

資 料

ターナー症候群の子どもをもつ家族の成長ホルモン治療継続に
関する意識のプロセス

市江 和子

Process of the Consciousness on the Growth Hormone Treatment
Continuation of Families Having Their Children with Turner Syndrome

Kazuko Ichie

キーワード：ターナー症候群、家族、成長ホルモン治療、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

key words : Turner syndrome, family, growth hormone treatment, Modified Grounded Theory Approach

抄 録

本研究は、ターナー症候群の子どもをもつ家族における成長ホルモン治療継続に関わる意識のプロセスを明らかにすることを目的とする。研究方法は、修正版グラウンデッドセオリーアプローチ (M-GTA) を用いた。対象者は、主となる養育者8名であった。対象者に個別面接インタビューを行い、それを基に分析した。結果、【子どもの疾患に向き合う】【子どもの疾患にともなう子育てに向き合う】【周りの支援を見極める】【子どものありのままを認める】の4つがコアカテゴリーに位置づけられた。今後の課題として、子どもの疾患と疾患にともなう子育て、子どもをとりまく環境、子どもの成長・発達と将来についての支援の実施があげられた。

I. はじめに

ターナー症候群とは、XPモノソミーを呈する症候群であると定義されており、典型例は45,Xの核型を示す(前坂・長谷川, 2003)。本疾患の臨床症状は、低身長、性腺機能不全の他に翼状頸、外反肘、心奇形、腎奇形などがあるが、必発ではないため、女兒の低身長の精査においては染色体の検査が必須である(尹・横田・興水, 1990)。先天性疾患の中でターナー症候群の子どもをもつ家族は、染色体異常の診断を受け、治療、経過、将来にともなう不安を抱くことが予想される。

ターナー症候群の低身長に対する成長ホルモン(GH: Growth hormone)治療(以下、GH治療)は、1992年に成長ホルモン分泌不全を伴うという制限が外れたことにより、広く行われるようになった(長田・五十嵐・大山他, 2009)。家族は、ターナー症候群の身体的特徴である低身長のため、GH治療による自己注射を実施しながら、合併症などの健康管理に気を配り育児をする。治療は生命に直結することはないが、GH治療の中断により、身長の伸びは期待できない。治療を行わないことで、身長は停滞し、成長障害を残す原因となる。療法の効果として、わが国ではGH治療を受けていなかったターナー症候群の最終身長は138cm、

受付日：2013年7月2日 受理日：2013年12月16日

聖隷クリストファー大学 Seirei Christopher University

治療を受けた人の最終身長は平均145cmで、約7cmの効果がみられたとの報告がある (Fujita, Yokoya, Fujieda et al., 2010)。しかし、成長障害の子どもには、低身長による外観のため、社会的不適応やいじめの問題の存在が指摘されている (仲野, 2000: 長田・五十嵐・大山他, 2009)。低身長による子どもと家族の悩みは、日常生活の問題に関連するといえる。したがって、子どもと家族が、GH療法の自己注射を中断することなく、治療を継続できる支援が求められる。

本研究は、ターナー症候群の子どもをもつ家族におけるGH治療継続に関わる意識のプロセスを明らかにすることを目的とする。

II. 用語の定義

意識：本研究では、ターナー症候群の子どもをもつ家族が、GH治療を継続することに対する考え。

治療継続：本研究では、ターナー症候群の子どもをもつ家族が外来に通院し、成長ホルモン治療を行うこと。

III. 研究方法

A. 対象

A市にあるB医療機関の小児科外来に受診する、GH治療を行うターナー症候群の子どもの家族とした。

B. データ収集

面接方法は、半構造化面接法を用いた。家族の中の主となる養育者に対して、出生時の状況、ターナー症候群の子どもへの思い、疾病・治療への思い、GH治療・自己注射の状況、成長・発達への思い、同じ疾患をもつ子どもと親の会 (以下、会とする) への思い、医療職などに求めること、に関して語ってもらう。インタビューは、対象者のより深い思いや見解に焦点を当てるため、話しの流れによった。

