

St. Luke's International University Repository

妊産婦に対する共有意思決定の実態: 産科医療者を対象としたウェブ・パイロットスタデ イ

メタデータ	言語: ja 出版者: 公開日: 2022-07-31 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 有森, 直子, 堀内, 成子, 瀬戸山, 陽子, Arimori, Naoko, Horiuchi, Shigeko, Setoyama, Yoko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00016687

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



妊産婦に対する共有意思決定の実態

—産科医療者を対象としたウェブ・パイロットスタディ—

有森 直子¹⁾, 堀内 成子²⁾, 瀬戸山陽子³⁾

抄 録

目的: 産科医療者（助産師・看護師・医師）による妊産婦に対する共有意思決定（以下、SDM）の実態を明らかにする。

方法: 2021年2月、調査会社にモニター登録している医療職で産科または婦人科で女性に意思決定支援を行ったことがある者にウェブ調査を行い、意思決定支援を行った1ケースのSDMの程度を9項目のSDM-Q-Docを用いてたずねた。女性の意思決定へのかかわり方の希望と実際について、「女性は、自分だけで方針を決定したいと思っていた」等5段階でたずねた。群間差の検定に t 検定および一元配置の分散分析を用いた。実施に際しては研究倫理審査の承認を得た。

結果: 回答者52人は、30歳代が22人（42.3%）、女性が42人（80.8%）、助産師が26人（50.0%）だった。SDM-Q-Docの合計は45点満点中 30.4 ± 8.7 （range 3-44）で、項目別では「SDM-Q-Doc-6: 私は女性に、どの選択肢を希望するのか尋ねた」が5点満点中 3.60 ± 1.36 と平均値が最も高かった。SDM-Q-Doc得点は医療者の年齢（ $r=0.325$, $p=0.019$ ）および意思決定支援の経験年数（ $r=0.290$, $p=0.039$ ）との間に相関が認められた。女性の意思決定へのかかわり方（実際）とSDM-Q-Docの関係では、「医師と一緒に方針を決定した」場合のSDM-Q-Doc得点が最も高かった。また、SDM-Q-Docの9項目合計の素点は100点満点に換算すると67.5点であった。

結論: 本研究は、妊産婦にSDMを実施している産科医療者による1ケースに対する評価として、先行研究で示されている得点の上限程度であった。医療者は、年齢が高く、経験年数が高いほどSDMの実践をしており、経験を積むことがSDMの実践を可能にしていた。今後は、医療者と患者がペアになり同一の意思決定支援の場面を想定して双方から評価する研究が必要である。

キーワード: 意思決定支援, 産科医療, 共有意思決定, 医療者, ウェブ調査

I. 緒 言

医療の選択肢が増え、かつ個人の価値観も多様化するなか、医療における意思決定は複雑化している。

エビデンスに基づく医療（EBM; evidence-based medicine）が主流である近年の医療の流れにおいて、注目されてきた意思決定の方法が、「共有（協働）意思決定（shared decision making; SDM）」である（中山, 2018）。助産ケアにおけるSDMは、「女性とケア提供者が情報と価値を共有し、計画に関わる最良の決定を行うパートナーシップである」と定義される（American College of Nurse-Midwives, 2020）。

わが国の妊婦を対象としたSDMの認知を混合研究法で行った調査では、帝王切開後の出産様式の意思決定で、SDMプログラム参加後は、参加前に比べて有意に葛藤得点が低く、知識得点、出産の好み得点が高かった（Torigoe et al., 2018）。Hadizadeh-Talasazら（2021）の帝王切開後の経陰分娩を検討するイランのSDM研究においても、SDM介入群のほうが、コントロール群に比べ葛藤が有意に低く（ 14.90 ± 9.65 vs. 25.41 ± 13.38 ; $p < 0.001$ ）、さらに出産2か月後の決定に対する後悔の得点も有意に低かった（ 15.67 ± 23.37 vs. 27.30 ± 26.75 ; $p = 0.007$ ）。また、早産リスクのある患者（Moore et al., 2017）や、胎児が溶血性貧血をきたす遺伝性疾患と診断されている女性（Moudi et al., 2018）を対象にした研究のSDM実施群は、実施していない群に比べ意思決定における葛藤が低かった。さらに、Chengら（2020）によると、硬膜外麻酔分娩に関するSDM実施群は、通常ケア群に比

