

# 小児期にてんかんを発症した患者の 職場への病名開示に関連する要因の解明

小川舞美、藤川真由、中里信和  
(東北大学大学院医学系研究科てんかん学分野)

## <要 旨>

**目的:** 職場にてんかんの病名を開示するか否かの意思決定に悩む患者が多い。本研究の目的は、小児期にてんかんを発症した患者の就労状況と病名開示の特徴を明らかにすることであった。

**方法:** 対象は東北大学病院てんかんセンターで入院精査を行った 125 名である。分析には、小児期にてんかんを発症した患者のうち一般就労中であった 49 名のデータを用いた。調査項目は Disclosure Decision-Making Model に基づいて決定し、診療録から発作関連要因を抽出し、自己記入式質問紙から個人要因と環境要因を取得した。分析には t 検定と  $X^2$  検定を用いた。本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施した。

**結果:** 病名を開示せずに就労していた者は 24 名 (49.0%) で、病名を開示して就労していた者は 25 名 (51.0%) であった。病名を開示していた群は開示していなかった群より、自分の発作ビデオを見たことがある者が多く [ $X^2(1) = 9.44, p < 0.01$ ]、過去に差別された経験がある者が多いことが明らかになった [ $X^2(1) = 10.51, p < 0.01$ ]。なお、発作関連要因は 2 群間の差が見られなかった。

**結語:** 小児期にてんかんを発症した患者のうち発作が残存している患者層において、半数が病名を開示して就労していたことが明らかになった。患者が自分の発作の動画を見ることは、職場への有用な病名開示を行うために効果的である可能性が示唆された。

## <キーワード>

てんかん 就労 病名開示 心理教育

### 【はじめに】

てんかんとは「てんかん発作を生じさせる持続的な病態と、その状態がもたらす神経生物学的、認知的、心理学的、および社会的な帰結を特徴とする疾患」と定義される (Fisher et al., 2005)。有病率は約 1%で、小児期と高齢期に発症することが多いとされている。小児期に発症した場合の予後は多様であり (Beghi et al., 2014)、50~60%は寛解するものの、残りの患者は成人期以降も治療が必要になることが多い (Nabbout et al., 2017)。発作が残存する患者の多くは、発作による事故や受傷のリスクを心配し、てんかん発作が起きることに不

安を抱えながら生活を送っている (Fisher et al., 2000)。さらにてんかん患者は、気分障害、不安障害、発達障害の併存頻度が高く、自殺率も高いと言われている (Ettinger et al., 2005; Schmitz, 2005; Clancy et al., 2014)。また、記憶、処理速度、実行機能などの高次脳機能障害の合併を呈する場合も多い (Oyegbile et al., 2004; Bell et al., 2011)。そのため、てんかん患者はてんかん発作だけではなく、就学、就労、結婚などのライフステージに応じて心理社会面の多様な悩みを持っている (de Souza et al., 2018; Fleming et al., 2019)。

特に、てんかん患者の就労には多くの課題があり、一般人口の雇用率よりも低い状態が続いている (Theodore et al., 2006)。その中でも、小児期にてんかんを発症した患者は、社会参加に関する課題を抱えやすいことが指摘されている (Kokkonen et al., 1997 ; Camfield & Camfield, 2007)。例えば、知的障害が併存しない場合でも、患者の 50% は就労満足度が低いことを示した研究などが存在する (Jalava et al., 1997 ; Camfield & Camfield, 2003)。職場環境の改善は、就職と就労定着に重要であるが、その前提に患者が職場にてんかんの病名を開示するか否かを選択する必要がある。てんかんの病名を開示することは、適切な職場環境の構築に繋がる場合もあるが (DiIorio et al., 1996)、内定の取り消しや昇格の機会喪失のリスクが高まる場合があることが示されている (Bishop, 2002; Bishop et al., 2007)。このように、てんかんを開示することによるメリットとデメリットの両方が予想されるため、職場への病名開示に悩むてんかん患者が多い。Disclosure Decision-Making Model では、病名を開示するか否かの選択には、個人要因と環境要因の両方が関与すると述べられており (Greene, 2009)、他の慢性疾患ではこのモデルに基づいて病名開示のプロセスに関する研究が進められている。この理論モデルの個人要因には、症状、疾患知識、スティグマなどが含まれ、環境要因には、社会的スティグマや他者との関係のさまざまな側面が含まれている (Greene et al., 2012)。てんかん患者の就労においても適切な支援を受け、差別に対処するために、病名を開示するか否かの意思決定についてより深い理解が必要とされている (Munir et al., 2005)。

