

## 임신부의 건강통제위 유형에 관한 연구

이 은 희\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

임신은 여성의 의무에서 점차 권리로 인식되어져 가고 있어서 여성은 자신의 임신을 조정하고 계획하며 또한 보람있게 경험할 권리가 있다. 그러나 임신은 많은 신체적 변화와 불편감을 가져오며 임신 그자체만으로도 정서적 변화와 역할갈등을 겪을 수 있다. 모성은 여성의 삶중에서 가장 어려운 것 중의 하나이지만 가장 만족하는 역할이기도 하고 모성에서의 어려운 면은 모성과 함께 실현해 내야만 하는 많은 부가적인 역할들에 의해 기인된다(Mercer, 1986 a).

임신이라는 과정은 새로운 생명체가 임신부에게 새로운 환경장으로 발현되므로 임신부는 태아와의 상호작용을 시도함과 동시에 새로운 역할을 수용할 수 있어야 한다. 임신말기에는 분만이후의 준비기로 다차원적인 경험을 하게 되는데 이러한 여러가지 경험들은 임신부의 지각과 인식에 따라 다르게 경험될 수 있으며 그들이 처한 상황에 따라서도 다르게 경험될 수 있다.

Lederman(1984)은 임부의 사회심리적 적응상태를 모성발달과제로 보고 그에 영향을 미치는 것으로 임부 자신과 태아의 안녕에 대한 관심, 임신수용, 모성역할기대, 분만을 위한 준비, 분만및 통증에 대한 조절, 친정어머니와의 관계및 남편과의 관계를 제시하였으며, Mer-

cer(1986 b)는 임신과 산육기 때 모성역할에 영향을 하는 주요 변수로 산전 스트레스, 자아존중감, 사회적지지, 배우자관계, 가족기능, 완성감, 불안, 우울, 건강상태등의 변수를 사용하여 이론적 모델을 구성한뒤 실증적 연구를 하였다.

건강행위와 건강관련 요인들에 영향을 주는 변수로 건강통제위를 들 수 있는데 Wallston 등(1978)의 건강통제위측정도구를 사용하여 설명을 하고자 많은 연구들에서 시도되었다. 그러나 Arakelian(1980)과 Oberle(1991)은 건강통제위에 관한 연구들을 분석한 결과 그러한 결과가 일관성이 없거나 설명력이 미약하였고, 대부분의 연구가 실험연구가 아니라 상관관계 연구라는 점, 통제위를 다차원이 아니라 일차원으로 인식한 점, 익숙한 상황에서 통제위의 역할을 규명한 점, 사회학습에서 설명하는 행위의 결정인자 세 가지 즉 강화, 기대심리적 상황 중 기대에 해당하는 통제위만을 다룬 점 등을 들어 1970년대의 문제를 해결할 없이 1980년대에도 유사한 연구가 이루어졌다는 것을 지적하였다.

이에 대하여 Wallston 등(1982)은 이러한 결과들에 대한 가능한 대안으로 건강통제위의 세 차원을 조합하여 가능한 8유형의 성격유형을 이론화하였으며 그를 근거로 실증적인 연구를 한 Rock 등(1987)은 6유형, Buckelew 등(1990)은 5유형, Schank (1993)는 8유형 등이 존재하고 있으며 그에 따라 건강행위에 차이가 있음을 보고하였다.

\* 원주전문대학

우리나라의 경우에도 1982년에 건강통제위가 처음 소개된 이후 많은 연구가 시도되었으나 이(1993) 등의 연구에서처럼 건강통제위를 일차원으로만 보고 관심있는 변수들과의 관계나 차이를 봄으로서 결과적으로 그 결과를 적용하기에는 많은 문제점들이 드러났다. 더우기 건강통제위유형에 대한 연구는 우리나라에서 아직 시도되지 않았다.

또한 임신부를 대상으로 건강통제위의 변화나, 그에 따른 임신부들의 건강행위나 경험의 차이, 관계에 대한 연구는 외국문헌에서도 별로 발견되지 않았다. 우리나라의 연구로는 임신부의 건강통제위와 불안과의 관계만을 본 연구 두편뿐이었다(한, 1984, 박, 1985).

임신의 개념적 모델은 두가지 생활양식-아기가 없는 여성-아기가 있는 여성-사이의 전환기로 표현된다. 두가지 생활양식사이의 전환은 파라다임 전환으로 설명할 수도 있는데 여기서의 파라다임은 계속적인 자아상, 신념들, 가치들, 우선순위, 행동패턴, 다른 사람들과의 관계, 그리고 문제해결기술들의 일단의 모음이다. 즉 임신은 새로운 파라다임의 출현에 대한 준비기이다(Lederman, 1984).

따라서 임신으로 인해 기존의 건강통제위는 새로운 파라다임에 따라 변화될 것이며 그에 따라 임신부들의 경험도 다르게 지각될 수 있고 건강행위도 변화되리라고 예상할 수 있다. 또한 기존의 외국문헌에서처럼 건강통제위 유형에 따라서 임신경험과 건강행위가 차이가 있을 것이며 앞으로 그에 대한 연구가 필요하다.

## 2. 연구의 목적

본 연구에서는 문헌고찰을 바탕으로 임신부들의 임신중 경험과 관련된 변수로는 지지적 개념으로 결혼만족도, 배우자의 지지 수용, 행위적 개념으로 태아애착, 인지-정서적 개념으로 자아존중감, 불안, 우울, 스트레스 등을 선정하였다.

그리하여 Wallston 등(1982)이 제안한 건강통제위유형이 우리나라 임신부들에게 어떤 유형으로 존재하는지, 그에 따라 임신중에 경험하는 변수들에 어떤 차이가 있는지를 조사하고자 시도되었으며 다음과 같은 구체적인 목적을 두었다.

- (1) 임신부들의 건강통제위 유형을 분석한다.
- (2) 임신부들의 일반적인 특성에 따른 건강통제위유형을 규명한다.
- (3) 임신부들의 건강통제위 유형에 따른 제 변수들의 차

이를 분석한다.

- (4) 임신부들의 건강통제위와 제 변수들과의 관계를 분석한다.

## 3. 연구의 제한점

본 연구는 대상자를 강원도 원주시 일개 병원에 내원한 임신부들로 한정하였으므로 우리나라 전체로 확대할 수 없다.

## II. 문헌고찰

### 1. 건강통제위에 대한 연구

사회학습이론으로부터 통제위(locus of control)라는 개념을 처음 도입한 Rotter (1954)는 어떤 행위가 일어날 가능성이 가장 많은지를 규명하는데는 강화의 가치, 기대, 심리적인 상황을 고려해야 한다고 하였다. 즉 자신의 행위가 결과에 영향을 미칠 것이라고 기대하는 심리적인 상황에 따라 다르게 행위한다는 것으로 내, 외적 통제위로 구분하였다.