受付日: 2021年10月22日/受理日: 2022年5月30日

1) 新潟大学大学院保健学研究科

2) 聖路加国際大学大学院看護学研究科

3) 東京医科大学教育IRセンター

べて麻酔が効果的で、予測に一致していたと有意に満足度が高かった。

このように、産科医療における困難な意思決定においてSDMが導入されることは、女性の葛藤や意思決定の認識や満足に有益である。しかし日本では、重要だとされるSDMが産科医療においてどの程度導入されているのかを把握するデータが存在しない。

II. 目 的

妊産婦に対する共有意思決定の実態を把握するため、産科医療職を対象としたウェブによるパイロット調査で探索することを目的とした。

III. 方 法

1. 対 象

本調査に先立って、2019年5月より2020年10月までの間、医療施設を通じて医療者に回答してもらう郵送法の調査を依頼していた。しかし、医療施設からの調査協力が得られないことや、協力許可が得られても回答が返送されない状態が続いた。当初医療機関を通じた調査計画の対象を100施設200人としていたが、回答が得られない状況から、回答想定数を50人まで縮小して依頼を続けていた。しかし2020年12月の段階で今後も調査回答が集まらないことが予想されたため、ウェブを使ってアンケートモニターに直接回答依頼を行う調査方法に変更した。ウェブ調査の対象は、民間のA調査会社に登録しているアンケートモニターのうち、20歳以上の医療職で「産科または婦人科で、女性（妊婦・産婦・褥婦等）に対して、意思決定支援を行った経験がある者」とした。調査人数に関しては、郵送法調査時の最終段階で想定していた50人とした。

2. 調査方法

A調査会社に登録しているアンケートモニター内の医療者に対して、アンケート回答フォームへの回答の呼びかけを行った。A調査会社の調査登録者数は約990万人であり、そのうち医療者として登録している数は50万人である。本調査では、まず医療者として登録しているモニターに対して調査会社がメールを用いてアンケートを依頼した。回答フォームにアクセスした者のうち、スクリーニング項目としての「産科または婦人科で、女性（妊婦・産婦・褥婦等）に対して、意思決定支援を行った経験がある」に「経験がある」と回答した者が、それ以降の調査項目に続けて回答を行った。回答者が50人に達したところで回答は締め切られた。

3. 調査期間

2021年2月2～3日の2日間であった。

4. 調査項目

調査の条件抽出のための項目として、職種、現在勤務している診療科、産科もしくは婦人科で女性に対して意思決定支援を行った経験の有無および、アンケートの説明を読み回答に同意するか否かという4問への回答を依頼した。

条件を満たした者に対して、最初に、「産科または婦人科で女性（妊婦・産婦・褥婦等）の意思決定支援を行ったと思われる1ケース」を想定してもらった。そのケースに関して、女性の相談内容（「出産方法」「産む施設」「授乳方法」「人工妊娠中絶」等）をたずねた後、共有意思決定尺度（SDM-Q-Doc）を用いて、その場面での共有意思決定の程度を尋ねた。SDM-Q-Docは、「私は女性に、今回の相談に関して何らかの決定をしなければならぬ事があるということを確認に伝えた」など9項目から成り、「よく当てはまる」（5点）～「全く当てはまらない」（0点）の6件法の尺度である。測定には、9項目合計（45点満点）と、各項目（5点満点）の両方が用いられるが、いずれも得点が高いほどSDMの程度が高いことを表す。SDM-Q-Docは、同じ内容で構成される患者用のSDM-Q-9とペアで用いることもできる。尺度は28言語で翻訳されており、日本語版では患者を対象として信頼性・妥当性が検証されている（Goto et al., 2019）。

