
핵심간호술 평가체계

Ver. 3.0

대구대학교 간호대학

Ver.	Ver. 1.0	Ver. 2.0	Ver. 3.0
시점	2주기 인증~	2022. 12.	2024. 09./2025. 02.
보완내용		한국간호교육평가원 핵심간호술 변경 및 평가체계 외부타당도 검증 시행	최신지견에 맞추어 수정(위관영양, 단순/유치도뇨, 욕창관리 및 낙상예방간호 등)/ 교육과정 변경으로 유치/단순도뇨 L2, 배출관장 L2 교과목명 변경
시행		2023년 1학기~	2025년 1학기~

1. 활력징후

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	활력징후			성취수준	L1		
성명	학번			소요시간	10분	난이도	하
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력					
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10		80점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60~80점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6		60점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	상황
L1	기본간호학실습(1)	이수정(M/50)님은 극심한 두통을 호소하며 응급실로 내원하였다. 대상자는 현재 "어지럽고 머리가 심하게 아파요."라고 호소하고 있다.

활력징후 측정

액와 체온, 맥박과 호흡, 혈압

번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비하고, 작동여부를 확인한다.(청진기, 체온계, 혈압계)		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6*	대상자에게 체온, 맥박, 호흡, 혈압을 측정하는 목적과 절차를 설명한다.		
7*	전자체온계를 꺼내어 끝부분을 소독솜으로 닦은 후 겨드랑이 중앙에 삽입하여 체온계가 빠지지 않도록 지지한다.		
8	대상자에게 체온이 측정(체온계 화면에 나타난 글자가 더 이상 깜박이지 않거나 "삐~"소리 등 해당 전자체온계의 작동방법 적용)될 때까지 체온계가 유지되도록 설명한다.		
9	대상자의 팔을 편한 자세로 놓고, 대상자의 이불을 내려 가슴이 보이도록 한다.		
10*	손가락으로 요골동맥을 찾아서 그 위에 놓고, 맥박 부위를 확인한 후, 맥박을 측정한다.		
11	맥박을 측정한 후 동맥에 손을 그대로 댄 채로 호흡을 측정한다.		
12	체온이 측정되면 체온계를 빼고, 소독솜으로 닦은 후 체온계의 전원을 끄고 용기에 넣는다.		
13	측정된 맥박과 호흡, 체온을 메모한다.		
14	대상자가 편안한 자세를 취하게 한 후, 대상자의 팔을 심장과 같은 높이로 놓고 팔을 노출시킨다.		
15	청진기의 귀꽂이(ear piece)와 판막(diaphragm)을 소독솜으로 닦는다.		
16*	팔요금 상완동맥 2-3cm위에 컵의 bulb에 연결된 줄이 상완동맥과 평행이 되게 놓이도록 하고 손가락 하나가 들어갈 정도의 여유를 주고 감는다.		
17*	손가락으로 상완동맥을 찾아 그 위에 청진기를 대고, 움직이지 않게 손으로 고정한다.		
18*	혈압계의 조절 밸브를 잠그고 압력 bulb를 눌러 혈압계의 눈금이 160-200mmHg까지 올라가게 공기를 넣는다.		
19*	조절 밸브를 천천히 열어 1초에 2mmHg씩 눈금을 내리면서 처음 소리가 들리는 지점의 눈금을 읽어서 기억한다.		
20*	조절 밸브를 천천히 열어 차츰 컵에서 공기를 빼면서 소리가 없어지는 지점의 눈금을 읽어서 기억한다.		
21	조절 밸브를 완전히 열어 컵에서 공기를 완전히 뺀 후 컵을 풀어, 혈압계를 정리한다.		

22	대상자의 환의를 정리한다.		
23	측정한 혈압을 메모한다.		
24	청진기의 귀꽃이(ear piece)와 판막(diaphragm)을 소독솜으로 닦는다.		
25	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
26	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 호흡, 체온, 맥박, 혈압측정치		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	활력징후			성취수준	L2		
성 명		학 번		소요시간	10분	난이도	하
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	상황
L2	정신간호학실습(1)	양극성장애 진단하에 입원한 40세 박기분 남성환자는 lithium 600mg tid 투약해오던 중 오늘 아침부터 몸에 한기가 나며 속이 울렁거리고 머리가 어지러워 일어날 수가 없다며 허약한 모습으로 침상에 누워있는 모습이 관찰되어 간호사는 활력징후 측정 후 주치의와 환자 상태에 대해 상의할 예정이다.

활력징후 측정

액와 체온, 맥박과 호흡, 혈압

번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비하고, 작동여부를 확인한다.(청진기, 체온계, 혈압계)		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6*	대상자에게 체온, 맥박, 호흡, 혈압을 측정하는 목적과 절차를 설명한다.		
7*	전자체온계를 꺼내어 끝부분을 소독솜으로 닦은 후 겨드랑이 중앙에 삽입하여 체온계가 빠지지 않도록 지지한다.		
8	대상자에게 체온이 측정(체온계 화면에 나타난 글자가 더 이상 깜박이지 않거나 “삐~”소리 등 해당 전자체온계의 작동방법 적용)될 때까지 체온계가 유지되도록 설명한다.		
9	대상자의 팔을 편한 자세로 놓고, 대상자의 이불을 내려 가슴이 보이도록 한다.		
10*	손가락으로 요골동맥을 찾아서 그 위에 놓고, 맥박 부위를 확인한 후, 맥박을 측정한다.		
11	맥박을 측정한 후 동맥에 손을 그대로 댄 채로 호흡을 측정한다.		
12	체온이 측정되면 체온계를 빼고, 소독솜으로 닦은 후 체온계의 전원을 끄고 용기에 넣는다.		
13	측정된 맥박과 호흡, 체온을 메모한다.		
14	대상자가 편안한 자세를 취하게 한 후, 대상자의 팔을 심장과 같은 높이로 놓고 팔을 노출시킨다.		
15	청진기의 귀꽃이(ear piece)와 판막(diaphragm)을 소독솜으로 닦는다.		
16*	팔오금 상완동맥 2-3cm위에 컵의 bulb에 연결된 줄이 상완동맥과 평행이 되게 놓이도록 하고 손가락 하나가 들어갈 정도의 여유를 주고 감는다.		
17*	손가락으로 상완동맥을 찾아 그 위에 청진기를 대고, 움직이지 않게 손으로 고정한다.		
18*	혈압계의 조절 밸브를 잠그고 압력 bulb를 눌러 혈압계의 눈금이 160-200mmHg까지 올라가게 공기를 넣는다.		
19*	조절 밸브를 천천히 열어 1초에 2mmHg씩 눈금을 내리면서 처음 소리가 들리는 지점의 눈금을 읽어서 기억한다.		
20*	조절 밸브를 천천히 열어 차츰 컵에서 공기를 빼면서 소리가 없어지는 지점의 눈금을 읽어서 기억한다.		
21	조절 밸브를 완전히 열어 컵에서 공기를 완전히 뺀 후 컵을 풀어, 혈압계를 정리한다.		