調査期間は、2007年12月から2008年3月である。

C. 分析方法

データ分析は、グラウンデッド・セオリー・アプローチ (以下、GT法とする) を用いた。GT法は、アメリカの医療社会学者のGlaserとStraussによって考案され、データに密着した分析法である。本研究にお

いては、修正版GT法 (以下、M-GTAとする) (木下, 1999: 木下, 2001: 木下, 2003) を使用した。家族は、子どものターナー症候群の診断を聞き、GH治療の必要性の説明を受け、自己注射を実施しながら日常生活を過ごす。子ども、家族、会のメンバー、学校関係者、医療職との社会相互作用をもちながら徐々に子どもの疾患とGH治療に適応していく。治療経過を受け入れるのは、時間的要素を含むプロセスであることから、本研究の分析方法としてM-GTAは適切であると考えた。研究者の主観的解釈や解釈上の矛盾を避けるため、複数の研究者とともに解釈が一致するまで分析を続けた。分析は、データに基づき、データ全体の文脈から明らかになる意味を重視して概念名をつけた。概念生成の際には、スーパーバイザーの指導を受けた。

D. 倫理的配慮

倫理的配慮としては、研究実施に先立ち、当該施設の院長に対して紙面で研究の主旨を説明し実施の許可を得た。その後、対象である家族に、研究の目的・方法、研究参加には拒否や中止が可能で、そのことで不利益がない旨を口答および文書で説明し、インタビュー内容を録音の了解を求めた。また、守秘義務に努めること、データの保管厳守を明記した。参加を依頼した全ての家族から同意を得られ、同意書の提出を受けた。面接は、施設の外来の面談室で、個人面接の形でを行い、プライバシーの保護に努めた。

研究計画書は、日本赤十字豊田看護大学の倫理審査を受け承認を得た (承認番号, 19-15)。

IV. 結果

A. 対象の概要

対象の概要を表1に示す。女性7名、男性1名で、母親6名、父親1名、祖母1名である。インタビューは1回、時間は16分から47分、平均約32分であった。

B. 結果図とストーリーライン

「ターナー症候群の子どもをもつ家族のGH治療継続に関する意識のプロセス」について分析を行った結果、4つのコアカテゴリー、9つのカテゴリーと26の概念が抽出された。結果図を図1に示す。

【 】はコアカテゴリー、[]はカテゴリー、< >は概念で示す。

表1. 対象の背景

	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8
子どもの年齢	5歳	8歳	14歳	11歳	11歳	13歳	14歳	12歳
治療開始年齢	4歳	5歳	6歳	4歳	5歳	5歳	6歳	6歳
治療期間	6ヶ月	2年	7年	6年	6年	8年	7年	6年
対象者年齢	30歳代	30歳代	40歳代	30歳代	30歳代	60歳代	40歳代	40歳代
児との関係	母親	母親	母親	母親	母親	祖母	父親	母親

