuaalitapoja ja parisuhteen dynamiikkaa (Tutkimustehtävä 2). Vulvodynia saattaa olla seksuaalielämää köyhdyttävä, mutta joissain tapauksissa sitä rikastuttava tekijä. Rakkauden ja oman kumppanin tuen koettiin rikastuttavan parisuhdetta. Tällöin seksuaalinen kipu kohdattiin rohkeasti ja yhteistuumiin etsittiin ratkaisuja ja vaihtoehtoja kivuliaalle yhdynnälle. Muutamissa tutkimuksissa (Ayling & Ussher 2008, Groven ym. 2016) on todettu, että naisen itsensä kokeminen riittävänä naisena ja seksuaalisena kumppanina edistää parisuhteessa emotionaalista tyydytystä. Emotionaalista ja seksuaalista tyydytystä edisti myös tässä tutkimuksessa avoimuus emätinyhdyntää korvaaville seksuaalitoiminnoille. Mahdollisesti vulvodyniaa sairastavien naisten ja heidän kumppaneidensa kipukäyttäytymistä voisi tarkastella FAM (fear-avoidance model of pain) – teorian avulla. Teoriaa on käytetty selittävänä teoriana erilaisille kipukäyttäytymismalleille kroonisessa kivussa, erityisesti alaselän kipupotilailla. Teoriassa tarkastellaan psykologisten tekijöiden, kivunpelon ja kivunvälttämisen yhteyttä toisiinsa. (Alappattu & Bishop 2011, Vlaeyen ym. 2016.) FAM-teoriassa kipupotilaat, jotka kohtaavat kivun ja omaavat vain vähäistä kivunpelkoa kuntoutuvat sairaudestaan todennäköisemmin. Krooniset kipupotilaat, jotka etukäteen valmistautuvat tulevaan kipuun ja ylitarkkailevat kipuaan, välttävät kipua tuottavaa toimintaa. Tämä käyttäytymismalli on aikaisempien (Hinchliff ym. 2012, Boerner & Rosen 2015) ja tämän tutkimuksen perusteella havaittu myös vulvodyniaa sairastavilla naisilla ja heidän kumppaneillaan. Heille kipua tuottava toiminta on yleisimmin emätinyhdyntä, jota vältetään. Tosin vulvodyniaa sairastavien naisten kipukäyttäytymisen selittämiseksi FAM-teoriaa ei ole vielä todistettu. (Alappattu & Bishop 2011.)

Pariskunnan keskinäisen tuen toimimattomuuden koettiin köyhdyttävän parisuhdetta. Puhumattomuus ja kyvyttömyys tukea toinen toisiaan estivät ratkaisujen hakemisen parisuhde- ja seksuaalielämän ongelmiin. On todettu, että epävar-

muus omien tunteiden ilmaisussa on todettu olevan yhteydessä vulvodyniaparis-kuntien alhaisempaan seksuaaliseen tyytyväisyyteen. (Awada ym. 2014.) Seksuaalielämästä saatettiin luopua vulvodynian vuoksi, etenkin jos parisuhteen seksuaalitoimintojen odotukset olivat hyvin yhdyntäkeskeisiä. Naisilla oli myös kokemuksia parisuhteen kariutumisen vuoksi vulvodynian ja toteutumattoman tavoitteellisen yhdyntäkeskeisen seksuaalielämän vuoksi.

Tutkimus osoitti uutena tietona, että sairauden hyväksymistä osaksi minuutta ja naiseutta edistivät kumppanin tuki sekä terveydenhuoltohenkilöstöltä saatu tuki ja tieto. Sairauden leimaa lievitti terveydenhuoltohenkilöstön inhimillinen kohtaaminen, jossa nainen kohdattiin ja häntä kuunneltiin luontevasti seksuaaliongelmiaan. Terveydenhuoltohenkilöstön halukkuus puuttua potilaan seksuaaliongelmiin on tärkeä hoidon elementti erityisesti yhdyntäkipuisten nuorten naisten hoidossa. Donaldson ja Meana (2011) totesivat tutkimuksessaan, että terveydenhuoltohenkilöstön haluttomuus kysellä tai keskustella seksuaalisista ongelmista vulvodyniaa sairastavan naisen kanssa on todettu olevan este avun saamiselle ja syy hoidon viivästymiselle.

Naiset kokivat terveydenhuoltohenkilöstöltä saadun tiedon ja tuen lisäävän myös parisuhteen hyvinvointia, vaikka kumppani ei olisi ollut vastaanotolla mukana. Kumppanin osallistuminen kuitenkin koettiin tärkeäksi, sillä silloin naiset kokivat myös kumppanin saavan juuri hänelle kohdennettua tukea terveydenhuoltohenkilöstöltä. Vulvodyniaa sairastavien naisten kumppaneiden on todettu kokevan negatiivisia emotionaalisia tunteita. Naisen hoitoon osallistumisen on todettu lisäävän kumppanin tietoa, kommunikaatiota, psyykkistä hyvinvointia ja seksuaaliterveyttä. (Sadownik ym. 2016.)

Vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksia on tutkittu niukasti ja lähes pelkästään lääke- tai käyttäytymistieteellisin tutkimuksin. Tämä on ensimmäinen Suomessa tehty hoitotieteellinen tutkimus, joka on tehty naisten kokemuksista vulvodyniasta ja sen hoidosta. Tulokset antavat hyvän näkemyksen suomalaisten naisten kokemuksista oireyhtymästä, sen hoidosta ja vaikutuksesta parisuhteeseen. Naisten kokemusten ja aiheeseen liittyvien tutkimusten pohjalta kehitettiin tutkimusta varten uusi, terveydenhuoltohenkilöstön tietämystä mittaava mittari (Tutkimustehtävä 3), sillä aihealueelta ei ollut aikaisempaa mittaria. Kehitettyä mittaria käytettiin vaiheen II tulosten keräämisessä.

6.3.2 Vaiheen II tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen perusterveydenhuollon kohderyhmäksi valittiin opiskeluterveydenhuollonhenkilöstö, joka tapaa intiimialueen ongelmista kärsiviä naisia. Tutkimuksen alkumittauksen mukaan opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietämys vulvodyniasta ja sen hoidosta todettiin epätasaiseksi ennen täydennyskoulutusinterventiota. Täydennyskoulutusintervention jälkeen tietämys lisääntyi koulutukseen osallistuneilla tilastollisesti merkitsevästi kaikissa tietämyksen osissa. Kliinisesti merkittävästi tietämys koheni ”tietoisuus vulvodynian tunnistamisesta”- ja ”hoidosta”-osioissa sekä ”tieto vulvodyniasta ja sen hoidosta”-osassa. (Tutkimustehtävä 5.) Koska aihealueelta ei ollut aikaisempia tutkimuksia, kliininen merkittävyyden raja määriteltiin tutkimusryhmän harkinnan perusteella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, Uhari 2014). Tässä tutkimuksessa 20 %:n muutos tietoisuuden ja tiedon tasossa katsottiin kliinisesti merkittäväksi.

Opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietoisuus vulvodynian tunnistamisesta todettiin jonkin verran hyväksi, mutta tieto vulvodynian muodoista ja etiologista arvioitiin tietotestin perusteella keskitasoa heikommaksi. Koulutusintervention jälkeen tietoisuus vulvodynian tunnistamisesta todettiin hyväksi, samoin kuin tieto vulvodynian muodoista ja etiologiasta olivat tietotestin mukaan tilastollisesti ja kliinisesti merkittävästi korkeammat. Vulvodynian tunnistaminen ja diagnosin saaminen ovat naisille henkisesti helpottava kokemus ja tärkeä askel kohti sairauden hyväksymistä sekä sen hoitoon sitoutumista (Buchan ym. 2007, Sadownik ym. 2012). Terveystenhoitajat tai muu hoito- tai terapiahenkilöstö ei diagnosoi sairauksia, mutta heidän on tärkeä olla tietoisia vulvodyniaan liittyvistä oireista, jotta nainen ohjataan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa lääkärin vastaanotolle tarkempia tutkimuksia varten (Haefner 2007, Danby & Margesson 2010).

Tietoisuus vulvodynian hoidosta todettiin jonkin verran huonoksi ja tieto vulvodynian hoitomenetelmistä todettiin tietotestin perusteella alkumittauksessa keskitasoa heikommaksi. Täydennyskoulutusintervention jälkeen tietoisuus todettiin hyväksi. Tietoisuus hoidosta kohenikin tilastollisesti merkitsevästi ja kliinisesti merkittävästi. Tieto vulvodynian hoidosta oli niin ikään tilastollisesti merkitsevästi ja kliinisesti merkittävästi korkeammat. Varhainen puuttuminen vulvodynian oireisiin itsehoidon ohjauksella saattaa olla oireita helpottavaa hoitoa. Toistaiseksi vulvodyniapotilaan hoidosta ei ole tehty kustannusvaikuttavuustutkimuksia, mutta arvellaan, että varhainen oireisiin puuttuminen vähentäisi vulvodynian hoitokustannuksia (Munday ym. 2007, Sadownik ym. 2012).

Opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietoisuus inhimillisen kohtaamisen merkityksestä todettiin jo ennen täydennyskoulutusinterventiota hyväksi. Koulutusintervention jälkeen tämä tietoisuuden osio nousi tilastollisesti merkitsevästi ollen erittäin hyvä. Inhimillinen kohtaaminen vulvodyniaa sairastavalle on tärkeä hoidon elementti, sillä luonteva ja asiallinen käyttäytyminen helpottaa naisten keskustelua intiimialueen ja seksuaalisesta ongelmasta (Donaldson & Meana 2011, Fougner & Haugstad 2015). Niin ikään tietoisuus saadun tiedon ja tuen merkityksestä todettiin jo ennen koulutusinterventiota hyväksi ja sen jälkeen erittäin hyväksi. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Terveydenhuoltohenkilöstöltä saatu tieto ja tuki onkin naisiin kohdistuneissa tutkimuksissa todettu voimauttavan sekä naisen että hänen kumppaninsa kokemusta vulvodyniasta. Pariskunnan molempien osapuolten on todettu hyötyvän saadusta tuesta ja tiedosta, sen on todettu lisäävän parisuhdetyytyväisyyttä ja helpottavan seksuaalisia ongelmia pariskunnan osapuolten välillä. (Munday ym. 2007, Sadownik ym. 2016.)

Koulutustyytyväisyys palautteen perusteella oli hyvä (Tutkimustehtävä 6). Vastaavanlaisia tuloksia on saatu myös aikaisemmista terveydenhuoltohenkilöstölle järjestävästä verkko-opetuksesta (Eaton-Spiva & Day 2011, Vaidya ym. 2012, Gordon ym. 2013). Tämän tutkimuksen koulutus oli kestoaltaan neljä viikkoa ja koulutus sisälsi kolme 15–25 minuutin mittaista osaa. Koulutukseen sisältyi lisäksi mahdollisuus käydä verkkokeskustelua koulutusosan aiheesta, mutta osallistujat kokivat sen aikaa vieväksi tai keskustelun aloitus koettiin haastavaksi. Rankin ym. (2015) kuitenkin totesivat tutkimuksessaan hoitajien osallistuvan verkkokeskusteluun vapaaehtoisesti, sillä se koulutuspalautteen perusteella lisää opiskeltavan aiheen mielenkiintoa. Tässä tutkimuksessa koulutustyytyväisyyspalautteen perusteella koulutuspituus todettiin myös sopivaksi, mutta verkkokeskustelu koettiin aikaa vieväksi. Opiskeluun arvioitu kuluva aika riitti oletettavasti vain oppimateriaalin lukemiseen ja opetusvideoiden katsomiseen, mutta ei verkkokeskusteluun. Koulutus koettiin avoimen kysymyksen perusteella hyödylliseksi ja koulutustapa vaivattomaksi, sillä osallistujat saivat itse valita opiskeluajan. Tosin muutamat toivoivat opiskeluajan merkittävän valmiiksi työaikatauluun tai ajanvarauspohjaan, sillä silloin opiskeluun olisi varattuna ennalta sidottu aika. Oppisisältöön toivottiin myös erikoisaloitoksia tarkennuksia. Koulutuspalautte antoi arvokasta tietoa koulutuksen jatkokehittelyyn. (Craig ym. 2008.)

Tämä on ensimmäinen suomalainen hoitotieteellinen tutkimus terveydenhuoltohenkilöstön tietämyksestä vulvodyniasta ja sen hoidosta. Aihetta ei ole myöskään kansainvälisesti tutkittu tai raportoitu muulla terveydenhuoltohenkilöstöllä

lääkäreitä lukuun ottamatta. Aikaisemmin ei ole myöskään raportoitu täydennyskoulutusintervention vaikutusta terveydenhuoltohenkilöstön tietämykseen vulvodyniasta ja sen hoidosta. Tutkimus toi uutta tietoa opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön tietämyksestä ennen ja jälkeen koulutusintervention. Tutkimus antoi myös tärkeätä tietoa kehitetyn koulutusintervention oppisisällöstä ja koulutustavan käyttökelpoisuudesta opiskeluterveydenhuollossa. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että koulutuksella voidaan lisätä terveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta. Pienen otoskoon vuoksi tulokset ovat alustavia ja suuntaa-antavia. Tutkimukseen kehitetty koulutuksen oppisisältö (Tutkimustehtävä 4) on implementoitavissa soveltuvin osin myös muuhun terveydenhuollon kontekstiin kuin opiskeluterveydenhuoltoon. Täydennyskoulutuksena verkko-opetus on edullinen ja aikaa säästävä verrattuna perinteiseen luento-opetukseen. Verkko-opetus täydennyskoulutusmuotona todettiin sopivan hyvin opiskeluterveydenhuollon toimipisteisiin, joiden henkilöresurssit ovat rajalliset ja toimipisteet ovat etäällä toisistaan.

6.4 Johtopäätökset ja suositukset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset ja niihin tukeutuvat suositukset:

1. Varhainen puuttuminen vulvodyniaoireisiin helpottaa naisten emotionaalisia oireita ja ehkäisee fyysisten oireiden voimistumista. Lääkäri on vastuussa diagnosoinnista, mutta myös hoito- ja terapiahenkilöstöllä tulee olla tietämystä vulvodyniaan liittyvistä oireista, jotta potilas voidaan ohjata varhaisessa vaiheessa lääkärin vastaanotolle tarkempiin tutkimuksiin.
2. Lääkärin tekemän diagnoosin jälkeen vulvodyniaa sairastavat naiset voivat nopeaa reagointia oireiden hoitoon. Naiset ottavat vastuun itsehoidosta ja sitoutuvat hoitoon terveydenhuoltohenkilöstöltä saadun perustellun tiedon sekä ohjauksen avulla. Suositeltavaa on, että vulvodyniaa sairastavat naiset ja mahdollisesti myös heidän kumppaninsa saavat diagnosoinnin jälkeen välittömän ensitiedon ja itsehoito-ohjauksen lääkärin kanssa läheisessä yhteistyössä olevalta terveydenhuoltohenkilöltä.

3. Perusterveydenhuollossa saadulla varhaisella tiedonsaannilla ja itsehoiton ohjaamisella saatetaan välttää vulvodyniaa sairastavan naisen ohjaaminen erikoissairaanhoidon. Suositeltavaa on, että vulvodyniaoireiden hoitoon puututaan jo ensimmäisellä vastaanottokäynnillä.
4. Vulvodynia aiheuttaa psykoseksuaalisia ja -sosiaalisia oireita vulvodyniaa sairastavalle naiselle ja hänen kumppanilleen. Suositeltavaa on, että vulvodyniaa sairastava nainen ja mahdollisesti myös hänen kumppaninsa saavat psykoseksuaalista tukea seksuaalineuvonnasta tai muista psykoseksologisista hoitomuodoista.
5. Sukupuolielimiin kohdistuneen ongelman vuoksi nainen saattaa kokea häpeää, epävarmuutta ja pelkoa hoitoon hakeutuessaan. Naiset saattavat kokea puhumisen sukupuolielimien ja seksuaalielämän ongelmista myös vaikeaksi, vaivalloiseksi ja häpeälliseksi. Terveystenhoitohenkilöstön on tärkeä avata luonteva keskustelu intiimiasioista.
6. Vulvodyniaa sairastavien naisten vertaistuki toimii suljetuilla vulvodyniaverkkokeskustelupalstoilla. Naiset kokevat saavansa vertaistuesta emotionaalista tukea sekä tietoa itsehoitomenetelmistä ja muista hoitomenetelmistä, jotka voisivat helpottaa oireita. Vulvodyniaa sairastavan naisen on tärkeää saada tieto vulvodyniaa sairastavien vertaistuesta, sillä silloin hän tietää, ettei ole sairautensa kanssa yksin.
7. Vulvodynia muokkaa parisuhdetta ja pariskuntien osapuolten välistä seksuaalielämää. Terveystenhoitohenkilöstöltä saatu tuki ja tieto on merkityksellistä parisuhteen hyvinvoinnissa, seksuaalisen kivun kohtaamisessa ja lievittämisessä. Vulvodyniaa sairastavan naisen, hänen kumppaninsa ja parisuhteen hyvinvointi on tärkeää ottaa huomioon hoitotilanteessa ja kamalla tietoa ja tukea pariskunnan molemmille osapuolille. Jo pelkääntään mahdollisuus antaa kumppanin osallistua hoitotilanteeseen on suositeltavaa.
8. Useimmat opiskeluterveydenhuollon henkilöt kokivat taitonsa vulvodynian hoitamiseen ja intiimiasioiden luontevaan keskusteluun parentuneen täydennyskoulutuksen jälkeen verrattuna alkumittaukseen. Täydennyskoulutuksen järjestäminen terveydenhuoltohenkilöstölle seksuaalitervey-

den aihepiiristä on suositeltavaa, sillä se saattaa tiedon lisääntymisen lisäksi kohentaa myös koettuja taitoja, kuten intiimiasioiden puheeksi ottamisen taitoa.

9. Tutkimuksen koulutusinterventioon osallistuneen opiskeluterveydenhuoltohenkilöstön koulutustyytyväisyys oli hyvä. Koulutuspituus koettiin sopivaksi. Tästä huolimatta verkkokeskustelun aloittamisen esteeksi nousi ajanpuute. Suositeltavaa on, että täydennyskoulutusta järjestävä organisaatio määrittelle etukäteen opiskeluajat, jotka sopivat yhteen terveydenhuoltohenkilöstön työaikataulun kanssa.
10. Terveydenhuoltohenkilöstön tietämystä vulvodyniasta ja sen hoidosta on tarpeen lisätä. Verkko-opetus todettiin käyttökelpoiseksi täydennyskoulutusmuodoksi lisäämään vulvodynian ja sen hoidon tietämystä. Tästä aiheesta verkko-opetus on suositeltavaa olla toistuvana täydennyskoulutuksena terveydenhuolto-organisaatioiden koulutustarjonnassa.

6.5 Jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen lähtökohtien, tulosten ja johtopäätösten perusteella esitetään seuraavat jatkotutkimusaihe-ehdotukset:

1. Naiset käyttävät runsaasti itsehoitokeinoja vulvodyniaoireiden hoitamiseen. Vulvodynian itsehoitokeinoja on tutkittu niukasti, vaikka eri hoitosuosituksissa niiden suositellaan olevan vulvodyniaoireiden ensihoitona. Suositeltuja itsehoitokeinoja on tarpeen tutkia kirjallisuuskatsauksen, vulvodyniaa sairastavien naisten ja vulvodynian hoidon asiantuntijoiden avulla.
2. Tämän tutkimuksen perusteella vulvodyniaa sairastavat naiset käyttävät runsaasti täydentäviä hoitomenetelmiä oireiden hoitoon. Tarpeen on tutkia, mitä täydentäviä hoitomenetelmiä käytetään ja millaisia kokemuksia naisilla on niiden tehosta.
3. Tässä tutkimuksessa naiset kokivat vertaistuen tärkeäksi sosiaalisen tuen muodoksi. Vulvodyniapotilaiden vertaistuesta on niukasti tutkimusta.

Vertaistuen merkityksen tutkiminen lisää tärkeää tietoa sekä vulvodyniaa sairastavan sosiaalisesta tuesta että sen tarpeesta.

4. Naisten kokemukset vulvodynian hoidosta vaihtelivat tässä tutkimuksessa selkeästi negatiivisten ja positiivisten kokemusten välillä. Terveystenhoitohenkilöstön kokemuksia vulvodynian hoidosta ei tietävästi ole tutkittu. Terveystenhoitohenkilöstön kokemusten tutkiminen antaa arvokasta hoitotyössä käytettävää kokemuksellista tietoa vulvodyniaa sairastavien naisten hoidon kehittämiseksi.
5. Naiset kokivat kumppanien osallistumisen vulvodynian hoitoon lisäävän parisuhteen hyvinvointia. Tutkimusta kumppanien hoito-osallistumisesta on kuitenkin niukasti. Tutkimus tästä näkökulmasta antaa arvokasta tietoa hoitosuhteen merkityksestä naiselle, kumppanille ja parisuhteen hyvinvoinnille.
6. Tämä tutkimus verkko-opetusmuotoisena täydennyskoulutuksena oli kvasikokeellinen perusterveydenhuollon opiskeluterveydenhuoltohenkilöstölle toteutettuna. Tutkimukseen kehitetyn täydennyskoulutuksen tehoa on tarpeellista tutkia laajemmalla terveydenhuoltohenkilöstön otoksella ja satunnaistetulla vertailevalla tutkimusasetelmalla. Vertailevia tutkimuksia verkko-opetuksen vaikuttavuudesta on niukasti. Tutkimuksessa on tärkeä verrata kahta erityyppistä, mutta saman sisältöistä verkko-opetusmenetelmällä toteutettua täydennyskoulutusinterventiota keskenään.

Lähteet

*-merkittyjä julkaisuja on käytetty AKVDC[®]-mittarin tieto-osan kehittämisenä.

[†]-merkittyjä julkaisuja on käytetty tutkimuksen täydennyskoulutuksen oppisisälön kehittämisessä.

ACEHP. (2016) *Alliance for Continuing Education in the Health Profession*. <http://www.acehp.org> (3.5.2017).

Adams A.M. (2004) Pedagogical underpinnings of computer-based learning. *Journal of Advanced Nursing* **46**(1), 5–12.

[†]Alappattu M.J. & Bishop M.D. (2011) Psychological factors in chronic pelvic pain in women: relevance and application of the fear-avoidance model of pain. *Physical Therapy* **91**(10), 1542–1550.

[†]Andrews J.C. (2011) Vulvodynia interventions-systematic review and evidence grading. *Obstetrical & Gynecological Survey* **66**(5), 299–315.

ASCCP. (2016) The society for lower genital tract disorders. Committee Opinion No 673: Persistent Vulvar Pain. *Obstetrics & Gynecology* **128**(3), 78.

Awada N., Bergeron S., Steben M., Hainault V. & McDuff P. (2014) To say or not to say: Dyadic ambivalence over emotional expression and its associations with pain, sexuality, and distress in couples coping with provoked vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine* **11**(5), 1271–1282.

Ayling K. & Ussher J.M. (2008) "If sex hurts, am I still a woman?" the subjective experience of vulvodynia in hetero-sexual women. *Archives of Sexual Behavior* **37**(2), 294–304.

Beitz J.M. & van Rijswijk L. (2012) Development and validation of an online interactive, multimedia wound care algorithms program. *Journal of Wound, Ostomy, & Continence Nursing*. **39**(1):23–34

*Bergeron S., Likes W.M. & Steben M. (2014) Psychosexual aspects of vulvovaginal pain. *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology* **28**(7), 991–999.

Berggren A., Burgos D., Montana J.M., Hinkelman D., Hung V., Hursh A. & Tielemans G. (2005) Practical and Pedagogical Issues for Teacher Adoption of IMS Learning Design Standards in Moodle LMS. *Journal of Interactive Media in Education* **2**, 1–24.

Boerner K.E & Rosen N.O. (2015) Acceptance of vulvovaginal pain in women with provoked vestibulodynia and their partners: Association with pain, psychological and sexual adjustment. *Journal of Sexual Medicine*. DOI: 10.1111/jsm.12889.

*[†]Bohm-Starke N. (2010) Medical and physical predictors of localized provoked vulvodynia. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* **89**(12), 1504–1510.