Wallston & Wallston (1976)은 건강과 같이 특정한 영역에 Rotter의 내, 외적 통제위 척도를 사용하여 일반적인 기대를 측정하면 건강행위를 예측하기 어렵다고 보고 건강통제위도구(HLC, Health Locus of Control)를 개발하였다. 처음 개발한 도구는 내, 외적 건강통제위였으나, 외적 통제위를 다시 타인의존통제위와 우연통제위의 세차원으로 구성된 다차원적 건강통제위척도(MHLC, Multidimensional Health Locus of Control)를 개발하였다(Wallston, Wallston & DeVellis, 1978). 다차원 건강통제위 척도의 세 하부척도는 각각 6항목으로 18항목으로 이루어져 있으며 A형과 B형의 두 형태가 있으며 한 형식을 사용했을 때보다 두 형식을 사용하였을 때 신뢰도가 증가한다고 보고하였다.

그 이후 건강통제위척도를 사용하여 건강관련 변수들과의 관계내지는 차이를 본 연구들은 매우 많았으나 그 결과들이 일치하지 않거나 관계가 미약한 경우도 많았다.

Arakelian(1980)은 1980년까지의 건강통제위 연구들중 이행에 대한 연구들만을 선택적으로 분석한 결과 내적통제위인 사람들이 건강정보를 빨리 습득하였고 관련된 상황에서의 단서를 더 잘 추출하여 이를 문제해결에 효과적으로 사용하였다고 보고하면서 건강통제위 연

구의 문제점으로 1) 통제위만을 예측인자로 사용한 점, 2) 새로운 상황이 아닌 익숙하거나 장기간 지속되어온 건강문제에 통제위를 예측인자로 사용한 점, 3) 편의추출한 점, 4) 외적 성향인 사람들의 유형을 최근까지 구별하지 못한 점, 5) 인과관계가 아니라 상관관계나 연관성을 보여 준 점 들을 들었다.

그이후의 연구들을 종합한 Oberle(1991)은 Arakelian이후 건강통제위 연구가 더 발전한 것이 없다고 하면서 실험연구나 유사 실험연구가 이루어져야 하며 대상자의 건강통제위에 따라 교육의 프로그램을 계획하고 강화의 가치를 반드시 포함시켜 측정해야 한다고 주장하였다.

우리나라에서는 1982년 홍은영의 연구를 시작으로 95편의 많은 연구가 이루어져왔다. 대상자들을 대상으로 변수들과의 관계나 집단간 차이를 비교한 연구들이 대부분이어서 Arakelian이 분석한 한계를 벗어나지 못했음이 지적되었다. 또한 도구를 사용할 때에 최근까지도 내, 외적 통제위차원인 HLC와 내적, 강력한 타인의존, 우연통제위의 세차원인 MHLC가 함께 사용되고 있었고, 원래 Wallston 등이 개발한 6점척도를 5점척도로 수정하여 사용한 연구들도 많아서 유사 연구들을 비교하는데 어려움이 있었다. 또한 타인의존통제위의 신뢰도가 내적통제위나 우연통제위에 비해 현저하게 낮음에도 계속 사용되고 있었으며 Health Locus of Control을 국문으로 번역한 용어들이 일관되지 못하고 여러 용어들이 혼용되고 있었다(이, 1993).

건강통제위와의 관계를 연구한 변수들중 건강관련 변수들은 대부분 내적 통제위와 유의한 관계를 보였지만 타인의존통제위와는 관계가 없거나 있다면 정관계였고 우연통제위와는 관계가 없거나 있다면 역관계를 보였다. 인지-정서적 개념과의 관계중 불안과의 관계를 보면 HLC를 이용했을 때에는 외적통제위일수록 불안이 높은 반면 MHLC를 이용했을 때는 일관된 결과를 보여주지 못했다. 우울과의 관계에서는 HLC를 이용한 연구 2편에서 외적통제위일수록 우울이 높았고 MHLC를 이용한 연구들에서는 내적통제위와는 역관계가 많고 우연통제위와 정관계가 많았으나 타인의존통제위와는 유의한 관계가 발견되지 않았다. 스트레스와의 관계를 본 연구들에서는 각 통제위와 유의한 관계가 없는 연구들이 많았다.

자아존중감과 의 관계를 연구한 결과는 역시 일관되지 않았으나 내적통제위와는 정관계를 우연통제위와는 역관계를 보인 것이 많았고, 지지적 개념과의 관계에서는

내적통제위와는 정관계를 보인 반면 타인의존통제위나 우연통제위와는 유의한 관계가 적었다.

이러한 결과들을 종합하여 볼때 단순히 건강통제위와 각 변수들과의 관계를 보는 것보다는 건강통제위유형에 따른 차이를 연구할 필요성을 제안하였다(이, 1993).

임신부들을 대상으로 건강통제위를 연구한 것을 살펴보면 Littlefield(1987)는 분만중에 선택적 분만 간호를 받은 그룹에서 분만후 내적통제위에 변화를 주지 못했고 도리어 타인의존성향이 유의하게 증가함을 보여 주어 행위에 대한 선택이 건강통제위를 내적화시키지 못했다고 하였다.

우리나라의 연구로 한혜실(1983)은 임신부의 성격과 불안과의 관계를 보기 위하여 HLC 11점 척도의 도구를 사용하였다. 임신부 187명을 대상으로 조사한 결과 HLC 중앙값보다 높은 외적통제위가 45명(24.1%), 내적통제위가 142명(75.9%)로 내적통제위가 훨씬 많았다. 불안과의 관계에서는 외적통제위가 내적통제위보다 불안도가 높았으나 유의성은 없다고 보고하였다.

박봉주(1985)는 초임부의 건강통제위 성격과 상태, 기질불안 정도와의 상관관계를 조사하였다. 임신 20주 이상의 초임부 93명을 대상으로 Wallston 등(1978)의 MHLC도구를 사용하였는데 신뢰도는 .65로 약간 낮게 나타났다. 각 통제위간의 상관관계는 내적성향과 타인의존성향, 타인의존성향과 우연성향은 유의한 긍정적 상관관계를 보인 반면 내적성향과 우연성향은 상관관계를 보이지 않았다. 내적성향의 평균은 24.17, 타인의존성향은 25.91, 우연성향은 19.15로 대부분의 다른 연구에서는 내적통제위가 높게 나타난 것과 대조를 보였다. 불안을 측정하는 도구는 연구자가 개발하여 불안과의 관계를 보았는데 상태불안은 타인의존성향과만 유의한 정관계가 있었으며 다른 통제위와는 관계가 없었다. 대상자 집단을 내적 성향군(36%)과 외적성향군으로 분류하여 집단간 상태불안을 비교한 결과 역시 유의한 차이가 발견되지 않았다.

이상과 같이 임신부들을 대상으로 한 연구는 건강통제위와 불안과의 관계만을 본 것이므로 앞으로 더 많은 연구가 이루어져야 한다.