したがって、本研究の目的は Disclosure Decision-Making Model に基づいて小児期にてん

かんを発症した患者の就労状況と病名開示の特徴を明らかにすることであった。

## 【方法】

### (1) 対象者

本研究の対象は東北大学病院てんかんセンターで入院精査 (長時間ビデオ脳波モニタリング検査、画像検査、神経心理検査、心理社会的評価) を実施した 125 名である。選定基準は、a) 調査に同意した者、b) 自己記入式質問紙への記入が可能であった者、c) 18 歳以上の者、d) 小児期 (2-12 歳) にてんかんを発症した者とした。

そのうち、分析に使用したのは一般就労中であった 49 名のデータである。分析の対象としなかった者は、無職 39 名、学生 20 名、福祉的就労 10 名、主婦 7 名であった。

### (2) 倫理的配慮

本研究は東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施した (No. 2023-1-792)。

### (3) 調査項目

調査項目は Disclosure Decision-Making Model に基づいて決定し、データは診療録と自己記入式質問紙から抽出した。診療録からは、発作関連要因として、発症年齢、てんかん分類、発作頻度、強直間代発作の有無を抽出した。自己記入式質問紙からは患者背景、個人要因、環境要因を収集した。患者背景として、年齢、性別、職業、職場への病名開示の有無への回答を求めた。病名開示については、「職場にてんかんを開示していますか？」という質問に「開示」か「非開示」のどちらかに回答するように求めた。個人要因として、発作ビデオ視聴経験の有無 (「過去に自分の発作

の映像を（録画などで）見たことはありますか？」）、差別経験の有無（「発作が原因でいじめられたり、対人関係で問題を抱えることはありませんか？」）、感じられたスティグマを収集した。環境要因として、制定されたスティグマ、ソーシャルサポート、離職経験の有無を収集した。スティグマの測定には、日本語版 Epilepsy Stigma Scale (ESS-J) を使用し、ソーシャルサポートの測定には、MOS Social Support Survey (MOS-SSS) を用いた。

#### a. セルフスティグマ評価尺度

Epilepsy Stigma Scale (DiIorio et al., 2003) を日本語に翻訳したものを使用した (Ogawa et al., 2022)。ESS-J はてんかん患者に特化したスティグマを測定するために作られたものである。全 10 項目の尺度で「感じられたスティグマ (felt stigma)」と「制定されたスティグマ (enacted stigma)」の 2 因子で構成される。「感じられたスティグマ」とは、自分の中の内なる偏見を指し、「発作があることは、自分として恥ずかしい」という項目などが含まれている。一方で「制定されたスティグマ」は他者から受ける疎外の認識を指し、「発作があることで、多くの人に偏見を持たれている」という項目などが含まれる。各項目は 7 件法（「決してそう思わない = 1 点」「そう思わない = 2 点」「あまりそう思わない = 3 点」「どちらでもない = 4 点」「少しそう思う = 5 点」「そう思う = 6 点」「強くそう思う = 7 点」）で評価され、点数が高いほどてんかんに関連したスティグマが高いことを示す。内的整合性を示す Cronbach の  $\alpha$  係数は「感じられたスティグマ」が 0.82、「制定されたスティグマ」が 0.88 であった (Ogawa et al., 2022)。