- Bohm-Starke N., Brodda-Jansen G., Linder J. & Danielsson I. (2007) The result of treatment on vestibular and general pain thresholds in women with provoked vestibulodynia. *Clinical Journal of Pain* **23**(7), 598–604.
- Bornstein J., Goldstein A.T., Stockdale C.K., Bergeron S., Pukall C., Zolnoun D. & Coady D. (2016) 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS Consensus Terminology and Classification of Persistent Vulvar Pain and Vulvodynia. *Obstetrics & Gynecology* **127**(4), 745–751.
- Brown M. & Bullock A. (2014) Evaluating PLATO: postgraduate teaching and learning online. *The Clinical Teacher* **11**(1), 10–14.
- [†]Buchan A., Munday P., Ravenhill G., Wiggs A. & Brooks F. (2007) A qualitative study of women with vulvodynia: I. The journey into treatment. *Journal of Reproductive Medicine* **52**(1), 15–18.
- ^{*†}Carrico D.J., Sherer K.L. & Peters K.M. (2009) The Relationship of Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome To Vulvodynia. *Urologic Nursing* **29**(4), 233–238.
- Cheng Y.M. (2013) Exploring the roles of interaction and flow in explaining nurses' e-learning acceptance. *Nurse Education Today* **33**(1), 73–80.
- Cheng Y.M. (2012) The effects of information systems quality on nurses' acceptance of the electronic learning system. *Journal of Nursing Research* **20**(1), 19–30.
- Cook D.A., Garside S., Levinson A.J., Dupras D.M. & Montori V.M. (2010) What do we mean by web-based learning? A systematic review of the variability of interventions. *Medical Education* **44**(8), 765–774.
- Cook D.A., Levinson A.J., Garside S., Dupras D.M., Erwin P.J. & Montori V.M. (2008) Internet-based learning in the health professions: a meta-analysis. *Jama* **300**(10), 1181–1196.
- Cook D.A. & Steinert Y. (2013) Online learning for faculty development: a review of the literature. *Medical Teacher* **35**(11), 930–937.
- ^{*†}Cox K.J. & Neville C.E. (2012) Assessment and management options for women with vulvodynia. *Journal of Midwifery & Women's Health* **57**(3), 231–240.
- Craig P., Dieppe P., Macintyre S., Michie S., Nazareth I., Petticrew M. & Medical Research Council Guidance. (2008) Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Bmj* **337**, a1655.
- Curran S., Brotto L.A., Fisher H., Knudson G. & Cohen T. (2010) The ACTIV study: acupuncture treatment in provoked vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine* **7**(2 Pt 2), 981–995.
- Damschroder L.J., Aron D.C., Keith R.E., Kirsh S.R., Alexander J.A. & Lowery J.C. (2009) Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* **4**, 50.

- † Danby C.S. & Margesson L.J. (2010) Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain. *Dermatologic Therapy* **23**(5), 485–504.
- Danielsson I., Sjoberg I. & Ostman C. (2001) Acupuncture for the treatment of vulvar vestibulitis: a pilot study. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica* **80**(5), 437–441.
- Desrochers G., Bergeron S., Landry T. & Jodoin M. (2008) Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *Journal of Sex & Marital Therapy* **34**(3), 198–226.
- † Desrosiers M., Bergeron S., Meana M., Leclerc B., Binik Y.M. & Khalife S. (2008) Psychosexual characteristics of vestibulodynia couples: partner solicitousness and hostility are associated with pain. *Journal of Sexual Medicine* **5**(2), 418–427.
- DeVon H.A., Block M.E., Moyle-Wright P., Ernst D.M., Hayden S.J., Lazzara D.J., Savoy S.M. & Kostas-Polston E. (2007) A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing Scholarship* **39**(2), 155–164.
- Donaldson R.L. & Meana M. (2011) Early Dyspareunia Experience in Young Women: Confusion, Consequences, and Help-seeking Barriers. *The Journal of Sexual Medicine* **8**(3), 814–823.
- Duffy M.E. (2002) Methodological Issues In Web-based Research. *Journal of Nursing Scholarship* **34**(1), 83–88.
- Durkin G.J. (2008) A comparison of the effectiveness of computer-based learning courses among nursing staff. *Journal for Nurses in Staff Development - JNSD* **24**(2), 62–66.
- Eaton-Spiva L. & Day A. (2011) Effectiveness of a computerized educational module on nurses' knowledge and confidence level related to diabetes. *Journal for Nurses in Staff Development - JNSD* **27**(6), 285–289.
- Ehrstrom S., Kornfeld D., Rylander E. & Bohm-Starke N. (2009) Chronic stress in women with localised provoked vulvodynia. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* **30**(1), 73–79.
- Elo S. & Kyngäs H. (2008) The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* **62**(1), 107–115.
- Elo S., Kääriäinen M., Kanste O., Pölkki T., Utriainen K. & Kyngäs H. (2014) Qualitative Content Analysis. *SAGE Open* **4**(1), 1–10.
- EPALE/9924. (2017) *European Commission. EPALE (Electronic Platform for Adult Learning in Europe)*. Ammatillinen täydennyskoulutus. 2017 /epale/is/node/9924 (19.4.2017).
- *Feldhaus-Dahir M. (2011) The causes and prevalence of vestibulodynia: a vulvar pain disorder. *Urologic Nursing* **31**, 51–54.
- FINLEX ® (1994) *Ajantasainen lainsäädäntö: Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994*: Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> (21.4.2017).

- FINLEX ® (1999) *Ajantasainen lainsäädäntö: Henkilötietolaki 523/1999*: Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523> (6.5.2017).
- FINLEX ®. (2003) *Ajantasainen lainsäädäntö: Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 1194/2003*. Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy. [http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20031194?search\[type\]=pika&search\[pika\]=1194%2F2003](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20031194?search[type]=pika&search[pika]=1194%2F2003) (19.4.2017).
- FINLEX ® (2010) *Ajantasainen lainsäädäntö: Terveydenhuoltolaki 1326/2010*: Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P5> (29.7.2017).
- FINLEX ® (2011) *Ajantasainen lainsäädäntö: Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011*: Oikeusministeriö, Edita Publishing Oy. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338> (29.7.2017).
- Finto (2014). *Suomalainen sanasto- ja ontologiapalvelu*. Hahmo Desing, Skosmos-versio v1.9-5-g215ae52. <http://finto.fi/fi/> (9.8.2017)
- Fougner M. & Haugstad G.K. (2015) Treating gynecological pain: the experiences of bachelor students in physiotherapy performing somatocognitive therapy. *Physiotherapy Theory & Practice* **31**(5), 318–326.
- Gilbert G.E. & Prion S. (2016) Making Sense of Methods and Measurement: Lawshe's Content Validity Index. *Clinical Simulation in Nursing* **12**(12), 530–531.
- Gissler M. (2017) THL:n hoitoilmoitusrekisteri, julkaisemattomia tilastoja. Henkilökohtainen tiedonanto.
- Goldstein A.T., Belkin Z.R., Krapf J.M., Song W., Khera M., Jutrzonka S.L., Kim N.N., Burrows L.J. & Goldstein I. (2014) Polymorphisms of the androgen receptor gene and hormonal contraceptive induced provoked vestibulodynia. *Journal of Sexual Medicine* **11**(11), 2764–2771.
- *Goldstein A.T. & Burrows L. (2008) Vulvodynia. *Journal of Sexual Medicine* **5**(1), 5–14.
- Gordon A.S., Panahian-Jand M., McComb F., Melegari C. & Sharp S. (2003) Characteristics of women with vulvar pain disorders: responses to a Web-based survey. *Journal of Sex & Marital Therapy* **29**(Suppl 1), 45–58.
- Gordon J.S., Mahabee-Gittens E.M., Andrews J.A., Christiansen S.M. & Byron D.J. (2013) A randomized clinical trial of a web-based tobacco cessation education program. *Pediatrics*. **131**(2):e455–62
- Grant J.S. & Davis L.L. (1997) Selection and use of content experts for instrument development. *Research in Nursing & Health* **20**(3), 269–274.

- Gray J.R. (2016a) Collecting and Managing Data. Teoksessa: Gray J.R., Grove S.K. & Sutherland S. (toim.) *Burns & Grove's The Practice of Nursing Research*. 8 ed. Edition. Saunders. US. 493–518.
- Gray J.R. (2016b) Mixed Methods Research. Teoksessa: Gray J.R., Grove S.K. & Sutherland S. (toim.) *Burns & Grove's The Practice of Nursing Research*. 8 ed. Edition. Saunders. US. 310–328.
- Gray J.R. (2016c) Qualitative Research Methods. Teoksessa: Gray J.R., Grove S.K. & Sutherland S. (toim.) *Burns & Grove's The Practice of Nursing Research*. 8 ed. Edition. Saunders. US.
- Gray J.R., Grove S.K. & Sutherland S. (2016) *Burns & Grove's The Practice of Nursing Research*. 8 ed. Edition. Saunders. US.
- *Greenstein A., Ben-Aroya Z., Fass O., Militscher I., Roslik Y., Chen J. & Abramov L. (2007) Vulvar vestibulitis syndrome and estrogen dose of oral contraceptive pills. *Journal of Sexual Medicine* **4**(6), 1679–1683.
- Grove S.K. (2016a) Measurement Concepts. Teoksessa: Gray J.R., Grove S.K. & Sutherland S. (toim.) *Burns & Grove's The Practice of Nursing Research*. 8 ed. Edition. Saunders. US. 363–393.
- Grove S.K. (2016b) Measurement Methods Used in Developing Evidence-Based Practice. Teoksessa: Gray J.R., Grove S.K. & Sutherland S. (toim.) *Burns & Grove's The Practice of Nursing Research*. 8 ed. Edition. Saunders. US. 394–433.
- Groven K.S., Raheim M., Hakonsen E. & Haugstad G.K. (2016) "Will I ever be a true woman?" An exploration of the experiences of women with vestibulodynia. *Health Care for Women International* **37**(8), 818–835.
- *Haefner H.K. (2007) Report of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease terminology and classification of vulvodynia. *Journal of Lower Genital Tract Disease* **11**(1), 48–49.
- Harlow B.L., Kunitz C.G., Nguyen R.H., Rydell S.A., Turner R.M. & MacLehose R.F. (2014) Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* **210**(1), 40.e8.
- Harlow B.L. & Stewart E.G. (2003) A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *Journal of the American Medical Womens Association* **58**(2), 82–88.
- Harlow B.L., Wise L.A. & Stewart E.G. (2001) Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* **185**(3), 545–550.
- Hart P., Eaton L., Buckner M., Morrow B.N., Barrett D.T., Fraser D.D., Hooks D. & Sharrer R.L. (2008) Effectiveness of a computer-based educational program on nurses' knowledge, attitude, and skill level related to evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* **5**(2), 75–84.

- Heikkilä A., Hupli M. & Leino-Kilpi H. (2008) Verkkokysely tutkimusaineiston keruumenetelmänä. *Hoitotiede* **20**(2), 101–110.
- Heikkilä T. (2014) *Tilastollinen tutkimus*. 9. uud. p. Edition. Edita. Helsinki.
- Hibner M., Desai N., Robertson L.J. & Nour M. (2010) Pudendal neuralgia. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* **17**(2), 148–153.
- Hinchliff S., Gott M. & Wylie K. (2012) A qualitative study of heterosexual women's attempts to renegotiate sexual relationships in the context of severe sexual problems. *Archives of Sexual Behavior* **41**(5), 1253–1261.
- Hirsjärvi S. & Hurme H. (2008) *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytännöt*. Gaudeamus Helsinki University Press. Helsinki.
- Holloway I., Wheeler S. & Holloway I. (2010) *Qualitative research in nursing and healthcare*. 3rd ed Edition. Wiley-Blackwell. Chichester; Ames, Iowa.
- Häggman-Laitila A., Mattila L-R. & Melender H-L. (2016) Educational interventions on evidence-based nursing in clinical practice: A systematic review with qualitative analysis. *Nurse Education Today* **43**, 50–59.
- *⁴ISSVD. (2014) *The International Society for the study of Vulvovaginal Disease*. <https://netforum.avectra.com/eWeb/StartPage.aspx?Site=ISSVD> (8.07.2014)
- ISSVD. (2016) *International Society for the Study of Vulvar Diseases*. www.issvd.org . (3.6.2016).
- [†]Jeng C., Wang L., Chou C., Shen J. & Tzeng C. (2006) Management and outcome of primary vaginismus. *Journal of Sex & Marital Therapy* **32**(5), 379–387.
- [†]Jernfors V., Rekonen S. & Paavonen J. (2004) Fysioterapia yhdyntäkipua aiheuttavan vulvan vestibuliittioireyhtymän hoidossa. *Suomen Lääkärilehti - Finland's Läkartidning* **59**(20), 2141–2144.
- Jodoin M., Bergeron S., Khalife S., Dupuis M., Desrochers G. & Leclerc B. (2008) Male partners of women with provoked vestibulodynia: attributions for pain and their implications for dyadic adjustment, sexual satisfaction, and psychological distress. *Journal of Sexual Medicine* **5**(12), 2862–2870.
- Kaler A. (2006) unreal women: sex, gender, identity and the lived experience of vulvar pain. *Feminist Review*, 50.
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. (2013) *Tutkimus hoitotieteessä*. 3. uud. p. Edition. Sanoma Pro. Helsinki.
- Kobak K.A., Stone W.L., Ousley O.Y. & Swanson A. (2011) Web-based training in early autism screening: results from a pilot study. *Telemedicine Journal & E-Health* **17**(8):640–4
- Kuula A. (2011) *Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys*. 2. uud. p. Edition. Vastapaino. Tampere.
- Kylmä J. & Juvakka T. (2007) *Laadullinen terveystutkimus*. Edita. Helsinki.
- LaCoursiere S.P. (2001) A Theory of Online Social Support. *Advances in Nursing Science* **24**(1), 60–77.

- Lahaie M., Boyer S.C., Amsel R., Khalife S. & Binik Y.M. (2010) Vaginismus: a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment. *Women's Health* **6**(5), 705–719.
- Lahti M. (2014) *Evaluation of an e-learning course: coercion practices in psychiatric nursing*. Väitöskirja. Turun yliopisto. Painosalama Oy – Turku.
- Lahti M., Hatonen H. & Valimäki M. (2014) Impact of e-learning on nurses' and student nurses knowledge, skills, and satisfaction: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* **51**(1), 136–149.
- Liang J., Wu S. & Tsai C. (2011) Nurses' Internet self-efficacy and attitudes toward web-based continuing learning. *Nurse Education Today* **31**(8), 768–773.
- Lääkäriliitto. (2015) *Täydennyskoulutus - Lääkärin oikeus ja velvollisuus*. Lääkäriliitto. <https://www.laakariliitto.fi/koulutus/taydennyskoulutus/> (10.4.2017).
- Löftröm E., Kanerva K., Tuuttila L., Lehtinen A. & Nevgi A. (2010) *Laadukkaasti verkossa: Verkko-opetuksen käsikirja yliopisto-opettajille*. Yliopistopaino. Helsinki.
- Mariani L. (2002) Vulvar vestibulitis syndrome: an overview of non-surgical treatment. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology* **101**(2), 109–112.
- Marriott C. & Thompson A.R. (2008) Managing threats to femininity: personal and interpersonal experience of living with vulval pain. *Psychology & Health* **23**(2), 243–258.
- [†] Masheb R.M., Kerns R.D., Lozano C., Minkin M.J. & Richman S. (2009) A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain* **141**(1–2), 31–40.
- McElhiney J., Kelly S., Rosen R. & Bachmann G. (2006) Satyriasis: the antiquity term for vulvodynia? *Journal of Sexual Medicine* **3**(1), 161–163.
- ^{*†} Melnik T., Hawton K. & McGuire H. (2012) Interventions for vaginismus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* **12**, 001760.
- Moore G.F., Audrey S., Barker M., Bond L., Bonell C., Hardeman W., Moore L., O'Cathain A., Tinati T., Wight D. & Baird J. (2015) Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *Bmj* **350**, h1258.
- Morin M., Dumoulin C., Bergeron S., Mayrand M., Khalife S., Waddell G. & Dubois M. (2016) Randomized clinical trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight lidocaine ointment in women with provoked vestibulodynia: Design and methods. *Contemporary Clinical Trials* **46**, 52–59.
- MOT ® (2017) *Kielikone Oy*. MOT 8.5f Professional (netmot.exe 2.8.8f). <https://mot.kielikone.fi/mot/uta/netmot.exe?motportal=80> (9.8.2017).

- †Munday P., Buchan A., Ravenhill G., Wiggs A. & Brooks F. (2007) A qualitative study of women with vulvodynia: II. Response to a multidisciplinary approach to management. *Journal of Reproductive Medicine* **52**(1), 19–22.
- *† Murina F., Bernorio R. & Palmiotto R. (2008a) The use of amielle vaginal trainers as adjuvant in the treatment of vestibulodynia: an observational multicentric study. *Medscape Journal of Medicine* **10**(1), 23.
- †Murina F., Bianco V., Radici G., Felice R., Di Martino M. & Nicolini U. (2008b) Transcutaneous electrical nerve stimulation to treat vestibulodynia: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* **115**(9), 1165–1170.
- Murphy J., Worswick L., Pulman A., Ford G. & Jeffery J. (2015) Translating research into practice: evaluation of an e-learning resource for health care professionals to provide nutrition advice and support for cancer survivors. *Nurse Education Today* **35**(1):271–276.
- Nguyen R.H.N., Ecklund A.M., Maclehorse R.F., Veasley C. & Harlow B.L. (2012a) Co-morbid pain conditions and feelings of invalidation and isolation among women with vulvodynia. *Psychology Health & Medicine* **17**(5), 589–598.
- Nguyen R.H.N., MacLehorse R.F., Veasley C., Turner R.M., Harlow B.L. & Horvath K.J. (2012b) Comfort in discussing vulvar pain in social relationships among women with vulvodynia. *Journal of Reproductive Medicine* **57**(3–4), 109–114.
- Niemi R. (2017) TAYS, TA 4, Naistentaudit ja synnytykset. Henkilökohtainen tiedonanto.
- *† Nunns D., Mandal D., Byrne M., McLelland J., Rani R., Cullimore J., Bansal D., Brackenbury F., Kirtschig G. & Wier M. (2010) Guidelines for the management of vulvodynia, British Society for the Study of Vulval Disease (BSSVD) Guideline Group. *British Journal of Dermatology* **162**(6), 1180–1185.
- †Nyberg R. (2010) Vulvodyniapotilaan hoitoprosessi ja sen sujuvuuden parantaminen. (Hanke K5C072) – loppuraportti. Tampereen yliopistollinen sairaala. PSHP.
- *† Paavonen J. (2013) Vulvodynia. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning* **68**(7), 487–490.
- Pahkinen E. (2012) *Kyselytutkimusten otantamenetelmät ja aineistoanalyysi*. JULPU, Jyväskylä University Library Publishing Unit. Jyväskylä.
- Paquet M., Bois K., Rosen N.O., Mayrand M., Charbonneau-Lefebvre V. & Bergeron S. (2016) Why Us? Perceived Injustice is Associated With More Sexual and Psychological Distress in Couples Coping With Genito-Pelvic Pain. *Journal of Sexual Medicine* **13**(1), 79–87.

- [†]Payne K.A., Binik Y.M., Amsel R. & Khalife S. (2005) When sex hurts, anxiety and fear orient attention towards pain. *European Journal of Pain* **9**(4), 427–436.
- Phillips A., Large E., Bird M., Hitt W., Eastham D., Pulley L. & Hutchings D. (2013) Vulvodynia in Arkansas: A Survey of Arkansas Gynecologists' Practice Experience and Management of Vulvar Pain. *The Journal of the Arkansas Medical Society* **109**(10), 206–208.
- Piper C.K., Legocki L.J., Moravek M.B., Lavin K., Haefner H.K., Wade K. & Reed B.D. (2012) Experience of symptoms, sexual function, and attitudes toward counseling of women newly diagnosed with vulvodynia. *Journal of Lower Genital Tract Disease* **16**(4), 447–453.
- Polit D.F. & Beck C.T. (2006a) The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health* **29**(5), 489–497.
- Polit D.F. & Beck C.T. (2006b) *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. 6th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia (Pa.).
- Rankin J.A., Then K.L. & Atack L. (2013) Can emergency nurses' triage skills be improved by online learning? Results of an experiment. *Journal of Emergency Nursing* **39** (1), 20–26.
- Reed B.D., Haefner H.K. & Edwards L. (2008) A survey on diagnosis and treatment of vulvodynia among vulvodynia researchers and members of the International Society for the Study of Vulvovaginal Disease. *Journal of Reproductive Medicine* **53**(12), 921–929.
- *Reed B.D., Legocki L.J., Plegue M.A., Sen A., Haefner H.K. & Harlow S.D. (2014) Factors associated with vulvodynia incidence. *Obstetrics & Gynecology* **123**(2 Pt 1), 225–231.
- Rosen N.O., Bergeron S., Leclerc B., Lambert B. & Steben M. (2010) Woman and partner-perceived partner responses predict pain and sexual satisfaction in provoked vestibulodynia (PVD) couples. *Journal of Sexual Medicine* **7**(11), 3715–3724.
- [†]Rosenberg L. (2002) Seksin apuvälineet. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning* **57**(44), 4493–4495.
- [†]Rosenberg L. (2003) Seksin apuvälineet osana sairauksien hoitoa. *Duodecim* **119**(3), 267–272.
- [†]Ryttyläinen K. & Valkama S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.
- *[†]Sadownik L.A. (2014) Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *International Journal of Women's Health* **6**, 437–449.
- Sadownik L.A., Seal B.N. & Brotto L.A. (2012) Provoked vestibulodynia -women's experience of participating in a multidisciplinary vulvodynia program. *Journal of Sexual Medicine* **9**(4), 1086–1093.

- Sadownik L.A., Smith K.B., Hui A. & Brotto L.A. (2016) The Impact of a Woman's Dyspareunia, and its Treatment, on her Intimate Partner: A Qualitative Analysis. *Journal of Sex & Marital Therapy* **11**, 1–14.
- Sairaanhoidajaliitto. (2014) *Sairaanhoidajan täydennyskoulutus*. <https://sairaanhoidajat.fi/koosteet/sairaanhoidajan-taydennyskoulutus/> (10.4.2017).
- Schlaeger J.M., Xu N., Mejta C.L., Park C.G. & Wilkie D.J. (2015) Acupuncture for the treatment of vulvodynia: a randomized wait-list controlled pilot study. *Journal of Sexual Medicine* **12**(4), 1019–1027.
- Siljander P. (2014) *Systemaattinen johdatus kasvatustieteeseen. Peruskäsitteet ja pääsuuntauukset*. Vastapaino. Tampere.
- STM. (2003) *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/fortbildningen-inom-halso-och-sjukvarden (21.3.2017).
- STM. (2004) *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Edita. Helsinki.
- STM. (2006) *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. <https://www.julkari.fi/handle/10024/111322> (10.4.2017).
- Stone-Godena T. (2006) Vulvar pain syndromes: vestibulodynia. *Journal of Midwifery & Women's Health* **51**(6), 502–509.
- Suomen Fysioterapeutit. (2011) *Fysioterapeuttien täydennyskoulutus*. <https://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/materiaalisalkku/fysioterapia-ammattina/fysioterapeutin-koulutus/101-taydennyskoulutus> /file (10.4.2017).
- Ter Kuile M.M., Bulte I., Weijnen P.T.M., Beekman A., Melles R. & Onghena P. (2009) Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a replicated single-case design. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* **77**(1), 149–159.
- THL. (2011) *Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Terveystieteiden tutkimuskeskus*. <http://www.julkari.fi/handle/10024/80324> (31.7.2017).
- Toeima E. & Nieto J. (2011) Junior doctors' understanding of vulval pain/vulvodynia: a qualitative survey. *Archives of Gynecology & Obstetrics* **283**(Suppl 1), 101–104.
- Tommola P. (2017) *Etiopathogenesis and Treatment of Localized Provoked Vulvodynia*. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Lääketieteen laitos. Unigrafia. Helsinki
- *Tommola P., Unkila-Kallio L. & Paavonen J. (2011) Long-term follow up of posterior vestibulectomy for treating vulvar vestibulitis. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* **90**(11), 1225–1231.
- *^tTommola P., Unkila-Kallio L. & Paavonen J. (2012) Long-term well-being after surgical or conservative treatment of severe vulvar vestibulitis. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* **91**(9), 1086–1093.

- Tommola P., Unkila-Kallio L., Paetau A., Meri S., Kalso E. & Paavonen J. (2016) Immune activation enhances epithelial nerve growth in provoked vestibulodynia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **215**(6), 768.e8.
- Uhari M. (2014) *Biostatistiikan taskutieto*. 3. uud. p. Edition. Duodecim. Helsinki.
- Updike G.M. & Wiesenfeld H.C. (2005) Insight into the treatment of vulvar pain: a survey of clinicians. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* **193**(4), 1404–1409.
- *^t van Lankveld J.J., ter Kuile M.M., de Groot H.E., Melles R., Nefs J. & Zandbergen M. (2006) Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* **74**(1), 168–178.
- Vaidya A., Hurwitz S., Yialamas M., Min L. & Garg R. (2012) Improving the management of diabetes in hospitalized patients: the results of a computer-based house staff training program. *Diabetes Technology & Therapeutics* **14**(7):610–618.
- Vlaeyen J.W.S., Crombez G. & Linton S.J. (2016) The fear-avoidance model of pain. *Pain* **157**(8), 1588-1589
- Voutilainen A., Saaranen T. & Sormunen M. (2017) Conventional vs. e-learning in nursing education: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today* **50**, 97–103.
- WHO. (2016) *World Health Organization. ICD-10 Version 2016. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/> (31.7.2017)
- WHO. (2017) *World Health Organization. WHO | Continuing education for health professionals*. <http://www.who.int/genomics/professionals/education/en/> (19.4.2017).
- Wilson F.R., Pan W. & Schumsky D.A. (2012) Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* **45**(3), 197–210.
- WMA. (2013) *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/> (9.2.2017).