22	대상자의 환의를 정리한다.		
23	측정한 혈압을 메모한다.		
24	청진기의 귀꽃이(ear piece)와 판막(diaphragm)을 소독솜으로 닦는다.		
25	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
26	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 호흡, 체온, 맥박, 혈압측정치		
지식	- 체온, 맥박, 호흡, 혈압의 정의와 정상범위 - 체온, 맥박, 호흡, 혈압에 영향을 미치는 요인		
총 점		점	

■ Level 3

핵심간호술 평가표

핵심술기명	활력징후			성취수준	L3		
성 명		학 번		소요시간	10분	난이도	하
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 3)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		종합상황 판단능력					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	상황
L3	정신간호학실습(2)	46세 남자환자인 이씨는 chronic Schizophrenia 진단 하에 Clozaril 450mg po hs로 투약해오던 중 며칠 전부터 아침에 일어나면 베갯잇이 다 젖을 정도로 입에 침이 많이 나오고, 갑자기 일어나면 어지러운 증상이 있기도 했다고 한다. 금일 정신건강복지센터를 방문하여 활동요법에 참여하던 중 한기가 들고 목이 따가운 증상이 느껴진다며 힘들어하는 모습이 관찰되고 있어 현재 복용 중인 약물에 대한 조사 및 활력징후 측정이 이루어졌다.

활력징후 측정

액와 체온, 맥박과 호흡, 혈압

번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비하고, 작동여부를 확인한다.(청진기, 체온계, 혈압계)		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6*	대상자에게 체온, 맥박, 호흡, 혈압을 측정하는 목적과 절차를 설명한다.		
7*	전자체온계를 꺼내어 끝부분을 소독솜으로 닦은 후 겨드랑이 중앙에 삽입하여 체온계가 빠지지 않도록 지지한다.		
8	대상자에게 체온이 측정(체온계 화면에 나타난 글자가 더 이상 깜박이지 않거나 “삐~”소리 등 해당 전자체온계의 작동방법 적용)될 때까지 체온계가 유지되도록 설명한다.		
9	대상자의 팔을 편한 자세로 놓고, 대상자의 이불을 내려 가슴이 보이도록 한다.		
10*	손가락으로 요골동맥을 찾아서 그 위에 놓고, 맥박 부위를 확인한 후, 맥박을 측정한다.		
11	맥박을 측정한 후 동맥에 손을 그대로 댄 채로 호흡을 측정한다.		
12	체온이 측정되면 체온계를 빼고, 소독솜으로 닦은 후 체온계의 전원을 끄고 용기에 넣는다.		
13	측정된 맥박과 호흡, 체온을 메모한다.		
14	대상자가 편안한 자세를 취하게 한 후, 대상자의 팔을 심장과 같은 높이로 놓고 팔을 노출시킨다.		
15	청진기의 귀꽃이(ear piece)와 판막(diaphragm)을 소독솜으로 닦는다.		
16*	팔오금 상완동맥 2-3cm위에 커프의 bulb에 연결된 줄이 상완동맥과 평행이 되게 놓이도록 하고 손가락 하나가 들어갈 정도의 여유를 주고 감는다.		
17*	손가락으로 상완동맥을 찾아 그 위에 청진기를 대고, 움직이지 않게 손으로 고정한다.		
18*	혈압계의 조절 밸브를 잠그고 압력 bulb를 눌러 혈압계의 눈금이 160-200mmHg까지 올라가게 공기를 넣는다.		
19*	조절 밸브를 천천히 열어 1초에 2mmHg씩 눈금을 내리면서 처음 소리가 들리는 지점의 눈금을 읽어서 기억한다.		
20*	조절 밸브를 천천히 열어 차츰 커프에서 공기를 빼면서 소리가 없어지는 지점의 눈금을 읽어서 기억한다.		
21	조절 밸브를 완전히 열어 커프에서 공기를 완전히 뺀 후 커프를 풀어, 혈압계를 정리한다.		

22	대상자의 환의를 정리한다.		
23	측정한 혈압을 메모한다.		
24	청진기의 귀꽃이(ear piece)와 판막(diaphragm)을 소독솜으로 닦는다.		
25	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
26	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 호흡, 체온, 맥박, 혈압측정치		
종합 상황 판단 능력	주어진 간호상황과 수행한 간호중재를 종합적으로 설명한다. - 매우 우수: 3가지 질문 모두 적절히 답함 - 우수: 2가지 질문에 적절히 답함 - 보통: 1가지 질문에 적절히 답함 - 부족: 미흡함		
총 점		점	

2. 경구투약

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	경구투약			성취수준	L1		
성명		학번		소요시간	7분	난이도	하
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력			80점 이상	상	
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10				60~80점 미만
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60점 미만	하	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6				
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	상황
L1	기본간호학실습(2)	이수정(M/50)님은 오른쪽 손목골절(Rt. distal radius fracture)로 손목 외고정(external fixation) 수술을 받았다. 수술부위에 NRS 4점의 통증과 기침 증상을 호소하여 경구로 타이레놀과 코프시럽이 처방되었다.

경구투약

번호	수행항목	평가	
		P	F
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2*	투약카드에서 대상자의 약물이 들어 있는 약포지를 꺼내어 투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간)을 확인한다.		
3	필요한 물품을 준비한다.		
4	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
5	손소독제로 손위생을 실시한다		
6*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
7*	약물 투여 목적과 작용 및 유의사항을 설명한 다음 약물에 대한 의문사항이 있으면 질문하도록 한다.		
8*	앉거나 파울러씨 체위를 취하도록 하되 앉는 것이 금기라면 측위를 취하도록 돕는다.		
9	흘리지 않도록 휴지나 타월을 대준다.		
10*	구강건조로 연하곤란이 있는지 확인하기 위해 침을 삼켜보거나 물을 한 모금 마셔보도록 한다.		
11	알약은 한꺼번에 복용하지 말고, 한 번에 한 알씩 복용하도록 돕는다. 알약 복용 후에 물약을 복용하도록 한다.		
12	약물을 다 삼킬 때까지 대상자 옆에 있으면서, 약물복용 여부를 확인하기가 어려우면 대상자에게 말을 시켜보거나 입을 벌려보도록 한다.		
13	투약 후에는 대상자가 편안한 체위를 취하도록 도와준다.		
14	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
15	수행 결과를 대상자의 간호기록지와 투약기록지에 기록한다. 1) 5rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요 시 투약목적, 대상자의 반응, 투약 못한 이유		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표							
핵심술기명	경구투약			성취수준		L2	
성명		학번		소요시간	7분	난이도	하
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 2)											
1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	상황
L2	정신간호학실습(1)	조현병 환자인 30세 김여성님은 귀에 죽으라는 소리가 들리고, 누군가 식사에 독을 넣었다는 피해적 & 관계적 사고가 지속되어 haloperidol 1T(5mg) bid, benztropine 1T(0.5mg) tid 경구투약 해 오고 있다.