また、女性が意思決定にかかわりたいと思っていた程度に関する「希望」と「実際」について、Degnerら（1997）による尺度の修正版を用いて、5段階でたずねた。この尺度の修正版は、英語において信頼性妥当性が検証されている（Kasper et al., 2011）。意思決定の希望に関しては、「女性は決定にどのように関わりたいと思っていたと思われますか」という質問文に対して、「女性は、自分だけで方針を決定したいと思っていた」「女性は、医師の意見も取り入れた上で、女性自身で方針を決定したいと思っていた」「女性は、医師と一緒に方針を決定したいと思っていた」「女性は、自分の意見も取り入れた上で医療者に方針を決定して欲しいと思っていた」「女性は、医療者だけで方針を決定して欲しいと思っていた」という5段階から選んでももらった。また意思決定の実際については、「女性は、今回どのように決定がなされましたか」という質問文に対して、「自分だけで方針を決定した」「医療者の意見も取り入れた上で、自分自身で方針を決定した」「医療者と一緒に方針を決定した」「自分の意見も取り入れた上で医療者が方針を決定した」「医療者だけで方針を決定した」の5段階から選んでももらった。なお、本調査では医師以外に看護師、助産師が対象に含まれており、本来項目内にある「医師」をすべて「医療者」に置き換える必要があったが、一部「医師」という文言が残ったまま調査を行っている。

さらに回答者の属性として、調査会社が調査の際に必ずたずねる項目（性別、年齢、居住地域、婚姻状態、子どもの有無、世帯収入、個人収入、職業）以外に、現在の

勤務施設, 最終学歴, 意思決定支援経験年数をたずねた。

5. 分析方法

回答者の属性は, 単純集計を行った。回答者である医療者の属性ごとのSDM-Q-Doc得点に関しては, t 検定, もしくは一元配置の分散分析 (Welch 法) を行った。さらに, 連続変量は, SDM-Q-Doc得点との相関係数を算出した。分析には IBM SPSS Statistics 27を用いた。

6. 倫理的配慮

本研究への参加は協力者の自由意思とし, 実施に当たっては, 新潟大学研究倫理審査の承認を得た (承認番号2018-0322)。

IV. 結果

1. 回答者の属性

回答者52人のうち, 年代では30歳代が22人 (42.3%) と最も多く, ついで20歳代が16人 (30.8%) であった。性別は42人 (80.8%) が女性で, 職業は, 助産師が26人 (50.0%) と最も多く, 次いで看護師21人 (40.4%), 産科医5人 (9.6%) だった。意思決定支援の経験年数は, 平均値±標準偏差が10.8±8.2であり, 5年区分だと5年以上10年未満が16人 (30.8%) と最も多かった (表1)。回答者が想定した意思決定の場面では, 件数が多い順に「授乳方法」「出産方法 (無痛分娩, 促進剤の使用, 会陰切開等)」「産む施設」などであった (表2)。

2. SDM-Q-Doc得点と項目ごとの分布

SDM-Q-Docの合計の平均値±標準偏差は, 45点満点中30.4±8.7 (range 3-44) であり, Cronbach's α 係数は0.897であった。SDM-Q-Docの各項目の平均値と標準偏差を算出したところ, 「SDM-Q-Doc-6: 私は女性に, どの選択肢を希望するのか尋ねた」が5点満点中3.60±1.36点であり, 平均値が最も高かった。一方で, 「SDM-Q-Doc-7: 女性と私は, それぞれの選択肢について徹底的に比較検討した」は, 平均値が2.81±1.07点で最も低かった (表3)。

3. 回答者の属性とSDM-Q-Doc得点の関係

年齢10歳区分 ($F=2.789, p=0.080$), 性別 ($t=-0.042, p=0.967$), 職種 ($F=3.306, p=0.076$), 最終学歴 ($F=0.710, p=0.569$) によるSDM-Q-Doc得点に有意差は見られなかった (表4)。年齢の連続変量とSDM-Q-Doc得点の2変量の相関を算出したところ, 回答者の年齢が高くなるほどSDM-Q-Doc得点が高かった ($r=0.325, p=0.019$)。また, 意思決定支援の経験年数の連続変量とSDM-Q-Doc得点の2変量の相関では, 経験年数が長くなるほどSDM-Q-Doc得点が高かった ($r=0.290, p=0.039$)。