Liitteet

Liite 1. Tutkimuksen lähtökohtien tiedonhakuprosessin kuvaus

Tiedonhakuprosessin kuvaus				
Lähtökohta	Hakusanat (MeSH- ja vapaasanahaut)			
Vulvodynia, kokemus, parisuhde, hoito	<ul style="list-style-type: none"> - <i>vulvodynia, vulvar vestibulitis, dyspareunia, vaginismus, pudendal neuralgia, vestibulodynia, vulvar pain, sexual pain, provoked vulvodynia, vulvodynia, vestibuliitti, yhdyntäkipu, vaginismi</i> - <i>emotions, experience, feeling</i> - <i>spouses, partner, intimate partner, couples</i> - <i>treatment, intervention, therapy, care, management</i> 			
Tietokannat Osumat: 1499 tietuetta	Ovid 750	Ebsco 515	PsycINFO 220	Medic 14
Poissulkukriteerit	<ul style="list-style-type: none"> o vaihdevuosi-ikään liittyviä emättimen kiputilat o etiologialtaan tunnettuun ylempien tai alempien sukupuolielinten sairau- teen liittyväkipu o Kieli muu kuin englanti, suomi tai ruotsi o päällekkäiset artikkelit 			
Valinnan perustana	Otsikko 298	Tiivistelmä 169	Koko teksti 69	Käsinhaku 6
Lähtökohta	Hakusanat (MeSH- ja vapaasanahaut)			
Vulvodynia, tietämys, terveydenhuoltohenkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> - <i>vulvodynia, vulvar vestibulitis, dyspareunia, vaginismus, pudendal neuralgia, vestibulodynia, vulvar pain, sexual pain, provoked vulvodynia, vulvodynia, vestibuliitti, yhdyntäkipu, vaginismi</i> - <i>knowledge, health knowledge, attitudes, knowledge management, awareness, know how, understanding, practice experience</i> - <i>treatment, intervention, therapy, care, management</i> - <i>nurses, nursing staff, medical staff, physicians, health personnel, health care staff, health care professional, hoitohenkilökunta, terveydenhuoltohenkilöstö, terveydenhuollon henkilökunta, sairaanhoitajat, lääkärit</i> 			
Tietokannat Osumat: 206 tietuetta	Ovid 48	Ebsco 78	PsycINFO 79	Medic 1
Poissulkukriteerit	<ul style="list-style-type: none"> o tietämyksen kohteena muu kuin vulvodynia o Kieli muu kuin englanti, suomi tai ruotsi o päällekkäiset artikkelit 			
Valinnan perustana	Otsikko 18	Tiivistelmä 7	Koko teksti 3	Käsinhaku 1
Lähtökohta	Hakusanat (MeSH- ja vapaasanahaut)			
Täydennyskoulutus, Verkko-opetus, terveydenhuoltohenkilöstö	<ul style="list-style-type: none"> - <i>computer-based learning, e-learning, computer-assisted education, computer assisted education, web-based learning, web-based education, verkkokoulutus, verkko-opetus</i> - <i>vocational education, continuing education, postgraduate education, täydennyskoulutus, lisäkoulutus</i> - <i>nurses, nursing staff, medical staff, physicians, health personnel, health care staff, health care professional, hoitohenkilökunta, terveydenhuoltohenkilöstö, terveydenhuollon henkilökunta, sairaanhoitajat, lääkärit</i> 			
Tietokannat Osumat: 393 tietuetta	Ovid 53	Ebsco 185	PsycINFO 17	Medic 138
Poissulkukriteerit	<ul style="list-style-type: none"> o Terveydenhuoltoalan opiskelijoihin liittyvä tutkimus o Kieli muu kuin englanti, suomi tai ruotsi o päällekkäiset artikkelit 			
Valinnan perustana	Otsikko 94	Tiivistelmä 61	Koko teksti 24	Käsinhaku 9
Osumia yhteensä 2098	Otsikko 410	Tiivistelmä 237	Koko teksti 96	Käsinhaku 16
Lähtökohdat perustuvat 112 tietueeseen				

Liite 2. Tutkimustiedote vulvodyniaa sairastaville naisille

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Vulvodyniaa eli ulkosynnyttimien kipuoireyhtymää sairastavien naisten kokemuksia sairauden vaikutuksista elämään

Pyydämme Teitä ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksia elämästään ja vulvodyniaoireiden hoidosta. Tarkoituksena on myös tutkia sairauden vaikutuksia parisuhteeseen ja sen solmimiseen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa vulvodyniaa sairastavien naisten hoitotyön kehittämiseksi. Niin Suomessa kuin kansainvälisestikin tutkimuksia vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksista sairaudestaan on tehty erittäin vähän. Näin ollen osallistumisenne toisi arvokasta tietoa hoitotyöntekijöille vulvodyniasta ja sen hoidon kokemuksista, vaikka välitöntä hyötyä tutkimuksesta Teille ei ole.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Kirjoittamanne tarina välittyy täysin anonymisti ilman henkilötietoja, sähköpostiosoitetta ja tietokoneen tunnistamistietoja Tampereen yliopiston tietokonekeskuksen luomaan suljettuun tietokantaan, johon vain tutkijalla on pääsyoikeus. Aineistoa ja tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tutkimustulokset raportoidaan siten, ettei yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Vastausalue aktivoituu 1.3.2011 ja sulkeutuu 1.6.2011 tai kunnes tutkimusta varten tarvittava määrä vastauksia on palautunut. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja vastaamalla oheiseen e-lomakkeeseen osoitatte suostumuksenne tutkimukseen osallistumisesta.

Lisätietoja tutkimuksen kulusta saatte tutkijoilta puhelimitse tai sähköpostitse.

Tutkijoiden yhteystiedot

Minna Tömävä
TtM – opiskelija
Puhelin: xxxxxxxxx
xxxxxxx

Tarja Suominen
THT, professori,
Tampereen yliopisto,
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede
xxxxxxx

Meeri Koivula
TtT, Lehtori
Tampereen yliopisto,
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede
xxxxxxx

Tutkimukseen vastaaminen onnistuu tämän linkin kautta: xxxxxxxx

Liite 3a. Tutkimustiedote opiskeluterveydenhuoltohenkilöstölle tutkimuksen kulusta ja alkumittauksesta

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA 24.2.2015

Hyvä xxxxx terveydenhuollon ammattihenkilöstön edustaja

Pyydän sinua osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata terveydenhuollon ammattihenkilöstön tietämystä naisten ulkosynnyttimien kipusyndroomasta eli vulvodyniasta ja sen hoidosta. Lupa tähän tutkimukseen on saatu xxxxxx kehittämistyöryhmältä.

Tutkimuksen kulku

Oheisen kyselyn avulla mitataan terveydenhuollon ammattihenkilöstön tietämystä vulvodyniasta. Kyselyn avulla pyritään tunnistamaan aiheeseen liittyvät lisäkoulutustarpeet, joiden perusteella luodaan lokakuussa 2015 toteutettava moniammatillinen verkkokoulutusinterventio. Koulutusinterventioon jälkeen toteutetaan uusintamittaus, joka on oheisen kyselyn kaltainen. Sinulta toivotaan osallistumista näihin vaiheisiin.

Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen

Vastauslinkki on rakennettu niin, ettei tutkijalle välity vastaajan henkilötietoja, sähköpostiosoitetta tai miltä tietokoneelta vastaus on lähetetty. Saatua aineistoa ei tutkimuksen missään vaiheessa luovuteta työnantajalle. Aineistoa ja tutkimustuloksia käsitellään sekä säilytetään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tutkimustulokset raportoidaan siten, ettei yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Tämä kysely on osa hoitotieteellistä väitöskirjatyötäni, jonka tulokset raportoidaan tieteellisinä osajulkaisuuksina. Väitöskirjan ohjaajina toimivat Tampereen yliopiston terveystieteiden yksiköstä professori Tarja Suominen ja dosentti Meeri Koivula. Lisätietoja tutkimuksen kulusta saatte tutkijalta puhelimitse tai sähköpostitse.

Vapaaehtoisuus

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja voit keskeyttää tutkimuksen missä tahansa tutkimuksen vaiheessa. Vastaamalla oheiseen kyselyyn osoitat suostumuksesi tutkimukseen osallistumisesta.

Kiitän etukäteen avustasi ja pyydän sinua vastaamaan 27.3.2015 mennessä tämän linkin kautta: xxxxxxxxxxxx

Mikäli sähköpostiohjelma estää linkin avaamisen, kopioi osoite Internet-selaimen osoiteriville.

Asiantuntijahoitaja, fysioterapeutti, seksuaaliterapeutti

TtT-opiskelija Minna Törnävä

Puhelin: xxxxxx

Sähköposti:xxxxxxxxx

07.10.2015

VASTAANOTOLLA VULVODYNIA-ASIAKAS, MITEN HOIDAN?

TIEDOTE KOULUTUKSESTA

Hvvä XXXXX terveydenhuollon ammattihenkilöstö

Maaliskuussa 2015 xxxxxxxx ammattihenkilöstölle suoritettiin kysely vulvodynian ja sen hoidosta. Tehdyn kyselyn tulosten perusteella luotiin nyt toteutettava verkkokoulutus. Lupa koulutukseen ja tutkimukseen on saatu xxxxxxxxxx kehittämisyöryhmältä.

Pyydän sinua osallistumaan tutkimuksen koulutusvaiheeseen, jonka tavoitteena on lisätä terveydenhuollon ammattihenkilöstön tietämystä vulvodynian ja sen hoidosta. Tutkimukseen ja koulutukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Olet tervetullut koulutukseen vaikka et olisi osallistunut maaliskuussa 2015 suoritettuun kyselyyn.

Verkkokoulutus on kestoaltaan neljä viikkoa, 26.10.2015 - 20.11.2015. Koulutus etenee viikko kerrallaan eri teemoilla. Oppimateriaalin on laatinut näyttöön perustuen moniammatillinen asiantuntijaryhmä. Verkkokoulutus on suunniteltu niin, että sinulla olisi mahdollisuus opiskella itsenäisesti työaikana. Koulutuksen jälkeen joulukuussa toteutetaan ***uusintakysely***.

Ilmoittautuminen

Koulutukseen ilmoittaudutaan 20.10.2015 mennessä oheisen linkin kautta: xxxxxxxx Ilmoittautuneille lähetetään ohjeet ja salasana verkkokoulutuslustralle. Mikäli sähköpostiohjelma estää linkin avaamisen, kopioi osoite Internet-selaimen osoiteriville.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Verkkokoulutus ja siihen liittyvät sähköiset kyselyt ovat osa hoitotieteellistä väitöskirjatyötäni, jonka tulokset raportoidaan tieteellisinä osajulkaisuina. Väitöskirjan ohjaajina toimivat Tampereen yliopiston terveystieteiden yksiköstä professori Tarja Suominen ja dosentti Meeri Koivula. Lisätietoja tutkimuksen kulusta saat tutkijalta puhelimitse tai sähköpostitse.

Minna Törnävä, TtM, TtT-opiskelija
Asiantuntijahoitaja, fysioterapeutti, seksuaaliterapeutti
Puhelin: xxxxxx
Sähköposti:xxxxxxxxx

Liite 3c. Tutkimustiedote opiskeluterveydenhuoltohenkilöstölle tutkimuksen seuranta-

rantamittauksesta

06.12.2015

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Hvvä xxxxxx terveydenhuollon ammattihenkilöstö

Maaliskuussa 2015 xxxxxxxx terveydenhuollon ammattihenkilöstölle suoritettiin kysely vulvodyniasta ja sen hoidosta. Tehdyn kyselyn tulosten perusteella 26.10.2015 - 20.11.2015 pidettiin ”Vastaanotolla vulvodynia-asiakas – miten hoidan?” verkkokoulutus. Lupa tutkimukseen on saatu xxxxxxxxxxxx kehittämistyöryhmältä.

Pyydän sinua osallistumaan tutkimuksen uusintakyselyyn, jonka tarkoituksena on kuvata terveydenhuollon ammattihenkilöstön tietoisuutta ja tietoa vulvodyniasta ja sen hoidosta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Voit osallistua kyselyyn, vaikka et olisi osallistunut maaliskuussa 2015 suoritettuun kyselyyn tai 26.10.2015 - 20.11.2015 pidettyyn verkkokoulutukseen.

Vastaisitko kyselyyn 29.1.2016 mennessä tämän linkin kautta: xxxxxxxxxxxx

Mikäli sähköpostiohjelma estää linkin avaamisen, kopioi osoite Internet-selaimen osoiteriville.

Luottamuksellisuus

Vastauslinkki on rakennettu niin, ettei tutkijalle välity vastaajan henkilötietoja, sähköpostiosoitetta tai miltä tietokoneelta vastaus on lähetetty. Saatua aineistoa ei tutkimuksen missään vaiheessa luovuteta työnantajalle. Aineistoa ja tutkimustuloksia käsitellään sekä säilytetään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Tutkimustulokset raportoidaan siten, ettei yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista.

Tutkimustuloksista tiedottaminen

Verkkokoulutus ja siihen liittyvät sähköiset kyselyt ovat osa hoitotieteellistä väitöskirjatyötäni, jonka tulokset raportoidaan tieteellisinä osajulkaisuina. Väitöskirjan ohjaajina toimivat Tampereen yliopiston terveystieteiden yksiköstä professori Tarja Suominen ja dosentti Meeri Koivula. Lisätietoja tutkimuksen kulusta saat tutkijalta puhelimitse tai sähköpostitse.

Minna Törnävä, TtM, TtT-opiskelija
Asiantuntijahoitaja, fysioterapeutti, seksuaaliterapeutti
Puhelin: xxxxxxxxxxxx
Sähköposti: xxxxxxxxxxxx

Liite 4. Tutkimuksen kyselylomake: Taustakysymykset, AKVDC[®]-mittari ja koulutustyytyväisyyspalaute

Seuraavat kysymykset koskevat taustatietojasi

Valitse kunkin kysymyksen kohdalla sinua koskeva vaihtoehto tai vastaa sille varattuun tilaan. Viemällä hiiren punaisen ?-merkin kohdalle saat lisätietoa kysymyksestä.

1. Ikäsi ?

	Nainen	Mies
2. Sukupuolesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Ammatinikkeesä ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terveystenhoitaja | <input type="checkbox"/> Fysioterapeutti |
| <input type="checkbox"/> Sairaanhoidtaja | <input type="checkbox"/> Lääkäri |
| <input type="checkbox"/> Psykologi | <input type="checkbox"/> Muu, vastaisitko alle |

3.1. Muu, mikä?

3.2. Mikäli olet erikoislääkäri, mikä on erikoisalasasi?

4. Työkokemuksesi pituus terveydenhuoltoalalla ?

5. Työsuhteesi
- Vakituinen
 - Määräaikainen sijainen
 - Tuntityöntekijä

6. Oletko osallistunut seksologian ammatillisiin täydennyskoulutuksiin?

- En
- Kyllä, seksuaalineuvojaopinnot
- Kyllä, seksuaaliterapeuttiopinnot
- Muu, vastaisitko alle?

6.1. Muu, mihin

7. Oletko osallistunut koulutuksiin,

- joissa on käsitelty vulvodyniaa? En Kyllä

7.1. Jos vastasit kyllä, nimeäisitkö 1-3 tärkeintä koulutusta allaolevaan tilaan

8. Miten usein tapaavat vastaanotollasi naisia,

- joilla on tai epäilet olevan vulvodynian
- En koskaan
 - harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 - 1-3 kertaa kuukaudessa
 - kerran viikossa
 - Useammin kuin kerran viikossa

© Törnävä

Seuraavat kysymykset koskevat taitojasi

Valitse kunkin kysymyksen kohdalla taitojasi kuvaava vaihtoehto:

1= erittäin huonoksi, 2= huonoksi, 3= jonkin verran huonoksi, 4= jonkin verran hyväksi, 5= hyväksi, 6= erittäin hyväksi

9. Millaiseksi koet taitosi hoitaa vulvodyniaa sairastavaa naista _____

	1	2	3	4	5	6
omalla erikoisalallasi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Millaiseksi koet taitosi hoitaa vulvodyniaa sairastavaa naista ja hänen kumppaniaan pariskuntana _____

	1	2	3	4	5	6
omalla erikoisalallasi?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Millaiseksi koet taitosi keskustella luontevasti potilaan kanssa _____

	1	2	3	4	5	6
11. ulkosynnytinalueen ongelmista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. seksuaalielämään liittyvistä asioista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. seksuaalista kipua lievittävästä keinoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Millaiseksi koet taitosi keskustella luontevasti potilaan ja hänen kumppaninsa kanssa _____

	1	2	3	4	5	6
14. ulkosynnytinalueen ongelmista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. seksuaalielämään liittyvistä asioista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. seksuaalista kipua lievittävästä keinoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Seuraavat väittämät koskevat vulvodyniaa ja sen hoitoa

Valitse kunkin väittämän kohdalla sopivin vaihtoehto:

1=täysin eri mieltä, 2=eri mieltä, 3= jonkin verran eri mieltä, 4= jonkin verran samaa mieltä, 5=samaa mieltä, 6= täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5	6
17. Tiukat housut saattavat aiheuttaa vulvodyniaa sairastavalle kipuoireita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Intimi-ihoa vasten olevien tekstiilien väri saattaa voimistaa vulvodyniaoireita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Intimisuojat saattavat aiheuttaa vulvodyniaa sairastavalle kipuoireita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Mekaaninen ulkosynnytinalueen paine (esim. istuminen) helpottaa vulvodyniaa sairastavan kipuoireita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Vulvodyniaa sairastava kykenee harrastamaan kaikkia liikuntamuotoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Vulvodynia saattaa estää yhdynnän	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Papa-koe saattaa aiheuttaa emätinkouristuksen vulvodyniaa sairastavalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vulvodyniaa sairastavan oireita helpottaa _____

	1	2	3	4	5	6
24. ulkosynnyttimien ihonhoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. emättimen kipualueen kosketuksen välttäminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. emätintä tukevan lihaksiston supistusharjoitukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. emätintä tukevan lihaksiston venyttelyharjoitukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. pakaralihasten venyttelyharjoitukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. hiivatulehduksia ehkäisevä ruokavalio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. silikonipohjaisen liukuvoiteen käyttö yhdynnässä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Törnävä

Minun myötäelävä suhtautumiseni vastaanottotilanteessa vulvodyniaa sairastavaan

	1	2	3	4	5	6
31. lievittää hänen pelkoaan hoitoa kohtaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. lievittää hänen ahdistuksen tunteitaan sairautta kohtaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. lisää hänen hoitoluottamustaan minuun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Minun luonteva suhtautumiseni vastaanottotilanteessa vulvodyniaa sairastavaan

	1	2	3	4	5	6
34. luo hänelle tunteen, että hänen sairauteensa uskotaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. vähentää hänen häpeän tunnetta intiimialueen ongelmassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. vähentää hänen häpeän tunnetta seksuaalielämän ongelmassa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. helpottaa minun ja hänen välistä keskustelua seksuaalista kipua lievittävästä keinoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VULVODYNIAA SAIRASTAVAN tiedonsaanti vulvodyniasta

	1	2	3	4	5	6
38. auttaa häntä ymmärtämään oireitaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. on hänelle helpottava kokemus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. motivoi häntä itsehoitoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. lisää hänen kokemiaan oireita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vulvodyniaa sairastavan KUMPPANIN tiedonsaanti vulvodyniasta

	1	2	3	4	5	6
42. lisää kumppanin ymmärrystä naisen kipuja kohtaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. on kumppanille helpottava kokemus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. vähentää kumppanin tukea naista kohtaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VULVODYNIAA SAIRASTAVALLE hoitojen käynnistyminen

	1	2	3	4	5	6
45. vähentää hänen motivaatiotaan itsehoitoon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. lisää hänen ymmärrystään oireitaan kohtaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. lisää hänen toivoaan oireidensa helpottumisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. lisää hänen henkistä hyvinvointiaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vulvodyniaa sairastavan KUMPPANILLE hoitojen käynnistyminen

	1	2	3	4	5	6
49. lisää kumppanin toivoa oireiden helpottumisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. vähentää kumppanin ymmärrystä naisen kipuja kohtaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. lisää kumppanin tukea naista kohtaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Valitse kunkin väittämän kohdalla sopivin vaihtoehto:

1=täysin eri mieltä, 2=eri mieltä, 3= jonkin verran eri mieltä, 4= jonkin verran samaa mieltä, 5=samaa mieltä, 6= täysin samaa mieltä

Hoitojen käynnistyminen vulvodynian hoitamiseksi

	1	2	3	4	5	6
52. on parisuhdetta kuormittava tekijä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. lisää molempinpuolista ymmärrystä seksuaali ongelmia kohtaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. helpottaa sairauden puheeksi ottamista pariskunnan kesken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. vaikeuttaa seksuaalisten ongelmien puheeksi ottamista pariskunnan kesken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. helpottaa vulvodynian aiheuttamia seksuaalisia ongelmia parisuhteessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vulvodyniaa sairastavan hoitoon liittyvät toiveet on tärkeää ottaa huomioon

	1	2	3	4	5	6
57. hoitoaikataulun suunnittelussa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. hoitomuotoa valittaessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. hoitopaikkaa valittaessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. hänen hoitomyönteisyytensä lisäämiseksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Samaa sairautta potevilta vulvodyniaa sairastava saa

	1	2	3	4	5	6
61. rohkaisua sairauden kanssa selviytymisestä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. toivottomuuden tunteita sairaudestaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. tietoa itsehoidosta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. tietoa vaihtoehtoisista hoitokeinoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. tietoa sairauden hoidon asiantuntijoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Valitse kunkin kysymyksen kohdalla tietojasi kuvaava vaihtoehto:

1=erittäin huonosti, 2=huonosti, 3=jonkin verran huonosti, 4=jonkin verran hyvin, 5= hyvin, 6= erittäin hyvin

	1	2	3	4	5	6
66. Tiedän, millaisen ensitiedon vulvodyniasta annan suullisesti sitä sairastavalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Tiedän, mistä löydän vulvodynia potilaalle annettavan kirjallisen ensitiedon sairaudesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Tiedän, millaiset itsehoito-ohjeet annan suullisesti vulvodyniaa sairastavalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Tiedän, mistä löydän kirjalliset vulvodyniaa sairastavan itsehoito-ohjeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. Tiedän, mistä voin tarkistaa vulvodynian hoitosuositukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. Tiedän, kenelle asiantuntijalle ohjaan vulvodyniaa sairastavan, mikäli oma tietämykseni on puutteellinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. Tiedän, mihin ohjaan vulvodyniaa sairastavan saamaan vertaistukea	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4	5	6
73. Tiedän näyttöön perustuvat hoitomenetelmät vulvodyniaa sairastavan hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. Tiedän hoitotyön sisällön vulvodyniaa sairastavan hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Tiedän lääketieteellisen hoidon sisällön vulvodyniaa sairastavan hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. Tiedän fysioterapian sisällön vulvodyniaa sairastavan hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. Tiedän psykologisen hoidon sisällön vulvodyniaa sairastavan hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. Tiedän seksuaalineuvonnan sisällön vulvodyniaa sairastavan hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tiedän, miten otan vastaanottotilanteessa huomioon vulvodynian vaikutukset sitä sairastavan

	1	2	3	4	5	6
79. psyykkiseen terveyteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. sosiaaliseen elämään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. parisuhteeseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. seksuaalisiin ongelmiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Törnävä

☑ Alla on väittämiä vulvodynian näyttöön perustuen

Vastaa tietämyksesi mukaisesti väittämiin vastausvaihtoehdoilla:

Oikein (O), Väärin (V) tai En osaa sanoa (EOS)

	O	V	EOS
83. Vulvodynian kutsutaan vain mekaanisesta kosketuksesta johtuvaa kipua ulkosynnyttimissä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. Vulvodynian sairastavalta on aina löydettävissä kipupisteet emättimen suulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. Vulvodynian ei voi esiintyä hermoperäistä kipua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86. Kosketuksesta johtuvaa vulvodynian kutsutaan myös vestibulodynian	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87. Kosketukseen liittyvää vulvodynian ilmenee enimmäkseen alle 30-vuotiailla naisilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88. Vulvodynian on vahvasti yhteydessä kohdun limakalvon sirottumatautiin eli endometriosisiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

89. Urogynekologiset tulehdukset saattavat olla yhteydessä vulvodynian	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. Ehkäisy pillereiden käyttö saattaa olla yhteydessä kosketuksesta johtuvaan vulvodynian	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. Perinnöllisyydellä ei ole todettu yhteyttä vulvodynian	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. Virtsarakon toimintahäiriöillä saattaa olla yhteyttä vulvodynian	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
93. Lantionpohjan toimintahäiriöt eivät ole yhteydessä vulvodynian	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94. Dilataatio- eli emättimen laajennin hoitoa käytetään vulvodynian hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
95. Hormonaalisen ehkäisyn aloittaminen on vulvodynian ensisijainen hoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96. Emättimen sisäistä sähköhoitoa käytetään vulvodynian hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97. Paikallisia puudutushoitoja käytetään vulvodynian hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98. Kosketukselle kivuliaan ulkosynnyttinalueen poistoleikkausta käytetään vulvodynian hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99. Psykologisia hoitomuotoja ei käytetä vulvodynian hoidossa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100. Vulvodynian hoidossa suositellaan yhden hoitomenetelmän kokeilua kerrallaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101. Vulvodynian hoitosuosituksukset löytyvät Terveystieteen sairaanhoitajan tietokannasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102. Vulvodynian on tehty suomalainen Käypä hoito -suositus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

© Eduix Oy

© Törnävä

Seuraavat kysymykset koskevat mielipidettäsi koulutuksesta

Mikäli osallistuit koulutukseen, voisitko vielä vastata alla oleviin koulutusta koskeviin kysymyksiin? Palautteesi on tärkeä koulutuksen kehittämiseksi.