경구투약

번호	수행항목	평가	
		P	F
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2*	투약카트에서 대상자의 약물이 들어 있는 약포지를 꺼내어 투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간)을 확인한다.		
3	필요한 물품을 준비한다.		
4	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
5	손소독제로 손위생을 실시한다		
6*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
7*	약물 투여 목적과 작용 및 유의사항을 설명한 다음 약물에 대한 의문사항이 있으면 질문하도록 한다.		
8*	앉거나 파울러씨 체위를 취하도록 하되 앉는 것이 금기라면 측위를 취하도록 돕는다.		
9	흘리지 않도록 휴지나 타월을 대준다.		
10*	구강건조로 연하곤란이 있는지 확인하기 위해 침을 삼켜보거나 물을 한 모금 마셔보도록 한다.		
11	알약은 한꺼번에 복용하지 말고, 한 번에 한 알씩 복용하도록 돕는다. 알약 복용 후에 물약을 복용하도록 한다.		
12	약물을 다 삼킬 때까지 대상자 옆에 있으면서, 약물복용 여부를 확인하기가 어려우면 대상자에게 말을 시켜보거나 입을 벌려보도록 한다.		
13	투약 후에는 대상자가 편안한 체위를 취하도록 도와준다.		
14	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
15	수행 결과를 대상자의 간호기록지와 투약기록지에 기록한다. 1) 5rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요 시 투약목적, 대상자의 반응, 투약 못한 이유		
지식	- 투약의 기본 원칙 - 대상자의 경구투약 가능 여부 사정방법 - 경구 투약 시 유의사항(적절한 체위 등)		
총 점		점	

■ Level 3

핵심간호술 평가표

핵심술기명	경구투약			성취수준	L3		
성 명		학 번		소요시간	7분	난이도	하
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 3)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		종합상황 판단능력					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	상황	
L3	아동간호학실습(2)	임상 상황	5세 여아가 2시간 전에 fever 39°C, abd. pain, Nausea, Vomiting, diarrhea (#5회/일, watery 양상)으로 응급실 통해 입원하였습니다. 환아는 응급실에서 spinal tapping 검사를 통해 culture & sensitivity 검사가 나간 상태이다. 입원 후 fever 39.2°C 지속되면서 입술 및 구강 건조가 심함.
		Physical exam	<ul style="list-style-type: none"> V/S : BP 100/60mmHg, HR 120회/min, RR 24회/min, BT 39.2°C BW : 19.3kg, Ht : 121cm Na / K / Cl : 144 /4.3/ 106
		Diagnosis	Fever R/O AGE R/O URI R/O Bacterial meningitis
		Order	<ul style="list-style-type: none"> S.D1-2 500mL for 6 hours Setopen syrup 180mg po tid (30mg/ mL) Cefotaxime 50mg IV bolus bid (500mg/ 1㉞)

경구투약

번호	수행항목	평가	
		P	F
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2*	투약카드에서 대상자의 약물이 들어 있는 약포지를 꺼내어 투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간)을 확인한다.		
3	필요한 물품을 준비한다.		
4	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
5	손소독제로 손위생을 실시한다		
6*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
7*	약물 투여 목적과 작용 및 유의사항을 설명한 다음 약물에 대한 의문사항이 있으면 질문하도록 한다.		
8*	앉거나 파울러씨 체위를 취하도록 하되 앉는 것이 금기라면 측위를 취하도록 돕는다.		
9	흘리지 않도록 휴지나 타월을 대준다.		
10*	구강건조로 연하곤란이 있는지 확인하기 위해 침을 삼켜보거나 물을 한 모금 마셔보도록 한다.		
11	알약은 한꺼번에 복용하지 말고, 한 번에 한 알씩 복용하도록 돕는다. 알약 복용 후에 물약을 복용하도록 한다.		
12	약물을 다 삼킬 때까지 대상자 옆에 있으면서, 약물복용 여부를 확인하기가 어려우면 대상자에게 말을 시켜보거나 입을 벌려보도록 한다.		
13	투약 후에는 대상자가 편안한 체위를 취하도록 도와준다.		
14	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
15	수행 결과를 대상자의 간호기록지와 투약기록지에 기록한다. 1) 5rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요 시 투약목적, 대상자의 반응, 투약 못한 이유		
종합상 황판단 능력	주어진 간호상황과 수행한 간호중재를 종합적으로 설명한다. - 매우 우수: 3가지 질문 모두 적절히 답함 - 우수: 2가지 질문에 적절히 답함 - 보통: 1가지 질문에 적절히 답함 - 부족: 미흡함		
총 점		점	

3. 근육주사

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	근육주사			성취수준	L1		
성명		학번		소요시간	7분	난이도	중
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력			80점 이상	상	
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10	60~80점 미만			중
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8				
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6		60점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(2)	김형규(M/45)님은 충수염(appendicitis)으로 충수돌기절제술(appendectomy)을 위해 입원하였다. 김형규님의 통증점수가 10점 만점에 7점으로 사정되어, 간호사는 진통제를 투약하려고 한다.

근육주사

번호	수행항목	평가	
		P	F
1	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
2*	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간)을 확인한다.		
3*	근육주사에 필요한 약물을 정확한 용량 및 방법으로 주사기에 준비한다.		
4	필요한 물품을 준비한다.		
5	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
6	손소독제로 손위생을 시행한다.		
7*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
8	약물의 투여 목적과 작용 및 유의사항에 대해 설명한 다음 의문사항이 있으면 질문하도록 한다.		
9	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호해 준다.		
10*	대상자의 상태와 약물 용량에 따라 적합한 주사부위를 정한 후 적절한 체위를 취하도록 하고 주사부위를 노출시킨 다음 주사부위를 선정한다(사례에 따라 ①~④ 중 선택하여 수행). ①둔부의 배면부위 ②둔부의 복면부위 ③대퇴부위 ④삼각근 중앙부위		
11	손소독제로 손위생을 실시한다.		
12	선정된 부위를 소독솜으로 안쪽에서 바깥쪽으로 직경 5~8cm 정도 둥글게 닦아낸 후 소독약이 마르면 투약카드를 보고 약을 확인한 후 손으로 주사기를 집어 올려 주사바늘 뚜껑을 제거한다.		
13*	주사바늘을 90°로 유지한 다음 주사기로 선정된 주사부위 근육을 재빨리 찌른다.		
14*	피부를 잡았던 손의 엄지와 집게손가락으로 주사기 하단부를 잡고, 주사기를 잡았던 손으로는 주사기의 내관을 살짝 뒤로 당겨 혈액이 나오지 않으면 주사기 내관을 당겨보던 손의 엄지손가락으로 내관을 밀어서 약물을 천천히 주입한다. (만약 주사기에 혈액이 보인다면 주사기를 빼내어 버린 다음 주사 준비를 처음부터 다시 해야 함)		
15	약물 주입이 끝나면 소독솜으로 주사부위를 누르면서 주사바늘 삽입할 때와 같은 각도로 주사기를 재빨리 빼서 트레이에 놓고, 소독솜을 댄 채로 주사부위를 마사지한다(주사바늘 제거 후 출혈이 있을 때는 주사부위를 1~2분 정도 압박한다).		
16	소독솜을 트레이에 놓고 환의를 입힌 후 대상자의 자세를 편안하게 해준다.		
17	주사 후의 기대효과에 대해 설명한다.		
18	커튼(스크린)을 걷는다.		
19	사용한 물품을 정리한다(주사바늘은 뚜껑을 되씹우지 않은 채 손상성폐기물 전용용기에 버리고 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다).		