#### b. ソーシャルサポート評価尺度

MOS-SSS (Sherbourne et al., 1991) を日本語に翻訳し使用した。この尺度は慢性疾患患者のソーシャルサポートについて簡易に多面的に評価するために作成されたものである。この尺度は「Emotional/informational support」、「Tangible support」、「Affectionate support」、「Positive social interaction」の 4 つの下位因子からなり、全 19 項目の尺度である。各項目は、5 件法（「全くいない = 1 点」「ほとんどいない = 2 点」「ときどきいる = 3 点」「ほとんどいる = 4 点」「いつもいる = 5 点」）で評価される。得点範囲は 1-5 点で、点数が高いほどソーシャルサポートが高いと認識していることを示す。本研究では、MOS-SSS の全項目の平均点をソーシャルサポート得点として用いた。内的整合性を示す Cronbach の  $\alpha$  係数は 0.97 であった (Sherbourne et al., 1991)。

#### (4) 統計解析

分析には、統計解析ソフトウェア IBM SPSS Statistics V29.0 を使用した。まず、記述統計と度数分布を算出し、患者背景を確認した。発作頻度については、1 年以上発作がない場合には「発作なし = 0」、1-11 回/年の場合には「年単位 = 1」、1-3 回/月の場合には「月単位 = 2」、1-6 回/週の場合には「週単位 = 3」、1 回以上/日の場合には「日単位 = 4」とコーディングした。次に、「病名を開示していなかった群」と「病名を開示していた群」の個人因子と環境因子の差を比較するために、t 検定と  $X^2$  検定を行った。

## 【結果】

### (1) 患者背景および臨床的特徴

表 1 に、てんかん患者 49 名の患者背景および臨床的特徴をまとめた。平均年齢は 29.0 歳 (SD=7.5) であり、てんかん発症の平均年齢は 7.6 歳 (SD = 3.0) であった。てんかん分類は、36 名 (73.5%) が焦点てんかん、3 名 (6.1%) が全般てんかん、10 名 (20.4%) が分類不明であった。就労状況については、31 名 (63.3%) が正規雇用で、18 名 (36.7%) が非正規雇用であった。

### (2) 職業と病名開示の状況

表 2 に、対象者の職業と病名開示の状況をまとめた。職場に病名を開示しないで就労していた者は 24 名 (49.0%) で、病名を開示して就労していた者は 25 名 (51.0%) であった。対象者の職業を「厚生労働省編職業分類 (第 5 回改定)」に基づいて分類した結果、「サービスの職業」が 13 名 (26.5%) で最も多く、そのうち病名を開示していた者は 7 名であった。

表1 患者背景と臨床的特徴

| 項目           | 人数 (%)    | 平均 (標準偏差)  |
|--------------|-----------|------------|
| 年齢 (単位: 歳)   | -         | 29.0 (7.5) |
| 性別           |           |            |
| 女性           | 22 (44.9) | -          |
| 男性           | 27 (55.1) | -          |
| てんかん分類       |           |            |
| 焦点           | 36 (73.5) | -          |
| 全般           | 3 (6.1)   | -          |
| 分類不明         | 10 (20.4) | -          |
| 発症年齢 (単位: 年) | -         | 7.6 (3.0)  |
| 罹病期間 (単位: 年) | -         | 21.4 (8.3) |
| 抗てんかん薬数      | -         | 2.5 (1.5)  |
| 発作頻度         |           |            |
| 発作なし         | 2 (4.1)   | -          |
| 年単位          | 13 (26.5) | -          |
| 月単位          | 16 (32.7) | -          |
| 週単位          | 14 (28.6) | -          |
| 日単位          | 4 (8.2)   | -          |
| 強直間代発作       |           |            |
| なし           | 28 (57.1) | -          |
| あり           | 21 (42.9) | -          |
| 就労状況         |           |            |
| 正規           | 31 (63.3) | -          |
| 非正規          | 18 (36.7) | -          |