Mikäli et osallistunut koulutukseen tai et halua vastata alla oleviin kysymyksiin, siirry seuraavalle sivulle ja paina VALMIS tallentaaksesi kysely.

Valitse kunkin väittämän kohdalla sopivin vaihtoehto:

1=täysin eri mieltä, 2=eri mieltä, 3= jonkin verran eri mieltä, 4= jonkin verran samaa mieltä, 5=samaa mieltä, 6=täysin samaa mieltä

	1	2	3	4	5	6
K1. Kirjautuminen omalta työ koneelta Moodlen verkkopalustalle oli vaivatonta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K2. Käytetty verkkokoulutus alusta (Moodle) oli helppokäyttöinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K3. Pystyin opiskelemaan koulutusmateriaalin työaikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Koulutuksen sisältö oli hyödyllinen

	1	2	3	4	5	6
K4. nykyisen työni kannalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K5. tulevaisuuden työtehtäviä ajatellen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K6. potilastyön kehittämisen kannalta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Olin tyytyväinen koulutuksen

	1	2	3	4	5	6
K7. sisältöön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K8. materiaaliin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K9. menetelmiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4	5	6
K10. Koulutus oli kokonaisuudessaan toimiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K11. Koulutus täytti sille asettamani tavoitteet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K12. Suositteaisin koulutusta kollegoille	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

K13. Koulutuksen pituus oli

Liian pitkä

Jonkin verran liian pitkä

Sopivan mittainen

Jonkin verran liian lyhyt

Liian lyhyt

K14. Verkkokeskusteluani estivät seuraavat asiat:

	Kyllä	Ei
Ajan puute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koin keskustelun tarpeettomaksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Keskustelun aloittaminen oli vaikeaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verkkokeskustelun ohjeistus oli puutteellinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen keskustelun verkossa epämiellyttäväksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muu syy, vastaisitko alle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

K14.1. Muu, mikä?

K15. Miten tätä koulutusta voisi jatkossa kehittää?

Liite 5. Kyselylomakkeen taustakysymysten ja AKVDC[®]-mittarin luotettavuuden arviointi Lawshen (1975) menetelmän mukaisesti

Kyselylomakkeen kysymykset, joiden CVR- arvo on alempi kuin 1.0	CVR	α^S	Kysymyksen uusi muotoilu
Taustatiedot	N=6		Taustatiedot
Työkokemus ammattissasi	0.33	>1	Työkokemuksesi pituus terveydenhuoltoalalla
Oletko osallistunut koulutuksiin, joissa on käsitelty vulvodyniaa	0.67	=05	Tämä kysymys säilytettiin, mutta taustakysymyksiin lisättiin kysymys seksologisesta täydennyskoulutuksesta: Oletko osallistunut seksologian ammatillisiin täydennyskoulutuksiin?
Taustatietojen CVI: [(13 x 1.0) + 0.33 + 0.67]/15 =	0.93	=.025	
AKVDC © Tietoisuusa	N=6		AKVDC © tietoisuus osa
Housujen kangasmateriaali saattaa aiheuttaa vulvodyniaa sairastavalle kipuoireita	0.33	>1	Tiukat housut saattavat aiheuttaa vulvodyniaa sairastavalle kipuoireita
Papa koe saattaa aiheuttaa emätinkouristuksen vulvodyniaa sairastavalle	0.67	=05	Kysymystä ei muutettu
Vulvodyniaa sairastava hyötyy			Vulvodyniaa sairastavan oireita helpottaa
• ulkosyntyneiden ihonhoidosta	0.67	=05	• Ulkosyntyneiden ihonhoito
• emättimen kipualueen kosketuksen välttämistä	0.67	=05	• Emättimen kipualueen kosketuksen välttäminen
• liukuvoiteen käyttöä yhdynnässä	0.00	>1	• Silikonipitoisen liukuvoiteen käyttö yhdynnässä
Minun on tärkeää ottaa huomioon vulvodyniaa sairastavan hoitoon liittyvät toiveet			Vulvodyniaa sairastavan hoitoon liittyvät toiveet on tärkeää ottaa huomioon
• Hoitoaikataulun suunnittelussa	0.33	>1	• Hoitoaikataulun suunnittelussa
• Hoitomuotoa valittaessa	0.33	>1	• Hoitomuotoa valittaessa
• Hoitopaikkaa valittaessa	0.33	>1	• Hoitopaikkaa valittaessa
• Potilaan hoitomyönteisyyden lisäämiseksi	0.33	>1	• Potilaan hoitomyönteisyyden lisäämiseksi
Samaa sairautta poteville vulvodyniaa sairastava saa toivottomuuden tunteita sairautsaan	0.67	=05	Kysymystä ei muutettu
Tietoisuusan CVI: [(56 x 1.0) + (5 x 0.33) + (4 x 0.67) + 0.00]/66 =	0.91	=.025	
AKVDC © Tieto-osa	N=9		AKVDC © tieto-osa
Alipaino on yhteydessä vulvodyniaan	0.33	>1	Kysymys poistettiin
Vulvodynian hoidossa suositellaan yhden hoitomenetelmän kokeilua kerrallaan	0.56	=05	Kysymystä ei muutettu
Tieto-osan CVI: [(18 x 1.0) + 0.33 + 0.57]/20 =	0.94	=.005	

CVR = Content validity ration/kysymyksen sisällön kelpoisuus, α^S = Schipper monimuuttuja-alfa, N = asiantuntijoiden määrä, CVI = Content validity index/kysymysten summan sisällön

Liite 6. Koulutuksen tavoitteet ja näytteitä oppisisällöstä

Koulutusosa 1. Koulutuksen johdanto ja vulvodynian tunnistaminen

Koulutuksen		
Tavoitteet	Oppisisältö	Sisällönelementit
Tietää koko koulutuksen tavoitteet, sisällön ja aikataulun	Koulutuksen johdanto	Tekstiedosto Naisten kokemuskertomukset Opetuskuvat x 3
Tietää millaisia oireita vulvodyniaa sairastavalla naisella saattaa olla	Vulvodynian tunnistaminen	
Tietää mitä eri muotoja vulvodyniassa ilmenee	Muodot ja oireet Yhteydessä olevat tekijät Naisen oireiden tutkiminen	
Tietää miten vulvodynia oireita tutkitaan		

Näyte koulutuksen johdantokappaleesta

Koulutuksen sisältö ja aikataulu

Vastaanotolla vulvodynia-asiakas, miten hoidan?

Koulutuksen tavoitteena on lisätä terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietoisuutta ja tietoa vulvodyniasta ja sen hoidosta.

- Määrittele itsenäisesti myös henkilökohtaiset tavoitteesi. Mitä sinun tulisi tiedostaa ja tietää vulvodyniasta ja sen hoidosta ammattisi näkökulmasta?

Koulutus sisältää kolme viikon mittaista osaa. Neljännellä viikolla voit syventää oppimistasi edellisten viikkojen aiheista.

Näyte oppisisällöstä: Vulvodynian oireet ja muodot

Vulvodynian oireet ja muodot

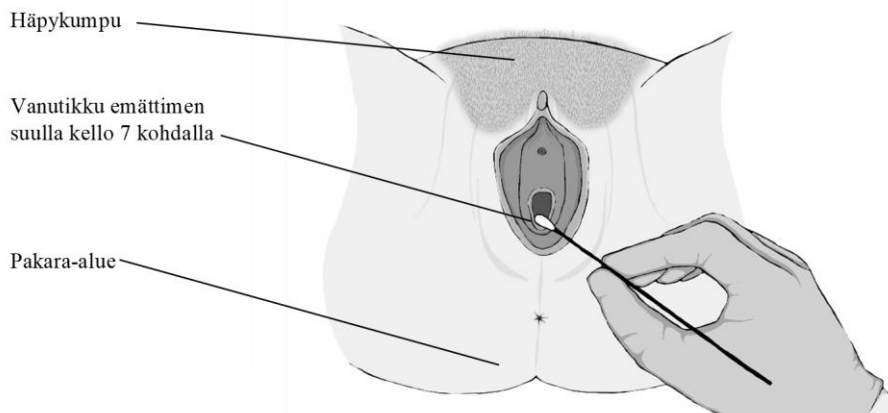
Naisilla esiintyvää kroonista ulkosynnyttimien kipua, jolle ei ole selvää etiologista syytä kutsutaan vulvodyniaksi. Kyseessä on oireyhtymä, jossa esiintyy ulkosynnyttimien epämiellyttäviä tuntemuksia kuten kipua, kirvelyä ja yhdyntävaikeuksia. Yleisgynekologisessa aineistossa jopa 15 % naisista on tunnistanut joskus kärsineensä vulvan alueen kiputilasta.

Vulvodynian oireet voivat olla **paikallisia** eli kipu kohdistuu tiettyyn osaan ulkosynnytinaluetta, kuten emättimen suulle tai klitorikseen. Oireet voivat esiintyä myös **yleistyneenä** koko ulkosynnytinalueelle säteillen. Kipu voi olla kosketukseen liittyvää, kosketukseen liittymätöntä tai molempia muotoja. Vulvodyniatyypit luokitellaan oireiden mukaan ja käytössä on useita eri nimityksiä, joista yleisimmät on koottu taulukkoon 1.

Näyte oppisisällöstä: Naisen oireiden tutkiminen

"...oireinani ovat olleet vain yhdyntäkivut eli tämä ei sinällään ole haitannut jokapäiväistä elämääni. Mutta sairastuminen jo niin nuorena... En ole koskaan saanut kokea enkä varmaan tule kokemaankaan sellaista yhdyntää kuin sen oikeasti tulisi olla"

-Naisella paikallinen, kosketukseen liittyvä vulvodynia -



Kuva 3. Lääkärin tekemä vanutikkutesti

Liite 6. / Koulutusosa 2. Vulvodynian hoito

Koulutuksen		
Tavoitteet	Oppisisältö	Sisällönelementit
Tietää vulvodyniaa sairastavan naisen itsehoitomenetelmät	Vulvodynian Hoito Itsehoitomenetelmät Intiimialueen hoito Ruokavalio Lantionpohjan lihasharjoitteet Kipupisteiden siedätysharjoitteet Emättimen laajenninharjoitteet	Tekstiedosto Naisten kokemuskertomukset
Ymmärtää itsehoitomenetelmien tärkeyden vulvodyniaoireiden helpottamiseksi		Opetuskuvat x 2 Opetusvideot x 4
Tietää vulvodyniaa sairastavan naisen seksuaaliohjauksen ja – neuvonnan sisällöt	Erikoisalojen hoitomenetelmät Seksologiset hoitomenetelmät	

Näyte Moodlen viikkonäkymästä

Viikko 2 (2.- 8.11.2015)

AIHEENA: Vulvodynian hoito

Itsehoitomenetelmät

Erikoisalojen hoitomenetelmistä: seksologiset hoitomenetelmät

Tämän viikon jälkeen:

- tiedät vulvodyniaa sairastavan naisen itsehoitomenetelmät
- ymmärrät itsehoitomenetelmien tärkeyden vulvodyniaoireiden helpottamiseksi
- tiedät vulvodyniaa sairastavan naisen seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan sisällön

Oppimateriaalin löydät alta:



Itsehoitomenetelmät



Seksologiset hoitomenetelmät



Kuvat 4 ja 5 tulostettavassa muodossa



Videot 1-4

Avaa ylläolevan kansio, sieltä löydät seuraavat videot (a' 2min):

1. Lantion anatomian ohjaus kuvien avulla
2. Emättimen suun kipupisteiden siedätysharjoitus
3. Emättimen suun sormivenyttely
4. Emättimen laajenninharjoitus



Viikon 2 lähteet

Näyteitä oppisisällöstä: Itsehoitomenetelmät

Intiimialueen hoito

Intiimialueen hoito helpottaa vulvodyniaan liittyvää limakalvoärsytystä. Vulvodyniaa sairastavilla naisilla intiimialueen limakalvot ärtyvät herkästi kemiallisesta ja mekaanisesta ärsytyksestä. Intiimialue suositellaan pestävän ilman saippuaa viileällä vedellä korkeintaan kaksi kertaa päivässä ihon hankaamista välttämällä. Hajustamattoman intiimiöljyn tai -voiteen käyttäminen pesun jälkeen erityisesti kipualueelle saattaa parantaa limakalvojen kuntoa ja helpottaa kipuoireita. Ihokarvojen poistoa häpyhuulten alueelta ei suositella, sillä karvojen poistaminen altistaa lieville ihotulehduksille, jotka saattavat lisätä vulvodyniaoireita. Häpykarvoitus myös suojaa ja mahdollistaa ilman kierron ulkosynnyttimillä.

”Olen aina pitänyt karvoitukseni minimaalisena. Vahaukset, sokeroinnit ja höylät ovat tulleet tutuiksi. Sen jälkeen kun hoitaja tiukasti perusteli miksi ei kannattaisi, lopetin. Tosin kesäisin siistin bikinirajan. Nyt on kunnan ryijyjä oireet huomattavasti vähäisemmät.”

-Itsehoitokeinoin oireisiin helpotusta saanut nainen-

Lantionpohjan lihasharjoitteet

Lantionpohjan lihasharjoitteet on todettu hyväksi kivunhallintamenetelmäksi vulvodyniakivuissa. Ulkosynnyttimien ja lantionpohjan anatomia ja tehtävät on suositeltavaa kertoa vulvodynia potilaalle, sillä oman anatomian ymmärryksen kautta helpottuu myös kipualueen hahmottaminen (Video 1.). Tutkimuksissa on todettu emätintä tukevan lantionpohjan lihaksiston supistus- ja



Opetusvideo 1. Lantion anatomian ohjaus kuvien avulla. Ohjaustilanteessa keskustellaan potilaan kanssa emätintä ympäröivän lihaksiston anatomia ja toiminnasta. Hänen kysymykseen emätinkouristuksesta vastataan ja selitetään lantionpohjanlihaksen reagoinnista kosketukseen. Ohjaustilanteen kuvat ovat osa koulutuksen opetusmateriaalia.

Näyte oppisisällöstä: Erikoisalojen hoitomenetelmät

Seksologiset hoitomenetelmät

Seksologiset hoitomenetelmät koostuvat seksuaaliohjannasta, -neuvonnasta tai -terapiasta, jota toteutetaan yksilötapaamisina vulvodyniaa sairastavalle ja/tai paritapaamisina pariskunnille. Seksologisia hoitomenetelmiä suositellaan vulvodyniaa sairastavalle osana muuta hoitoa.

Seksuaaliohjauksen voi antaa kuka tahansa terveydenhuollon ammattihenkilö, joka on tietoinen vulvodyniasta ja sen hoitokeinoista. Seksuaalineuvonta ja -terapia ovat prosessiluonteista koulutuksen käyneen ammattihenkilön antamaa useamman tapaamiskerran sisältämää ammatillista vuorovaikutusta, joka sisältää aloituksen, työskentelyvaiheen ja lopetuksen.

Tässä oppimateriaalissa keskitytään seksuaaliohjauksen ja -neuvonnan keinoihin, joiden tarkoituksena on **antaa asiakkaalle lupa puhua** seksuaaliongelmistaan. Tarkoituksena on myös ohjata vulvodyniaa sairastavalle ja hänen kumppanilleen keinoja, joilla voidaan helpottaa seksuaalista kipua.

Emätinyhdyntä vaihtoehdot

Emätinyhdyntä ja varsinkin sisäänmeno vaihe voi olla kosketuksesta johtuvassa vulvodyniassa niin kivulias, ettei yhdyntä onnistu. Yhdyntäkipu voi aiheuttaa itsessä ja parisuhteessa voimakkaita negatiivisia tunteita, joten keskustelu asiantuntijan kanssa saattaa helpottaa niitä. Monet pariskunnat käsittävät emätinyhdyntän kuuluvan normaaliin ja sen puuttumisen epänormaaliin seksuaalielämään. Tämä käsitys on syytä haastaa, sillä seksuaalisen nautinnon saavuttaminen on myös kipupotilaiden oikeus ja mielihyvähormonit ovat yksi tärkeimmistä oman kehon tuottamista ”kipulääkkeistä”.

”En ole koskaan saanut kokea kivutonta yhdyntää. Vaikutukset omaan seksuaalisuuteen ja parisuhde-elämään ovat tällöin ilmeiset. Sairaus on kaatanut kaikki parisuhteeni ja useimmiten koen, että elämä olisi helpompi taivaltaa yksin kuin kokea jatkuvaa riittämättömyyden tunnetta parisuhteessa. Ensimmäisen poikaystäväni kanssa tuhosin oman seksuaalisuuteni, kun suostuin kerta kerran jälkeen kivuliaaseen yhdyntään. Kesti pitkään suhteen päättymisen jälkeen ennen kuin opin mieltämään toisen kosketuksen positiivisiin asioihin kivun uhkan sijaan.”

-Kosketusluottamuksen menettänyt nainen-

Liite 6. / Koulutusosa 3. Vulvodynian hoito, inhimillisen kohtaamisen sekä saadun tiedon ja tuen merkitys vulvodyniaa sairastavalle.

Koulutuksen		
Tavoitteet	Oppisisältö	Sisällönelementit
<p>Tietää mitä ovat vulvodyniaa sairastavan psykologiset fysioterapeuttiset ja lääketieteelliset hoitomenetelmät</p> <p>Ymmärtää millainen merkitys</p> <ul style="list-style-type: none"> - inhimillisellä kohtaamisella on vulvodyniaa sairastavalle - saadulla tiedolla ja tuella on vulvodyniaa sairastavalle naiselle, hänen kumppanilleen ja parisuhteelle - vertaistuella on vulvodyniaa sairastavalle naiselle 	<p>Vulvodynian Hoito Erikoisalojen hoitomenetelmät Psykologiset Fysioterapeuttiset Lääketieteelliset</p> <p>Inhimillisen kohtaamisen merkitys Kokonaisvaltainen huomioiminen Myötäeläminen Luonteva kohtelu</p> <p>Saadun tiedon ja tuen merkitys Vulvodyniaa sairastavalle Kumppanille ja parisuhteelle Vertaistuen merkitys</p>	<p>Tekstiedosto</p> <p>Naisten kokemuskertomukset</p> <p>Opetusvideo</p>

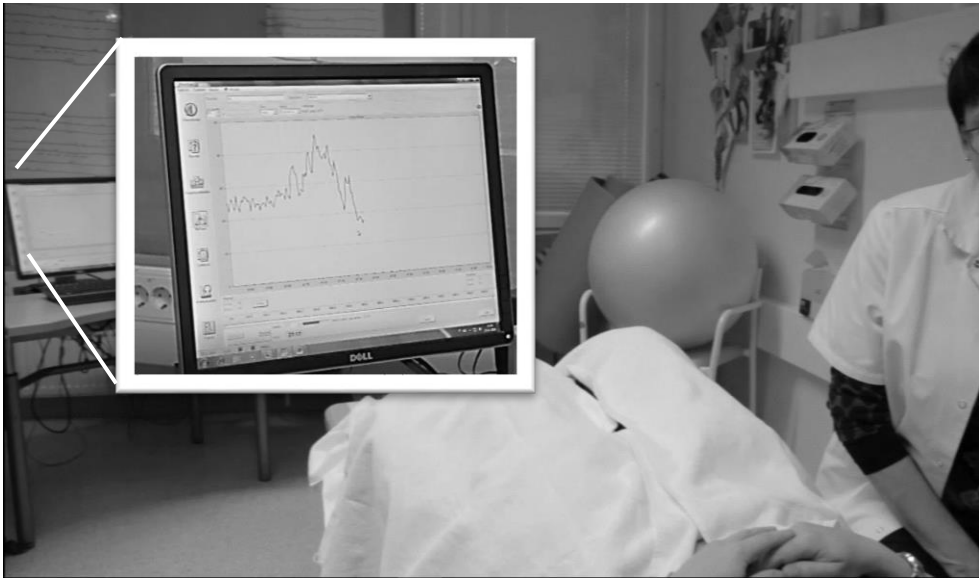
Näyte oppisisällöstä: Fysioterapeuttiset hoitomenetelmät

Fysioterapeuttiset hoitomenetelmät

Fysioterapeuttiset hoitomenetelmistä vulvodynian hoidossa on eniten näyttöä lantionpohjan fysioterapiasta, joka koostuu emättimen sisäisestä biopalautehoidosta, sähköhoidosta ja lantionpohjan lihaksiston manuaalisesta käsittelystä.

Biopalautehoito

Biopalautehoidolla on todettu olevan tiedostamattomia lihasjännityksiä vähentävä vaikutus, minkä vuoksi sitä käytetään erilaisten kroonisten kiputilojen hoidossa. Biopalautehoito annetaan vulvodyniaa sairastavalle emättimen sisäisesti, mahdollisimman vähän kipua aiheuttavalla elektrodilla. Biopalautehoidon aikana vulvodyniaa sairastava seuraa tietokonenäytöltä emätintä tukevan lantionpohjan lihaksen jännityksen ja rentouden eroa (Video 5.). Tavoitteena on, että nainen oppii tietoisesti hallitsemaan lihasrektioitaan ja kipua kosketukseen liittyvissä tilanteissa.



Opetusvideo 5. Lantionpohjan lihassupistuksen ja -rentouttamisen ohjaaminen biopalautteen avulla. Potilaalle on aluksi ohjattu lantionpohjan lihasanatomia ja -toiminta kuvien avulla (Itsehoitomenetelmät, opetuskuvat 4, 5 ja -video 1.). Mikäli suullinen ohjaus ei riitä, on potilas tärkeää ohjata fysioterapiaan biopalauteavusteiseen ohjaukseen.

Näyte oppisisällöstä: Inhimillisen kohtaamisen merkitys

Myötäeläminen vastaanottotilanteessa

Hoitavan henkilön myötäelämisen vastaanottotilanteessa koetaan lievittävän vulvodyniaa sairastavan pelkoja ja lisäävän hoitoluottamusta tutkimus- ja hoitotilanteissa. Myötäeläminen tutkimuksissa ja hoidoissa koetaan jo itsessään auttavaksi hoidon elementiksi. Kun naiset saavat terveydenhuollon ammattihenkilöstöltä ymmärrystä sairauteensa, kokevat he tullessa kuulluiksi, vaikka sairauden hoitoon ei heti ratkaisua löydetäkään.

”Terikka huomasi kuinka pelkäsin papaa. Vapisin ja melkein itkin. Hän sanoi tosi rauhallisesti, että ymmärtää mun pelon tän sairauden vuoksi. Hän sanoi myös, ettei mitään tehdä mulle väkisin. Se jo helpotti pelkoa. Sit lause ”muista, tämä paikka ei mene rikki, vaikka sinne nyt sattuisi jonkin verran” helpotti lisää. Hän näytti ensin ne välineet ja selitti koko ajan mitä tekee ja seuraili ehkä mun kehon reagointia. Elämäni ensimmäistä kertaa papa ja yleensäkin vieraan tuleminen emättimeen onnistui. Terikka oli niin empaattinen ja myötäilevä koko ajan ja luulen papan ommistuneen juuri siksi. Koin sillä hetkellä itseni jonkin verran enemmän normaaliksi naiseksi kuin yleensä.”