20	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
21	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 5rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요 시 투약목적, 환자의 반응, 투약 사유 또는 못한 이유		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표							
핵심술기명	근육주사			성취수준	L2		
성 명		학 번		소요시간	7분	난이도	중
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 2)											
1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	상황
L2	아동간호학실습	임상 상황 43개월 된 여아로 AML진단받고 AML 2012 Consolidation-1 항암 regimen 시행 후 12/8(D16) 오후부터 38.0도 이상의 발열 있어 r/o Neutropenic fever로 치료 위해 소아과병동에 입원하였다. D18일차부터 발열 보이지 않았고 D25일차 되는 오늘 ANC 1000이상으로 수치 회복되어 r-Golbulin 면역 주사 투여하고 퇴원하고자한다.
		Physical exam • V/S : BP 106/65mmHg, HR 100회/min, RR 24회/min, BT 37.0℃ • BW : 16.00kg, Ht : 101.3cm • WBC : 2.57*10 ³ , ANC : 1145, PLT 45K • 출생 후 MMR(홍역,볼거리,풍진) 예방접종 이력 없음
		Order • r-Globulin 8.0ml(kg*½ ml) IM • Close observation

근육주사

번호	수행항목	평가	
		P	F
1	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
2*	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간)을 확인한다.		
3*	근육주사에 필요한 약물을 정확한 용량 및 방법으로 주사기에 준비한다.		
4	필요한 물품을 준비한다.		
5	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
6	손소독제로 손위생을 시행한다.		
7*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
8	약물의 투여 목적과 작용 및 유의사항에 대해 설명한 다음 의문사항이 있으면 질문하도록 한다.		
9	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호해 준다.		
10*	대상자의 상태와 약물 용량에 따라 적합한 주사부위를 정한 후 적절한 체위를 취하도록 하고 주사부위를 노출시킨 다음 주사부위를 선정한다(사례에 따라 ①~④ 중 선택하여 수행). ①둔부의 배면부위 ②둔부의 복면부위 ③대퇴부위 ④삼각근 중앙부위		
11	손소독제로 손위생을 실시한다.		
12	선정된 부위를 소독솜으로 안쪽에서 바깥쪽으로 직경 5~8cm 정도 둥글게 닦아낸 후 소독약이 마르면 투약카드를 보고 약을 확인한 후 손으로 주사기를 집어 올려 주사바늘 뚜껑을 제거한다.		
13*	주사바늘을 90°로 유지한 다음 주사기로 선정된 주사부위 근육을 재빨리 찌른다.		
14*	피부를 잡았던 손의 엄지와 집게손가락으로 주사기 하단부를 잡고, 주사기를 잡았던 손으로는 주사기의 내관을 살짝 뒤로 당겨 혈액이 나오지 않으면 주사기 내관을 당겨보던 손의 엄지손가락으로 내관을 밀어서 약물을 천천히 주입한다. (만약 주사기에 혈액이 보인다면 주사기를 빼내어 버린 다음 주사 준비를 처음부터 다시 해야 함)		
15	약물 주입이 끝나면 소독솜으로 주사부위를 누르면서 주사바늘 삽입할 때와 같은 각도로 주사기를 재빨리 빼서 트레이에 놓고, 소독솜을 댄 채로 주사부위를 마사지한다(주사바늘 제거 후 출혈이 있을 때는 주사부위를 1~2분 정도 압박한다).		
16	소독솜을 트레이에 놓고 환의를 입힌 후 대상자의 자세를 편안하게 해준다.		
17	주사 후의 기대효과에 대해 설명한다.		
18	커튼(스크린)을 걷는다.		
19	사용한 물품을 정리한다(주사바늘은 뚜껑을 되씌우지 않은 채 손상성폐기물 전용용기에 버리고 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다).		

20	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
21	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 5rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요 시 투약목적, 환자의 반응, 투약 사유 또는 못한 이유		
지식	- 투약의 기본원칙 - 무균법 - 근육주사 부위 - 근육주사 시 주의사항과 합병증		
총 점		점	

4. 피하주사 (간이 혈당검사 포함)

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	피하주사			성취수준	L1		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	중
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력			80점 이상	상	
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10				60~80점 미만
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60점 미만	하	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6				
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	상황
L1	기본간호학실습(2)	박영주(F/60)님은 10년전 당뇨병을 진단받았으며 오른쪽 발가락 농양(abscess)이 생겨 입원하였다. 혈당은 250mg/dL이었으며, 오른쪽 발가락 농양 치료와 당뇨병 관리를 위한 교육을 실시하려고 한다.

피하주사(간이 혈당측정 검사 포함)

번호	수행항목	P	F
1	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 시행한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 혈당측정 목적과 절차에 대해 설명한다.		
7	대상자의 손가락 끝을 채혈하기 적절한지 확인한 다음 소독솜으로 닦아 말린다.		
8	채혈기에 채혈침을 끼워 대상자의 피부 상태에 맞도록 삽입 깊이를 조절한다.		
9	검사지를 꺼내 혈당측정기를 준비한다(기계에 따라 시행-전원 작동, 검사지 삽입).		
10	손가락 끝부분의 측면에 채혈기를 놓고 채혈침이 피부를 순간적으로 천자하도록 버튼을 누른다.		
11	천자 부위는 혈액이 자연스럽게 흘러나오게 한 다음 혈액방울을 검사지에 묻히고 천자부위는 소독솜으로 눌러 준다.		
12	혈당측정기의 모니터에 나온 수치를 확인하고 메모한 후 대상자에게 설명해 준다.		
13	사용한 물품을 정리한다(채혈침은 손상성폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 혈액이 묻은 검사지는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다).		
14	손소독제로 손위생을 시행한다.		
15	혈당 기록지에 혈당 측정치를 기록한다.		
16*	혈당 측정치에 따라 R-I Scale에 따른 투약할 인슐린 양을 확인한 후, 투약카드를 준비한다.		
17	손소독제로 손위생을 시행한다.		
18*	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights: 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간)을 확인하여 정확한 양의 인슐린을 주사기에 준비한다.		
19	필요한 물품을 준비한다.		
20	손소독제로 손위생을 시행한다.		
21*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
22	준비된 약물의 투여목적과 작용 및 유의사항에 대해 설명한다.		
23*	인슐린 주사부위 기록지(그림표)를 보고 주사 부위를 선택한 후 대상자에게 편안한 자세를 취하도록 한다.(주사 부위에 타박상, 부종, 경결, 민감성, 변색 등이 있는지 사정한 다음 이전 주사부위를 확인하고 이번에 교대로 주사해야 할 주사부위를 확인한다.)		
24	손소독제로 손위생을 시행한다.		
25	주사 바늘 부위를 소독솜으로 안에서 바깥쪽으로 직경 5-8cm 정도 둥글게 닦는다.		
26*	주사 바늘 뚜껑을 제거하고, 주사기를 잡지 않은 손으로 주사부위 주변의 피부를 팽팽하게 잡고, 주사바늘을 45° ~90° 로 빠르면서도 정확하게 삽입하고 약물을 주입한다.		