表2 職業と病名開示の状況

| 職業名             | 全体 |        | 非開示 |        | 開示 |        |
|-----------------|----|--------|-----|--------|----|--------|
|                 | n  | (%)    | n   | (%)    | n  | (%)    |
| サービスの職業         | 13 | (26.5) | 6   | (25.0) | 7  | (28.0) |
| 福祉・介護の職業        | 7  | (14.3) | 3   | (12.5) | 4  | (16.0) |
| 製造・修理・塗装・製図等の職業 | 6  | (12.2) | 2   | (8.3)  | 4  | (16.0) |
| 農林漁業の職業         | 4  | (8.2)  | 1   | (4.2)  | 3  | (12.0) |
| 建設・土木・電気工事の職業   | 4  | (8.2)  | 3   | (12.5) | 1  | (4.0)  |
| 事務的職業           | 3  | (6.1)  | 0   | (0.0)  | 3  | (12.0) |
| 販売・営業の職業        | 3  | (6.1)  | 1   | (4.2)  | 2  | (8.0)  |
| 管理的職業           | 3  | (6.1)  | 3   | (12.5) | 0  | (0.0)  |
| 医療・看護・保健の職業     | 2  | (4.1)  | 1   | (4.2)  | 1  | (4.0)  |
| 保育・教育の職業        | 2  | (4.1)  | 2   | (8.3)  | 0  | (0.0)  |
| 配送・輸送・機械運転の職業   | 2  | (4.1)  | 2   | (8.3)  | 0  | (0.0)  |
| 合計              | 49 | (100)  | 24  | (100)  | 25 | (100)  |

### (3) 病名開示の有無による特徴

表3と表4に、「病名を開示していなかった群」と「病名を開示していた群」の発作関連要因、個人要因、環境要因を比較した結果をまとめた。分析の結果、「病名を開示していた群」は「病名を開示していなかった群」より、自分の発作ビデオを見たことがある者が多く [ $X^2(1)=9.44, p<0.01$ ]、過去に差別された経験がある者が多いことが明らかになった [ $X^2(1)=10.51, p<0.01$ ]。その一方で、発作関連要因（発症年齢、発作頻度、強直間代発作の有無）や個人要因（感じられたスティグマ）、環境要因（ソーシャルサポート、離職経験の有無）は、「病名を開示していなかった群」と「病名を開示していた群」の2群間に差が見られなかった。

### 【考察】

本研究の目的は、小児期にてんかんを発症した患者の就労状況と病名開示の特徴を明らかにすることであった。

小児期にてんかんを発症した患者のうち、成人期にも発作が残存している患者層において、患者の半数が病名を開示して就労していたことが明らかになった。この結果は、カナダで実施された慢性疾患患者の就労における病名開示率の報告と同程度であった (Gignac et al., 2021)。日本においても合理的配慮に関する法律が制定されており、職場にてんかんを伝えることに利点があるという以前の調査 (Stratton et al., 2018; Brouwers et al., 2020) を裏付ける結果であった。その一方で、本研究では患者の半数が病名を開示せずに就労していることも明らかになった。

表3 病名開示の有無による発作関連因子および心理社会的要因の違い (1)

| 要因         | 非開示   |        | 開示    |        | t 値   |
|------------|-------|--------|-------|--------|-------|
|            | 平均値   | (SD)   | 平均値   | (SD)   |       |
| 年齢         | 29.70 | (7.93) | 28.36 | (7.09) | 0.62  |
| てんかんの発症年齢  | 8.29  | (3.18) | 7.00  | (2.80) | 1.51  |
| てんかん発作の頻度  | 2.38  | (0.97) | 1.84  | (1.03) | 1.87  |
| 感じられたスティグマ | 3.53  | (1.59) | 3.56  | (1.62) | -0.07 |
| 制定されたスティグマ | 3.49  | (1.26) | 3.46  | (1.18) | 0.11  |
| ソーシャルサポート  | 3.56  | (0.86) | 3.55  | (0.82) | 0.02  |