## 2. 건강통제위 유형에 관한 연구

Wallston and Wallston(1982)은 건강통제위와 관련

한 불일치하고 조성이 있는 결과들을 위한 가능한 설명을 내놓았다. 그들은 개념이 실증적으로 개념화되었던 방법이 의미있는 결과를 가리운 것으로 주장하였는데 지금까지 대부분의 연구들은 관심있는 변수들과 건강통제위 척도의 각각의 점수사이의 관계를 조사하는데 초점을 두어 왔으며 이러한 접근은 세 차원을 포함하는 개인의 반응양상이 차원의 각각에 대하여 그의 또는 그녀의 점수를 분리하는 것보다 좀 더 예측력이 있을 수 있다는 것을 간과하였다고 주장하였다. 이러한 주장에 근거하여 그들은 개인들이 세가지 건강통제위 척도의 각각에 높거나 낮은 점수에 근거한 가능한 8가지 형태로 범주화하였다.

- a : yea sayer (I>M, P>M, C>M)
- b : believer in control (I>M, P>M, C<M)
- c : unnamed type (I>M, P<M, C>M)
- d : pure internal (I>M, P>M, C>M)
- e : double external (I<M, P>M, C>M)
- f : pure powerful (I<M, P>M, C<M)
- g : pure chance (I<M, P<M, C>M)
- h : nay sayer (I<M, P<M, C<M)

이러한 이론적 근거에 따라 Rock(1987) 등은 실증적 연구를 시도하였다. 400명의 학부학생들을 대상으로 분류기준을 정한뒤 200명을 먼저 분류하고 다시 200명으로 반복 분류하는 방법으로 진행되었다. 분석시 8유형 중 개념적으로 이해하기가 어렵고 회귀할 것으로 생각되었던 un-named type은 제외하고 분석한 결과 10명 이상으로 분류된 유형은 6가지로 pure internal, double external, pure chance, yea sayer, nay sayer, believer in control의 유형으로 나타났다. 2차 연구로 다른 대상자인 90명의 여대생을 대상으로 같은 방법으로 분류한 결과 역시 같은 유형으로 분류되었다. 그러나 분포는 다르게 나타났는데 두 집단 모두에서 pure internal 유형이 제일 많았지만 남아 학부학생 집단에서는 yea sayer, pure chance의 순위였고 여학생 집단에서는 double external, nay sayer의 순위였다.

또한 Ktantz Health Opinion Survey (KHOS)를 사용하여 각 유형에 따른 정보찾기와 행동관여의 차이를 본 결과 정보찾기는 pure chance에서 높았던 반면 행동관여는 yea sayer에서 높게 나타나 차이를 보였고 이러한 결과는 건강관리와 관련하여 좀 더 예측력이 높아졌다고 보고하면서 앞으로의 연구는 이러한 집단들을 규명하고 개인들의 건강태도, 신념, 행동사이의 관계를 명

확히 해야 한다고 주장하였다.

건강증진 생활양식과 건강통제위를 조사한 Schank(1993)는 간호학생 38명, 비간호학생 38명을 비교한 결과 건강통제위와 건강증진 생활양식 모두에서 유의한 차이를 보였다고 보고하였다. 먼저 건강통제위의 8유형을 분석한 결과 8유형이 모두 나타나 Rock(1987) 등의 결과와 차이를 보였는데 pure powerful others와 rare (un-named type) 그룹이 모두 나타났다. 간호학생과 비간호학생을 비교한 결과에서는 간호학생은 좀 더 pure internal이 많았던 반면 비간호학생은 double external이 많았는데 이러한 차이를 교육과정의 차이때문으로 설명하였다. 결과적으로 건강증진 생활양식에서의 차이는 건강통제위 유형의 차이때문이라고 주장하였다.

우리나라에서는 건강통제위 유형과 관련한 연구를 찾아볼 수가 없었다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구대상자

본 연구의 대상자들은 강원도 원주시 일개 병원에 산전관리를 받기위해 내원한 임신부들로서 임신 32주 이후로 합병증이나 기타 질환이 없는 102명의 임신부들이었다.

먼저 본 연구의 목적을 설명한 뒤 표준화된 설문지를 작성하게 하였는데 소요시간은 약 30분 정도였다.

#### 2. 연구도구

(1) 건강통제위 측정 : 건강통제위를 측정하는 도구는 Wallston, Wallston & DeVellis (1978)의 건강통제위 측정도구(MHLC) A형을 사용하였다. 본 도구가 개발될 당시의 신뢰도는 .67-.77 이었고 본 연구에서 내적 통제위 .7516, 타인의존통제위 .5185, 우연통제위 .6856로 타인의존통제위가 낮게 나타났는데, 이는 이(1993) 등의 연구에서 보듯이 대부분의 다른 연구에서도 타인의존통제위가 낮게 나타난 것과 같아 그대로 사용하였다.

(2) 태아애착정도 측정 : 태아애착정도는 Cranley(1981)의 모-태아 애착 측정도구를 사용하였으며 개발 당시 24문항이었고 본 연구에서는 김(1992)이 번역한 도구를 수정하여 22문항 5점척도를 사용하였으며 개발

당시 신뢰도는 .85, 김의 연구에서는 .83이었고 본 연구에서는 .8026이었다.

(3) 결혼만족도 측정 : 결혼만족도의 측정은 김명자(1985)가 Spanier(1976)와 Roach(1981)의 도구들을 번역하여 수정, 보완한 도구로 23문항, 5점척도로 되어 있으며 본 연구에서의 신뢰도는 .9038이었다.

(4) 배우자지지 수용도 측정 : 배우자지지 수용도 측정은 최(1992)가 개발한 도구로 12문항으로 되어있으며 개발당시 신뢰도는 .86 이고 본 연구에서는 .9036이었다.

(5) 자아존중감 측정 : 자아존중감을 측정하기 위하여 Rosenberg의 자아존중감 측정 도구를 사용하였으며 10문항 4점척도이고 본 연구에서의 신뢰도는 .8097이었다.

(6) 불안측정 : 임신부의 상태불안을 측정하기 위하여 Spielberger의 STAI중 상태불안 측정도구를 사용하였으며 20문항 5점척도이고 본 연구에서의 신뢰도는 .8522이었다.

(7) 우울측정 : 우울을 측정하기 위하여 Zung(1974)의 우울측정도구(SELF-RATING DEPRESSION SCALE)로 20문항 5점척도이고 개발당시 신뢰도는 .73, 본 연구에서는 .7920이었다.

(8) 스트레스 측정 : 임신중 스트레스를 측정하기 위하여 안(1985)이 개발한 도구로 26문항 5점척도를 사용하였으며 개발당시 신뢰도는 .84 이었고 본 연구에서는 .8858이었다.

#### IV. 연구결과

##### 1. 연구대상자의 일반적 특성

대상자의 연령분포는 23세에서 39세 까지로 27세에서 31세사이에 59명(57.9%)이 분포되어 있었으며 평균연령은 29.5세였다.