27*	주사바늘을 재빨리 뺀 후 주사기는 쟁반(tray)에 넣고, 주사기를 빼낸 부위는 소독솜으로 살짝 눌러주되 주사 부위는 마사지하지 않는다.		
28	인슐린 주사부위 기록지(그림표)에 주사시행 사항을 기록한다(날짜, 시간, 서명).		
29	사용한 물품을 정리한다(주사바늘은 뚜껑을 되씹우지 않은 채 손상성폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다).		
30	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
31	수행 결과를 간호기록지와 투약기록지에 기록한다. 1) 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요 시 투약목적, 대상자 반응, 투약 못한 이유, 혈당측정결과, 인슐린투여량		
	총점		

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	피하주사			성취수준	L2		
성 명		학 번		소요시간	10분	난이도	중
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	상황
L2	지역사회간호학실습	76세의 김00 할머니는 최근 뇌성혈당에 입소하였다. 할머니는 한달 전 당뇨병을 진단받고 하루 1회 인슐린 주사로 혈당을 조절하고 있다. 그러나 잘 조절되지 않아 저혈당에 빠지기도 한다. 오늘 김 00할머니의 혈당을 측정을 시행하고, 처방에 따라 인슐린 주사를 놓아야 한다.

피하주사(간이 혈당측정 검사 포함)			
번호	수행항목	P	F
1	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 시행한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 혈당측정 목적과 절차에 대해 설명한다.		
7	대상자의 손가락 끝을 채혈하기 적절한지 확인한 다음 소독솜으로 닦아 말린다.		
8	채혈기에 채혈침을 끼워 대상자의 피부 상태에 맞도록 삽입 깊이를 조절한다.		
9	검사지를 꺼내 혈당측정기를 준비한다(기계에 따라 시행-전원 작동, 검사지 삽입).		
10	손가락 끝부분의 측면에 채혈기를 놓고 채혈침이 피부를 순간적으로 천자하도록 버튼을 누른다.		
11	천자 부위는 혈액이 자연스럽게 흘러나오게 한 다음 혈액방울을 검사지에 묻히고 천자부위는 소독솜으로 눌러 준다.		
12	혈당측정기의 모니터에 나온 수치를 확인하고 메모한 후 대상자에게 설명해 준다.		
13	사용한 물품을 정리한다(채혈침은 손상성폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 혈액이 묻은 검사지는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다).		
14	손소독제로 손위생을 시행한다.		
15	혈당 기록지에 혈당 측정치를 기록한다.		
16*	혈당 측정치에 따라 R-I Scale에 따른 투약할 인슐린 양을 확인한 후, 투약카드를 준비한다.		
17	손소독제로 손위생을 시행한다.		
18*	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights: 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간)을 확인하여 정확한 양의 인슐린을 주사기에 준비한다.		
19	필요한 물품을 준비한다.		
20	손소독제로 손위생을 시행한다.		
21*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
22	준비된 약물의 투여목적과 작용 및 유의사항에 대해 설명한다.		
23*	인슐린 주사부위 기록지(그림표)를 보고 주사 부위를 선택한 후 대상자에게 편안한 자세를 취하도록 한다.(주사 부위에 타박상, 부종, 경결, 민감성, 변색 등이 있는지 사정한 다음 이전 주사부위를 확인하고 이번에 교대로 주사해야 할 주사부위를 확인한다.)		
24	손소독제로 손위생을 시행한다.		
25	주사 놓을 부위를 소독솜으로 안에서 바깥쪽으로 직경 5-8cm 정도 둥글게 닦는다.		
26*	주사 바늘 뚜껑을 제거하고, 주사기를 잡지 않은 손으로 주사부위 주변의 피부를 팽팽하게 잡고, 주사바늘을 45° ~90° 로 빠르면서도 정확하게 삽입하고 약물을 주입한다.		

27*	주사바늘을 재빨리 뺀 후 주사기는 쟁반(tray)에 넣고, 주사기를 빼낸 부위는 소독솜으로 살짝 눌러주되 주사 부위는 마사지하지 않는다.		
28	인슐린 주사부위 기록지(그림표)에 주사시행 사항을 기록한다(날짜, 시간, 서명).		
29	사용한 물품을 정리한다(주사바늘은 뚜껑을 되씹우지 않은 채 손상성폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다).		
30	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
31	수행 결과를 간호기록지와 투약기록지에 기록한다. 1) 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요 시 투약목적, 대상자 반응, 투약 못한 이유, 혈당측정결과, 인슐린투여량		
지식	<ul style="list-style-type: none"> - 투약의 기본원칙 - 무균법 - 피하주사 부위 - 피하주사 시 주의사항과 합병증 - 간이 혈당측정기 사용 및 관리법 - 혈당검사결과 판정과 비정상 혈당의 증상과 대처법 		
총점			

5. 피내주사 (전완의 내측면)

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	피내주사			성취수준	L1		
성 명		학 번		소요시간	10분	난이도	상
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력			80점 이상	상	
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10				60~80점 미만
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60점 미만	하	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6				
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	상황
L1	기본간호학실습(2)	김형규(M/45)님은 양쪽 무릎관절증(arthrosis of knee)으로 외래를 통해 병동에 입원하였다. 슬관절전치환성형술(Total Knee Replacement Arthroplasty, TKRA)을 위해 예방적 항생제 투약을 위한 AST 처방이 났다.

피내주사(전완의 내측면)