-Terveydenhoitajan myötäelämisen kokenut nainen-

© Törnävä

Näyte oppisisällöstä: Saadun tiedon ja tuen merkitys

Tiedon ja tuen merkitys vulvodyniaa sairastavan kumppanille ja parisuhteelle

Vulvodyniaa sairastavan kumppani tarvitsee myös tietoa ja tukea terveydenhuollon ammattihenkilöltä. Kumppanin saama tieto vulvodynian edistää kumppanin tukea naista kohtaan ja tätä kautta parisuhteen hyvinvointia. Tieto ja tuki ovat merkityksellisiä pariskunnan molemmille osapuolille, sillä vulvodynia aiheuttaa epävarmuuden tunteita ja kommunikointiongelmia parisuhteessa. On todettu, että jo pelkästään naisen saama vulvodyniantiedote helpottaa keskustelun avaamista pariskunnan osapuolten välille.

”Kun kumppanini suostui tulemaan kanssani seksuaalineuvojan vastaanotolle, oli se hänelle valaiseva kokemus. Hän ymmärsi, että minulla on oikeasti joku sairaus, enkä pihtaa tahallani. (Ei hän sitä ihan noin suoraan ole minulle sanonut, mutta rivien välissä kylläkin.) Tuon jälkeen osasimme oikeasti puhua tästä yhdessä – ilman itkuja tai huutoa. Eihän tämä sairaus vaikuta vain minuun, jotenkin ymmärsin häntäkin paremmin.”

-Naisen kokemus seksuaalineuvonnasta-

Näyte koulutuksen kertausviikon näkymästä

Syvennä oppimaasi vulvodynian ja sen hoidosta

Tällä viikolla sinun on tarkoitus syventää oppimaasi edellisten viikkojen oppimateriaalin avulla.

Tekstitiedostoissa oli todellisia vulvodyniaa sairastavien naisten kokemukertomuksia ja videoissa oli kuvitteellisia asiakastilanteita. Mitä uutta opit vulvodyniaa sairastavan naisen kokemuksista näiden perusteella? Mitä jäit pohtimaan oman ammattisi näkökulmasta?

Miten itsellesi määrittelemät tavoitteet täyttyivät koulutuksen aikana?

Vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksia

Minna Törnävä

TtM, fysioterapeutti,
asiantuntijahoitaja
TAYS, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
minna.tornava@pshp.fi

Meeri Koivula

TtT, dosentti, lehtori
Tampereen yliopisto, terveystieteiden
yksikkö, hoitotiede
meeri.koivula@uta.fi

Tarja Suominen

THT, professori
Tampereen yliopisto, terveystieteiden
yksikkö, hoitotiede
tarja.suominen@uta.fi

Hyväksytty julkaistavaksi 26.9.2012

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksia. Tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa vulvodyniapotilaan hoitotyön kehittämiseen.

Tutkimusaineisto kerättiin anonymisti vuonna 2011 internetissä olevan suljetun vulvodyniakeskustelupalstan kautta. Hoitokokemuksistaan kirjoitti 33 vulvodyniaa sairastavaa naista. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön-analyysin keinoin.

Vulvodyniaa sairastavilla oli sekä myönteisiä että kielteisiä kokemuksia saamastaan hoidosta. He kuvasivat saamansa hoidon välittäväksi tai olivat pettyneitä hoitosuhteeseen. He myös kokivat verkkopalstan tarjoaman verstaistuen ja itsehoidon tukevan hoitoja.

Hoitohenkilöstön tietoisuutta vulvodyniasta ja sen hoidollisista auttamismenetelmistä on tarpeen lisätä. Yksilöllinen, kokonaisvaltainen ja moniammatillinen hoito-ote tukee naisten voimaannuttavaa kokemusta. Myös vulvodyniapotilaiden kumppaneiden tiedonsaantiin ja tukeen on tarpeen kiinnittää enemmän huomiota.

ASIASANAT

vulvodynia, hoitokokemus, verkkokysely, sisällönanalyysi

Naisilla esiintyvää kroonista ulkosynnyttimien kipua, jolla ei ole selvää etiologiaa, kutsutaan vulvodyniaksi. Oireyhtymässä esiintyy ulkosynnyttimien epämiellyttäviä tuntemuksia kuten kipua, kirvelyä ja yhdyntävaikeuksia, jotka voivat aiheuttaa fyysistä ja psyykkistä haittaa sekä seksuaali- ja parisuhdeongelmia. (Rosenbaum 2005, Jeng ym. 2006, McGuire ja Hawton 2009.) Yleisgynekologisessa aineistossa jopa 15 % naisista on tunnistanut kärsineensä joskus vulvan alueen kiputilasta (Paavonen 2009). Valtaosa potilaista on hedelmällisessä iässä olevia naisia, joille alidiagnosoitu oireyhtymä voi aiheuttaa jopa lapsettomuutta (McGuire ja Hawton 2009, Paavonen 2009). Selkeää hoitopolkua tai Käypä hoito -suositusta ei Suomessa ole. Hoitosuosituksia löytyy eri sairaaloista, kuten TAYS:sta (Nyberg 2010). Lisäksi Paavonen (2009) on luonut Lääkärin käsikirjan artikkelin vulvodyniapotilaan hoidosta.

TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksia vulvodyniasta on tehty varsin niukasti ja tehdyt tutkimukset liittyvät suurimmaksi osaksi vulvodynian hoidollisiin auttamismenetelmiin. Naisten kokemuksia vulvodyniasta ja sen hoidosta on tutkittu vain muutamissa terveys- ja käyttäytymistieteellisissä tutkimuksissa (Stone-Godena 2006, Buchan ym. 2007, Munday ym. 2007).

Itsehoitokeinojen ohjauksen tärkeyttä vulvodynian hoidossa tähdennetään useissa tutkimuksissa tieteenalasta riippumatta. Ohjaus voi tapahtua joko kirjallisesti tai suullisesti. (van Lankveld ym. 2006, Wijma ym. 2007, Murina ym. 2008, Masheb ym. 2009.) Urogynekologiaan erikoistuneen hoitajan tai seksuaalivouvojan tulisi antaa itsehoito-ohjeita heti ensimmäisen lääkärikäynnin yhteydessä (Nyberg 2010). Itsehoidossa lantionpohjan lihashallinnan harjoittelua pidetään tärkeänä vulvodynian hallintakeinona. Lantionpohjan lihasharjoittelu auttaa potilasta löytämään ja erottamaan lihasjännityksen ja

-rentouden eron, mikä helpottaa naista hallitsemaan fyysisestä kosketuksesta johtuvaa ulkosynnyttimien kipua. (Jeng ym. 2006, van Lankveld ym. 2006, Masheb ym. 2009.) Vulvodyniaa pyritään hallitsemaan myös omatoimisen desensitisaation tai dilataation keinoin. Desensitisaatio tarkoittaa emättimen kosketussiedon lisäämistä omin tai kumppanin sormin (Jernfors ym. 2004, Jeng ym. 2006, Wijma ym. 2007, McGuire ja Hawton 2009), ja dilataatiossa emättimen aluetta venytetään erikokoisin laajentimin (van Lankveld ym. 2006, Strauhal ym. 2007, Wijma ym. 2007, Murina ym. 2008).

Vulvodynian psykologisiin hoitomuotoihin luetaan kognitiivis-behavioristinen terapia, psykoterapia ja hypnoterapia. Näissä käyttäytymisterapeuttisissa menetelmissä pyritään löytämään uusia ajattelu- ja käyttäytymismalleja kivun hallitsemiseksi. Seksologiset hoitomuodot muodostuvat potilaan ja hänen kumppaninsa saamasta seksuaalineuvonnasta tai -terapiasta. (Innamaa ja Nunns 2006, Wijma ym. 2007, McGuire ja Hawton 2009, Nyberg 2010.) Lääketieteellisistä hoitomenetelmistä käytetään ensisijaisesti lääkkeellistä kivun hoitoa: paikallista tai suun kautta otettavaa kipulääkitystä. (Danielsson ym. 2006, Bohm-Starke ym. 2007). Kirurgisessa hoidossa kivulle herkistynyt alue poistetaan emättimen suulta. Kirurginen hoito on muutamassa tutkimuksessa todettu jonkin verran tehokkaammaksi kuin muut hoitomenetelmät (Bergeron ym. 2008).

Fysioterapeuttiset hoitomenetelmät muodostuvat lantion-alueen manipulaatiokäsittelystä ja lantionpohjan fysioterapiasta. Eniten tieteellistä näyttöä on lantionpohjan fysioterapiassa käytettävästä biopalautehoidosta, jolla on tiedostamattomia lihasjännityksiä vähentävä vaikutus. Biopalautehoito toteutetaan emättimen kautta, ja hoidon aikana potilas itse seuraa monitorista emätintä tukevan lihaksen jännityksen ja rentouden eroa. (Mandal ym. 2010.) Vaihtoehtoiset hoitomuodot, kuten akupunktio, aromaterapia ja itämainen liikunta, on mainittu muutamissa tutkimuksissa, mutta samalla todetaan, ettei näiden hoitomuotojen vaikutuksista ole tarpeeksi tieteellistä näyttöä. (Danielsson ym. 2001, Stone-Godena 2006, Landry ym. 2008.)

Diagnoosin etsiminen ulkosynnyttinkivuille on vaikea ja pitkäaikainen prosessi. Tietämättömyys oireiden syistä aiheuttaa monia tunneperäisiä ongelmia. Vulvodyniaa sairastavien on vaikea ja häpeällistä puhua sairaudestaan edes kumppaninsa kanssa. Diagnoosin saaminen on useimmille ensimmäinen askel parantumisprosessissa; toisaalta joillekin diagnoosi saattaa olla henkisesti lamauttava. (Stone-Godena 2006, Buchan ym. 2007, Munday ym. 2007.) Kumppanin roolin voidaan ajatella olevan keskeisessä osassa vulvodyniapotilaan hoidon tulokselli-

suudessa, mutta tutkimuksia aiheesta on tehty vain muutama. Näissä tutkimuksissa hoito toteutettiin joko psykoseksuaalisena pariterapiana (Jeng ym. 2006, van Lankveld ym. 2006) tai terapeuttivusteisena desensitisaatiohoitona ("epäherkistäminen"), joka toteutettiin poliklinikanvastaanotolla ja hoitotilanteessa edellytettiin kumppanin läsnäoloa (Ter Kuile ym. 2009).

TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksia. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa vulvodyniapotilaan hoitotyön kehittämiseksi. Tutkimustehtävänä oli tarkastella, millaisia kokemuksia vulvodyniaa sairastavilla naisilla on saamastaan hoidosta.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Aineistonkeruu ja tutkimukseen osallistujat

Tutkimusaineisto kerättiin internetissä verkkokyselyllä vulvodyniaa sairastavien suljetulta keskustelupalstalta. Aineiston keruussa käytettiin E-lomaketta, joka oli mahdollisuus täyttää 20.2.–20.6.2011. Verkkopalstan pääkäyttäjä lähetti palstalle kirjautuneille keskustelijoille tutkijan laatiman tiedotteen, jossa kerrottiin tutkimuksesta. Tiedotteen alalaidassa oleva internetiosoite ohjasi vastaajat E-lomakkeeseen, jossa kysyttiin vastaajien ikä, koulutustausta ja siviilisäät. Lisäksi heiltä kysyttiin oireiden kestoaikea ja vaihtoehtokysymyksillä tiedot käytetyistä tieteelliseen näyttöön perustuvista vulvodynian hoitomenetelmistä. Vastausvaihtoehtoina olivat: ei mitään hoitoja, itsehoitojen ohjaus, seksuaalineuvonta- tai terapia, fysioterapia, pintapuudutehoito, kipupisteiden penslaushoito, kipupisteiden pistohoito, suun kautta otettava kipulääkehoito, leikkaushoito ja ei mikään mainituista vaihtoehtoista. Mikäli naiset olivat myös kokeilleet muita hoitoja, heitä pyydettiin kertomaan niistä erilliseen kysymys-vastauskohtaan. Avoimessa kysymyksessä heitä pyydettiin kertomaan, millaisia kokemuksia heillä on ollut saamastaan hoidosta. Tutkimusaineisto muodostui 33:n vulvodyniaa sairastavan naisen kirjoitetusta kertomuksesta.

Aineiston analyysi

Tutkimuksen metodinen lähtökohta oli laadullinen tutkimusote, sillä vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksia sairaudesta ja sen hoidosta on kuvattu vain muutamissa tutkimuksissa (Stone-Godena 2006, Buchan ym. 2007, Munday ym. 2007). Analysointi tehtiin induktiivisella sisällönanalyysillä, jossa aineiston yksittäisistä tapahtumista tehdyt havainnot

yhdistettiin laajemmaksi kokonaisuudeksi. Menetelmän avulla tutkittavaa ilmiötä jäseneltiin ja kuvailtiin tiivistetyssä muodossa, objektiivisesti, systemaattisesti ja yleistävästi. Tutkimuskysymykseen vastaavat lauseet ja ajatuskokonaisuudet olivat tutkimuksen analyysiyksikköjä, jotka pelkistettiin osiin siten, ettei alkuperäinen merkitys kadonnut. (Graneheim ja Lundman 2004, Kylmä ja Juvakka 2007, Elo ja Kyngäs 2008.) Tutkimuskysymykseen vastaavia analyysiyksikön pelkistyskäsiä saatiin aineistosta 734 kappaletta.

Tutkimuskysymykseen vastaavat analyysiyksiköiden pelkistykset ryhmiteltiin sisällöllisiä samanlaisuuksia ja erilaisuuksia etsien. Järjestetyt pelkistykset nimettiin yhdistävällä ja kattavalla alaluokan nimellä. Aineistosta löytyneiden teoreettisten käsitteiden luominen eteni samansisältöisten alaluokkien yhdistämisellä ja niitä yhdistävän yläluokan nimeämisellä. Yläluokista muodostettiin samankaltaisuuden perusteella nimetyt pääluokat. (Graneheim ja Lundman 2004, Kylmä ja Juvakka 2007.) Taulukossa 1 kuvataan vulvodyniaa sairastavien naisten kokemuksia saamastaan hoidosta ala-, ylä- ja pääluokkien avulla.

TULOKSET

Taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneiden naisten iän keskiarvo oli 31 vuotta, vaihteluväli oli 19–60 vuotta. Vastaajista kaksi ei ilmoittanut ikäänsä. Naisista 30 eli parisuhteessa. Osallistujista 17 oli suorittanut ylemmän korkeakoulututkinon, kuusi alemman korkeakoulututkinon ja 11 toisen asteen ammattitutkinon.

Vulvodyniaoireet olivat ilmaantuneet vastaajista yhdelle alle vuosi, kuudelle 1–3 vuotta, seitsemälle 4–6 vuotta, seitsemälle 7–9 vuotta ja kahdelletoista yli yhdeksän vuotta sitten. Vulvodyniadiagnosi oli tehty kuudelle naiselle alle vuosi, kahdeksalle 1–2 vuotta, seitsemälle 3–4 vuotta ja yhdeksälle yli neljä vuotta oireiden ilmaantumisen jälkeen. Vastaajista kolme ei ollut vastaushetkellä saanut diagnosoia oireilleen. Vulvodyniaoireita oli hoidettu vähintään yhdellä ja enintään seitsemällä tieteelliseen tietoon perustuvalla hoitomenetelmällä. Naiset olivat lisäksi kokeilleet useita vähemmän tunnettuja hoitomenetelmiä kuten ravintoainelisiä, vähäoksalaattista ja hiivatonta ruokavaliota, luontaistuotteita, akupunktiota, homeopatiaa, hermoratahierontaa, vyöhyketerapiaa, itselle sopivaa liikuntaa sekä asentohuimaushoitoa kipujen hoitamiseksi, lievittämiseksi tai ehkäisemiseksi.

Vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemukset

Vulvodyniaa sairastavat kuvasivat saamaansa hoitoa välittävän hoitosuhteen kokemuksina ja hoitosuhteeseen pettymisen kokemuksina. Naiset kokivat myös vertaistuen ja itsehoidon tukevan hoitoja. (Taulukko 1.)

Välittävässä hoitosuhteessa naiset kokivat, että heidän oireisiinsa uskottiin terveydenhuollossa. Heidät diagnosoitiin

nopeasti tai heidät lähetettiin tarkempiin tutkimuksiin oireiden selvittämiseksi. Tutkimuksiin käytettiin aikaa, ja potilaan kipuoireita lievitettiin tutkimusten aikana puudutteilla tai jopa nukutuksella. Naiset kokivat, että heitä yritettiin auttaa, ja sitä arvostettiin, vaikka auttaminen olisi ollut tuloksetonta. Mikäli vulvodyniaoireet olivat voimakkaat, naisille myönnettiin tarvittaessa sairauslomaa. Raskauden ja synnytyksen ollessa ajankohtainen, naisille tehtiin heidän toiveestaan synnytystapa-arvio.

Naiset olivat läpikäyneet erilaisten asiantuntijoiden antamia hoitoja. Lääketieteellisiä hoitoja olivat erilaiset lääkehoidot, leikkaushoito ja korvalääkärin ohjaama vähemmän tunnettu asentohuimaushoidon. Fysioterapeuttisia hoitoja pidettiin hyvinä, tehokkaina ja myönteisinä niiden kokonaisvaltaisuuden vuoksi. Psykoseksuaaliset hoidot koettiin suuresti henkistä ja parisuhteen hyvinvointia helpottaviksi menetelmiksi. Vaihtoehtohoitoihin kuului akupunktio, vyöhyketerapia ja määrittelemättömät vaihtoehtoiset hoidot. Vaihtoehtoisten hoitojen oli koettu vaikuttavan myönteisesti seksuaalielämään, ja kipulääkkeitä oli voitu vähentää. Hyvien hoitosuhdekokemusten myötä asiantuntijuutta arvostettiin.

Kun naiset kohdattiin inhimillisesti hoitosuhteessa, he kokivat saaneensa empaattista ja asiallista kohtelua tutkimuksessa ja hoidossa. Naisten itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin hoitomenetelmiä valittaessa, milloin hoidon suunnittelussa edettiin naisten mielipiteitä kunnioittaen. Kokonaisvaltaisuuden huomioimista hoitosuhteessa pidettiin ehdottomana inhimillisen kohtaamisen elementtinä, sillä sairauden aiheuttaman fyysisen kivun koettiin alentavan henkistä ja seksuaalista hyvinvointia. Sekä hoitosuhteessa saatu tieto sairaudesta että hoito koettiin voimaannuttavaksi. Aloitettu tai alkava hoito loi toivoa sairauden parantumisesta tai edes oireiden helpottumisesta. Hoitohenkilöstön asiantuntijuus toi naisille turvallisen olon ja alkanut hoitosuhde koettiin huolenpitoksi. Vulvodyniahoitojen myötä naiset myös ymmärsivät sairauttaan paremmin. Fyysisten kipujen helpottumisen myötä henkinen pahoinvointi muuttui asteittain henkiseksi hyvinvoinniksi. Diagnosin saaminen toi kokonaisvaltaisen helpotuksen tunteen. Tieto sairauden nimestä koettiin jopa suurimmaksi parantavaksi tekijäksi, sillä se kevensi tehokkaasti sairauden aiheuttamaa henkistä kuormaa. Diagnosin jälkeen hoitokokemukset muuttuivat positiivisiksi, itsehoito tehostui ja taistelutahto nousi esiin.

Pettymys hoitosuhteeseen kuvasi naisten kokemaa hoitohenkilöstön asiantuntemuksen puutteellisuutta. Naiset kuvasivat tilanteita, joissa hoitohenkilöstö ei ollut tietoinen vulvodyniasta ja sen oireista. Kertomuksissa tuli myös esille hoitohenkilöstön tietämättömyys jatkotutkimus- ja hoitomahdollisuuksista. Vastaajat kokivat olevansa ”monen kierroksen potilaita”, sillä he joutuivat etsimään apua usealta asiantuntijalta. Syitä ulkosynnyttimien kipuoireille oli etsitty monia vuosia, jopa 14 vuotta usealta eri lääkäriltä, ennen kuin vulvodyniadiagnosi tehtiin. Asiantuntijoita koettiin olevan

Taulukko 1. Vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksia.

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
Nopea diagnosointi Tarkemmat tutkimukset Auttamisen yrittäminen Sairausloman myöntäminen Synnytystapa-arvio	Oireisiin uskominen	Välittävä hoitosuhde
Lääketieteelliset hoidot Fysioterapian hoidot Psykooseksuaaliset hoidot Vaihtoehtolääketieteen hoidot Asiantuntijuuden arvostus hoidoissa	Asiantuntijan antamat hoidot	
Hoitohenkilöstön empaattisuus Asiallinen kohtelu tutkimuksissa ja hoidoissa Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen Kokonaisvaltaisuuden huomioiminen	Inhimillinen potilaan kohtaaminen	
Hoitosuhteen tuoma toivontunne Asiantuntijuuden tuoma turvallinen olo Hoitosuhteen tuoma huolenpidon tunne Sairauden ymmärtäminen hoidon myötä Hoidon tuoma hyvinvointi Helpotuksen tunne diagnoosista	Voimaannuttava tieto ja hoito	
Hoitohenkilöstön tietämättömyys Potilas avun etsijänä Asiantuntijoiden vähäisyys Toivo tiedon lisääntymisestä	Asiantuntemuksen puutteellisuus	Pettymys hoitosuhteeseen
Väärä diagnoosi hoidon estäjänä Myöhäinen diagnoosi hoidon heikentäjänä Sairauden informoinnin puutteellisuus Hoito-ohjeiden puutteellisuus	Avun viivästyminen	
Turhauttavat tutkimukset ja hoidot Hoitojen pahentava vaikutus Hoitojen vähäinen apu Tuloksettomat hoidot	Tutkimusten ja hoitojen tehottomuus	
Häpeä lääkäriässä käydessä Tutkimuskammo kivun vuoksi Oman tilanteen vähättely Toivottomuus avun löytymättömyydestä	Henkinen pahoinvointi tutkimuksista ja hoidoista	
Oireiden vähättely Haluttomuus auttaa Epäuskoisuus kipua kohtaan Pikaiset lääkärikäynnit Parisuhde-elämän sivuuttaminen Psykofyysisyyden sivuuttaminen Hoitohenkilöstön vuorovaikutustaitojen vähäisyys Itsemääräämisoikeuden sivuuttaminen Vaativan potilaan rooli	Kokonaisvaltaisen kohtaamisen sivuuttaminen	
Henkilökohtainen taloudellinen tappio Työnantajan taloudellinen tappio	Taloudellinen tappio	
Verkkopalstan vertaistuki mielen keventäjänä Verkkopalstan vertaistuki tiedon lähteenä	Voimaannuttava vertaistuki	Hoitoa tukeva vertaistuki ja itsehoito
Oma aktiivisuus hoitojen saamiseksi Internet tiedon lähteenä Itsediagnosointi Itsehoitomenetelmien runsas kokeilu Taistelu oikeudenmukaisesta kohtelusta Hyväksyvä asenne parantumisen lähtökohtana	Omaehtoinen itsehoito	

vähän ja vain suurimmissa kaupungeissa. Naiset toivoivat lisääntyvää yleis- ja tutkimustietoa vulvodyniasta niin hoito-henkilöstön kuin tavallisten ihmistenkin keskuuteen.

Hoidosta saatavan avun koettiin viivästyneen puutteellisten tutkimusten ja hoidon vuoksi. Mikäli ulkosynnytinoireet oli diagnosoitu väärin, hoidosta saatava apu estyi. Vastaajilla oli epäilty olevan emätintulehduksia, sukupuolitauteja, hormonaalista epätasapainoa, urologisia sairauksia ja psykosomatisointia. Myöhäisen diagnosoinnin koettiin taas olleen syy hoitojen tehon heikentymiseen. Informointi sairaudesta diagnosoinnin jälkeen jäi naisten kokemusten mukaan puutteelliseksi, minkä vuoksi he olivat epätietoisia sairaudesta, sen syistä ja siitä, mitä sen eteen olisi itse pitänyt tehdä. Hoito-ohjeeksi saatettiin antaa vain odottelua tai yhdynnässä rentoutumista. Tutkimuksista ja hoidoista oli koettu tehottomuutta. Tutkimukset ja hoidot varsinkin ennen diagnoosin varmentumista turhauttivat. Hoidot olivat saattaneet antaa vähäistä apua, tai ne olivat jopa pahentaneet oireita. Diagnoosin jälkeen oli saatettu tuloksetta kokeilla useita hoitovaihtoehtoja, joillekin jopa kaikki Suomessa käytössä olevat vulvodynian hoitokeinot.