종교는 대상자의 44.1%가 없었고 기독교가 38명(37.3%)이었다. 직업은 65명(63.7%)이 없었고 교육은 대졸이상 51명(50%), 고졸이 45명(44.1%)이었다.

임신을 계획했는가의 질문에 63명(61.8%)이 계획했었다고 답변하였고 이번 임신이 원하던 임신이었는데가의 질문에는 100명이 원한다고 답하였다.

임신히수는 이번 임신이 처음인 임신부가 53명(52%)이었으며 유산경험이 없는 사람이 71명(69.6%)이었다. 이번 분만이 처음인 초산부는 69명(67.6%)이었고 두번

째 분만이 28명(27.4%)이었다.

〈표 1〉 대상자의 일반적 특성

특 성	범 주	명	%
연 령	23-25	12	11.8
	26-30	55	53.9
	31-35	30	29.4
	36-39	5	4.9
종 교	기독교	38	37.3
	천주교	8	7.8
	불 교	11	10.8
	없 음	45	44.1
직 업	의료직	16	15.7
	교 사	8	7.8
	사무직	8	7.8
	기 타	5	4.9
	없 음	65	63.7
교육정도	대 졸	51	50.0
	고 졸	45	44.1
	중 졸	5	4.9
	국 졸	1	1.0
임신히수	1 회	53	52.0
	2 회	28	27.5
	3 회	10	9.8
	4 회	11	10.8
유산횟수	1 회	25	24.5
	2 회	2	2.0
	3 회	4	3.9
	없 음	71	69.6
분만횟수	1 회	28	27.4
	2 회	5	4.9
	없 음	69	67.0

##### 2. 건강통제위 평균점수와 그에 따른 유형분류

전체 대상자의 각 통제위별 평균 점수를 보면 내적 통제위 28.814±3.814, 타인의존통제위 24.863±3.470, 우연통제위 18.833±4.939였다. 내적통제위의 경우 다른 대상자들의 평균보다 조금 낮게 나타났으나(이, 1993), 박(1985)의 연구보다는 높게 나타났다.

대상자들의 평균을 중심으로 다음과 같은 기준을 적용하여 통제위유형을 분류하였고 그 결과는 〈표 2〉, 〈그림 1〉과 같다.

a : 무조건 찬성자(yea sayer; I>M, P>M, C>M)

b : 통제가능 신념(believer in control; I>M, P>

M, C<M)

c : 내적·우연통제위(unnamed type( I>M, P<M, C>M)

d : 순수 내적통제위(pure internal; I>M, P<M, C<M)

e : 복합 외적통제위(double external; I<M, P>M, C>M)

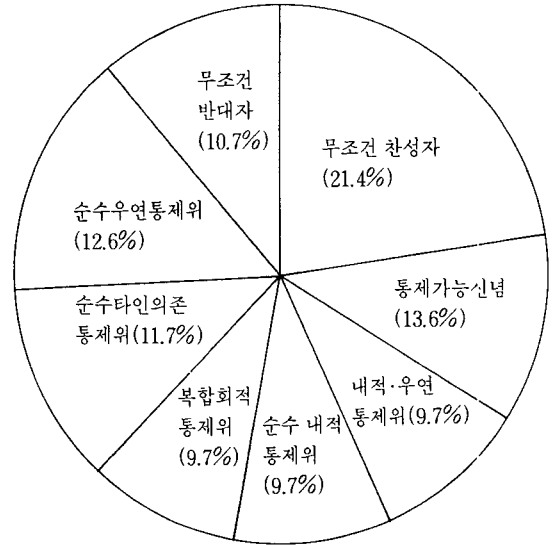
f : 순수 타인의존 통제위(pure powerful; I<M, P>M, C<M)

g : 순수 우연통제위(pure chance; I<M, P<M, C>M)

h : 무조건 반대자(nay sayer; I<M, P<M, C<M)

\* I : Internal, P : Powerful Others, C ; Chance , M ; mean

이러한 기준을 적용하여 대상자들의 건강통제위 유형을 분류한 결과 8유형 모두 골고루 분포되었고 가장 많은 유형은 yea sayer 유형이 22명(11.4%), believer in control 유형이 14명(13.6%) pure chance 유형이 13명(12.6%)로 Schank(1993)의 결과와 비교하면 집단의 순위와 분포가 다르게 나타났다.



〈그림 1〉 건강통제위 유형 분포

3. 일반적 특성과 건강통제위 유형

일반적 특성이 건강통제위유형에 따라 어떤 분포를 보이는가를 조사해 본 결과 몇가지 특징적인 현상이 나타났다(표 3).

연령의 분포에 따른 건강통제위 유형을 분석한 결과는 특별한 차이를 보이지 않은채 골고루 분포된 것을 볼 수 있다. 그러나 30세를 기준으로 두 그룹으로 나누어 본 결과 특이한 점이 발견되었는데 30세 이하그룹에서는 yea sayer유형(19.4%)이 많고 pure chance 유형(7.5%)이 적었던 반면 31세이상 그룹에서는 yea sayer 유형(25.7%)이 많은 것은 같았지만 pure chance유형(17.1%) 또한 많이 분포되어 있었다.

종교에 따른 건강통제위유형 분포를 보면 종교를 가지고 있는 그룹은 없는 그룹에 비해 pure internal유형(15.8%)과 believer in control(17.5%) 유형이 현저히 많다는 것이고 대체로 내적통제위와 가까운 반면 종교가 없는 그룹은 yea sayer유형(26.7%) 이 많으면서 pure powerful others유형(15.6%)과 pure chance유형(15.6%)은 많고 pure internal유형(2.2%)이 현저히 적어 외적통제위와 가까운 것을 알 수 있다.

직업의 유무에 따른 건강통제위유형은 직업이 있는 그룹인 경우 특징적으로 pure powerful others유형이

〈표 2〉 건강통제위 유형에 따른 평균분포

유형 명(%)	내적통제위		타인통제위		우연통제위	
	평균	편차	평균	편차	평균	편차
a 22(21.4)	31.50	1.47	29.09	3.18	23.23	3.12
	(29-34)		(25-36)		(19-31)	
b 14(13.6)	31.21	2.29	26.64	1.39	14.29	2.70
	(29-36)		(25-29)		(9-18)	
c 10(9.7)	31.00	2.40	22.70	.95	21.50	2.22
	(29-35)		(21-24)		(19-26)	
d 10(9.7)	32.10	1.85	21.70	.95	13.30	3.13
	(29-35)		(20-23)		(9-18)	
e 10(9.7)	26.40	2.17	26.30	1.25	22.30	2.71
	(21-28)		(25-29)		(20-28)	
f 12(11.7)	26.33	2.15	26.92	1.51	16.00	2.00
	(22-28)		(25-30)		(11-18)	
g 13(12.6)	25.15	4.10	21.62	2.93	22.46	2.40
	(13-28)		(13-24)		(19-28)	
h 11(10.7)	24.64	2.91	21.27	2.25	14.09	3.56
	(19-28)		(17-24)		(7-18)	
계 102(100)	28.814	3.814	24.863	3.470	18.8333	4.939
	(13-36)		(13-36)		(7-31)	

\* ( )는 범위를 나타냄.