表4 病名開示の有無による発作関連因子および心理社会的要因の違い (2)

| 要因        | 非開示 | 開示 | X <sup>2</sup> | df |
|-----------|-----|----|----------------|----|
| 強直間代発作    |     |    |                |    |
| なし        | 17  | 11 | 3.60           | 1  |
| あり        | 7   | 14 |                |    |
| 発作ビデオ視聴経験 |     |    | 9.44**         | 1  |
| なし        | 22  | 13 |                |    |
| あり        | 2   | 12 |                |    |
| 差別を受けた経験  |     |    | 10.51**        | 1  |
| なし        | 23  | 14 |                |    |
| あり        | 1   | 11 |                |    |
| 離職をした経験   |     |    | 0.21           | 1  |
| なし        | 9   | 11 |                |    |
| あり        | 15  | 14 |                |    |

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$

先行研究においても職場の良い環境や人間関係を壊さないために病名を開示しない場合があることが示されており (Callaghan et al., 1992)、本研究の対象者の中にも病名を開示せずに就職し、その後も病名を伝えずに就労を継続している者が含まれている可能性が推察された。

職業に関しては、医療、製造、農業などさまざまな領域で就労できていることが明らかになった。てんかん患者が就くことができる職業が限られていると考えられたこともあったが (Lassouw et al., 1997)、発作症状や併存疾患を考慮して業務内容を選択することで広い領域で活躍できる可能性が示唆された。業種による病名開示の傾向としては、不特定多数の人に接する職業や対人関係の構築がより重要な職業において病名を開示することが多い可能性が明らかになった。

興味深いことに、本研究では、差別された経験が病名開示の決定に関連する要因であることが示された。先行研究では、てんかん患者は病名開示後の周囲の反応が予測できなかつたり、ネガティブな結果になることを恐れたりして、職場への病名開示に消極的になることが示されている (Toth & Dewa, 2014)。しかし、病名を開示せずに就労している場合には発作に対する誤解が生じやすく、時に不正行為をしているやスキルが欠けていると評価されたり、対人関係構築ができない人とみなされたりするリスクが高いことも知られている (Goldberg et al., 2005)。本研究では、差別された経験がある患者は、誤解や差別を最小限に抑え、偏見を持たれる可能性を回避したいという思いから、意図的にてんかんを公表するという予防的な病名開示の戦略を選択する傾向がある可能性が示された。また、病名に関する差別を解消しながら就労を継続している患者がいる可能性

も推察された。

さらに、本研究では、自分の発作の動画を見たことがあるという経験も、てんかんを開示するか否かの決定に関連する要因であることが明らかになった。てんかん発作の症状によっては、発作時の意識や記憶がない場合があり、自分の発作症状の全てを把握することが難しい (Blumenfeld et al., 2012)。そのため、自分の発作の動画を見ることによって、患者自身が発作症状を正しく把握し、発作時にしてほしい対応やしてほしくない対応について明確に説明できるようになり、職場に対して効果的な病名開示をすることが可能になると考えた。したがって、自分の発作症状を正しく把握することは、職場からの否定的な反応のリスクを最小限に抑え、上司や同僚を安心させるためのコミュニケーション戦略を立てるのに役立つ可能性がある (Harden et al., 2004)。

また、本研究ではてんかん発作に関連する要因と病名開示の有無には関連が見られなかった。Health Belief Model によると、人々の行動に影響を与えるのは、症状の実際の重症度ではなく、個人の主観的な認識と信念であると説明されている (Rosenstock, 1974)。本研究においても、実際のてんかん発作の頻度や症状よりも、患者の経験に基づく疾患への理解が、てんかんを開示するか否かの選択に重要な役割を果たすことが明らかになった。

てんかん患者への就労支援において、医療スタッフや就労支援者は、患者と一緒に患者自身のてんかん発作の症状や併存疾患について正しく把握し、その上で業務にその症状がどのような影響を及ぼすかをイメージしながら病名開示の必要性を検討することが有用であることが示された。また、患者への心理教育や就労支援の中に、てん