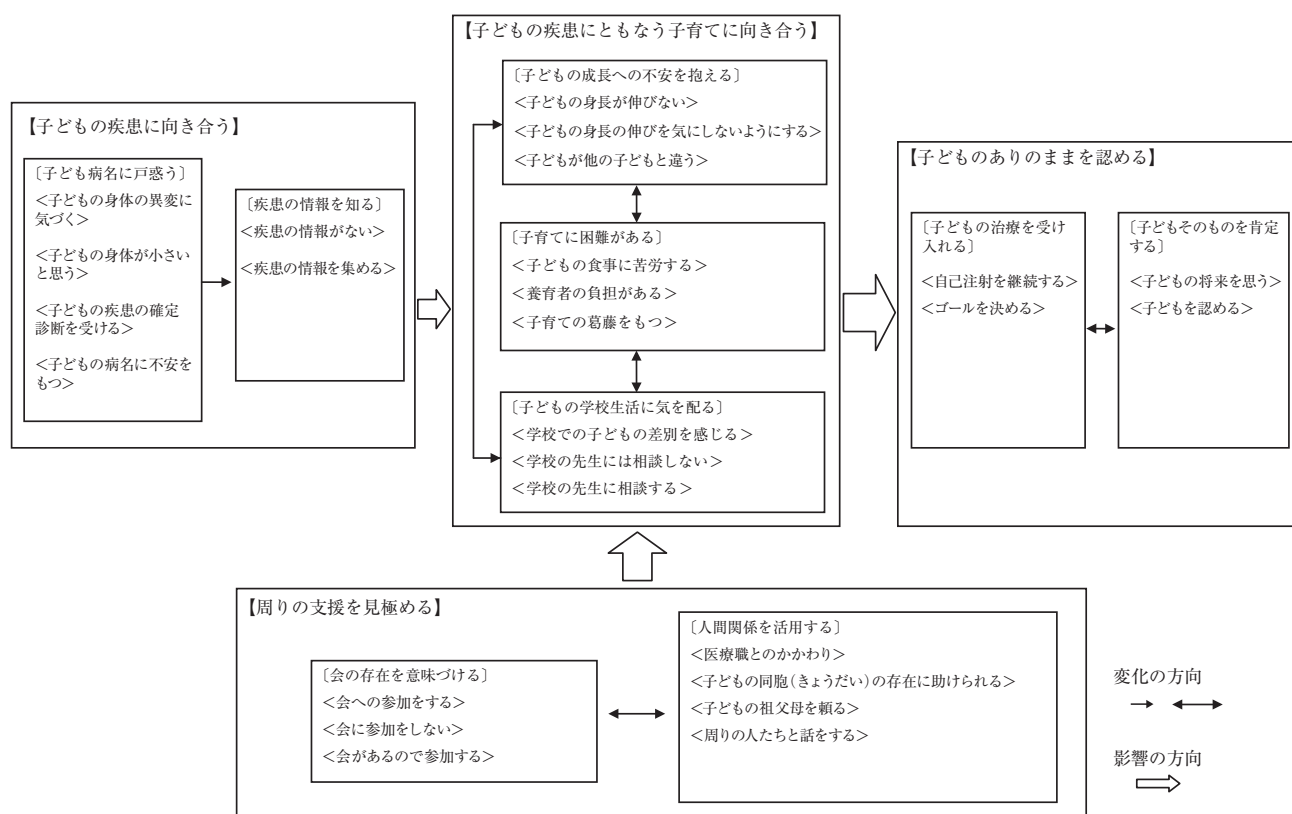


図1. 結果図 ターナー症候群の子どもをもつ家族の成長ホルモン治療継続に関する意識のプロセス

ターナー症候群の子どもをもつ家族は、出生後に告知された子どもの病名が一般的でないため「子どもの病名に戸惑う」。病名を聞いた時点では、稀な疾患であると思い、「疾患の情報を知る」ことに努め【子どもの疾患に向き合う】。家族は、子どもの年齢が高くなるにしたがい「子どもの成長への不安を抱える」状況になる。子育ての中で、ターナー症候群の身体的特徴である低身長は、「子育てに困難がある」日々をおくり、子どもの身長を伸ばすことが生活の中での重要な着目点になっていく。子どもの社会生活の拡大は、生活の基盤となっている「子どもの学校生活に気を配る」。学校生活の様子から、それぞれの家族による対応がされ、低身長による【子どもの疾患にともなう子育てに向き合う】。家族は、【周りの支援を見極める】ことで、必要な対策を見出す。家族は医療職から、ターナー症候群の会の活動を紹介され、「会の存在を意味づける」。低身長にはGHの自己注射が唯一の治療のため、「子どもの治療を受け入れる」ことで子どもの現在の治療を乗り切る努力をする。そして、「子どもそのものを肯定する」。それは、【子どものありのままを認める】思いである。