전혀 나타나지 않으면서 골고루 분포된 것을 볼 수 있고 고 직업이 없는 그룹은 pure powerful others 유형이 12명(18.5%)이나 되면서 un-named type(12.3)이 비교적 많은 것을 볼 수 있다.

교육정도에 따른 건강통제위 유형의 분포를 보면 대

졸그룹이 believer in control 유형(21.6%)이 많고 yeayer 유형(13.7%)은 적은 반면 고졸그룹은 yeayer 유형(28.9%)이 많으면서 believer in control 유형(6.7%)은 적게 나타나 대조가 되었다.

〈표 3〉 일반적 특성과 건강통제위 유형

특성	건강통제위유형	a(%)	b(%)	c(%)	d(%)	e(%)	f(%)	g(%)	h(%)	계
연령	23-30	13(19.4)	9(13.4)	6( 9.0)	9(12.4)	7(10.4)	9(13.4)	9(13.4)	5( 7.5)	67(100)
	31-39	7(25.7)	5(14.3)	4(11.4)	1( 2.9)	3( 8.6)	3( 8.6)	4(11.4)	6(17.1)	35(100)
종교	있음	10(17.5)	10(17.5)	5( 8.8)	9(15.8)	3( 5.3)	5(14.0)	8(14.0)	7(12.3)	57(100)
	없음	12(26.7)	4( 8.9)	5(11.1)	1( 2.2)	7(15.6)	7(15.6)	5(11.1)	4( 8.9)	45(100)
직업	있음	8(21.1)	5(13.2)	2( 5.3)	6(15.8)	6(15.8)	-	6(15.8)	6(15.8)	38(100)
	없음	14(21.5)	9(13.8)	8(12.3)	4( 6.2)	4( 6.2)	12(18.5)	7(10.8)	6( 9.2)	65(100)
교육	대졸	7(13.7)	11(21.6)	6(11.8)	6(11.8)	4( 7.8)	5( 9.8)	6(11.8)	6(11.8)	51(100)
	고졸	13(28.9)	3( 6.7)	3( 6.7)	4( 8.9)	4( 8.9)	7(15.6)	6(13.3)	5(11.1)	45(100)

〈표 4〉 산과적 특성에 따른 건강통제위 유형

특성	건강통제위유형	a(%)	b(%)	c(%)	d(%)	e(%)	f(%)	g(%)	h(%)	계
임신계획	했음	13(20.6)	6( 9.5)	8(12.7)	4( 6.3)	8(12.7)	9(14.3)	9(14.3)	6( 9.5)	63(100)
	안했음	9(23.1)	8(20.5)	2( 5.1)	6(15.4)	2( 5.1)	3( 7.7)	4(10.3)	5(12.8)	39(100)
분만경험	있음	8(24.2)	6(18.2)	2( 6.1)	-	5(15.2)	4(12.1)	5(15.2)	3( 9.1)	33(100)
	없음	14(20.3)	8(11.6)	8(11.6)	10(14.5)	5( 7.2)	8(11.6)	8(11.6)	8(11.6)	69(100)
유산경험	있음	8(25.8)	1( 3.2)	4(12.9)	1( 3.2)	3( 9.7)	4(12.9)	6(19.4)	4(12.9)	31(100)
	없음	14(19.7)	13(18.3)	8( 8.5)	9(12.7)	7( 9.9)	8(11.3)	7( 9.9)	7( 9.9)	71(100)

#### 4. 산과적 특성과 건강통제위유형

산과적 특성에 따른 건강통제위 유형을 보면〈표 4〉, 임신계획을 한 경우와 하지 않은 경우는 유형의 분포에 큰 차이를 보이지 않았으나 임신계획을 한 그룹이 하지 않은 그룹보다 un-named type(12.7%)과 double external(12.7%), 유형이 비교적 많게 나타나 외적통제위와 가까웠고 임신계획을 하지 그룹은 yeayer(23.1%), believer in control(20.5%), pure internal(15.4%) 유형이 높게 나타나 예상과는 다른 결과였다.

분만의 경험에 따른 건강통제위 유형을 보면 분만 경험이 있는 그룹에서는 yeayer(24.2%), believer in control(18.2%)를 비롯하여 pure powerful others(15.2%) pure chance(15.2%)로 나타나면서 pure internal

유형은 전혀 나타나지 않았는데 분만경험이 없는 그룹은 yeayer(20.3%), pure internal(14.5%)로 나타나 분만경험에 따른 건강통제위 유형의 차이를 볼 수 있다.

유산경험에 따른 건강통제위 유형도 분만경험과 유사하지만 유산경험이 있는 그룹은 전반적으로 내적통제위 점수가 높게 들어있는 유형들에서 유산경험이 없는 그룹에 비해 모두 적게 분포되어서 유산경험 역시 건강통제위를 변화시킬 수 있음을 보여 주었다.

결과적으로 건강통제위 유형의 특성을 살펴보면 yeayer 유형은 31세 이상의 연령에 종교는 없고 고졸이며 분만경험과 유산경험이 있으며, believer in control 유형은 연령, 직업과는 관계가 적고 종교는 있고 교육은 대졸이며 분만경험은 있고 유산경험은 없는 그룹이다. unnamed type 유형은 종교와 직업이 없는 대졸로 분만

경험은 없고 유산경험은 있는 그룹이며 pure internal 유형은 30세이하로 직업이 없는 대졸로 분만경험과 유산경험이 모두 없는 그룹이다. double external 유형은 30세이하로 종교가 없고 직업은 있으며 분만경험이 있는 그룹이고 pure powerful others 유형은 30세이하로 직업이 없는 고졸이 특성이자. pure chance 유형은 종교와 직업이 있으며 유산경험이 있고 nay sayer 유형은 31세

이상으로 종교와 직업이 있고 분만경험이 없지간 유산경험이 있는 그룹이다.

5. 건강통제위 유형에 따른 제 변수들의 비교

건강통제위 유형에 따른 제 변수들간의 평균의 차이를 본 결과는 <표 5>와 같다.