表1 回答者の属性

N=52

	n (%)
年齢10歳区分	
20歳代	16 (30.8)
30歳代	22 (42.3)
40歳代	5 (9.6)
50歳代	6 (11.5)
60歳代以上	3 (5.8)
平均値±標準偏差	37.1±11.0 (range 23-65)
性別	
女性	42 (80.8)
男性	10 (19.2)
職種	
助産師	26 (50)
看護師	21 (40.4)
医師	5 (9.6)
最終学歴	
高等学校 (高等女学校を含む)	4 (7.7)
専門学校・短大	21 (40.4)
大学	21 (40.4)
大学院	6 (11.5)
勤務している職場	
病院	33 (63.5)
診療所	18 (34.6)
その他	1 (1.9)
意思決定支援の経験年数	
5年未満	12 (23.1)
5年以上10年未満	16 (30.8)
10年以上15年未満	10 (19.2)
15年以上20年未満	4 (7.7)
20年以上25年未満	3 (5.8)
25年以上30年未満	4 (7.7)
30年以上35年未満	2 (3.8)
平均値±標準偏差	10.8±8.2 (range 1-33)

表2 回答者が想定した意思決定の相談内容

N=52

	相談件数 (件)
授乳方法	16
出産方法 (無痛分娩, 促進剤の使用, 会陰切開等)	14
産む施設	8
人工妊娠中絶	6
出生前検査	3
子宮筋腫	2
不妊検査, 治療	1
疾患の治療	1
メンタルヘルス	1

4. 女性の決め方に関する希望と実際

意思決定を行う前, 「女性が決定にどのように関わりたいと思っていたか」という女性の希望と, 意思決定を行った後, 「女性は, 今回のように決定したか」という実際について, それぞれの度数と割合を示した。決定前には, 「自分だけで方針を決定したい」の割合が9.6%だったが, 決定後は「自分だけで決定した」と回答した人は

表3 SDM-Q-Docの各項目の平均値と標準偏差

N=52

		平均値	標準偏差 (range)
1	私は女性に、今回の相談に関して何らかの決定をしなければならない事があるということ	3.37	1.14 (0-5)
2	私は、女性がどのように決定に関わりたいかを知るように務めた	3.48	1.13 (1-5)
3	私は女性に、今回の病状に対して様々な選択肢があることを伝えた	3.54	1.36 (0-5)
4	私は女性に、それぞれの選択肢におけるメリット(利点)とデメリット(欠点)を明確に説明した	3.58	1.53 (0-5)
5	私は、説明した全ての情報を女性が理解できるようにサポートした	3.50	1.16 (0-5)
6	私は女性に、どの選択肢を希望するのか尋ねた	3.60	1.36 (0-5)
7	女性と私は、それぞれの選択肢について徹底的に比較検討した	2.81	1.07 (1-5)
8	女性と私は、一緒に選択肢を選んだ	2.96	1.22 (0-5)
9	女性と私は、今後の進め方について合意した	3.58	1.07 (0-5)

表4 回答者の属性ごとのSDM-Q-Doc得点 N=52

	平均値 (標準偏差)	t
年齢		
20歳代	30.1 (8.4)	0.080 ¹⁾
30歳代	27.7 (9.8)	
40歳代	33.8 (2.2)	
50歳代	34.3 (6.1)	
60歳代以上	38.7 (5.0)	
性別		
女性	30.4 (8.2)	0.967 ²⁾
男性	30.3 (11.2)	
職種		
助産師	32.6 (5.9)	0.076 ¹⁾
看護師	26.5 (10.4)	
医師	35.4 (7.8)	
最終学歴		
高等学校*	23.5 (12.3)	0.569 ¹⁾
専門学校・短大	29.8 (7.9)	
大学	32.0 (6.5)	
大学院	31.7 (14.6)	
勤務している職場		
病院	30.5 (8.5)	0.961 ³⁾
診療所	30.4 (9.5)	
その他	27.0 (1.9)	
意思決定支援の経験年数		
5年未満	30.9 (7.9)	0.546 ¹⁾
5年以上10年未満	29.2 (8.2)	
10年以上15年未満	27.4 (11.5)	
15年以上20年未満	32.3 (6.7)	
20年以上25年未満	33.7 (4.0)	
25年以上30年未満	36.0 (6.8)	
30年以上35年未満	39.0 (7.1)	