번호	수행항목	평가	
		P	F
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2*	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간 등)을 확인한다.		
3	주사기로 주사용 증류수 5mL를 앰플에서 빼낸다.		
4	약물이 든 바이알의 고무마개를 소독솜으로 닦는다.(바이알에 1g의 약물이 들어있는 경우를 기준으로 한다.)		
5*	바이알에 증류수 또는 생리식염수 5mL를 멸균적으로 주입한다(1000mg/5mL). (200mg/mL, ※ 참고 0.5g/V-2.5mL, 1g/V-5mL, 2g/V-10mL mix)		
6	바이알에 들어있는 분말이 완전히 녹을 때까지 기포가 생기지 않게 조심스럽게 바이알을 흔든다.		
7	바이알의 고무마개를 소독솜으로 다시 닦는다.		
8*	1mL 주사기로 바이알에 0.1mL의 약물을 빼내 총량 1mL로 희석한다(20mg/mL).		
9*	주사기 약물 중 0.9mL는 버리고 나머지 0.1mL를 다시 중량 1mL로 희석한다(2mg/mL).		
10	피내주사에 필요한 물품을 준비한다.		
11	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
12	손소독제로 손위생을 실시한다.		
13*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
14	대상자에게 피내주사의 목적과 절차에 대해 설명한다.		
15*	적절한 피내주사 부위를 선택한다.(전완의 내측면).		
16	대상자의 팔을 침대 바닥면이나 침상 밑 탁자(over-bed table)의 바닥면 위에 바로 펴서 엷은 다음 편안한 자세로 있게 한다.		
17	손소독제로 손위생을 실시한다.		
18	주사 놓을 부위를 소독솜으로 안에서 바깥쪽으로 직경 5-8cm 정도 동글게 닦은 다음 소독액이 마를 때까지 잠시 기다린다.		
19	한 손으로 주사부위 아래쪽으로 2-3cm 떨어진 부위의 피부를 팽팽하게 잡아당긴다.		
20*	다른 손으로 주사바늘의 사면이 위로 오도록 하여 주사기가 피부와 10~15°의 각도를 유지하도록 잡은 다음 표피 아래 진피층에 주사바늘의 사면이 들어갈 때까지 피내에 삽입한다.		
21*	주사바늘의 사면이 피내로 삽입되고 나면 피부를 잡아당겼던 손으로 주사기의 밑대를 밀어 피부에 직경이 약 5-6mm(0.05mL) 정도의 낭포가 생길 때까지 약물을 서서히 주입한다.		
22	주사바늘을 빼낸 후 주사바늘이 빠져나온 부위로 약물이 나와 물기가 생긴 경우는 마른 소독솜으로 살짝 닦아낸다. ※ 참고 : 1mL 주사기에 생리식염수를 준비하여 위의 주사 부위의 3-4cm 떨어진 옆 또는 반대쪽 팔의 대칭 부위에 같은 양을 대조액으로(0.02-0.05mL) 피내주사 하여 음성 대조군을 만들어 비교하는 절차가 있으나 여기서는 생략함.		
23*	작은 낭포의 돌레를 볼펜으로 동그랗게 표시한 다음, 주사약명과 투여시간을 적고 주사 부위는 마사지하지 않는다.		
24	사용한 물품을 정리한다. (주사바늘은 뚜껑을 되씹우지 않은 채 손상성폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다.)		

25	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
26*	15분 후에 주사 부위의 피부반응 결과를 판독한다.		
27	다음의 사항을 간호기록지에 기록한다. 1) 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 피부반응결과 : 양성 혹은 음성 3) 필요시 투약목적, 대상자의 반응, 투약 못한 이유		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	피내주사			성취수준	L2		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	상
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	상황									
L2	기본간호학현장실습	<p>52세 여자 환자는 어제 지속적인 구토, 복부팽만, 심한 복부통증으로 응급실을 통해 내원하였다. 장폐색 진단을 받은 후 오늘 수술 예정이다. 간호사는 수술 전 간호와 함께 Cefazolin sodium(Ancef) 1Gram IVPB(AST)를 수행하고자 한다.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Patient Name : 김대구</td> <td>DOB : 13/08/XX</td> <td>MR# : 1234567</td> </tr> <tr> <td>Age : 52</td> <td>Gender : Female</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Height : 160 cm</td> <td>Weight : 76 Kg</td> <td></td> </tr> </table>	Patient Name : 김대구	DOB : 13/08/XX	MR# : 1234567	Age : 52	Gender : Female		Height : 160 cm	Weight : 76 Kg	
Patient Name : 김대구	DOB : 13/08/XX	MR# : 1234567									
Age : 52	Gender : Female										
Height : 160 cm	Weight : 76 Kg										

피내주사(전완의 내측면)

번호	수행항목	평가	
		P	F
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2*	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간 등)을 확인한다.		
3	주사기로 주사용 증류수 5mL를 앰플에서 빼낸다.		
4	약물이 든 바이알의 고무마개를 소독솜으로 닦는다.(바이알에 1g의 약물이 들어있는 경우를 기준으로 한다.)		
5*	바이알에 증류수 또는 생리식염수 5mL를 멸균적으로 주입한다(1000mg/5mL). (200mg/mL, ※ 참고 0.5g/V-2.5mL, 1g/V-5mL, 2g/V-10mL mix)		
6	바이알에 들어있는 분말이 완전히 녹을 때까지 기포가 생기지 않게 조심스럽게 바이알을 흔든다.		
7	바이알의 고무마개를 소독솜으로 다시 닦는다.		
8*	1mL 주사기로 바이알에 0.1mL의 약물을 빼내 총량 1mL로 희석한다(20mg/mL).		
9*	주사기 약물 중 0.9mL는 버리고 나머지 0.1mL를 다시 총량 1mL로 희석한다(2mg/mL).		
10	피내주사에 필요한 물품을 준비한다.		
11	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
12	손소독제로 손위생을 실시한다.		
13*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
14	대상자에게 피내주사의 목적과 절차에 대해 설명한다.		
15*	적절한 피내주사 부위를 선택한다.(전완의 내측면).		
16	대상자의 팔을 침대 바닥면이나 침상 밑 탁자(over-bed table)의 바닥면 위에 바로 펴서 얹은 다음 편안한 자세로 있게 한다.		
17	손소독제로 손위생을 실시한다.		
18	주사 놓을 부위를 소독솜으로 안에서 바깥쪽으로 직경 5-8cm 정도 동글게 닦은 다음 소독액이 마를 때까지 잠시 기다린다.		
19	한 손으로 주사부위 아래쪽으로 2-3cm 떨어진 부위의 피부를 팽팽하게 잡아당긴다.		
20*	다른 손으로 주사바늘의 사면이 위로 오도록 하여 주사기가 피부와 10~15°의 각도를 유지하도록 잡은 다음 표피 아래 진피층에 주사바늘의 사면이 들어갈 때까지 피내에 삽입한다.		
21*	주사바늘의 사면이 피내로 삽입되고 나면 피부를 잡아당겼던 손으로 주사기의 밀대를 밀어 피부에 직경이 약 5-6mm(0.05mL) 정도의 낭포가 생길 때까지 약물을 서서히 주입한다.		
22	주사바늘을 빼낸 후 주사바늘이 빠져나온 부위로 약물이 나와 물기가 생긴 경우는 마른 소독솜으로 살짝 닦아낸다. ※ 참고 : 1mL 주사기에 생리식염수를 준비하여 위의 주사 부위의 3~4cm 떨어진 옆 또는 반대쪽 팔의 대칭 부위에 같은 양을 대조액으로(0.02~0.05mL) 피내주사 하여 음성 대조군을 만들어 비교하는 절차가 있으나 여기서는 생략함.		
23*	작은 낭포의 둘레를 볼펜으로 동그랗게 표시한 다음, 주사약명과 투여시간을 적고 주사 부위는 마사지하지 않는다.		
24	사용한 물품을 정리한다. (주사바늘은 뚜껑을 되씹우지 않은 채 손상성폐기를 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기를 전용용기에 버린다.)		