<표 5> 건강통제위 유형에 따른 제 변수들의 평균비교

변수 \ 건강통제위유형	a	b	c	d	e	f	g	h	F	p
태아애착	76.32	77.57	75.20	80.90	77.20	78.17	78.31	76.09	.361	.923
결혼만족도	89.73	91.57	87.60	92.60	81.70	89.00	79.31	87.36	1.660	.128
배우자지지	37.05	38.43	37.40	37.10	34.00	35.92	32.69	33.18	1.126	.353
자아존중감	29.95	33.86	30.50	32.60	28.90	31.50	28.46	30.18	2.140	.047*
불안	44.05	36.79	40.00	36.00	42.10	42.42	44.38	39.18	2.118	.049*
우울	41.41	36.00	37.60	37.50	43.00	39.58	43.00	40.00	2.052	.054*
스트레스	68.91	55.21	64.20	59.90	66.70	62.75	69.38	67.34	2.395	.027*

\* P<.05

건강통제위유형에 따른 제 변수들의 평균을 비교해 본 결과 크게 세 집단이 유의하게 차이가 있음을 알 수 있다. 즉 believer in control 유형과, pure internal 유형은 유사하게 모든 변수들에서 긍정적 측면을 가지고 있어서 태아애착, 결혼만족도, 배우자지지, 자아존중감의 평균점수가 높게 나타났고 불안, 우울, 스트레스의 평균점수는 낮게 나타났다. 그러나 pure chance 유형은 반대로 모든 변수에서 부정적이어서 결혼만족도, 배우자지지, 자아존중감의 평균점수가 가장 낮게 나타났고 불안, 우울, 스트레스의 평균점수는 가장 높게 나타나 문제가 있는 유형으로 분석되었다.

또한 자아존중감, 불안, 우울, 스트레스의 변수에서는 8 유형간 유의한 차이를 나타내었으며, believer in control, pure internal, pure chance 의 세 유형만으로 분석하면 태아애착을 제외한 모든 변수에서 유의한 차이가 있음을 볼 수 있었다.

6. 건강통제위와 제 변수간의 상관관계

건강통제위와 제 변수들간의 상관관계를 보면 내적통제위와 유의한 관계를 보인 변수는 전혀 없었다. 타인의 존통제위와의 관계에서도 불안을 제외한 다른 변수들과는 유의한 관계가 나타나지 않았으며 불안의 경우에는

타인의존통제위가 높을수록 불안이 높게 나타났다.

우연통제위와의 관계에서는 결혼만족도, 자아존중감, 불안, 우울, 스트레스에서 유의한 상관관계가 있었는데, 우연통제위일수록 결혼만족도는 낮고, 배우자지지에 대한 지각도 낮고 자아존중감도 낮으면서 불안과 우울은 유의하게 높게 나타났다.

<표 6> 건강통제위와 제 변수들간의 상관관계

변수 \ 건강통제위유형	내적통제위	타인통제위	우연통제위
태아애착	-.0188 (p=.426)	.0082 (p=.467)	-.1254 (p=.105)
결혼만족도	.1002 (p=.158)	-.0115 (p=.454)	-.2766 (p=.002)**
배우자지지	.0855 (p=.196)	.0254 (p=.400)	-.1046 (p=.148)
자아존중감	.1327 (p=.092)	.0186 (p=.462)	-.2817 (p=.002)**
불안	.0101 (p=.460)	.2081 (p=.018)*	.2858 (p=.002)**
우울	-.1334 (p=.426)	.05994 (p=.289)	.2519 (p=.005)**
스트레스	.0108 (p=.457)	.0279 (p=.390)	.2635 (p=.004)**

\* p<.05 \*\* p<.01



## V. 논 의

본 연구 대상자들의 각 건강통제위의 평균을 살펴보면 내적통제위 28.81(백분율 환산 80.0), 타인의존통제위 24.86(백분율 환산 69.1), 우연통제위 18.83(백분율 환산 52.53)으로 나타났다. 이(1993)의 연구결과에서는 각 통제위 평균을 백분율로 환산했을 때 건강인은 내적통제위 78.32, 타인의존통제위 63.72, 우연통제위 51.53이고, 만성환자는 내적통제위 74.26, 타인의존통제위 72.63, 우연통제위 57.79이며, 임원환자는 내적통제위 73.03, 타인의존통제위 67.73, 우연통제위 49.69로 보고하였다. 따라서 본 연구와 비교해 볼때 내적통제위는 다른 대상자들보다 높게 나타났으나 타인의존통제위와 우연통제위는 건강인, 임원환자보다는 높지만 만성환자보다는 낮게 나타나 임신은 만성질환과도 다르지만 건강한 성인의 경우와도 달라서 임신이라는 경험으로 예전의 건강통제위가 변화함을 알 수 있다.

또한 이러한 평균을 Wallston(1982)이 제시한 normative mean인 내적통제위 26.60, 타인의존통제위 18.30, 우연통제위 15.0과 비교해 볼 때 약간의 차이가 있으나 우리나라 연구인 박봉주(1985)의 것과 비교해보면 유사하여 이러한 차이를 문화의 차이로 생각해 볼 수 있다.

건강통제위 유형에 대한 분석을 보면 Schank(1993)의 연구와 Rock(1987)의 반복연구가 대상자가 여대생이라는 점에서 비교해 볼 수가 있다. Schank(1993)의 연구에서 가장 많은 건강통제위 유형은 pure internal(20.0%)유형이고, yea sayer(17.3%), double external(17.3%), pure powerful others(13.3%)의 순위로 나타났으며 pure chance(4.0%)유형이 가장 적었다. Rock(1987)의 연구에서도 pure internal(22.44%)유형이 가장 많으나 double external(20.0%), nay sayer(18.9%)유형의 순위여서 약간의 차이를 보이고 있었다. 본 연구에서는 yea sayer(21.4%)유형이 가장 많았으며 believer in control(13.6%) pure chance(12.6%)유형의 순위였고 pure internal(9.7%), double external(9.7%)유형이 가장 적게 나타나 대조를 보였다. 특히 pure chance 유형은 다른 연구결과들보다 많고 pure internal 유형은 적게 나타났는데 이는 대상자가 임신과 유산의 경험이 있는 부인이며, 또한 우리나라의 특수한 문화적 상황이 반영된 것으로 생각된다.

이러한 건강통제위 유형은 문화와 경험등 그룹의 특성에 따라 다르게 분포될 터이나 비교할 만한 다른 연구

들이 별로 없었고 우리나라에서 시도된 연구가 없어서 앞으로의 과제라고 하겠다.

건강통제위 유형에 다른 개인적 특성을 보면 각 유형별 대상자의 수가 적어 타당한 결과로 요약할 수는 없다. 연령에서 특이한 것은 30세이하에서 pure internal유형이 현저히 많다는 것이고 종교가 있는 그룹이 pure internal유형이 또한 많다. 직업이 있는 그룹은 pure powerful others유형이 전혀 없었고 교육정도가 대졸인 그룹은 believer in control유형이 많은 반면 고졸그룹은 yea sayer유형이 많은 것이 또한 특색이었다. 분만경험이 있는 그룹에서 pure internal유형이 전혀 없다는 것은 특이한 현상으로 분만이라는 경험이 건강통제위 유형을 변화시킬 수 있음을 시사한다고 할 수 있으며 유산경험이 있는 유형에서는 believer in control유형과 pure internal유형이 1명씩 뿐이었다. 따라서 이러한 일반적 특성내지는 산과적 경험에 따라 건강통제위 유형이 다르게 분포될 수 있음을 알 수 있으며, 앞으로 정상인의 여러가지 경험에 따른 건강통제위 유형의 분류를 더 연구하여 비교할 필요가 있다.