C. 概念生成

コアカテゴリー、カテゴリーおよび概念を説明する。対象者のインタビューデータを引用する部分を「」で示し、()は補足説明を表す。

1. コアカテゴリー【子どもの疾患に向き合う】について

出生後から家族が子どもの身体や全体から様子をおかしいと感じ、情報を集めることで、告知された病名について知り、子どもの疾患に向き合うことを表す。

<子どもの身体の異変に気づく>とは、出生後から、子どもの身体のおかしさや他の子どもと何かが違うと思うことである。低出生体重児で出産した母親は、「未熟児だったので、未熟児健診みたいなもので病院に行って、1年、表情がすごく乏しかったんです。」(事例5)と、子どもが何か違うという状況を感じとっていた。その中で、体型として<子どもの身体が小さいと思う>とは、子どもの身体が他の子どもの成長と違い、比較をすると身長が小さいと思うことである。低身長は、ターナー症候群の身体的特徴であり、「幼稚園でもずっと、1番前だったんです。飛びぬけてちょっと小さいので。なかなか大きくなって。」(事例3)と、身長の低さを気にしながら過ごしていた。

<子どもの疾患の確定診断を受ける>とは、周囲から精密検査を勧められ、医療機関で子どもの疾患の確定診断を受けることである。「最初、3ヶ月健診で、ひっきり、重心(重症心身障害児)の施設を紹介しますということで、1度入院しました。染色体が1本たりないということで、背がのびないということと、ターナー(症候群)だと聞いたのです」(事例8)と、

健康診査などで医療機関の受診を勧められていた。家族は、受診を決意して医療機関を訪れる中で、<子どもの病名に不安をもつ>とは、医師から診断を受け、子どもの病名を聞き、いろいろな不安をもつことである。「ターナー（症候群）の子が、どういう風に成長していくのか経験がなかったものですから。不安感がありました。」（事例7）と、聞きなれない病名への不安が語られた。

<疾患の情報がない>とは、告知されたターナー症候群について、詳しい情報源がなく、疾患がわからないことである。「はっきりいって全然よく分からなくて。病気のこととか、聞いたことがなくて。」（事例8）と、疾患についての情報不足があり、疾患の理解ができない状況があった。<疾患の情報を集める>とは、医師から聞いた病名について、様々な手段で情報を集めることである。「ターナー（症候群）だっていうことが分かった時点で、インターネットとか、本とかでいろいろなことが（調べて）分かりました。」（事例2）と、家族でターナー症候群についての情報を集めていた。

2. コアカテゴリー【子どもの疾患にとまなう子育てに向き合う】について

家族がターナー症候群をもつ子どもの成長の遅延や日常生活の育児の大変さの中で、成長への不安、焦りを感じながら子育てに困難を抱きつつ、疾患にあった子育てを確立していくことを表す。

<子どもの身長が伸びない>とは、子どもの低身長を気にしながら、身長が伸びない状況を日常生活の中で感じることである。「最初の病院の1ヶ月健診から、（子どもが）大きくならないので。健診（健康診査）にいくたびに、成長の度合いが（他の子どもと）違っていて。身長が伸びないって聞いていたから、そればかり気になっていたかもしれません。」（事例4）と、身体の特徴である低身長を気にしながら育児をしていたことが語られた。一方、<子どもの身長の伸びを気にしないようにする>とは、日常生活の中で、子どもの身長が伸びない状況を気にしないようにと努めることである。「治療をしたら、ある程度までいくということも聞いていましたので、そんなに深刻には思いませんでした。」（事例6）と、身長の伸びを気にしないように過ごしたことが語られた。

<子どもが他の子どもと違う>とは、自分の子どもの成長や身体の特徴を他の子どもと比較し、違いを感じることである。「外見上をみて心配なのは、身長です。あと、女の子は気づくかどうか分からないのですが、首のところに出来ますので、気になります。」（事例4）と、ターナー症候群の身体的特徴が子どもに表れていることが意識されていた。