Tutkimukset ja hoidot aiheuttivat vastaajille henkistä pahoinvointia. Tutkimus ja hoitotilanteisiin liittyi häpeän tunteita, sillä kyseessä oli intiimin alueen vaiva. Gynekologiset tutkimukset tehtiin nuorella iällä jopa ennen sukupuolielämän aloittamista. Häpeä nousi erityisesti esille naisilla, joilla epäiltiin sukupuolitauteja, vaikka sukupuolielämä ei ollut vielä alkanut. Kivuliaat tutkimukset aiheuttivat tutkimuskammoa, ja tämän vuoksi naiset saattoivat keskeyttää aloitetut tutkimukset ja hoidot. He saattoivat myös itse vähätellä kipuaan tai kokea epäuskoa kipua kohtaan varsinkin, jos syytä oireille ei löytynyt. Naiset saattoivat uskoa oireiden johtuvan jostain muusta, kuten vaihdevuosisista tai nuoresta iästä. Vastaajat kokivat toivottomuutta, mikäli apua ei ollut löytynyt. He kuvasivat jääneensä yksin vaivansa kanssa, koska hoitohenkilöstökään ei löytänyt syytä tai hoitoa oireisiin.

Vastaajien kokemusten mukaan kokonaisvaltainen kohtaamisen sivuuttaminen ilmeni oireiden vähättelynä, auttamisen haluttomuutena, epäuskoisuutena ja pikaisina lääkärikäynteinä. Hoitohenkilöstö vähätteli yhdyntäkipuja kertoen niiden kuuluvan asiaan tai helpottuvan ajan kuluessa. Naiset olivat kuulleet oireiden olevan normaalia limakalvokuivuutta tai seksuaalista kiihottumattomuutta. Naiset olivat erityisen katkeria siitä, ettei hoitohenkilöstö uskonut kipuun. Hoitohenkilöstön hokemat ”ei voi sattua”, ”kuvittelet vain” tai ”ei täällä mitään ole” olivat syöpyneet naisten mieliin. He kokivat myös, että parisuhdeongelmat ja psykofyysisyys sivuutettiin tutkimuksissa ja hoidoissa.

Hoitohenkilöstön vuorovaikutustaidot hoitotilanteissa koettiin vähäisiksi. Naisilla oli myös tutkimus- ja hoitotilanteissa itsemääräämisoikeuden sivuuttamisen kokemuksia. Jos he olivat vaatineet asianmukaista kohtelua, he kokivat saaneensa vaativan potilaan roolin. Hoidot ja tutkimukset

olivat aiheuttaneet naisille myös henkilökohtaista ja työnantajille taloudellista tappiota. Henkilökohtaista tappiota tuli useista lääkärikäynneistä, erityisesti yksityisellä puolella. Työnantajien taloudellinen tappio muodostui sairauslomista ja sijaisjärjestelyistä.

Hoitoja tukeva vertaistuki ja itsehoito kuvasivat verkkopalstalla olevan vertaistuen voimaannuttavaa vaikutusta ja naisten omaehtoista itsehoitoa. Verkkopalstan vertaistuki kevensi vastaajien mieltä, sillä he saivat vertaistuen kautta tietoa sairaudesta ja sen vaarattomuudesta. Vertaistuki koettiin myös tärkeäksi itsehoidon tiedonlähteeksi. Naiset saivat itsehoitokeinoista vinkkejä toisilta naisilta, jotka olivat kokeilleet niitä samaan sairauteen. Ryhmän kautta löydetty itsehoitokeinot koettiin jopa niin tehokkaiksi, että muusta hoidosta oli voinut luopua.

Naiset kokivat omaehtoisen itsehoidon avun saamisen edellytykseksi. Oma aktiivisuus hoitojen saamiseksi koettiin tärkeäksi. He joutuivat itse etsimään asiantuntijoita oireiden syyn selvittämiseksi ja jatkohoitojen järjestämiseksi. Välillä naiset turhautuivat avun etsimiseen, mutta kokivat loppujen lopuksi sairauden hoidon olevan omalla vastuulla. Internetiä käytettiin tiedonhakuun, kun etsittiin sairauden syitä, hoitovaihtoehtoja ja asiantuntijoita. Jos syytä ja apua oireisiin ei löytynyt, naiset olivat diagnosoineet itse itsensä naistenlehtien ja internetin avulla. Itsehoitomenetelmiä oli kokeiltu runsaasti, ja niitä jopa koettiin löytyvän niin monia, että kaikkien mahdollisten keinojen kokeilemattomuus saattoi tuoda syyllisyyden tunteita. Mikäli hoitohenkilöstö oli kohdellut vastaajia asiattomasti, siihen reagoitiin taistelulla oikeudenmukaisesta kohtelusta. Oikeutta haettiin esimerkiksi potilasvahinkoilmoituksella. Naiset kokivat hyväksyvän asenteen sairautta ja hoitoja kohtaan olevan paranemisen kannalta ensiarvoisen tärkeää. Parantumista kuvattiin subjektiiviseksi kokemukseksi, jota lääketiede ei pysty määrittämään.

POHDINTA

Eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen eettisyyden varmentamisessa oli keskeistä, ettei tutkimusaineiston kerääminen internetissä eroa tutkimusetiikan ja tietosuojan suhteen postikyselystä, teemahaastattelusta tai aineiston hankkimisesta kirjoituspyynnöllä. Perustuslaissa määritelty luottamuksellinen viestintä koskee myös sähköistä viestintäliikennettä. Yleiset eettiset tutkimuseettiset näkökulmat huomioitiin kaikissa tutkimusvaiheissa. (Kuula 2006.)

Koska kyseessä oli intiimialueella oleva kipuoiresairaus, siitä kärsivät saattoivat pelätä henkilötietojensa paljastumista. Tämän vuoksi anonymiyden säilyminen oli tärkeää koko tutkimuksen ajan, ja se oli osallistujilla etukäteen tiedossa. Vastaajille tiedotettiin tutkimuksen perustiedot ja tietosuoja-ratkaisut tarkasti. Anonymiyden säilymiseksi E-lomakkeen palautusjärjestelmä luotiin sellaiseksi, ettei lähettäjän henkilöllisyyttä, sähköpostiosoitetta eikä tietokoneen tunnistetietoja

pysty jäljittämään. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja suostumuksensa tutkimukseen vastaajat osoittivat lähettämällä E-lomakkeen; samalla he myös päättivät, mitä tietoja he antoivat tutkimuksen käyttöön. Tutkimuksen ei näin ollen oletettu aiheuttavan vahinkoa, sillä vastaajat saivat rauhassa tutustua kysymyksiin ennen vastaamista ja lähettämistä. (Kuula 2006, Holloway ym. 2010.)

Verkkokysely aineiston keruumenetelmänä toi lisähaasteita tulosten luotettavuuden pohdintaan, sillä keskustelupalstoilla olevat naiset eivät välttämättä edusta vulvodyniaa sairastavien perusjoukkoa (Duffy 2002, Heikkilä ym. 2008). Toisaalta voidaan sanoa, että internetissä olevat ihmiset edustavat perusjoukkoa mutta osajoukon laajuus on tuntematon (LaCoursiere 2003). Koska aineisto kerättiin anonyymisti, tutkija ei voinut tarkastaa, vastaavatko tutkimustulokset osallistujien käsityksiä. Tutkijalla ei ollut myöskään mahdollisuutta tarkentaa tai pyytää lisäselvityksiä epäselviksi jääneisiin asioihin. Tutkijavaikutus saatuun aineistoon oli vähäinen, sillä naiset saivat rauhassa tutustua ja vastata kysymyksiin, mikä lisää luotettavuutta. (Polit ja Beck 2004, Kylmä ja Juvakka 2007, Moilanen ja Riihinen 2007.) Tutkija (MT) on ollut pitkän ajan mukana vulvodyniapotilaiden hoitotyössä, joten aiheen läheisyys saattoi vaikuttaa tutkimustulosten analysointiin. Toisaalta kliininen pitkänajan asiantuntemus lisää tulosten uskottavuutta ja refleksiivisyyttä, sillä tutkija pystyi hahmottamaan oireyhtymän monimuotoisuutta ja siinä esiintyviä ongelmia. Aineiston analyysin luotettavuutta vahvistivat myös muut tutkimusryhmän jäsenet.

Aineiston analyysissä oli nähtävissä saturoituminen, mutta naisten kokemusmaailmassa ilmeni myös yksilöllisiä eroja. Aineisto oli rikas: se muodostui 33 naisen yksilöllisestä tarinasta, ja tulokset kuvaavat laajasti naisten kokemuksia saamastaan hoidosta.

Tulosten tarkastelua

Tässä tutkimuksessa vastaajat olivat kokeilleet monia tieteellisesti tutkittuja hoitovaihtoehtoja vulvodyniaoireiden hoitamiseksi. He olivat kokeilleet laajasti myös vähemmän tunnettuja itsehoitomenetelmiä ja vaihtoehtoisia hoitomenetelmiä ja todenneet ne oireita helpottaviksi. He olivat saaneet tietoa eri vaihtoehtohoidoista verkkopalstan jäseniltä, jotka olivat saaneet apua oireisiinsa kyseisistä hoidoista. Näistä akupunktio, vyöhyketerapia ja ruokavalion muutokset koettiin kipuja helpottaviksi hoitomuodoiksi. Itsehoitomenetelminä ruokavalion muuttamista on muutamissa katsausartikkelissa suositeltu hoitomenetelmäksi, vaikka siitä ei ole vahvaa tieteellistä näyttöä (Metts 1999, Mariani 2002, Stone-Godena 2006). Vaihtoehtoisista hoitomenetelmistä vain akupunktiosta on tehty muutama pilottitutkimus (Danielsson ym. 2001, Mandal ym. 2010), ja muutamassa katsausartikkelissa on mainittu aromaterapian, hypnoterapian ja itämaisen liikunnan mahdollisuuksista vulvodynian hoitomenetelminä (Stone-Godena 2006, Landry ym. 2008).

Vastaajat saivat välittävissä hoitosuhteessa asiantuntijoiden tukea, tietoa ja apua sairauteensa. Naiset kokivat, että heidät kohdattiin hoitosuhteessa aidosti, empaattisesti ja ennen kaikkea heidän kertomustaan sairaudesta uskottiin. Diagnoosin saaminen ja aloitetut hoidot helpottivat ahdistusta sekä lisäsivät tietoa sairaudesta ja toivoa parantumisesta. Myös Buchan ym. (2007) ovat todenneet vulvodyniadiagnoosin olevan ensimmäinen askel kroonisen sairauden hyväksymisessä ja hoitoon sitoutumisessa. Naiset kokivat inhimillisen kohtaamisen tärkeäksi osaksi välittävää hoitosuhdetta. Erityisesti kokonaisvaltaista, usean asiantuntijan tiimityöskentelyä arvostettiin. Empaattinen kohtelu tutkimuksissa ja hoidoissa koettiin jo itsessään auttavaksi hoidon elementiksi. Naiset kokivat saavansa hoitohenkilöstöltä ymmärrystä sairauteensa. Ennen kaikkea he kokivat tulleen kuulluiksi, vaikka sairauden hoitoon ei heti ratkaisua löydettykään. Myös Munday ym. (2007) ovat todenneet syvähaastattelututkimuksessa naisten arvostavan moniammatillista sopeuttavaa hoito-otetta, jossa on helppo ymmärtää oma tilanteensa ja kontrolloida itse hoitoaan. Mikäli naisilla oli kokemuksia hoitohenkilöstön tiimityöskentelystä, he kokivat hoidon hyväksi huolimatta henkilökunnan mahdollisista tiedonpuutteista. Vulvodyniapotilaan hoidon suositellaankin olevan laaja-alaista moniammatillista tiimityöskentelyä. (Mandal ym. 2010.)

Pettyminen hoitosuhteeseen ilmeni kokonaisvaltaisen kohtaamisen sivuuttamisena, tiedon vähyyden ja tehoamattomien hoitojen kokemuksina. Hoitohenkilöstön vähättelevät ja epäuskoiset kommentit lisäsivät häpeän tunteita ja jopa epäuskoisuuden tunteita omaa oirekuvaa kohtaan. Myös Stone-Godena (2006) ja Buchan ym. (2007) ovat löytäneet epäuskoisuuden kokemuksia oireita kohtaan, mikäli syytä ulkosynnyttinoireille ei löydy. Tässä tutkimuksessa naiset kokivat olevansa tutkimus- ja hoitokierteessä, ja avun viivästymisen koettiin pahentaneen oireita. Avun saamattomuus ilmeni myös henkisenä pahanolon tunteina. Viivästyneen diagnoosin onkin todettu edistävän naisten monitahoisia oireita; se vaikuttaa kielteisesti mielenterveyteen, itsetuntoon ja tunteisiin (Buchan ym. 2007). Tässä tutkimuksessa naiset olivat pettyneitä siihen, että terveydenhuollossa tiedetään vähän vulvodyniasta, sen tutkimisesta ja hoitovaihtoehtoista. Toeima ja Nieto (2010) ovat todenneet erikoistuvien lääkäreiden tietoa kartoittavassa laadullisessa tutkimuksessa, että erikoistuvilla lääkäreillä oli suppea tietämys ja ymmärtämys emättimen alueen kivuista kuten vulvodyniasta. Hoitohenkilökunnan tietämystä vulvodyniapotilaan hoidosta ei ole vastaavanlaisesti kartoitettu. Tutkimukset ja hoito tulisi ohjata vulvan alueen kipuihin erikoistuneille asiantuntijoille, joilla on laaja tietämys tarkoituksenmukaisista tutkimuksista ja hoitovaihtoehtoista (Updike ja Wiesenfeld 2005, Toeima ja Nieto 2011).

Oman aktiivisuuden ja sitoutuneisuuden hoitoon koettiin olevan tärkeä elementti hoitojen tehoamiseksi. Vertaistuen tärkeys tuli esille erityisesti naisilla, jotka eivät olleet saaneet toivottua

apua terveydenhuollon piiristä. Naisten on todettu etsivän keskustelupalstoilta emotionaalista tukea itselleen, kumppanilleen tai sukulaisilleen sekä itsehoidon keinoja (LaCoursiere 2001). Vulvodynianaisten vertaistuesta, sen tuomasta avusta ja merkityksestä ei ole aikaisempaa tutkimusta.

Päätelmät

Hoitohenkilöstön tietämys vulvodyniasta koetaan puutteelliseksi. Naisten omaehtoisuus hoitoja etsittäessä ja hoitojen aikana on merkittävässä osassa avun saamisessa. Verkkopalstan vertaistuki on tärkeä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen avun lähde, ja sen koetaan tukevan hoitoja.

Ehdotukset hoitotyön käytännön kehittämiseksi

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat ehdotukset vulvodyniapotilaan hoidon laadun ja tuloksellisuuden parantamiseksi:

1. Hoitohenkilöstön tietoisuutta vulvodyniasta, sen hoitomenetelmistä ja seksologian erityisosaamista tulisi lisätä moniammatillisen täydennyskoulutuksen avulla.
2. Hoito-organisaatioissa moniammatillista tiimityöskentelyä on tarpeen lisätä vulvodyniapotilaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.
3. Tukea ja tietoa sairaudesta tulee jakaa varhaisessa vaiheessa vulvodyniaa sairastavalle ja myös hänen kumppanilleen.

LÄHTEET

- Bergeron S, Khalife S, Glazer HI, Binik YM. 2008. Surgical and behavioral treatments for vestibulodynia: two-and-one-half year follow-up and predictors of outcome. *Obstetrics & Gynecology* 111, 159–166.
- Bohm-Starke N, Brodda-Jansen G, Linder J, Danielsson I. 2007. The result of treatment on vestibular and general pain thresholds in women with provoked vestibulodynia. *Clinical Journal of Pain* 23, 598–604.
- Buchan A, Munday P, Ravenhill G, Wiggs A, Brooks F. 2007. A qualitative study of women with vulvodynia: I. The journey into treatment. *Journal of Reproductive Medicine* 52, 15–18.
- Danielsson I, Sjöberg I, Ostman C. 2001. Acupuncture for the treatment of vulvar vestibulitis: a pilot study. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 80, 437–441.
- Danielsson I, Torstensson T, Brodda-Jansen G, Bohm-Starke N. 2006. EMG biofeedback versus topical lidocaine gel: a randomized study for the treatment of women with vulvar vestibulitis. *Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica* 85, 1360–1367.
- Duffy ME. 2002. Methodological Issues In Web-based Research. *Journal of Nursing Scholarship* 34, 83–88.
- Elo S, Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 107–115.
- Graneheim UH, Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 105–112.
- Heikkilä A, Hupli M, Leino-Kilpi H. 2008. Verkkokysely tutkimusaineiston keruumenetelmänä. *Hoitotiede* 20, 101–110.
- Holloway I, Wheeler S, Holloway I. 2010. *Qualitative research in nursing and healthcare*. 3. painos. Wiley-Blackwell. Chichester.
- Innamaa A, Nunns D. 2006. A review of vulval pain syndromes. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health* 98, 36–40.
- Jeng CJ, Wang LR, Chou CS, Shen J, Tzeng CR. 2006. Management and outcome of primary vaginismus. *Journal of Sex & Marital Therapy* 32, 379–387.
- Jernfors V, Rekonen S, Paavonen J. 2004. Fysioterapia yhdyn-täkipua aiheuttavan vulvan vestibuliittioireyhtymän hoidossa. *Suomen Lääkärilehti - Finlands Läkartidning* 59, 2141–2144.
- Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.
- Kylmä J, Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki.
- LaCoursiere S. 2003. Research methodology for the internet: external validity (generalizability). *Advances in Nursing Science. Health and the World Wide Web* 26, 257–273.
- LaCoursiere S. 2001. A theory of online social support. *Advances in Nursing Science* 24, 60–77.
- Landry T, Bergeron S, Dupuis MJ, Desrochers G. 2008. The treatment of provoked vestibulodynia: a critical review. *Clinical Journal of Pain* 24, 155–171.
- Mandal D, Nunns D, Byrne M, McLelland J, Rani R, Cullimore J, Bansal D, Brackenbury F, Kirtschig G, Wier M. 2010. Guidelines for the management of vulvodynia. *British Journal of Dermatology* 162, 1180–1185.
- Mariani L. 2002. Vulvar vestibulitis syndrome: an overview of non-surgical treatment. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology* 101, 109–12.
- Masheb RM, Kerns RD, Lozano C, Minkin MJ, Richman S. 2009. A randomized clinical trial for women with vulvodynia: Cognitive-behavioral therapy vs. supportive psychotherapy. *Pain* 141, 31–40.
- McGuire H, Hawton KKE. 2009. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4.
- Metts JF. 1999. Vulvodynia and vulvar vestibulitis: challenges in diagnosis and management. *American Family Physician* 59, 1547–1556.
- Moilanen P, Rähkä P. 2007. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa: Aaltola J, Valli R. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. 2. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreet-

- tisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 2. korj. ja täyd. painos. PS-Kustannus. Juva, 46–69.
- Munday P, Buchan A, Ravenhill G, Wiggs A, Brooks F. 2007. A qualitative study of women with vulvodynia: II. Response to a multidisciplinary approach to management. *Journal of Reproductive Medicine* 52, 19–22.
- Murina F, Bernorio R, Palmiotto R. 2008. The use of amielle vaginal trainers as adjuvant in the treatment of vestibulodynia: an observational multicentric study. *Medscape Journal of Medicine* 10, 23.
- Nyberg R. 2010. Vulvodyniapotilaan hoitoprosessi ja sen sujuvuuden parantaminen. Hanke K5C072-loppuraportti. Tampereen yliopistollinen sairaala. PSHP.
- Paavonen J. 2009. Vulvodynia: Lääkärin käsikirja. Saatavissa: www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00650. [luettu 1.11.2011].
- Polit DF, Beck CT. 2004. *Nursing research: principles and methods*. 7. painos. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia.
- Rosenbaum TYY. 2005. Physiotherapy treatment of sexual pain disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy* 31, 329–40.
- Stone-Godena T. 2006. Vulvar pain syndromes: vestibulodynia. *Journal of Midwifery & Women's Health* 51, 502–509.
- Strauhal MJ, Frahm J, Morrison P, Featherstone W, Hartman D, Florendo J. 2007. Vulvar pain: a comprehensive review. *Journal of Women's Health Physical Therapy* 31, 7–26.
- Ter Kuile MM, Bulte I, Weijnenborg PT, Beekman A, Melles R, Onghena P. 2009. Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: a replicated single-case design. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 77, 149–159.
- Toeima E, Nieto J. 2011. Junior doctors' understanding of vulvar pain/vulvodynia: a qualitative survey. *Archives of Gynecology & Obstetrics* 283, 101–104.
- Updike GM, Wiesenfeld HC. 2005. Insight into the treatment of vulvar pain: A survey of clinicians. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193, 1404–1409.
- van Lankveld JJ, ter Kuile MM, de Groot HE, Melles R, Nefs J, Zandbergen M. 2006. Cognitive-behavioral therapy for women with lifelong vaginismus: a randomized waiting-list controlled trial of efficacy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 74, 168–178.
- Wijma B, Engman M, Wijma K. 2007. A model for critical review of literature – with vaginismus as an example. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 28, 21–36.

ABSTRACT

Care experiences of the women with vulvodynia

Minna Törnävä MNSc, Meeri Koivula PhD, Tarja Suominen PhD.

The purpose of the study is to describe women's experiences of the treatment of vulvodynia. The aim of this study is to produce research-based information on vulvodynia to develop patients' care.

The data were collected from a closed discussion column in the Internet as an anonymous network inquiry in 2011. Thirty-three women with vulvodynia responded. The data were analyzed using qualitative inductive content analysis.

The women with vulvodynia had negative and positive care experiences from the treatment of the illness. They had experienced the treatment of vulvodynia as caring treatment and also as a disappointing care relation. The women experienced the peer support of the closed discussion column in the Internet and self-care supported the treatments.

It can be concluded that the awareness of health care professionals about vulvodynia and its care must be increased. A unique, comprehensive and multidisciplinary treatment support women's empowering experience in the illness. More attention must be paid to information and support also for partners of women with vulvodynia.

KEY WORDS

vulvodynia, care experience, network inquiry, qualitative content analysis

Women with vulvodynia: awareness and knowledge of its care among student healthcare staff

Minna Törnävä PT, MSc (PhD Candidate)^{1,2}, **Meeri Koivula** RN, PhD (Senior Lecture)¹, **Mika Helminen** MSc (Statistician)^{1,2} and **Tarja Suominen** RN, PhD (Professor)¹

¹Faculty of Social Sciences, Health Sciences, University of Tampere, Tampere, Finland and ²Tampere University Hospital, Pirkanmaa Hospital District, Tampere, Finland

Scand J Caring Sci; 2017

Women with vulvodynia: awareness and knowledge of its care among student healthcare staff

Background: Many women with vulvodynia are women of fertile age, and this syndrome may cause many physical and psychosexual functional disorders. Women with vulvodynia often find that healthcare professionals seem to demonstrate a lack of awareness about the syndrome and its care. These issues have not been previously studied among student healthcare staff.

Aim: To investigate awareness and knowledge about vulvodynia and its care among staff in the student healthcare sector in Finland.

Method: The study design was cross sectional. A survey instrument called 'Awareness and knowledge of vulvodynia and its care' was developed for this study and was used for data collection. The data were collected from a web-based survey conducted with student healthcare professionals (N = 191, n = 79) in all 13 student healthcare units in Finland. Descriptive statistical methods were used to describe the connections between the factors associated with awareness of vulvodynia and its care. Ethical standards were followed throughout the study.

Results: The primary results of the study indicated that the respondents had somewhat good awareness of how to identify vulvodynia and somewhat poor awareness of the treatments for vulvodynia. Participants' awareness of the meaning of encountering patients, as well as the information and support they provided, was good. Based on the knowledge test, knowledge of vulvodynia and its care was estimated to be poor. The respondents' experience-based skills in treating vulvodynia and education about vulvodynia were mostly associated with better awareness and knowledge about vulvodynia and its care.

Conclusion: The student healthcare staff who meet and care for women of fertile age have irregular awareness and knowledge of vulvodynia and its care. The creation of educational programs to develop such awareness and knowledge is recommended to obtain a standard quality of care for all women with vulvodynia.

Keywords: vulvodynia, vulvar pain, women's health, awareness, knowledge, patient care management, nursing, student health care, web-based survey.

Submitted 15 June 2016, Accepted 8 February 2017

Introduction

Vulvodynia, which involves the female reproductive system, represents both physical and psychosexual health concerns for women. However, women with this syndrome often find that it is misunderstood, misdiagnosed, mismanaged and ignored (1–3). Vulvodynia carries a heavy personal cost to patients (1, 4) and a significant

financial cost to society (4), with women typically consulting over three physicians about pain (5, 6). It is important that healthcare professionals who meet women of reproductive age have sufficient awareness and knowledge of vulvodynia and its management. Early intervention to deal with the symptoms of vulvodynia in primary health care, such as student health care, may prevent sexual and reproductive health problems in young women (1, 7, 8). Though there is some evidence regarding the knowledge of vulvodynia and its care among physicians (9–11), there is no such research in primary healthcare settings, such as among student healthcare staff who meet and care for nulliparous women.