かん発作の動画を見る機会を作ることも効果的であることが明らかになった。

本研究の結果には重要な示唆が含まれているが、いくつかの限界がある。第一に、研究対象者は小児期にてんかんを発症し難治に経過した患者に限られており、研究結果の一般化が難しい可能性がある。今後は、複数の施設から参加者を募集し、対象者数を増やして因果関係を特定できる手法を用いて再分析を行うことが望ましいと考えている。第二に、本調査では職場に病名開示をしているか否かの評価をする質問が1つだけであり、病名開示の時期や内容を考慮できていない。病名開示までのプロセスや範囲、時間的な変化を調べる必要性が示されているため (Brohan et al., 2012)、今後は開示のタイミングや開示内容を含めて調査することが重要といえる。

そのような限界があるものの、本研究は本邦の小児期にてんかんを発症した患者の病名開示に関連する要因を明らかにした初めての研究であり、てんかん患者に特化した就労支援の構築に向けて重要な示唆を得ることができたと考えている。

#### 【謝辞】

本研究に関してご協力頂きました対象者の皆様および東北大学病院てんかんセンターの皆様へ感謝申し上げます。また、本研究の実施にご支援をいただきました明治安田こころの健康財団の皆様にも心から感謝いたします。

#### 【引用文献】

- Beghi E, Camfield PR, Camfield CS. Epidemiologic aspects: lost in transition. *Epilepsia* 2014;55 Suppl 3:3-7.
- Bell B, Lin JJ, Seidenberg M, et al. The neurobiology of cognitive disorders in temporal lobe epilepsy. *Nat Rev Neurol* 2011;7:154-164.
- Bishop M. Barriers to employment among people with epilepsy: report of a focus group. *J Vocat Rehabil* 2002;17:281-286.
- Bishop M, Stenhoff DM, Bradley KD, Allen CA. The differential effect of epilepsy labels on employer perceptions: report of a pilot study. *Epilepsy Behav* 2007;11:351-356.
- Blumenfeld H. Impaired consciousness in epilepsy. *Lancet Neurol* 2012;11:814-826.
- Brohan E, Henderson C, Wheat K, Malcolm E, Clement S, Barley EA, et al. Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry* 2012;12:11.
- Brouwers EPM, Joosen MCW, van Zelst C, Van Weeghel J. To disclose or not to disclose: A multi-stakeholder focus group study on mental health issues in the work environment. *J Occup Rehabil* 2020;30:84-92.
- Callaghan N, Crowley M, Goggin T. Epilepsy and employment, marital, education and social status. *Ir Med J* 1992;85:17-19.
- Camfield CS, Camfield PR. Long-term social outcomes for children with epilepsy. *Epilepsia* 2007;48 Suppl 9:3-5
- Camfield P, Camfield C. Childhood epilepsy: what is the evidence for what we think and what we do? *J Child Neurol* 2003;18:272-287.
- Clancy MJ, Clark MC, Connor DJ, et al. The prevalence of psychosis in epilepsy: A systematic