<子どもの食事に苦勞する>とは、子育てをする中で子どもの食事量が少なく、日常生活において育児に苦勞をすることである。「食事を食べない、小食でし

た。すごい、小食でした。（中略）。食べるものだけを食べさせていました。」（事例1）と、日常生活の育児の中での食事についての努力が語られた。<養育者の負担がある>とは、仕事、子育て、家事などの家庭生活の中で主となる養育者一人に負担がかかり、多くを抱え込むことである。「入院とか一人で、帰る時はいつも一人で帰ってきました。大きい荷物とこの子と。本当なら歩ける年なんですけれど、歩かないものですから。その時が1番しんどかったです。」（事例5）と、育児や入院生活の辛さが語られた。<子育ての葛藤をもつ>とは、日常生活の育児の中で、子育ての内容について悩むことである。「主人は、『やってやれよ。苦勞しているんだ』、みたいなことがあります。葛藤が。愛情もあるんですが、私は、その分、厳しくというか。（中略）やっちゃったら楽なのですが。それをやっちゃったら本人のためになるかという思いがあります。」（事例5）と、日常生活の中で子どもにできることを考え、子ども自身の力で取り組んでいくための子育てへの悩みが語られた。

<学校での子どもの差別を感じる>とは、子どもが通う学校で、子どもがいじめなどの差別を受けていると家族が感じることである。「ちびっていわれることをいじめっていうなら、そうですね。いじめにあっています。しょっちゅうです。いじめととらえない様になっています。」（事例4）、「入学した時は、（他の子どもから）小さい小さいといわれ、先生に訴えたりしていました。」（事例5）と、低身長について他の子どもから、からかわれたりしていることを家族が認識し、子どものための対応をしていた。<学校の先生には相談しない>とは、家族が子どもの疾患や治療内容を学校の先生に話すことがなく病名を知らせず、子どもが学校での日常生活を過ごすことである。「特別難しい治療はないですから、あまり、学校の先生とは相談する必要がないです。」（事例7）と、治療について教諭へ相談しないと家族が判断していた。しかし、<学校の先生に相談する>とは、進級の時期や医療機関の受診の際に、家族が子どもの疾患や治療内容を学校の先生に話すことである。「幼稚園の先生には、いってあります。やっぱり、月に1回、受診とかあるし、休んだりすることもありますので。」（事例1）、「ターナー（症候群である）とっています。学校の先生もあまり身長が低いと、受診を勧めてくれますので。」（事例7）と、受診に伴う欠席などへの配慮を求め、治療状況などを教諭に話しをしていた。

3. コアカテゴリー【周りの支援を見極める】について

家族がターナー症候群の会の存在を知ること、家族の中で会への取り組みを選択し、とりまく環境の中で人間関係を活用しながら、周囲からの支援について見定めることを表す。

<会への参加をする>とは、会への参加によって、

同じ疾患をもつ子どもや家族から情報を得たり交流をすることである。「会に入って、そういう（ターナー症候群の）子が他にもいるってことを知って。すごく珍しい病気ではないですよ。自然と、こういうものかなって。諦めではないですけど、向き合っていくしかないかなって。自然にできました。」（事例3）と、会の中で、ターナー症候群の子どもと親同士のふれあいから情報を得ることが語られた。一方、＜会に参加をしない＞とは、会の活動に疑問をもったり参加へのためらいがあり、活動をしないうことである。「なかなか。参加しようって。そこまで。踏み込めないっていうか。ちょっと、なんていうんですか。踏み込めないっていうのがあります」（事例2）と、参加へ躊躇する思いがみられた。会の存在として、＜会があるので参加する＞は、会から連絡がある時に参加しているが、積極的には子どもと家族が活動にかかわらないことである。「（集まりの連絡が）1年に1回とか。その時は参加させていただいています。けれど、他のお母さんとお話しするということはないです。」（事例6）と、出席はするが、積極的には会への活動や会員との触れあいを求めない家族の姿があった。

＜医療職とのかかわり＞とは、医療機関などで、医療職とのかかわりをもち疾患や日常生活の相談をしたり、励まされることである。「外来に受診して、医師から身長が伸びているっていわれると安心します。」（事例2）、「看護婦さんが、『後はもう引き受けるから。入院したらもう安全だからお母さんもベッドの脇で一緒に寝ていけばいいって』（いってもらえて）、ぐっすり寝ました。」（事例5）と、医療職とのコミュニケーションで安心し、GH治療に取り組んでいることが語られた。