건강통제위 유형에 따른 임신경험의 차이를 분석한 것을 보면 역시 특이한 현상을 볼 수 있다. 즉 believer in control유형과 pure internal유형에서 모든 제 변수들의 점수가 긍정적으로 높은 반면 pure chance유형은 모든 변수에서 부정적이었다는 사실이다. believer in control, pure internal유형과 pure chance유형의 일반적 특성의 차이를 살펴보면 앞의 두유형은 30세이하가 많고 종교가 있으며 교육정도는 대졸이고 유산경험이 없다는 공통점을 가지고 있다. 뒤의 유형은 30세이하로 종교가 있는것은 같은데 직업이었고 교육정도는 고졸이며 분만경험과 유산경험이 있는 특성이 있다. 즉 교육정도와 유산경험의 여부가 두 집단의 다른 점이라 할 수 있다. 특히 pure chance유형이 임신과 관련된 제 변수에서 모두 부정적으로 나타났고 우연통제위와 제 변수들간의 상관관계에서도 유의한 부적관계를 보인점을 감안하면 앞으로 간호계획시에는 교육정도와 유산경험을 중요 변수로 고려해야 한다.

이로서 어떤 행위의 결과를 자신이 통제할 수 있다고 생각하는 그룹과 전혀 통제할 수 없다고 생각하는 그룹 사이에 유의한 차이가 있음을 알 수 있으며 이러한 결과들은 Rotter나 Wallston등의 이론적 주장을 뒷받침하는 것이며 따라서 앞으로의 연구는 건강통제위 유형을 분류하고 각 건강통제위 유형에 따라 건강관련 변수들이 어떤 차이가 있는지, 그리고 나아가서는 건강통제위

유형에 따른 간호중재 방안이 어떻게 달라져야 하는가에 대한 실험연구들이 필요하다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 임신부들의 건강통제위 유형이 어떻게 존재하는지를 파악하고 그러한 유형에 따라 임신부들이 임신중 경험하는 변수들의 차이가 있는지를 규명하기 위하여 시도된 탐색적 연구이다.

연구대상자는 산전관리를 받기위해 내원한 임신32주 이후의 건강한 임신부들이었으며 연구도구로는 일반적 특성을 파악하기 위한 9문항, 건강통제위측정도구 18문항, 태아애착 측정도구 22문항, 결혼만족도 측정도구 23문항, 배우자지지 수용도 측정도구 12문항, 자아존중감 측정도구 10문항, 불안 측정도구 20문항, 우울 측정도구 20문항, 스트레스 측정도구 26문항등을 사용하였으며 설문지 작성시 소요된 시간은 약 30분 정도가 걸렸다. 수집된 자료는 SPSS에 의해 전산 통계처리되었다. 일반적 특성은 실수와 백분율을 구하고 제 변수의 평균의 차이는 ANOVA로, 상관관계는 Pearson Correlation Coefficient를 사용하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 대상자들의 평균 연령은 29.5세였고 초임부가 69명이었다.
2. 각 건강통제위의 평균점수는 내적통제위 28.814±3.814, 타인의존통제위 24.863±3.470, 우연통제위 18.833±4.939로 내적통제위 점수가 약간 높았다.
3. 건강통제위의 평균을 기준으로 건강통제위유형을 분석한 결과 8유형이 모두 고르게 나타났으며 yea sayer유형이 가장 많았고 believer in control, pure chance유형 순이었다.
4. 직업이 있는 그룹에서는 pure powerful others유형이 전혀 없었고 분만경험과 유산경험이 있는 집단에서는 pure internal 유형이 없었다.
5. 건강통제위 유형에 따른 제 변수들의 평균을 비교한 결과 believer in control 유형과 pure internal유형은 모든 변수에서 긍정적인 측면을 나타냈고 pure chance유형에서는 모든 변수에서 부정적 측면을 나타냈다. 일반적 특성에서 세 유형간 차이를 보인 특성은 교육정도과 유산경험이었다.  
또한 배우자 지지, 불안, 우울, 스트레스의 평균점수는 8유형간 유의한 차이를 보였으며, 세유형만을 비

교했을 때에는 태아애착을 제외한 모든 변수에서 유의한 차이가 있었다.

6. 건강통제위와 제 변수들과의 상관관계를 보면 내적통제위와 유의한 관계가 있는 변수는 없었고 타인의존통제위와는 불안만이 유의한 정관계가 있었으며 우연통제위와는 결혼만족도, 자아존중감, 불안, 우울, 스트레스에서 모두 유의한 정관계나 역관계를 보였다.
7. 이상의 연구결과를 종합해 볼때 건강통제위는 일차원적인 변수로 취급하지 말고 건강통제위유형을 밝혀 대상자 간호계획시에 중요한 변수로 고려하여야 하며 특히 pure chance유형에 대한 간호중재방안이 필요하다.

이상의 결과를 종합해 볼 때 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구는 임신말기 특수한 상황에 처해 있는 임신부들만을 대상으로 하였으므로 앞으로는 건강한 성인들을 대상으로 건강통제위 유형이 어떤 형태로 존재하는지 연구되어야 한다.
2. 교육정도, 임신경험과 유산경험이 건강통제위의 변화에 영향을 줄 수 있으므로 간호계획시에 고려해야 할 변수들이며 앞으로의 연구로 임신전과 임신후를 비교하는 연구를 할 필요가 있다.
3. 나아가 건강통제위유형과 건강관련변수들이 어떤 관계를 가지는지 실험연구나 유사실험연구가 필요하다.

## 참 고 문 헌

- 강남미(1985). 아버지의 산전간호 참여도와 신생아에 대한 애착행위 인식정도와 상관관계 연구, 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 강문정(1985). 임부의 정신건강상태에 관한 연구, 제주 간호보건 전문대학 논문집, 9집, 87-99.
- 강정희(1980). 임신부의 불안 공포의 원인과 정도에 관한 연구, 간호학회지, 10(2), 1-11.
- 김명자(1985). 가족관계에 대한 부부의 가치의식과 결혼만족도에 관한 연구, 아세아 여성연구, 24집, 139-161.
- 김현옥(1992). 임신부의 태아애착행위에 관한 연구, 연세대학교 대학원 석사학위논문.