*：高等女学校を含む

1) 一元配置の分散分析 (Welch 法)

2) t検定

3) カテゴリーは3つあったが、「その他」を選択した者が1人のみであったため、その1人を除いて2カテゴリーでt検定を行った

皆無だった。また決定前は、「医師の意見も取り入れた上で、女性自身で方針を決定したい」と「医師と一緒に方針を決定したい」の合計が71.2%だったが、決定後は92.3%に増加していた。逆に「自分の意見も取り入れた

上で医療者に方針を決定してほしい」は19.2%から7.7%に減少していた(表5)。

実際に女性がどのように決めたいかをたずねた5段階のうち、回答のあった3つの選択肢について、回答ごとにSDM-Q-Doc得点を100点満点で示したものが図1である。参照データとして、オランダの43人の医師にたずねた結果も追記した(Rodenburg-Vandenbussche et al., 2015)。日本では、「医師と一緒に方針を決定した」を選んだ場合のSDM-Q-Doc得点が最も高く、「自分の意見も取り入れた上で医療者が方針を決定した」を選んだ場合のSDM-Q-Doc得点が最も低かった(図1)。

V. 考 察

1. 本調査におけるSDM-Q-Doc得点

意思決定の程度を測定するSDM-Q-Doc得点について、項目ごとでは、「SDM-Q-Doc-6:私は女性に、それぞれの選択肢におけるメリット(利点)とデメリット(欠点)を明確に説明した」が3.60±1.36点と最も高く、「SDM-Q-Doc-7:女性と私は、それぞれの選択肢について徹底的に比較検討した」が2.81±1.07点と最も低かった。オランダの43人の医師(内科・精神科・眼科・婦人科・外科)が201の事例に対して意思決定支援を行った結果をSDM-Q-Docで測定したところ(Rodenburg-Vandenbussche et al., 2015)、SDM-Q-Doc-6は3.6であり、SDM-Q-Doc-7は3.4であった。SDM-Q-Doc-6は本調査結果と同等であり、選択肢のメリットとデメリットを明確に説明するというプロセスは本調査の回答者でもオランダと同程度に行われていた。その一方で、SDM-Q-Doc-7は本調査では2.8点と低値であった。オランダの調査は回答者が医師であるが、本調査の主たる回答者である助産師・看護師が周産期における意思決定支援を行う際、情報提供のためのリソースや説明スキルの不足といった課題があり、エビデンスに基づいた選択肢のメリット・デメリットを言語化して徹底的に比較検討するところまで至っていないために、この項目の点数が低い可能性が考えられた。

表5 女性の決め方に関する希望と実際

N=52

	決定前 ²⁾	決定後 ²⁾
	人数 (割合)	人数 (割合)
自分だけで方針を決定したい/した	5 (9.6)	0 (0)
医師 ¹⁾ の意見も取り入れた上で、女性自身で方針を決定したい/した	26 (50.0)	31 (59.6)
医師と一緒に方針を決定したい/した	11 (21.2)	17 (32.7)
自分の意見も取り入れた上で医療者に方針を決定して欲しい/した	10 (19.2)	4 (7.7)
医療者だけで方針を決定して欲しいと思っていた/した	0 (0)	0 (0)