＜子どもの同胞（きょうだい）の存在に助けられる＞とは、同胞（きょうだい）が、家族と子どもとの関係の橋渡しの助けになることである。「お兄ちゃんはお兄ちゃんなりに、妹を色眼鏡でみることが今のところないので、助かっています。」（事例2）、「お姉ちゃんもいろいろなことが理解できる子に育ってくれて。私との、女性同士のってみたいなのが、そういう関係がすごくあります。」（事例4）と、子どもの同胞（きょうだい）の存在が、子どもや家族の支えとなっていた。また、家族の中でも＜子どもの祖父母を頼る＞とは、GH治療についての話や育児の代わりに、子どもの祖父母に頼ることである。「まず、その話（GH治療）を誰にするかっていう時に、家族、おじいちゃん、おばあちゃんにする。そこで、背が伸びないよって、とか話します」（事例3）と、子どもの祖父母を頼る姿がみられた。さらに、＜周りの人たちと話をする＞とは、自分の周りの人たちの中で、子どもの疾病や成長・発達について気持ちが通じる人と話をすることである。「（出かけて行くときの）一緒のバスに乗った仲の

良いママと、話とかしています。病気のことも知っています。」（事例1）と、子どもの病名を打ち明け、家族以外に話ができる対象を見出していた。

4. コアカテゴリー【子どものありのままを認める】について

ターナー症候群の子どもの自己注射を続けることで注射に慣れ、成長を期待し治療における目標を定め、家族が将来の不安を抱えながらも子どものあり様をそのまま受けとめようとしていることを表す。

＜自己注射を継続する＞とは、GH治療である自己注射を継続し、注射に子どもと家族が慣れていくことである。「3年生くらいになって自分で（注射を）打つようになった。最初はためらっていましたが、今では、習慣的にやっています。」（事例7）と、自己注射が低身長のための重要な治療であり、子ども自身が注射を打つようになっていくことが語られた。GH治療の継続によって＜ゴールを決める＞とは、日々の生活の中で、ある時点までには到達したいという目標を定めて自己注射を行うことである。「月に1回来て、身長をはかっただいて、こういう数字ですっていわれると、伸びているなって。1ヶ月。次は、どのくらいだろうかなって。」（事例2）と、年齢に合わせた目標設定がされていた。

＜子どもの将来を思う＞子どもの疾患や治療に関連した生活の中で、子どもの将来を思い、漠然とした不安や希望を抱くことである。「まだ、生理が（なくて）、友達は（生理が）来ているのに。まだ、その話を娘とはしていないのですけれど。思春期というものもあるし、これからのことで、説明というか、分かっているのかどうか。」（事例2）、「成長ホルモンの先に女性ホルモンの治療があるんです。とても難しいですけど、どのタイミングでそちらにいくか。ということが、目前といえば目前なので、どうしたら良いのかを考えます。」（事例4）と、子ども自身のあり様を認めながら、ターナー症候群の症状について気になる状況や治療移行の迷いが語られた。しかし、GH治療をする中で、＜子どもを認める＞ことは、子どもなりに成長・発達していると家族が感じ、子どもの現在の状況をありのままに家族が受けとめていく姿である。「今はもっと素直な気持ちで受け入れている。前は、現実逃避したい時ばかりでした。でも、今はあれでいいんだ、（低身長は）個性なんだって。」（事例4）と、成長が遅れていても、低身長である子どもの姿の理解が示された。

V. 考察

ターナー症候群の子どもと家族への支援について、コアカテゴリーをもとに検討する。

A. 子どもの疾患と疾患にともなう子育てに関する支援
ターナー症候群の子どもの家族は、小児期に身体の

外観を何かおかしいと気づき、低身長を指摘され受診を勧められていた。しかし、最初に受診した医療機関の説明では、疾患の詳しい状況が分からず、情報収集が困難な状況がみられた。身長・体重は個人差が大きく、たとえば身長が低いことも一つの個性であり、単に身長が低いことを異常と考えるべきでないということが、低身長を理由に精査を勧めることがためらわせる一因となっているとの指摘があり（伊藤・横谷, 2006）、家族による受診行動が遅れる可能性が推測される。疾患の適切な説明を受け、男女別の標準成長曲線を用いて身長を正確に書き込むなどを継続する指導を行うことで、治療に向けての定期的な診察につながるといえる。