25	물과 비누로 손위생을 실시한다.			
26*	15분 후에 주사 부위의 피부반응 결과를 판독한다.			
27	다음의 사항을 간호기록지에 기록한다. 1) 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 피부반응결과 : 양성 혹은 음성 3) 필요시 투약목적, 대상자의 반응, 투약 못한 이유			
지식	① 투약의 기본원칙 ② 무균술 ③ 피내주사 부위	④ 피부반응 검사를 위한 용액 희석방법 ⑤ 피내주사 주의사항과 합병증 ⑥ 피내주사 판독법		
총 점				점

6. 정맥수액 주입
(Infusion pump 혹은 syringe
pump 사용 포함)

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	정맥수액주입			성취수준	L1		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	상
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력					
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10		80점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60~80점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6		60점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	상황
L1	기본간호학실습(2)	박영태(M/34)님은 지주막하 출혈로 수술을 받았고 대상자에게 멸균 생리식염수 500mL 21cc/hr, 니모디핀 10mg(8mL/hr)이 처방되었다.

정맥 수액 주입			
번호	수행항목	평가	
		P	F
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2*	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간 등)을 확인한다.		
3	투약처방을 보고 수액의 유효일자, 이물질 유무 등을 확인한 후, 정확한 수액, 수액주입에 필요한 물품을 준비한다.		
4*	수액백에 날짜, 등록번호, 대상자 이름, 수액명, 용량, 주입속도 등이 적혀 있는 라벨을 붙인다.		
5*	수액과 수액세트를 연결한다. 1) 수액백의 고무마개를 소독솜으로 닦은 후 수액세트를 꽃아 점적통의 1/2 정도를 수액으로 채운다.		
6	2) 수액백을 높이 들어 올리거나 수액걸대에 걸고 수액을 통과시켜 튜브의 공기를 빼낸 다음 조절기를 잠근다.		
7	필요한 물품을 준비한다		
8	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
9	손소독제로 손위생을 실시한다.		
10*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
11	투약의 목적과 약물의 효과, 주의사항, 방법을 설명한다.		
12	침상 옆의 수액 걸대에 수액백을 걸고 수액세트의 끝을 대상자에게 주사할 부위 가까이에 둔다.		
13	대상자에게 편안한 자세를 취하도록 하고 팔을 심장보다 낮게 위치하도록 한 다음 정맥의 상태를 확인한다.		
14*	정맥 상태가 양호한 부위보다 12~15cm 위쪽을 지혈대로 묶어 삽입할 카테터의 길이보다 정맥이 곧고 길게 두드러진 부위를 주사부위로 선정한다.		
15	손소독제로 손위생을 실시한다.		
16	천자할 정맥을 정하고 나면 소독솜으로 주사부위를 안에서 밖으로 5-8cm 정도 둥글게 닦는다.		
17*	정맥 천자할 부위의 아래쪽으로 2-3cm 떨어진 부분의 피부를 한손 엄지손가락으로 팽팽히 잡아당긴 다음 다른 손으로 카테터의 사면이 위로 오도록 잡고 15°~30°로 혈류 방향을 따라 카테터를 정맥 내로 삽입한다.		
18*	카테터 내로 혈액이 역류되면 카테터의 중심부를 바고 카테터의 삽입각도를 약간 낮추면서 카테터를 혈관으로 진입시키면서 카테터 길이만큼 탐침을 조금씩 빼낸다.		
19*	카테터가 완전히 삽입된 후 카테터를 잡지 않은 손으로 지혈대를 푼다.		
20	한 손으로 혈관 내로 삽입된 카테터의 끝 부위를 눌러주면서 다른 손으로 탐침을 재빨리 제거한다.		
21	탐침을 제거한 후 바로 수액세트의 튜브를 카테터의 중심부와 연결하여 혈액이 카테터를 통해 흘러내리지 않도록 한다.		
22	한 손으로 카테터 삽입 부분을 고정하듯 잡으면서 다른 손으로는 수액세트의 조절기를 풀어 수액 주입여부와 정맥천자 부위에 부종, 통증 등의 침윤 증상이 있는지 관찰한다.		
23	카테터에서 손을 떼어도 카테터 삽입부분이 꺾이지 않도록 수액 주입관을 안정적 위치에 놓은 후 반창고나 투명드레싱으로 카테터 삽입부위를 고정한다.		
24*	처방에 따라 주입하는 수액의 속도를 조절한다. * 인퓨전 펌프를 이용한 수액주입하는 경우 1) 인퓨전 펌프의 전원 버튼을 누른다.		
	2) 인퓨전 펌프에 있는 손잡이를 당겨 문을 열고 내부에 수액세트 고정용 레버를 연다.		
	3) 수액세트를 약간 눌러 잡은 다음 공기감지 및 연동부위 홈에 수액세트를 고정한다.		
	4) 인퓨전 펌프의 문을 잠근다. 이때 수액세트의 조절기는 펌프의 위에 위치하도록 한다.		
	5) 버튼 또는 다이얼을 돌려 시간당 주입속도와 수액의 총 주입량을 설정한다.		

	6) 수액세트의 조절기를 모두 열어준다.		
	7) 인퓨전 펌프의 시작 버튼을 누른다.		
25*	고정용 반창고나 드레싱에 카테터 삽입 날짜와 시간, 카테터의 크기를 기입한다.		
26	대상자가 편안한 자세를 취하도록 돕는다.		
27	사용한 물품을 정리한다. (주사바늘은 뚜껑을 되씌우지 않은 채 손상성폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다.)		
28	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
29	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요시 투약목적, 환자의 반응, 투약 못한 이유		
총 점			점

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	정맥수액주입			성취수준	L2		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	상
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	상황																
L2	CPX심화	<p>70세 여자 김대구씨는 3시간 전부터 chest pain, chest tightness, referred pain (left arm), shortness of breath 증상 있어 119를 타고 ER에 내원하였고, R/O unstable angina 진단에 다음이 처방되었다.</p> <p style="text-align: center;">투약 Work List</p> <p>투약일자 : 20〇〇년 00월 00일 처방의: 공유</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>환자 정보</th> <th>처방명</th> <th>총용량 (1일)</th> <th>1일 횟수</th> <th>경로</th> <th>1회 수량</th> <th>용법</th> <th>투약시간</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>김대구 1787152</td> <td>5% Dextrose Water Injection 500ml</td> <td>500ml</td> <td>2</td> <td>iv</td> <td>1pack</td> <td></td> <td>08:00, 20:00</td> </tr> </tbody> </table>	환자 정보	처방명	총용량 (1일)	1일 횟수	경로	1회 수량	용법	투약시간	김대구 1787152	5% Dextrose Water Injection 500ml	500ml	2	iv	1pack		08:00, 20:00
환자 정보	처방명	총용량 (1일)	1일 횟수	경로	1회 수량	용법	투약시간											
김대구 1787152	5% Dextrose Water Injection 500ml	500ml	2	iv	1pack		08:00, 20:00											