Correspondence to:

Minna Törnävä, Tampere University Hospital, PO Box 2000, FIN-33521 Tampere, Finland.

E-mails: tornava.minna.k@student.uta.fi; minna.tornava@pshp.fi

Background

Definition and aetiology of vulvodynia

If a woman has vulvar pain that has no clear aetiology, it is usually called *vulvodynia*. The International Society for the Study of Vulvar Diseases (ISSVD) defines vulvodynia as chronic pain or discomfort involving the vulva for more than 3 months and for which no obvious aetiology can be found (12, 13). The term ‘burning vulva syndrome’ was coined by the ISSVD in 1975 (14). Nowadays, vulvodynia can be classified according to the anatomical site of the patient’s pain. The pain may be localised to a specific area (localised vulvodynia) or all over the vulva (generalised vulvodynia). Vulvodynia can also be categorised based on whether a woman’s pain is provoked or unprovoked (7, 15, 16). Women with vulvodynia most often describe the quality of the pain as burning, rawness, stinging, tearing or irritation in the vulva area. Women may feel vulvodynia only during sexual intercourse, but it can also be triggered by nonsexual activities (15, 17).

Localised, provoked vulvodynia is the most common form of the condition, with a prevalence of 16%, and patients are usually young nulliparous women (<30 years old). These women experience vulvar pain through direct touch, such as sexual intercourse, tampon insertion or physical examination. Most women with vulvodynia complain of pain during sexual activities (dyspareunia) or of inability to have intercourse due to pain (5, 18). Localised, provoked vulvodynia is often associated with vaginismus: involuntary spasms of the pelvic floor muscles provoked by touch, which narrow or close the vaginal opening (17, 19). Generalised vulvodynia is less common, with a prevalence of 6–7%. Those women feel the pain as a diffused, constant, burning or raw pain anywhere in the genital and/or pelvic area. The onset of generalised vulvodynia usually occurs in women at the age of 40, but all ages can be affected (15, 20).

The prevalence of vulvodynia, or unexplained vulvar pain, in women has been investigated in the United States (5, 21, 22), Portugal (23) and Sweden (24, 25). These studies have shown the lifetime prevalence of unexplained vulvar pain to be between eight and 16%, and its incidence is thought to be increasing in young women. The onset of the pain symptoms usually occurs in young women between the ages of 18 and 25. One study showed that 47–49% young Swedish women (between 13 and 22 years of age) had dyspareunia (26). Regarding race, American researchers found that Hispanic women had a higher risk of unexplained vulvar pain, but there was little difference in the risk between white and black women (5, 27). However, Reed et al. (22) reported a higher prevalence of vulvodynia among White and Hispanic women when compared with black women. It is believed that vulvodynia

causes are multifactorial. Though the exact causes remain uncertain, researchers have isolated some possible causes for vulvodynia, including inflammation, genetic factors, hormonal factors and contributing psychosocial factors (27–29). Beginning the use of birth control pills at an early age has also been found to be related to increased sensitivity in the mucosa of vulvar vestibular area (15, 30, 31). It has also been found also that experiencing severe pain at first tampon insertion is linked to a higher risk of reporting chronic dyspareunia (5, 32). Musculoskeletal factors, particularly pelvic floor muscle dysfunction, are also commonly associated with vulvodynia, especially among women with vaginismus (33, 34).

Women’s experiences with vulvodynia

Women with vulvodynia experience this bodily pain syndrome not only physically, but also psychologically. Vulvar pain affects the way women experience their genitals and bodies overall. Because sexual organs are closely tied to gender, and therefore womanhood, women with this genital disorder often find that it affects their selfhood (35). Women with vulvodynia have reported a reduced quality of life, including anxiety and depression, as well as feelings of shame and guilt regarding the pain in their genital area (36–38). Because women with vulvodynia have challenges with or are unable to perform penetrative vaginal intercourse, they describe themselves as fake or inauthentic women, and as incomplete girlfriends or wives (18, 35, 39). Indeed, vulvodynia is reflected in couple’s relationships. Not only does sexual pain shape couples’ sex life (18, 35, 39), but it also may affect a relationship’s stability and shape (39). Vulvodynia in a couple may strain the relationship, but its effect may also be neutral, and it can even be empowering, depending on the women and their partners’ pain behaviour models (39–41). Some women choose to live without a partner because of the sexual pain, as they feel that life is easier without being in a couple (39).

Treatment of vulvodynia

Evidence regarding the care of vulvodynia is mostly based on clinical experience, descriptive studies and reports of experts’ committees, because there have been few randomised trials (16, 42, 43). Counselling by healthcare personnel about gentle self-care of the vulva area is essential to minimise vulva irritation (15, 42, 44). Also, counselling regarding the use of desensitisation and dilatation exercises at home have been found to be beneficial in reducing vulvar pain (16, 45).

Pelvic floor physiotherapy has been shown to reduce pain in women with vulvodynia. Biofeedback helps

women develop their ability to self-regulate, thereby better controlling the reactions of the pelvic floor muscle and reducing the pain in the vulva (19, 46, 47). Physiotherapy modalities also include internal and external myotrigger-point release manipulation, transcutaneous electrical stimulation and instructions for self-care with vulvodynia (16, 47, 48).

Psychosexual interventions, such as cognitive-behavioural therapy or sex therapy, have also been shown to be efficacious in reducing vulvar pain and improving associated psychosexual outcomes women with vulvodynia (49). The goals of psychosexual interventions are to help women to view their vulvar pain as a multidimensional problem that involves emotions, behaviours and couple interactions. In therapy, women and sometimes their partners try to modify some of the factors described above to increase adaptive coping, decrease pain intensity and improve the quality of sexual functions (49, 50). If a woman with vulvodynia has a partner, couple therapy is recommended (50, 51). A partner's behavioural reaction to a woman's pain has been shown to have an impact on the intensity of pain and her reaction to the pain (40, 41).

Medical interventions, such as medications used to treat vulvodynia, include topical, oral and injectable medical substances. Commonly prescribed medications include local anaesthetics, which can be used before intercourse or overnight (16, 42, 47). If conservative treatments have not been useful and the pain is localised provoked vulvodynia, a surgery called vestibulectomy may be an effective treatment (52).

Although optimal evidence regarding specific treatment options is still unavailable, an individualised, multidisciplinary approach is recommended to address both the physical and psychosexual aspects of vulvodynia (16, 17, 42). Women who have participated in such care have generally perceived it as holistically beneficial. They have reported feeling safe, empowered and supported by a team of many professionals. A team approach has been shown to increase women's knowledge of the syndrome and to help them gain the skills they need to address their pain. They have reported reduced vulvar pain when interventions complemented one other. Moreover, the multidisciplinary approach encourages women to take the responsibility for her own care (1–3).

Knowledge of vulvodynia and its care

Existing research about knowledge of vulvodynia and its treatment among healthcare professionals has focused on the perspectives of either women with vulvodynia or physicians. The few scientific studies investigating women's experiences of the care they received have reported that healthcare staff's knowledge was inadequate from the patients' viewpoint (1, 4, 8). However, in

the experience of women with vulvodynia, the syndrome is often misunderstood, misdiagnosed, mismanaged and ignored (1–3). An estimated 40% of women seeking treatment fail to receive help, and this estimate may be conservative (5, 29). Harlow and Stewart (5) found that 60% of women who sought help for their syndrome saw three or more doctors, many of whom could not provide a diagnosis.

Toeima and Nieto (10), who examined this issue from the perspective of medical practitioners, had similar results: they found that junior gynaecologists had insufficient understanding of vulvodynia and its management. Phillips et al. (9) reported a slightly better awareness among obstetricians and gynaecologists, who were moderately comfortable with providing care for vulvodynia patients. An earlier study (11) found that physicians who treated women with chronic vulvar pain had a good level of knowledge, allowing them to evaluate the condition and use different treatments. Because of their solid knowledge of vulvodynia and its care, the physicians were able to recommend a variety of self-care modifications to women with vulvodynia and use a wide variety of therapies for different variants of vulvodynia.

To date, no study on this topic has been conducted from the perspective of primary health care, such as student healthcare professionals. In Finland, these healthcare providers usually have first contact with young women who have problems with intimacy. Women with vulvodynia have reported negative experiences with Finnish primary health care in terms of knowledge of vulvodynia and its care (1). There is a need, therefore, to measure awareness and knowledge of vulvodynia and its care among student healthcare professionals who meet and provide care to young women.

Methods

Aims

The aims of this study were to describe the student healthcare staff's awareness and knowledge of vulvodynia and its care, as well as the factors associated with this issue.

Design and sample

The study design was national, descriptive and cross sectional. Student health care is part of primary health care in Finland. Student healthcare staff, who serve higher education students, were chosen as the target group because they meet women of reproductive age. The study was conducted nationwide in all 13 student healthcare units in Finland, which serve higher education students over 18 of age. One unit was used to run a pilot survey. Student healthcare unit professionals (N = 191), such as

public health nurses, Registered Nurses, physiotherapists, psychologists and physicians, in the general and mental healthcare fields of the remaining 12 units were invited to participate in the survey via an email information letter that detailed the study's objectives and explained that completing the web-based survey implied their consent. The information letter also stated that participation was voluntary, and the survey was completely anonymous (53). The survey was carried out between February and April 2015. The data were collected from a web-based questionnaire. A hyperlink was included in the information letter sent to the respondents, which allowed the healthcare professionals to respond voluntarily to an anonymous web-based survey. The researcher wrote an email reminder letter about the survey, which the nurses in charge of the units sent twice, on the second and fourth weeks, respectively, after the survey started.

Instrument

The web-based questionnaire consisted of individual background factors and 'The awareness and knowledge of vulvodynia and its care' (AKVDC) survey instrument developed by authors (Table 1). This new AKVDC survey instrument was created to assess the healthcare staff's awareness and knowledge of vulvodynia and its care. The AKVDC survey instrument included two main parts: 'Awareness of vulvodynia and its care' (Part 1) and 'Knowledge about vulvodynia and its care' (Part 2). Part 1 was developed based on patient-related qualitative research findings on the care experiences of women with vulvodynia (1, 39), while Part 2 was based on the

previous literature about vulvodynia (e.g. 7, 27, 28) and its management (e.g. 15, 16, 19).

Part 1 of the AKVDC instrument covered four main dimensions of awareness: how to identify vulvodynia, the treatments for vulvodynia, the significance of encountering vulvodynia patients and the significance of providing information and support to vulvodynia patients. A six-point Likert scale, ranging from 1 (completely disagree) to 6 (completely agree) or ranging from 1 (I know it remarkably poorly) to 6 (I know it remarkably well), was used to measure the participants' awareness. *Awareness of how to identify vulvodynia* was measured with 14 items concerning the identification of symptoms of vulvodynia. For example, participants were asked to react to the following claim: 'Vulvodynia may rule out intercourse'. *Awareness of the treatments for vulvodynia* was measured with 13 items concerning the treatment options of vulvodynia, such as self-care, and guidelines for the treatment. For instance, for this dimension, respondents responded to the following item: 'I know the content of nursing in the treatment of vulvodynia'. *Awareness of the significance of encountering vulvodynia patients* was measured by 15 items regarding the meaning of encountering patients at a reception situation. For example, one item for this dimension is 'I know how at a reception situation I encounter sexual problems of women with vulvodynia'. *Awareness of the significance of providing information and support to vulvodynia patients* was measured with 24 claims based on patient reports concerning the value of receiving information and support, such as 'Providing information to women about vulvodynia motivates them to self-treat' (Table 1).

Table 1 The Awareness and Knowledge of Vulvodynia and its Care (AKVDC) survey instrument

AKVDC			
Part 1	Items	Answering scale	α
Awareness of VD and its care		A six-point Likert scale	
How to identify VD	14		0.83
	7	From 1 = completely disagree to 6 = completely agree	
	7	From 1 = I know it remarkably poorly to 6 = I know it remarkably well	
The treatments for VD	13		0.80
	7	From 1 = completely disagree to 6 = completely agree	
	6	From 1 = I know it remarkably poorly to 6 = I know it remarkably well	
The significance of encountering VD patients	15		0.89
	11	From 1 = completely disagree to 6 = completely agree	
	4	From 1 = I know it remarkably poorly to 6 = I know it remarkably well	
The significance of providing information and support to VD patients	24	From 1 = completely disagree to 6 = completely agree	0.91
Part 2	Items	Answering scale	
Knowledge about VD and its care	20	Three options: true, false or unsure	

VD, vulvodynia; α , The Cronbach's alpha.

Part 2 of the AKVDC instrument covered the participants' knowledge through 20 items on vulvodynia and its care. This part of the instrument was used to measure the participants' knowledge about the definition (12, 14, 15), aetiology (7, 28, 54) and management options (16, 17, 44) of vulvodynia based on evidence. This knowledge test used three options for the answers: true, false and unsure. An example of one item in this test is 'Psychosexual therapies are not used in the treatment of vulvodynia' (Table 1).

Data analysis

The data were analysed using IBM SPSS Statistics 23 for Windows (IBM 2015, IBM corporation, Armonk, NY, USA). The Cronbach's alpha score was used to calculate whether the aggregate of Part 1 of the AKVDC instrument was valid. The items in Part 1 were rated using a six-point Likert scale. The subscale scores were obtained by summing the responses for each item and calculating the mean response. The average scores of the subscales created the total score for awareness, which was divided as follows: 1.00–1.82 (remarkably poor awareness), 1.83–2.66 (poor awareness), 2.67–3.50 (somewhat poor awareness), 3.51–4.34 (somewhat good awareness), 4.35–5.18 (good awareness) and 5.19–6.00 (remarkably good awareness).

For the purpose of calculating the participants' knowledge of the items in Part 2 of the AKVDC instrument, all correct answers were recorded as equal to 1; all incorrect or unsure answers were recorded as 0. The data from the 20 questions were analysed by totalling the score for all the answers from each participant, resulting in an individual knowledge score between 0 and 20.

Descriptive statistics using absolute (n) and relative (%) frequencies were applied to analyse the categorical data, while the mean, median (Md), quartile (Q1, Q3) and interquartile range (IQR) were used to calculate the respondents' awareness and knowledge of vulvodynia and its care. For the knowledge test, the mean of the correct answers was used to calculate the respondents' knowledge of vulvodynia and its care. Nonparametric tests were used because of the small sample size and because the variables were not normally distributed. The Mann–Whitney *U*-test was used for the comparison of variables with two categories. The Kruskal–Wallis test was used to analyse the connections among variables with three categories. A *p*-value of <0.05 was considered statistically significant.

Validity and reliability

The AKVDC instrument's content and face validity were tested by an independent panel of multiprofessional healthcare staff (N = 9) composed of uro-/gynaecological nurses, pelvic floor physiotherapists, sex counsellors and

gynaecologists. They commented on the structure, phrasing, clarity, comprehensibility, relevance and assessment scale of the instrument. Based on their work experience with vulvodynia patients, the instrument was modified as appropriate.

The reliability test for Part 1 of the AKVDC instrument was conducted using a pilot group of student healthcare staff (n = 34). The pilot participants were asked to complete the questionnaire and give feedback about unclear questions in the instrument. Internal reliability was tested by calculating the Cronbach's alpha (α) for each subscale. We found acceptable internal consistency ($\alpha > 0.70$) for all subscales except the 'awareness of the significance of encountering patients' ($\alpha = 0.69$). Thus, we clarified a few questions under the dimension of awareness. Prior to the actual study with student healthcare staff, the instrument was modified and clarified based on the pilot study.

In this study, all four subscales under Part 1 showed acceptable internal consistency (Table 1). The Cronbach's alpha values for the subscales of the awareness dimensions were as follows: how to identify vulvodynia ($\alpha = 0.83$), treatments for vulvodynia ($\alpha = 0.80$), the significance of encountering patients ($\alpha = 0.89$) and the significance of providing information and support to patients ($\alpha = 0.91$).

Results

Participants' characteristics

Seventy-nine healthcare professionals in the student healthcare field agreed to participate, and there was a 41.4% response rate. The majority of the participants were female (94%) and public health nurses (42%) who worked under a regular contract (86%). Their average age was 46 (range: 27–65). Their length of work experience in health care ranged between 1 and 40 years (mean: 20 years).

Eleven participants had specialised in sexology. A third of the participants had attended one or more lectures about vulvodynia. The majority of the participants (63%) met with patients with vulvodynia – or those suspected to have the condition – less often than once a month. Based on their own experience, the majority (76%) of the participants rated themselves poorly regarding their skills in providing care for vulvodynia patients. Similarly, most (81%) reported that their skills were poor with regard to taking care of both vulvodynia patients and the patients' partners. Over half of the participants (54%) claimed to have good, experience-based skills in discussing intimate issues in a natural manner during their encounters with patients (Table 2).

The highest response rate was among public health nurses; thirty-three of 52 public health nurses (64%)

participated in the survey. Among the physiotherapists ($n = 9$), the response rate was 44%. Among the physicians ($n = 62$) and other nursing/therapy staff participants ($n = 14$), the average response rate was 36%. Most nonparticipants of the student healthcare unit professionals ($N = 191$) were psychologists and Registered Nurses; only 11 of 40 psychologists and four of 14 Registered

Nurses participated in the survey, with an average response rate of 28%.

Part 1 of the AKVDC: Awareness of Vulvodynia and Its Care

Awareness of how to identify vulvodynia among the participants was somewhat good ($Md = 3.86$ out of 6.00) among the student healthcare staff. Of the background factors, the respondents' specialisation in sexology, participation in one or more lectures on vulvodynia and frequency of meetings with vulvodynia patients were statistically significantly associated with awareness of how to identify vulvodynia. Moreover, all experienced-based skills, such as providing care to vulvodynia patients, providing care for vulvodynia couples and discussing intimate matters, were statistically significantly associated with the awareness of how to identify vulvodynia. The awareness of participants with a specialisation in sexology was good. Additionally, the participation of respondents in lecture/s on vulvodynia was positively associated with their awareness of this dimension. The participants who had not met with vulvodynia patients rated their awareness as somewhat poor, whereas their colleagues who had met with vulvodynia patients less often or least once a month rated their awareness as somewhat good. Based on their experiences, the participants who regarded themselves as having good skills in caring for vulvodynia patients or vulvodynia-impacted couples rated their awareness of how to identify vulvodynia as good. Participants who rated their skills as poor in terms of being able to discuss intimate issues naturally also rated their awareness as somewhat poor (Table 3).

Awareness of treatments for vulvodynia among the participants was somewhat poor ($Md = 3.23$ out of 6.00). Of the background factors, age, work experience, specialisation in sexology, participation in one or more lectures on vulvodynia, frequency of meetings with vulvodynia patients and experienced-based skills in caring for vulvodynia patients and couples and in discussing intimate issues in a natural manner were statistically significantly associated with participants' awareness of treatments for vulvodynia. Participants aged between 27 and 40 rated their awareness of treatment as somewhat good, which was higher than the self-ratings of their older colleagues. Participants with a specialisation in sexology rated their awareness as somewhat good, whereas those with no specialisation in sexology rated their awareness as somewhat poor. Additionally, the participation of respondents in one or more lectures on vulvodynia was positively associated with their awareness of how to identify vulvodynia when compared to the awareness of participants who did not attend such lectures. Participants who had not met with vulvodynia patients or who met with vulvodynia patients less often than once a month rated their

Table 2 Characteristics of study participants ($n = 79$)

Demographic variables	<i>n</i>	%
Gender		
Female	74	93.7
Male	5	6.3
Age		
27–40	25	31.6
41–53	26	32.9
54–65	28	35.4
Years of work experience in health care		
1–14	24	30.4
15–27	28	35.4
28–40	27	34.2
Education		
Nursing and therapy staff	57	
Public health nurse	33	41.8
Registered Nurse	4	5.1
Psychologist	11	13.9
Physiotherapist	4	5.1
Other	5	6.3
Physician staff	22	
Physician	22	27.8
Type of job contract		
Regular	68	86.1
Fixed-term	10	12.6
Hourly	1	1.3
Specialisation in sexology		
Yes	11	13.9
No	68	85.1
Attended lecture/s on VD		
Yes	26	32.9
No	53	67.1
Frequency of meetings with VD patients		
Never	14	17.7
<1 x a month	50	63.3
1–3 x a month	12	15.2
1 x a week	3	3.8
>1 x a week	0	0
Experienced-based skills in taking care of VD patients		
Poor (scale of 1–3)	60	75.9
Good (scale of 4–6)	19	24.1
Experienced-based skills in taking care of VD couples		
Poor (scale of 1–3)	64	81.0
Good (scale of 4–6)	15	19.0
Experienced-based skills in naturally discussing intimate issues		
Poor (scale of 1–3)	36	45.6
Good (scale of 4–6)	43	54.4

VD, vulvodynia.

Table 3 Awareness of vulvodynia and its care, by characteristics of study participants

Awareness of Characteristics	How to identify VD		Treatments for VD		The significance of encountering VD patients		The significance of providing information and support to VD patients	
	Md	IQR	Md	IQR	Md	IQR	Md	IQR
Student healthcare staff (n = 79)	3.86	0.86	3.23	1.00	5.00	1.00	5.17	0.88
Age ^a								
27–40 (n = 25)	3.57	0.79 ^{ns}	3.54	1.00***	4.67	0.83 ^{ns}	4.96	1.17 ^{ns}
41–53 (n = 26)	3.68	1.02	2.73	0.54	5.13	1.02	5.17	0.65
54–65 (n = 28)	4.00	0.82	3.46	1.17	5.10	0.87	5.33	0.93
Work experience (years) in health care ^a								
1–14 (n = 24)	3.57	0.82 ^{ns}	3.38	0.96*	4.73	0.83 ^{ns}	4.98	1.27 ^{ns}
15–27 (n = 28)	3.79	0.91	2.92	0.67	5.07	1.18	5.27	0.69
28–40 (n = 27)	4.07	1.14	3.38	0.92	5.13	1.07	5.21	0.92
Education ^b								
Nursing and therapy staff (n = 57)	3.79	0.89 ^{ns}	3.08	1.04 ^{ns}	4.93	0.97 ^{ns}	5.25	0.77 ^{ns}
Physician staff (n = 22)	3.89	0.82	3.50	0.98	5.13	0.93	4.90	1.19
Specialization in sexuality ^b								
No (n = 68)	3.79	0.84**	3.00	0.90***	4.93	0.93 ^{ns}	5.23	0.82 ^{ns}
Yes (n = 11)	4.50	1.29	4.08	0.69	5.33	0.73	4.75	0.83
Attended lecture/s on VD ^b								
No (n = 53)	3.71	0.86*	2.92	1.04*	5.00	1.10 ^{ns}	5.21	0.73 ^{ns}
Yes (n = 26)	4.11	0.82	3.46	0.67	5.00	0.67	4.92	1.01
Frequency of meetings with VD patients ^a								
Never (n = 14)	3.29	0.91**	2.85	1.04*	4.73	1.02 ^{ns}	5.33	0.70 ^{ns}
<1 x a month (n = 50)	3.86	0.80	3.19	0.94	5.00	0.97	5.08	0.72
≥1 x a month (n = 15)	4.14	0.86	3.62	1.23	5.20	1.00	5.54	1.17
Skills in taking care of VD patients ^b								
Poor (n = 60)	3.61	0.84***	2.92	0.85***	4.80	0.98*	5.23	0.78 ^{ns}
Good (n = 19)	4.43	0.86	3.85	0.77	5.20	0.73	4.92	1.17
Skills in taking care of VD couples ^b								
Poor (n = 64)	3.68	0.79***	3.00	0.88***	4.80	0.98*	5.23	0.82 ^{ns}
Good (n = 15)	4.50	1.14	4.08	0.69	5.27	0.67	4.92	0.88
Skills in naturally discussing intimate issues ^b								
Poor (n = 36)	3.39	0.98***	2.85	0.67***	4.60	0.88**	5.17	0.74 ^{ns}
Good (n = 43)	4.07	0.79	3.54	0.85	5.20	0.73	5.21	0.96

VD, vulvodynia; Md, median; IQR, interquartile range; ns, not significant.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

^aThe Kruskal–Wallis test.

^bThe Mann–Whitney *U*-test.

awareness of treatments for vulvodynia as poor. Based on their experience, the participants who perceived themselves as having good skills in providing care for vulvodynia patients or couples rated their awareness of the care for vulvodynia patients as somewhat good. Participants who claimed to have good skills in discussing intimate issues naturally rated their awareness as somewhat good (Table 3).