- review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2014;14:75
- 独立行政法人 労働政策研究・研修機構「第5回 改定厚生労働省編職業分類」  
<https://www.jil.go.jp/institute/seika/shokugyo/bunrui/index.html> (参照: 2023年6月)
- de Souza JL, Faiola AS, Miziara CSMG, et al. The perceived social stigma of people with epilepsy with regard to the question of employability. *Neurol Res Int* 2018;2018:4140508.
- DiIorio C, Hennessy M, Manteuffel B. Epilepsy self-management: A test of a theoretical model. *Nurs Res* 1996;45:211-217.
- DiIorio C, Osborne Shafer P, Letz R, Henry T, Schomer DL, Yeager K et al. The association of stigma with self-management and perceptions of health care among adults with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2003;4:259-267.
- Ettinger AB, Reed ML, Goldberg JK, et al. Prevalence of bipolar symptoms in epilepsy vs other chronic health disorders. *Neurology* 2005;65:535-540.
- Fisher RS, Vickrey BG, Gibson P, et al. The impact of epilepsy from the patient's perspective I. *Epilepsy Res* 2000;41:39-51.
- Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, et al. Epileptic seizures and epilepsy: Definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005;46:470-472.
- Fleming M, Fitton CA, Steiner MFC, et al. Educational and health outcomes of children and adolescents receiving antiepileptic medication: Scotland-wide record linkage study of 766 244 schoolchildren. *BMC Public Health* 2019;19:595.
- Gignac MAM, Jetha A, Ginis KAM, Ibrahim S. Does it matter what your reasons are when deciding to disclose (or not disclose) a disability at work? The association of workers' approach and avoidance goals with perceived positive and negative workplace outcomes. *J Occup Rehabil* 2021;31:638-651.
- Goldberg SG, Killeen MB, O'Day B. The disclosure conundrum: How people with psychiatric disabilities navigate employment. *Psychol Public Policy Law* 2005;11:463-500.
- Greene K. An integrated model of health disclosure decision-making. In: Afifi TD, Afifi WA, editors. *Uncertainty and information regulation in interpersonal contexts: Theories and applications*. New York, NY: Routledge; 2009;226-253.
- Greene K, Magsamen-Conrad K, Venetis MK, Checton MG, Bagdasarov Z, Banerjee SC. Assessing health diagnosis disclosure decisions in relationships: testing the disclosure decision-making model. *Health Commun* 2012;27:356-368.
- Harden CL, Kossoy A, Vera S, Nikolov B. Reaction to epilepsy in the workplace. *Epilepsia* 2004;45:1134-1140.
- Jalava M, Sillanpää M, Camfield C, Camfield P. Social adjustment and competence 35 years after onset of childhood epilepsy: A prospective controlled study. *Epilepsia* 1997;38:708-715.
- Kokkonen J, Kokkonen ER, Saukkonen AL, Pennanen P. Psychosocial outcome of young adults with epilepsy in childhood. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1997;62:265-268.
- Lassouw G, Leffers P, De Krom M, Troost J. Epilepsy in a Dutch working population: Are employees diagnosed with epilepsy disadvantaged? *Seizure* 1997;6:95-98.
- Munir F, Leka S, Griffiths A. Dealing with self-management of chronic illness at work: Predictors for self-disclosure. *Soc Sci Med* 2005;60:1397-1407.
- Nabbout R, Andrade DM, Bahi-Buisson N, et al. Outcome of childhood-onset epilepsy from adolescence to adulthood: Transition issues.

- Epilepsy Behav 2017;69:161-169.
- Ogawa M, Fujikawa M, Tasaki K, Jin K, Kakisaka Y, Nakasato N. Development and validation of the Japanese version of the Epilepsy Stigma Scale in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2022;134:108832.
- Oyegbile TO, Dow C, Jones J, et al. The nature and course of neuropsychological morbidity in chronic temporal lobe epilepsy. *Neurology* 2004;62:1736-1742.
- Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs* 1974;2:328-335.
- Schmitz, B. Depression and mania in patients with epilepsy. *Epilepsia* 2005;46: 45-49.
- Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32:705-714.
- Stratton E, Einboden R, Ryan R, Choi I, Harvey SB, Glozier N. Deciding to disclose a mental health condition in male dominated workplaces; A focus-group study. *Front Psychiatry* 2018;9:684.
- Theodore WH, Spencer SS, Wiebe S, Langfitt JT, Ali A, Shafer PO, et al. Epilepsy in North America: A report prepared under the auspices of the global campaign against epilepsy, the International Bureau for Epilepsy, the International League Against Epilepsy, and the World Health Organization. *Epilepsia* 2006;47:1700-1722.
- Toth KE, Dewa CS. Employee decision-making about disclosure of a mental disorder at work. *J Occup Rehabil* 2014;24:732-746.