子どもの低身長を医師から指摘され、治療としてのGHの自己注射を開始する中で、子どもと家族は注射に慣れ実施ができていた。GH治療は、長期になると手技への不安が軽減される（綿谷・白崎・畑他, 2011）ので、注射に対する経験の積み重ねによって、治療を生活の中に取り入れることが可能になる。GH治療の平均持続期間は6.6年で、GH治療中止の平均年齢は18.6歳という報告から（Tanaka, Horikawa, Tanae et al., 2000）、GH治療は長期的に、年齢が高い時期まで継続する現状がある。子どもの低身長という外観から、GH治療によって身長が伸びるという効果の認識が、家族には治療継続の意識につながる。さらに、身長の伸びを家族が日々の生活の中で実感することで、治療効果の目標設定が可能になる。したがって、GH治療への動機づけが大切である。受診時における男女別の標準成長曲線についての説明、注射の手技の確認などを定期的に子どもと家族とともに実施する支援が望まれる。GH治療は医療機関の外来において実施されるため、看護職側からの声かけ、疑問点の確認など、外来受診時の看護職の支援がより重要といえる。

一方、身長の伸びがない時期においても、自己注射を子どもと家族が中断することがないよう、家族の疑問や質問に適切に指導ができる医療職のかわりが求められる。

B. 子どもをとりまく環境への支援

家族は、子どもの成長・発達について、期待と思い通りにならない苦悩を抱えながら子育てをしていた。また、子どもの疾患を周囲に知らせない、知られたくないという心情と、子どもが生活する学校への思いが分かった。田中（2003）は、低身長がいじめの対象となっている場合には、治療によって低身長が改善することにより、いじめもなくなることを指摘している。低身長はその身体的特徴から、学校の健康診断時に学校医・養護教諭における成長曲線による評価が可能である。子どもの健康管理を担う養護教諭が、低身長の子どもの日常生活を観察し、注意をはらうことにより

子どもの学校生活の安心感の保障につながるといえよう。子どもの身体計測時の値、成長障害が疑われる情報などの共有を学校教諭とともに行うなど、子ども達を支援する体制づくりが課題と考える。

今回、家族は会への関わり方について、家族で方針を決定していた。子どもをとりまく環境の中で、医療職、家族、友人、会などの社会資源を、その家族なりに選択し活用する現状がみられた。井上（2008）は、小児の疾患は、医療情報の獲得や医療の決定を親が子どもに代わって行うことが多いと述べ、とくに近年のように情報が氾濫する中で医療が複雑化し、さらに施設によっても関わりが異なるため、単純に比較や選択は難しいとしている。そして、その不安や疑問を医療職や同じ立場の家族などいくつかの選択肢の中で判断し、迷いを解決していくことが家族に求められると指摘している。家族は、会の存在を医療機関で紹介された後、家族の中での有用性を見極めていた。家族は、ターナー症候群の子どもの同胞（きょうだい）、祖父母を頼りにし、子どもを中心にまとまる姿がうかがえた。家族は、病名を告知された時点から、子どもを受け入れ、GH治療に対して前向きに取り組むことができていた。家族の人間関係の選択を尊重しつつ、子どもと家族が正確な情報を得るためのかわりが必要である。

C. 子どもの成長・発達と将来への支援

甲村（2004）は、ターナー症候群の子どもの医学的問題をかかえ生涯にわたるケアを必要としていると述べ、小児期から思春期にかけて成長ホルモン治療を終了した後も、継続的な医学的対応の必要性を指摘している。家族は、ターナー症候群の子どものあり様をそのまま認め、育児やGH治療の継続が現時点までは可能となっていた。しかし、子どもの年齢が高くなることによる、次の治療のホルモン療法への移行への不安、思春期の女兒がもつ成長・発達における問題への思いがみられた。思春期以降の診療では他科とも連携した包括的な健康管理の必要性があり（榊原・武居・深澤他, 2005）、女性のライフサイクルをふまえ、本人と家族を支える心理的支援に医療職が関わるのが重要と考える。家族のいづく成長・発達や将来の不安に対し、家族と医療職が子どもの将来をみすえ、円滑に治療を進めるための情報提供が望まれる。