Awareness of the significance of encountering vulvodynia patients among the participants was good (Md = 5.00 out of 6.00). Of the background factors, only skills in caring for vulvodynia patients and couples and discussing intimate issues naturally were statistically significantly

associated with awareness of the meaning of encountering patients. Based on their experience, participants who reported having good skills in taking care of vulvodynia patients or couples rated their awareness of the meaning of encountering patients as remarkably good. Likewise, participants who claimed to have good skills in discussing intimate issues naturally rated their awareness as remarkably good (Table 3).

Awareness of the significance of providing information and support to vulvodynia patients among all participants was good (Md = 5.17 out of 6.00). None of the background factors were associated with awareness of this dimension (Table 3).

Part 2 of the AKVDC: Knowledge of Vulvodynia and Its Care

The participants' knowledge of vulvodynia and its care was assessed with a 20-item test. One participant answered all items correctly. Half or more of the questions were correctly answered by 37 participants (46.9%). The mean of the correct answers for the 20 items across the entire data set was 9.34. All other factors except 'experienced-based skills in naturally discussing intimate issues' were statistically significantly associated with knowledge of vulvodynia and its care. Participants aged 54–65 had higher knowledge scores than those of the younger age groups (mean = 11.57 vs. 8.35 and 7.88, respectively). Similarly, the participants with 28–40 years of work experience had higher knowledge scores (mean = 11.41) than those with 15–27 years (mean = 8.46) or 1–14 years (mean = 8.04) of work experience. The physicians scored higher on knowledge than the nursing and therapy staff (mean = 11.27 vs. 8.60, respectively). Participants who had specialised in sexology scored higher on knowledge than those without the specialisation (mean = 12.73 vs. 8.79, respectively). Likewise, participants who had attended one or more lectures on vulvodynia had higher knowledge scores than those who had not attended any lectures (mean = 11.46 vs. 8.30, respectively). Participants who held at least one meeting per month with vulvodynia patients had higher knowledge scores (mean = 12.67) than those who met with patients less often than once a month (mean = 9.18) or never (mean = 6.36). The participants with good, experienced-based skills in caring for vulvodynia patients obtained higher knowledge scores than those who had poor skills (mean = 12.32 vs. 8.40). Participants with good, experienced-based skills in caring for vulvodynia couples had higher knowledge scores than those with poor skills (mean = 12.07 vs. 8.70, respectively) (Table 4).

Discussion

To the best of our knowledge, this is the first study to examine the awareness and knowledge of vulvodynia and its care that has involved primary healthcare providers. In this case, we included student healthcare unit workers and other healthcare professionals, such as public health nurses, Registered Nurses, psychologists and physiotherapists, rather than only studying physicians. Unfortunately, the response rate was low, especially among psychologists. Notably, in most of the reports generated by expert committees and in treatment guidelines for vulvodynia, psychosexual interventions were recommended as one method of treatment (16, 42, 49). This may cause healthcare professionals in Finland to consider vulvodynia as more of a somatic rather than a psychological disorder and could explain why psychologists were not motivated to respond to the survey. The public

Table 4 Knowledge scores on vulvodynia (VD) and its care, by characteristics of study participants

Characteristics	Knowledge of VD and its care			
	Mean	Q1	Q3	Md
Student healthcare staff (n = 79)	9.34	6.00	13.00	10.00
Age ^a				
27–40 (n = 25)	7.88	3.50	13.00	8.00**
41–53 (n = 26)	8.35	5.50	12.25	9.50
54–65 (n = 28)	11.57	9.00	15.00	13.00
Work experience (years) in health care ^a				
1–14 (n = 24)	8.04	3.25	13.00	8.00*
15–27 (n = 28)	8.46	5.25	11.75	9.00
28–40 (n = 27)	11.41	9.00	15.00	13.00
Education ^b				
Nursing and therapy staff (n = 57)	8.60	5.00	13.00	9.00*
Physician staff (n = 22)	11.27	9.00	13.25	13.00
Specialisation in sexology ^b				
No (n = 68)	8.79	5.00	13.00	9.00*
Yes (n = 11)	12.73	10.00	15.00	13.00
Attended lecture/s on VD ^b				
No (n = 53)	8.30	4.00	13.00	9.00*
Yes (n = 26)	11.46	9.00	14.25	12.00
Frequency of meeting VD patients ^a				
Never (n = 14)	6.36	0.00	9.25	5.50**
<1 x a month (n = 50)	9.18	6.75	13.00	9.50
≥1 x a month (n = 15)	12.67	11.00	15.00	12.00
Skills in taking care of VD patients ^b				
Poor (n = 60)	8.40	4.25	13.00	9.00**
Good (n = 19)	12.32	10.00	14.00	13.00
Skills in taking care of VD couples ^b				
Poor (n = 64)	8.70	5.00	13.00	9.00*
Good (n = 15)	12.07	8.00	14.00	13.00
Skills in naturally discussing intimate issues ^b				
Poor (n = 36)	8.33	4.00	12.75	9.00 ^{ns}
Good (n = 43)	10.19	7.00	13.00	12.00

Q1, Q3, quartiles; Md, median; ns, not significant.

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

^aThe Kruskal–Wallis test.

^bThe Mann–Whitney *U*-test.

health nurses responded commendably to the survey. They likely find it important because, in Finland, they tend to be the first healthcare workers to encounter women with intimate problems.

This study identified several areas for development among student healthcare professionals regarding this subject. In particular, we found that their awareness of treatments for vulvodynia was somewhat poor. Likewise, their knowledge of vulvodynia and its care, as measured through a knowledge test, was calculated as poor. Although the findings showed good awareness of the significance of encountering and of providing information and support to vulvodynia patients, we must conclude

that the participants had varied levels of awareness and knowledge of vulvodynia and its care.

In examining the background factors related to awareness of vulvodynia and its care, a specialisation in sexology was associated with better awareness of how to identify and treat vulvodynia, as was participation in vulvodynia lectures. Attending these lectures was also associated with better knowledge of vulvodynia and its care. We can therefore conclude that even short courses or education on this subject and on sexual health will enhance staff's awareness and knowledge of how to identify and manage vulvodynia. Several studies recommend a multidisciplinary approach to the care of vulvodynia as the most effective strategy (15, 42, 44). In this light, education programmes for providers should be organised multiprofessionally.

Based on the student healthcare professionals' experience and specialty, good skills in providing care to vulvodynia patients or couples were associated with a better awareness of how to identify and treat vulvodynia, as well as the significance of encountering patients. These factors were also connected to better knowledge of vulvodynia and its care. This finding was expected, since sufficient awareness of the syndrome would be a precondition for learning the relevant skills. Moreover, good, experienced-based skills in discussing intimate issues naturally were associated with the abovementioned dimensions of awareness. Possibly due to the naturalness of these conversations, healthcare professionals' awareness increased through patient-oriented communication (55). In a care situation, a calm, frank discussion between a vulvodynia patient and a healthcare professional about this intimate problem has been found to foster a sense of trust in women patients. In turn, this sense of trust facilitates a more detailed description of her vulvodynia symptoms and intimate problems (1, 55). It is also found that women with newly diagnosed vulvodynia are open to counselling to address the psychosexual aspects of their vulvar pain, and they report that it has helped them to cope with intimacy problems (56).

Participants who were 27–40 years old were more aware of treatment options for vulvodynia than older age groups. These younger practitioners are possibly more accustomed to searching international, evidence-based information on the syndrome, for which no national treatment recommendations or clinical guidelines have been issued so far. A few international clinical guidelines for the treatment of vulvodynia have been established (16, 19, 42). Another reason that younger participants may be more informed may be related to the fact that they are the same age as their potential patients with vulvodynia. They may have experience with this syndrome through their circle of acquaintances, or they may be interested in intimacy problems that may affect women's lives at their age (55). Likewise, participants

with fewer than 15 or more than 27 years of work experience in health care were more aware of treatments for vulvodynia than their colleagues with 15–27 years of work experience. Most of those who had fewer than 15 years of experience were younger healthcare providers, so this association may be explained in the same way as the previous result. Interestingly, participants who had over 27 years of work experience and were over 53 years old had better knowledge scores on the knowledge test than younger practitioners or those with less work experience. Participants who have worked the longest in the healthcare sector may have acquired experiential awareness of treatments for vulvodynia and knowledge of vulvodynia and its care.

In the present study, almost 20% of participants had never met or identified a woman with vulvodynia. Naturally, the participants who held meetings with vulvodynia patients at least once a month were more aware of how to identify and treat it. However, their awareness of how to identify the condition was better than their awareness of its treatment. This study's results showed that awareness of treatment for vulvodynia was the poorest dimension of awareness of this syndrome and its care. Likewise, the knowledge test showed that knowledge of the care methods was the poorest dimension. Vulvodynia is a complex pain syndrome that lacks clarity regarding its treatment and care, which may explain why treatment competence was the poorest dimension of awareness and knowledge. Current evidence regarding the care of vulvodynia is mostly based on clinical experience, descriptive studies and reports from expert committees; few randomised or longitudinal trials have been conducted (16, 17, 42). It is possible that, after vulvodynia has been identified, the patient is directed from student health care to specialist health care because of the practitioners' lack of awareness and knowledge of its treatment. However, once the condition has been identified by a physician, patients want to receive treatment for its symptoms or at least some information about vulvodynia and its self-care methods (1, 8). In student healthcare settings, public health nurses could provide first-line education about the vulva and counselling regarding its gentle care. Psychologists could also provide information to help women view vulvodynia as a multidimensional problem that involves emotions, behaviours and a couple's interactions. Women have been found to appreciate a multiprofessional care setting, which makes it easy to understand their own situation and to control their self-care (1–3). It is recommended that treatment of vulvodynia patients be multidisciplinary (16, 57, 58).

Some qualitative studies have examined women's experiences with the care they have received for vulvodynia. These studies have shown both positive and negative treatment experiences. Being diagnosed with vulvodynia is the first step in a patient's adoption of and

commitment to treatment (1, 2, 8). A delayed diagnosis and treatment of vulvodynia has been reported to adversely affect sexual health, as well as having a negative impact on mental health, self-esteem and emotions (1, 8). It has also been found that starting treatment eases anxiety and increases awareness of vulvodynia for both the patient and her partner (1, 3, 39). Dismissive, untrustworthy or unskilled encounters with healthcare staff have been shown to increase the patient's levels of shame, anxiety, despair and even disbelief in her own symptoms (1, 8). However, in the present study, the student healthcare providers' self-assessment of their awareness of the significance of encountering a vulvodynia patient was good.

In Finland, young women's first contact with intimate problems usually happens in a primary healthcare setting. In this case, student health care, as the primary healthcare provider for students in higher education, has an important role in early diagnosis and intervention with vulvodynia. It is important that public health nurses and other primary care providers provide counselling and self-care options to patients as a first-line treatment option (16, 42, 44). It is essential to keep in mind that the student healthcare sector's early intervention in treating vulvodynia symptoms might reduce or even prevent sexual and reproductive health problems, as well as other psychiatric effects and psychological and physical drawbacks related to the syndrome. Likewise, early diagnosis and intervention with first-care options in student health care may also be profitable to patients themselves and to society. Based on previous evidence and that of the present study, it is important to consider developing healthcare staff's awareness and knowledge of vulvodynia and its care, particularly regarding the abovementioned first-line treatment options.

Limitations

Some limitations of this study should be acknowledged. First, the AKVDC instrument is new, and it has only been used in a pilot test and in this study. The validity and reliability of this instrument warrant further testing with larger samples of healthcare professionals. Second, participation was voluntary, with a response rate of 41%. It is possible that the recruited participants were already focused on the sexual health issues of young students, leading to the potential for selection bias in the results. Third, reliance on self-reported measures might have led to common method bias, inflating the findings. Finally, the study's cross-sectional design could have prevented the inference of any causal relationships among the variables. Despite these drawbacks, this study provides some insights into the student healthcare staff's levels of awareness and knowledge of vulvodynia and its care.

Conclusion

The student healthcare staff who care for nulliparous women have varied levels of awareness and knowledge of vulvodynia and its care. As a consequence, they are not offering competent care and support to young women in need. However, primary care providers, such as public health nurses, could play a much more important role in counselling patients regarding self-care options, such as vulvar care measures, as first-line treatment options. Healthcare staff need to become better educated and give more attention to the awareness and knowledge of how to treat vulvodynia to prevent the sexual and reproductive health problems it causes in young women. Student healthcare centre workers as well as primary healthcare providers play an important role in the early diagnosis and implementation of first-line interventions for vulvodynia. The creation of educational programmes for vulvodynia and its first-line treatment options to increase student healthcare staff awareness and knowledge of vulvodynia and its care is recommended to establish a standard quality of care for women with vulvodynia in all student healthcare units.

Acknowledgements

We would like to thank student healthcare staff who kindly participated in the study.

Author contribution

Minna Törnävä is the author of the paper. She was responsible for the conception, design, data analysis and drafting of the manuscript. Meeri Koivula and Tarja Suominen were responsible for the conception, design, data analysis and critical revision of the manuscript, and for overall supervision. Mika Helminen was responsible for data analysis and statistical expertise.

Ethical approval

The study protocol was approved by the board of trustees of the student healthcare administrative units prior to the study.

Funding

This study was supported by the University of Tampere, School of Health Sciences, and by the Competitive State Research Financing of the Expert Responsibility Area of Tampere University Hospital (9S069/9U060). No conflict of interest has been declared by the authors.

References

- 1 Törnävä M, Koivula M, Suominen T. Vulvodyniaa sairastavien naisten hoitokokemuksia. (Care experiences of the women with vulvodynia). *Tutkiva hoitotyö* 2012; 10: 32–39.
- 2 Sadownik LA, Seal BN, Brotto LA. Provoked vestibulodynia—women’s experience of participating in a multidisciplinary vulvodynia program. *J Sex Med* 2012; 9: 1086–93.
- 3 Munday P, Buchan A, Ravenhill G, Wiggs A, Brooks F. A qualitative study of women with vulvodynia: II. Response to a multidisciplinary approach to management. *J Reprod Med* 2007; 52: 19–22.
- 4 Gordon AS, Panahian-Jand M, McComb F, Melegari C, Sharp S. Characteristics of women with vulvar pain disorders: responses to a Web-based survey. *J Sex Marital Ther* 2003; 29: 45–58.
- 5 Harlow BL, Stewart EG. A population-based assessment of chronic unexplained vulvar pain: have we underestimated the prevalence of vulvodynia? *J Am Med Womens Assoc* 2003; 58: 82–88.
- 6 Nguyen RHN, Ecklund AM, MacLehose RF, Veasley C, Harlow BL. Comorbid pain conditions and feelings of invalidation and isolation among women with vulvodynia. *Psychol Health Med* 2012; 17: 589–98.
- 7 Sadownik LA. Etiology, diagnosis, and clinical management of vulvodynia. *Int J Women’s Health* 2014; 6: 437–49.
- 8 Buchan A, Munday P, Ravenhill G, Wiggs A, Brooks F. A qualitative study of women with vulvodynia: I. The journey into treatment. *J Reprod Med* 2007; 52: 15–18.
- 9 Phillips A, Large E, Bird M, Hitt W, Eastham D, Pulley L, et al. Vulvodynia in Arkansas: a Survey of Arkansas gynecologists’ practice experience and management of vulvar pain. *J Ark Med Soc* 2013; 109: 206–8.
- 10 Toeima E, Nieto J. Junior doctors’ understanding of vulval pain/vulvodynia: a qualitative survey. *Arch Gynecol Obstet* 2011; 283: 101–4.
- 11 Updike GM, Wiesenfeld HC. Insight into the treatment of vulvar pain: a survey of clinicians. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 1404–9.
- 12 ISSVD. *International Society for the Study of Vulvar Diseases*. 2016; www.issvd.org (last accessed 3 October 2016).
- 13 Bornstein J, Goldstein AT, Stockdale CK, Bergeron S, Pukall C, Zolnoun D, et al. 2015 ISSVD, ISSWSH and IPPS consensus terminology and classification of persistent vulvar pain and vulvodynia. *Obstet Gynecol* 2016; 127: 745–51.
- 14 Haefner HK. Report of the international society for the study of vulvovaginal disease terminology and classification of vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis* 2007; 11: 48–49.
- 15 Danby CS, Margesson LJ. Approach to the diagnosis and treatment of vulvar pain. *Dermatol Ther* 2010; 23: 485–504.
- 16 Nunns D, Mandal D, Byrne M, McLelland J, Rani R, Cullimore J, Bansal D, Brackenbury F, Kirtschig G, Wier M. British Society for the Study of Vulval Disease (BSSVD) Guideline Group. Guidelines for the management of vulvodynia. *Br J Dermatol* 2010; 162: 1180–5.
- 17 Andrews JC. Vulvodynia interventions—systematic review and evidence grading. *Obstet Gynecol Surv* 2011; 66: 299–315.
- 18 Groven KS, Raheim M, Hakonsen E, Haugstad GK. “Will I ever be a true woman?” An exploration of the experiences of women with vestibulodynia. *Health Care Women Int* 2016; 37: 818–35.
- 19 Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 12: 001760.
- 20 Harlow BL, Wise LA, Stewart EG. Prevalence and predictors of chronic lower genital tract discomfort. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 545–50.
- 21 Harlow BL, Kunitz CG, Nguyen RH, Rydell SA, Turner RM, MacLehose RF. Prevalence of symptoms consistent with a diagnosis of vulvodynia: population-based estimates from 2 geographic regions. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210: 40.e1–8.
- 22 Reed BD, Harlow SD, Sen A, Legocki LJ, Edwards RM, Arato N, et al. Prevalence and demographic characteristics of vulvodynia in a population-based sample. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206: 170.e1–9.
- 23 Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Cavaco-Gomes J, Beires J. Prevalence of vulvodynia and risk factors for the condition in Portugal. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 127: 283–7.
- 24 Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Scand J Public Health* 2003; 31: 113–8.
- 25 Danielsson I, Sjöberg I, Stenlund H, Wikman M. Samlagssmärta hos kvinnor vanligt, inte minst hos yngre. Smärtanamnes och kvinnans ålder ger god vägledning för diagnos. (Dyspareunia in women is common, particularly in younger women. Pain history and the women’s age provide valuable clues for diagnosis). *Läkartidningen* 2003; 100: 2128–32.
- 26 Elmerstig E, Wijma B, Swahnberg K. Young Swedish women’s experience of pain and discomfort during sexual intercourse. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88: 98–103.
- 27 Reed BD, Legocki LJ, Plegue MA, Sen A, Haefner HK, Harlow SD. Factors associated with vulvodynia incidence. *Obstet Gynecol* 2014; 123: 225–31.
- 28 Bohm-Starke N. Medical and physical predictors of localized provoked vulvodynia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89: 1504–10.
- 29 Goldstein AT, Burrows L. Vulvodynia. *J Sex Med* 2008; 5: 5–14.
- 30 Goldstein AT, Belkin ZR, Krapf JM, Song W, Khera M, Jutrzonka SL, et al. Polymorphisms of the androgen receptor gene and hormonal contraceptive induced provoked vestibulodynia. *J Sex Med* 2014; 11: 2764–71.
- 31 Greenstein A, Ben-Aroya Z, Fass O, Militscher I, Roslik Y, Chen J, et al. Vulvar vestibulitis syndrome and estrogen dose of oral contraceptive pills. *J Sex Med* 2007; 4: 1679–83.
- 32 Landry T, Bergeron S. How young does vulvo-vaginal pain begin? Prevalence and characteristics of dyspareunia in adolescents. *J Sex Med* 2009; 6: 927–35.
- 33 Reissing ED, Brown C, Lord MJ, Binik YM, Khalife S. Pelvic floor muscle functioning in women with

- vulvar vestibulitis syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2005; 26: 107–13.
- 34 Reissing ED, Binik YM, Khalife S, Cohen D, Amsel R. Vaginal spasm, pain, and behavior: an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus. *Arch Sex Behav* 2004; 33: 5–17.
- 35 Kaler A. unreal women: sex, gender, identity and the lived experience of vulvar pain. *Fem Rev* 2006; 82: 50–75.
- 36 Desrochers G, Bergeron S, Landry T, Jodoin M. Do psychosexual factors play a role in the etiology of provoked vestibulodynia? A critical review. *J Sex Marital Ther* 2008; 34: 198–226.
- 37 Khandker M, Brady SS, Vitonis AF, Maclehose RF, Stewart EG, Harlow BL. The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *J Womens Health* 2011; 20: 1445–51.
- 38 Ehrstrom S, Kornfeld D, Rylander E, Bohm-Starke N. Chronic stress in women with localised provoked vulvodynia. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2009; 30: 73–79.
- 39 Törnävä M, Koivula M, Suominen T. Naisten kokemuksiä vulvodynian vaikutuksesta parisuhteeseen. (Women's experiences the effects of vulvodynia on the pair relationship). *Hoitotiede* 2013; 25: 241–252.
- 40 Jodoin M, Bergeron S, Khalife S, Dupuis M, Desrochers G, Leclerc B. Male partners of women with provoked vestibulodynia: attributions for pain and their implications for dyadic adjustment, sexual satisfaction, and psychological distress. *J Sex Med* 2008; 5: 2862–70.
- 41 Desrosiers M, Bergeron S, Meana M, Leclerc B, Binik YM, Khalife S. Psychosexual characteristics of vestibulodynia couples: partner solicitousness and hostility are associated with pain. *J Sex Med* 2008; 5: 418–27.
- 42 ASCCP. Committee Opinion No 673: persistent vulvar pain. *Obstet Gynecol* 2016; 128: e78–84.
- 43 De Andres J, Sanchis-Lopez N, Asensio-Samper JM, Fabregat-Cid G, Villanueva-Perez VL, Monsalve Dolz V, et al. Vulvodynia—An evidence-based literature review and proposed treatment algorithm. *Pain Pract* 2016; 16: 204–36.
- 44 Cox KJ, Neville CE. Assessment and management options for women with vulvodynia. *J Midwifery Womens Health* 2012; 57: 231–40.
- 45 Lindstrom S, Kvist LJ. Treatment of Provoked Vulvodynia in a Swedish cohort using desensitization exercises and cognitive behavioral therapy. *BMC Womens Health* 2015; 15: 108/1–9.
- 46 Bergeron S, Binik YM, Khalife S, Pagidas K, Glazer HI, Meana M, et al. A randomized comparison of group cognitive—behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain* 2001; 91: 297–306.
- 47 Morin M, Dumoulin C, Bergeron S, Mayrand M, Khalife S, Waddell G, et al. Randomized clinical trial of multimodal physiotherapy treatment compared to overnight lidocaine ointment in women with provoked vestibulodynia: design and methods. *Contemp Clin Trials* 2016; 46: 52–59.
- 48 Murina F, Graziottin A, Felice R, Radici G, Tognocchi C. Vestibulodynia: synergy between palmitoylethanolamide + transpodydatin and transcutaneous electrical nerve stimulation. *J Low Genit Tract Dis* 2013; 17: 111–6.
- 49 Bergeron S, Likes WM, Steben M. Psychosexual aspects of vulvovaginal pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014; 28: 991–9.
- 50 Davis SN, Bergeron S, Sadikaj G, Corsini-Munt S, Steben M. Partner behavioral responses to pain mediate the relationship between partner pain cognitions and pain outcomes in women with provoked vestibulodynia. *J Pain* 2015; 16: 549–57.
- 51 Corsini-Munt S, Bergeron S, Rosen NO, Steben M, Mayrand M, Delisle I, et al. A comparison of cognitive-behavioral couple therapy and lidocaine in the treatment of provoked vestibulodynia: study protocol for a randomized clinical trial. *Trials* 2014; 15: 506/1–11.
- 52 Tommola P, Unkila-Kallio L, Paavonen J. Long-term follow up of posterior vestibulectomy for treating vulvar vestibulitis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011; 90: 1225–31.
- 53 Helsinki Declaration. *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. 64th WMA General Assembly, Fortaleza, Brazil. 2013; www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/ (last accessed 3 October 2016).
- 54 Feldhaus-Dahir M. The causes and prevalence of vestibulodynia: a vulvar pain disorder. *Urol Nurs* 2011; 31: 51–54.
- 55 Fougner M, Haugstad GK. Treating gynecological pain: the experiences of bachelor students in physiotherapy performing somatocognitive therapy. *Physiother Theory Pract* 2015; 31: 318–26.
- 56 Piper CK, Legocki LJ, Moravek MB, Lavin K, Haefner HK, Wade K, et al. Experience of symptoms, sexual function, and attitudes toward counseling of women newly diagnosed with vulvodynia. *J Low Genit Tract Dis* 2012; 16: 447–53.
- 57 Haefner HK, Collins ME, Davis GD, Edwards L, Foster DC, Hartmann ED, et al. The vulvodynia guideline. *J Low Genit Tract Dis* 2005; 9: 40–51.
- 58 Eppsteiner E, Boardman L, Stockdale CK. Vulvodynia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2014; 28: 1000–12.