1) 「医師」と「医療者」という表記の揺れがある状態で調査を行っており、調査票のまま示している。

2) 決定前は、医療者が女性の希望を推察した回答であり、決定後は、実際の女性の決め方を医療者が推察したものである。

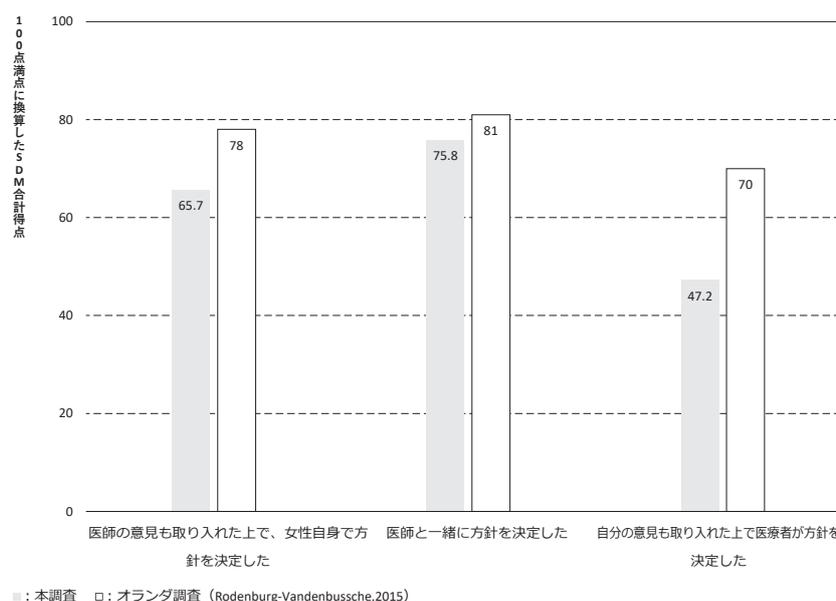


図1 実際に女性がどのように意思決定を行ったかという決め方ごとの SDM-Q-
Doc 得点

また、本調査での SDM-Q-
Doc の 9 項目合計の素点は 30.4 ± 8.7 (range 3-44) であり、100点満点に換算すると 67.5点であった。先行する SDM に関する 11 論文のシステムティックレビュー (Doherr et al., 2017) では、SDM-Q-
Doc の 9 項目の合計得点は 100 点満点に換算して 42-75 であり、本調査での 67.5 はその幅のなかで上限に近い。しかし、Doherr らのシステムティックレビューで示された 11 論文はドイツ・オランダ・アメリカからの報告で、意思決定の場面が、高血圧、多剤併用慢性疾患、乳がん、2 型糖尿病の治療場面であり、周産期医療の場面ではなかった。診療科別特徴の有無も含めて、いまだ共有意思決定支援の実践とその評価についての研究は開発途上であると言わざるを得ない。

さらに回答者属性との関係では、本調査では、回答者の年齢が高くなるほど ($r=0.325$, $p=0.019$)、意思決定支援の経験年数が長くなるほど ($r=0.290$, $p=0.039$)、SDM-Q-
Doc 得点が高かった。本結果からは、経験を積むことがより SDM の実践を可能にすると考える。経験年数を問わずに行われたドイツの多職種対象の SDM の

実践を高めるプログラムでは、介入群で研修前後に SDM-Q-
Doc 得点の上昇が認められた (Koerner et al., 2014) ことから、医療者に対する SDM の研修機会は重要である。

2. 女性の実際の決め方と SDM-Q- Doc 得点の関係

女性の実際の決め方と SDM-Q-
Doc 得点の関係では、「医師と一緒に方針を決定した」を選んだ場合の SDM-Q-
Doc 得点が最も高く、「自分の意見も取り入れた上で医療者が方針を決定した」を選んだ場合の SDM-Q-
Doc 得点が最も低かった。Chen ら (2018) による、帝王切開後の経陰分娩 (VBAC) についての台湾における意思決定プロセスの調査においても 21 人の女性と 9 人の産科医からの面接により、出産方法の選択に関する産科医と女性との関係は、受動的なものからさまざまなかかわりが認められ、よりいっそう SDM の必要性が唱えられた。