- 김혜숙(1990). 영상인도법이 부모, 태아에착행위에 미치는 영향, 박사학위논문, 콜롬비아 대학교.
- 박봉주(1985). 초임부의 건강통제위 성격특성과 상태, 기질 불안정도와와의 상관관계 분석 연구, 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 박영주, 김영재(1991). 임신부의 자아존중감과 불안과의 관계연구, 조선대학교병설 전문 대학 논문집, 11집, 47-61.
- 서연옥(1987). 임신부가 지각한 사회적 지지와 스트레스에 관한 상관관계 연구, 간호학회지, 17(2), 153-161.
- 안황란(1983). 일 지역 임신부의 스트레스 요인 및 상황과 간호중재에 대한 기초연구, 간호학회지, 13(3), 75-85.
- 안황란(1985). 초임부의 스트레스 감소에 미치는 지지 강화교육의 효과에 관한 실험적 연구, 간호학회지, 15(1), 5-16.
- 이은희(1985). 성격조절위에 따른 분만진통에 관한 연구, 서울대학교 대학원 석사학위 논문.
- 이은희, 임숙빈, 김인자, 이은옥(1993). 건강통제위 개념의 국내 간호연구 분석, 간호학회지, 23(4).
- 임은숙(1987). 임신부의 임신과 관련된 걱정요소에 따른 불안에 관한 조사연구, 지산간호보건 전문대 논문집, 5집, 129-149.
- 전정자, 유은광, 이정섭(1988). 우리나라 일부여성의 임신출산에 대한 태도조사, 최신의학, 31(2), 101-108.
- 정승자(1974). 임부의 공포와 개인 및 환경변인의 상호관계에 관한 연구, 간호학회지, 4(2), 131-143.
- 정은순(1976). 임신부의 불안도 평가, 부산의대지, 16(2), 253-262.
- 최애규(1989). 부부(임신, 출산)가 경험한 신체적, 정신적 증상에 대한 조사연구, 선린여자전문대학 논문집, 9집, 177-193.
- 최의순(1992). 자궁적출술환자와 배우자를 위한 수술 전후 교육이 수술후 적응수준에 미치는 효과, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 한혜실(1984). 임신부의 성격과 불안에 관한 연구, 대한간호, 23(1), 57-74.
- 홍은영(1982). 간호중재를 위한 입원환자의 성격과 불안과의 관계. 연세대학 대학원 석사학위논문.
- Arakelian, M. (1980). An assessment and nursing application of the concept of locus of control. Advances in Nursing Science, 3, 25-42.
- Bobak, I. M., Jensen, M. D., & Zaler, M. K. (1989). Maternity and Gynecologic care : The Nurse and the family, The C. V. Mosby comp.
- Brown, M. A. (1986). Social support, stress and the health : A comparison of expectant mothers and fathers, Nursing Research, 35(2), 72-76.
- Brown, M. A. (1986). Marital support during pregnancy, JOGNN, NOV/DEC, 475-483.
- Buckelew, S. P., Shutty, M. S., Hewttt, J., Landon, T., Morrow, K. & Frank, R. G. (1990). Health locus of control, gender differences and adjustment to persistent pain, Pain, 42, 287-294.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nursing Research, 30(5), 281-284.
- Davis, M. S. & Akridge, K. K. (1987). The effect of promoting intrauterine attachment in primiparas on postdelivery attachment, JOGNN, NOV/DEC, 430-437.
- Fawcett, J. (1989). Spouses' experience during pregnancy and the postpartum : A program of research and theory development, Image, 21(3), 149-152.
- Grace, J. T. (1989). Development of maternal-fetal attachment during pregnancy, Nursing Research 38(4), 228-232.
- Griffin, D. K. (1988). The relationship between social support, self esteem, and maternalfetal attachment in adolescents, Research in Nursing and Health, 11, 269-278.
- Kemp, V. H. & Hatmaker, D. D. (1989). Stress nad social support in high-risk pregnancy, Research in Nuring and Health, 12, 331-336.
- Lederman, R. P. (1984). Psychsocial adaptation in pregnancy : Assessment of seven demension of maternal development. Practice Hill.
- Lederman, R. P. (1984). Anxiety and conflict in pregnancy:Relationship to maternal health status, Annual Review of Nursing Research, 2, 27-61.
- Littlefield, V. M. & Adams, B. N. (1987). Patient

- participation in alternative perinatal care : Impact on satisfaction and health locus of control, Research in Nursing and Health, 10, 139-148.
- Mercer, R. T. (1986). First-Time Motherhood Experiences from Teens to Forties, Springer Publishing Comp.
- Mercer, R. T. (1986). The relationship of development variables to maternal behavior, Research in Nursing and Health, 9, 25-33.
- Mercer, R. T., May, K. A., Ferketich, S. & DeJoseph, J. (1986). Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family, Nursing Research, 35(6), 339-346.
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L., DeJoseph, J. & May, K. A. (1988). Effects of stress on family functioning during pregnancy. Nursing Research, 37(5), 268-275.
- Mercer, R. T., Fertetich, S., May, K., DeJoseph, J. & Solid, D. (1988). Further exploration of maternal and paternal fetal attachment, Research in Nursing and Health, 11, 83-95.
- Mercer, R. T. & Ferketich, S. L. (1988). Stress and social support as predictors of anxiety and depression during pregnancy, Advanced Nursing Science, 10(2) 26-39.
- Mercer, R. T., Ferketich, S. L. & DeJoseph, J. F. (1993). Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy, Research in Nursing and Health, 16, 45-56.
- Nobeck, J. S. & Anderson, N. J. (1989). Life stress, social support and anxiety in mid and late pregnancy among low income women, Research in Nursing and Health, 12, 281-287.
- Oberle, K. (1991). A decade of research in locus of control: what have we learned? J of Advanced Nursing, 16, 800-806.
- O'connel, M. L. (1983). Locus of contrl specific to pregnancy, JOGNN, MAY /JUNE, 161-164
- Randell, B. P. (1989). Childbearing and its effect on marital quality, in Toward a science of family nursing, Gillis, C. L. et al. ed., Addison-Wesley Publishing Company.
- Rieth, L. (1987). The multidimensional health locus of control applied to four classifications of working adults. AAOHN Journal, 35(1), 41-48.
- Rock, D. L., Meyerowitz, B. E., Maisto, S. A. & Wallston, K. A. (1987). The derivation and validation of six multidimensional health locus of control scale clusters, Research in Nursing and Health, 10, 185-195.
- Schank, M. J. (1993). Young adult women's lifestyle and health locus of control, J of Advanced Nursing, 18, 1235-1241.
- Stainton, M. C. (1989). The perinatal family, in Toward a science family nursing, Gillis, C. L. et. al. ed. Addison-Wesley Publishing Company.
- Tulman, L. & Fawcett, J. (1990). Functiona. status during pregnancy and the postpartum : A framework for research, Image, 22(3), 191-194.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health Education Monographs, 6, 164-165.
- Wallston, K. A. & Wallston, B. S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control, In G. Snaders & J. Suls(Eds). Social psychology of health and illness. (66-95), Hillsdale, NJ : Erlbaum.