V. おわりに

今回、ターナー症候群の子どもと家族におけるGH治療継続にかかわる意識から、家族への支援を検討した。本調査は一地域1施設で治療を受ける子どもと家族の結果であり、分析もGH治療を継続している家族の思いのため、限界がある。今後も、ターナー症候群の子どもと家族のQOLを高め、治療が継続できるよう、医療職に求められる支援の検討を重ねたい。

本調査にご協力いただきましたご家族に深く感謝いたします。

文献

- Fujita Keinosuke, Yokoya Susumu, Fujieda Kenji, Shimatsu Akira, Tachibana Katsuhiko, Tanaka Hiroaki, Tanizawa Takakuni, Teramoto Akira, Nishi Yoshikazu, Hasegawa Yukihiro, Hanew Kunihiko, Horikawa Reiko, Nagai Toshiro, Tanaka Toshiaki (2010). Adult Heights of 258 Girls with Turner Syndrome on Low Dose of Growth Hormone Therapy in Japan. *Clinical Pediatric Endocrinology*, 19 (3), 63-68.
- 井上玲子 (2008). 親の会に関する国内文献の検討. *日本小児看護学会誌*, 17 (2), 59-65.
- 伊藤純子, 横谷進 (2006). 小児疾患の早期発見とその対応－長期予後の向上をめざして－ 健診・検査後の対応とその評価 学校検診 成長の異常の診かた. *小児科臨床*, 59 (4), 840-850.
- 木下康仁 (1999). *グラウンデッド・セオリー・アプローチ－質的実証研究の再生－*. 東京: 弘文堂.
- 木下康仁 (2001). 質的研究法としてのグラウンデッド・セオリー・アプローチ－その特性と分析技法－. *コミュニティ心理学研究*, 5 (1), 49-69.
- 木下康仁 (2003). *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践－質的研究への誘い*. 東京: 弘文堂.
- 甲村弘子 (2004). 成人ターナー症候群の健康管理. *小児科*, 45 (2), 233-239.
- 前坂明子, 長谷川行洋 (2003). 成長障害の診かたと対応 Turner症候群と低身長. *小児内科*, 35 (3), 417-420.
- 長田久雄, 五十嵐裕, 大山建司, 小川正道, 鬼形和道, 神崎晋, 河野斉, 清野佳紀, 高橋弘昭, 西美和, 藤枝憲二, 藤田敬之助, 横谷進, 田中敏章 (2009). 「低身長児・者用アンケート」の健常者における検討とターナー女性への適用. *成長会誌*, 15 (2), 45-53.
- 仲野由季子 (2000). ターナー症候群における心理的ケア. *ホルモンと臨床*, 48 (5), 65-79.
- 榊原秀也, 武居麻紀, 深澤由佳, 池田万里郎, 平原史樹 (2005). 当科「女性健康外来」におけるターナー女性の包括的健康管理. *思春期学*, 23 (3), 339-343.
- 田中敏章 (2003). 成長障害の診かたと対応 低身長児と成人になったGHDのQOL. *小児内科*, 35 (3), 399-402.
- Tanaka Toshiaki, Horikawa Reiko, Tanae Ayako, Hibi Itsuro (2000). Final Height in Girls with Turner Syndrome after Growth Hormone Treatment ; Experience at National Children's Hospital. *Clinical Pediatric Endocrinology*, 9 (1), 41-46.
- 綿谷美幸, 白崎あゆみ, 畑和江, 肩聡美, 平野昌恵, 城座圭子 (2011). 成長ホルモン療法を受ける患児の家族の思いを取り入れた看護支援の検討 自己注射の実施状況と治療に対する思いについてのアンケート調査を実施して. *日本看護学会論文集 小児看護*, 41, 115-118.
- 尹熙玉, 横田行史, 輿水隆 (1990). ターナー症候群における成長ホルモン療法の試み. *北里医学*, 20, 324-330.