図 1 に示したとおり、先行するオランダのデータと比較すると、いずれのカテゴリーでもオランダに比べて本

調査のSDM-Q-Doc得点は低い。今後は、この状況の背景を調査する必要がある。具体的には、対象数を十分に集め、相談場面別のSDM得点の分析や、職種別の分析が求められる。さらに、相談をする医療者と患者とをペアにした状態での双方から同一のSDMの場面を評価する調査が重要である。しかしその一方で、3カテゴリーのなかではSDM-Q-Doc得点が高い順に、「医師と一緒に方針を決定した」「医師の意見も取り入れた上で、女性自身で方針を決定した」「自分の意見も取り入れた上で医療者が方針を決定した」であることは、オランダの先行研究を支持した (Rodenburg-Vandenbussche et al., 2015)。また、決定前後ともに「医療者だけで方針を決定してほしいと思っていた/した」と回答した者はいなかったが、「自分の意見も取り入れたうえで医療者に方針を決定してほしい/した」が決定前後で10人から4人に減少したことは、医療者とのかかわりを通して女性主導の決定に変化していると医療者が認識していることが推測される。さらに実際に医療者がSDMのプロセスを踏んでいてSDM-Q-Docの得点が高くなるのが、総じて医療者自身が「医療者と女性が一緒に決めた」と主観的に感じる結果となっていることも確認できた。

3. 本研究の限界と今後の展望

本研究は50人を対象としたパイロットスタディであり、特に対象者のなかで医師の参加者が少数であったため、今後は職種別の分析ができるだけの対象数の確保に努めたい。また、本調査は医療者のみが後から場面を想定して回答したものであり、回答した医療者がSDMを行った相手の女性のSDMに対する認知は不明である。López-Toribioら(2021)による、スペインで初めて出産した女性23人のフォーカスグループインタビューでは、SDMに女性の参加が少ないことが示されており、世界的な研究課題である。今後はオランダの研究のように、医療者と患者がペアになり同一の意思決定支援の場面を想定して双方から評価する研究を行うことを通じて、SDMに対する医療者の評価と患者の評価の共通点と相違を明確にする必要がある。

本結果において得点が低かった「女性と私は、それぞれの選択肢について徹底的に比較検討した」についても、意思決定支援の場面で用いられている情報提供のためのリソースや、説明者のスキル、また、研究成果の適切性や理解度における医療者と患者との乖離について分析を深める必要がある。

VI. 結 論

医療者による妊産婦への共有意思決定は、11論文の同一尺度で測定されてきた共有意思決定における得点の上限程度に行われていた。またSDM-Q-Doc得点は医療者の年齢および意思決定支援の経験年数との間に相関が認

められ、経験を積むことがSDMの実践を可能にしていた。今後はより対象者数を増やすと共に、オランダの調査手法のように主たるケア提供者(医師・助産師・看護師)と女性をペアにして、同一の共有意思決定場面を想定して双方から評価する研究が必要である。

本研究は、文部科学省科学研究費17H04427(基盤研究B 研究代表者:有森直子)の補助を得て行った研究の一部として行われた。

引用文献

- American College of Nurse-Midwives (2020) : *Shared Decision-Making in Midwifery Care. Position Statement.* <http://www.midwife.org/ACNM/files/ACNMLibraryData/UPLOADFILENAME/00000000305/Shared-Decision-Making-in-Midwifery-Care-10-13-17.pdf> (2021/10/19).
- Chen SW, Hutchinson AM, Nagle C, et al.(2018) : Women's decision-making processes and the influences on their mode of birth following a previous caesarean section in Taiwan : A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18 (1) : 31.
- Cheng WJ, Hung KC, Ho CH, et al.(2020) : Satisfaction in parturients receiving epidural analgesia after prenatal shared decision-making intervention : A prospective, before-and-after cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 20 (1) : 413.
- Degner LF, Sloan JA, Venkatesh P (1997) : The Control Preferences Scale. *Canadian Journal of Nursing Research*, 29 (3) : 21-43.
- Doherr H, Christalle E, Kriston L, et al.(2017) : Use of the 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9 and SDM-Q-Doc) in intervention studies-A systematic review. *PLoS One*, 12 (3) : e0173904.
- Goto Y, Miura H, Son D, et al.(2019) : Psychometric Evaluation of the Japanese 9-Item Shared Decision-Making Questionnaire and Its Association with Decision Conflict and Patient Factors in Japanese Primary Care. *JMA Journal*, 3 (3) : 208-215.
- Hadizadeh-Talasz F, Ghoreyshi F, Mohammadzadeh F, et al.(2021) : Effect of shared decision making on mode of delivery and decisional conflict and regret in pregnant women with previous cesarean section : A randomized clinical trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21 (1) : 144.
- Kasper J, Heesen C, Köpke S, et al.(2011) : Patients' and observers' perceptions of involvement differ. Validation study on inter-relating measures for shared decision making. *PLoS One*, 6 (10) : e26255.
- Koerner M, Wirtz M, Michaelis M, et al.(2014) : A multicentre cluster-randomized controlled study to evaluate a train-the-trainer programme for implementing internal and external participation in medical rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 28 (1) : 20-35.
- López-Toribio M, Bravo P, Llupià A (2021) : Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth : A qualitative study at a refer-

- ence hospital in Spain. *BMC Pregnancy Childbirth*, 21 (1) : 631.
- Moore GP, Lemyre B, Daboval T, et al.(2017) : Field testing of decision coaching with a decision aid for parents facing extreme prematurity. *Journal of Perinatology*, 37 (6) : 728-734.
- Moudi Z, Phanodi Z, Ansari H, et al.(2018) : Decisional conflict and regret : shared decision-making about pregnancy affected by β -thalassemia major in Southeast of Iran. *Journal of Human Genetics*, 63 (3) : 309-317.
- Rodenburg-Vandenbussche S, Pieterse AH, Kroonenberg PM, et al.(2015) : Dutch Translation and Psychometric Testing of the 9-Item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9) and Shared Decision Making Questionnaire-Physician Version (SDM-Q-Doc) in Primary and Secondary Care. *PLoS One*, 10 (7) : e0132158.
- Torigoe I, Shorten A (2018) : Using a pregnancy decision support program for women choosing birth after a previous caesarean in Japan ; A mixed methods study. *Women and Birth*, 31 (1) : e9-e19.
- 中山健夫 (2018) : エビデンスに基づくリスク・ベネフィットのコミュニケーション ; SDM 〈共有意思決定に向けて〉. *YAKUGAKU ZASSHI*, 138 (3) : 331-334.

The Actual Situation of Shared Decision Making for Pregnant and Postpartum Women

—A Pilot Web Study among Obstetrics Healthcare Providers—

Naoko Arimori¹⁾, Shigeko Horiuchi²⁾, Yoko Setoyama³⁾

1) Graduate School of Health Sciences, Niigata University

2) St. Luke's International University, Graduate School of Nursing Sciences

3) Tokyo Medical University, Institutional Research Center

Objective : This study aimed to describe the actual situation of shared decision making (SDM) for pregnant and postpartum women by obstetrics healthcare providers.

Methods : A web study was conducted among obstetrics healthcare providers through an internet research company with survey panels of healthcare providers in February 2021. All participants completed a questionnaire that measured perceived levels of SDM (SDM-Q-Doc) about one case that they supported decision making. They also answered the hope and real level of the woman's preference of decisional control, such as "woman wanted to make the decision alone". T-test and ANOVA were conducted to compare with scores within the groups. This study was approved by the IRB.

Results : Among 52 respondents, 22 (42.3%) were in their 30 s, 42 (80.8%) were female, and 26 (50.0%) were midwives. The sum score of the SDM-Q-Doc was 30.4 ± 8.7 (range, 3-44) out of 45 points. The SDM-Q-Doc-6 : "I asked my patient which treatment option he/she prefers" was the highest (3.60 ± 1.36 out of 5 points) among the nine items. The group that answered "the decision was shared" in decisional control preference had high scores of SDM-Q-Doc. SDM-Q-Doc scores were correlated with the age of the healthcare providers ($r=0.325, p=0.019$) and years of experience in decision support ($r=0.290, p=0.039$). The SDM-Q-Doc scores in this study was 67.5, so SDM was conducted close to the upper limit compared with the previous studies.

Conclusions : The evaluation of one case by obstetrics healthcare providers who performed SDM on women was near upper limit of the previous study. The score of SDM-Q-Doc was positive correlation with health providers' age and experienced years.

There will be a need for research that health care providers and patients are paired and evaluated from both sides, assessing the same decision-making support situation.

Key words : decision support, obstetrics, shared decision making, healthcare provides, web study