정맥 수액 주입			
번호	수행항목	평가	
		1	0
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2*	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간 등)을 확인한다.		
3	투약처방을 보고 수액의 유효일자, 이물질 유무 등을 확인한 후, 정확한 수액, 수액주입에 필요한 물품을 준비한다.		
4*	수액백에 날짜, 등록번호, 대상자 이름, 수액명, 용량, 주입속도 등이 적혀 있는 라벨을 붙인다.		
5*	수액과 수액세트를 연결한다. 1) 수액백의 고무마개를 소독솜으로 닦은 후 수액세트를 꽃아 점적통의 1/2 정도를 수액으로 채운다.		
6	2) 수액백을 높이 들어 올리거나 수액걸대에 걸고 수액을 통과시켜 튜브의 공기를 빼낸 다음 조절기를 잠근다.		
7	필요한 물품을 준비한다		
8	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
9	손소독제로 손위생을 실시한다.		
10*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
11	투약의 목적과 약물의 효과, 주의사항, 방법을 설명한다.		
12	침상 옆의 수액 걸대에 수액백을 걸고 수액세트의 끝을 대상자에게 주사할 부위 가까이에 둔다.		
13	대상자에게 편안한 자세를 취하도록 하고 팔을 심장보다 낮게 위치하도록 한 다음 정맥의 상태를 확인한다.		
14*	정맥 상태가 양호한 부위보다 12~15cm 위쪽을 지혈대로 묶어 삽입할 카테터의 길이보다 정맥이 곧고 길게 두드러진 부위를 주사부위로 선정한다.		
15	손소독제로 손위생을 실시한다.		
16	천자할 정맥을 정하고 나면 소독솜으로 주사부위를 안에서 밖으로 5-8cm 정도 둥글게 닦는다.		
17*	정맥 천자할 부위의 아래쪽으로 2-3cm 떨어진 부분의 피부를 한손 엄지손가락으로 팽팽히 잡아 당긴 다음 다른 손으로 카테터의 사면이 위로 오도록 잡고 15°~30°로 혈류 방향을 따라 카테터를 정맥 내로 삽입한다.		
18*	카테터 내로 혈액이 역류되면 카테터의 중심부를 바고 카테터의 삽입각도를 약간 낮추면서 카테터를 혈관으로 진입시키면서 카테터 길이만큼 탐침을 조금씩 빼낸다.		
19*	카테터가 완전히 삽입된 후 카테터를 잡지 않은 손으로 지혈대를 푼다.		
20	한 손으로 혈관 내로 삽입된 카테터의 끝 부위를 눌러주면서 다른 손으로 탐침을 재빨리 제거한다.		
21	탐침을 제거한 후 바로 수액세트의 튜브를 카테터의 중심부와 연결하여 혈액이 카테터를 통해 흘러내리지 않도록 한다.		

22	한 손으로 카테터 삽입 부분을 고정하듯 잡으면서 다른 손으로는 수액세트의 조절기를 풀어 수액 주입여부와 정맥천자 부위에 부종, 통증 등의 침윤 증상이 있는지 관찰한다.		
23	카테터에서 손을 떼어도 카테터 삽입부분이 꺾이지 않도록 수액 주입관을 안정적 위치에 놓은 후 반창고나 투명드레싱으로 카테터 삽입부위를 고정한다.		
24*	처방에 따라 주입하는 수액의 속도를 조절한다.		
	* 인퓨전 펌프를 이용한 수액주입하는 경우 1) 인퓨전 펌프의 전원 버튼을 누른다.		
	2) 인퓨전 펌프에 있는 손잡이를 당겨 문을 열고 내부에 수액세트 고정용 레버를 연다.		
	3) 수액세트를 약간 늘려 잡은 다음 공기감지 및 연동부위 홈에 수액세트를 고정한다.		
	4) 인퓨전 펌프의 문을 잠근다. 이때 수액세트의 조절기는 펌프의 위에 위치하도록 한다.		
	5) 버튼 또는 다이얼을 돌려 시간당 주입속도와 수액의 총 주입량을 설정한다.		
	6) 수액세트의 조절기를 모두 열어준다.		
	7) 인퓨전 펌프의 시작 버튼을 누른다.		
25*	고정용 반창고나 드레싱에 카테터 삽입 날짜와 시간, 카테터의 크기를 기입한다.		
26	대상자가 편안한 자세를 취하도록 돕는다.		
27	사용한 물품을 정리한다. (주사바늘은 뚜껑을 되씹우지 않은 채 손상성폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다.)		
28	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
29	수행 결과를 간호기록지에 기록한다.		
	1) 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요시 투약목적, 환자의 반응, 투약 못한 이유		
지식	- 투약의 기본 원칙 - 무균법 - 말초정맥 주사 부위 - 정맥주사 주의사항과 합병증 - 수액 용량 계산 및 수액 주입 속도 조절 - Infusion pump 혹은 syringe pump 종류와 사용방법		
총 점			점

■ Level 3

핵심간호술 평가표

핵심술기명	정맥수액주입			성취수준	L3		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	상
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 3)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		종합상황 판단능력					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	상황
L3	성인간호학실습(4)	<p>김주리(F/57)님은 Osteoarthritis로 인해 5년 전부터 NSAID를 복용해 왔으며 어제 아침부터 Epigastric pain, heartburn, dizziness 심해지고, 오늘 아침부터 hematemesis를 포함한 vomiting 3~4회 있었다.</p> <p>내일 첫 스케줄로 Gastroscopy를 시행할 예정으로, 의식은 명료하고, 오른쪽 팔에 N/S1000mL가 40cc/hr로 투여 중이다. 1시간 전에 혈압 80/50mmHg, SpO2 90%까지 떨어져서 N/S 300CC full dropping 하였고, O2 3L/min via N-P으로 주입 중으로 현재 V/S (100/60-88-22-36.8) SpO2는 98% 유지 중이다. 주치의에게 현재 상태 알리니 다음과 같은 처방이 추가되었다.</p> <p>* IV site 상태- 부종, 발적, 통증 (+)</p> <p>EMR order: 변경) N/S 1000mL IV (60cc/hr)</p> <p>알맞은 간호활동을 수행하시오.</p>

정맥 수액 주입			
번호	수행항목	평가	
		1	0
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2*	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간 등)을 확인한다.		
3	투약처방을 보고 수액의 유효일자, 이물질 유무 등을 확인한 후, 정확한 수액, 수액주입에 필요한 물품을 준비한다.		
4*	수액백에 날짜, 등록번호, 대상자 이름, 수액명, 용량, 주입속도 등이 적혀 있는 라벨을 붙인다.		
5*	수액과 수액세트를 연결한다. 1) 수액백의 고무마개를 소독솜으로 닦은 후 수액세트를 꽃아 점적통의 1/2 정도를 수액으로 채운다.		
6	2) 수액백을 높이 들어 올리거나 수액걸대에 걸고 수액을 통과시켜 튜브의 공기를 빼낸 다음 조절기를 잠근다.		
7	필요한 물품을 준비한다		
8	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
9	손소독제로 손위생을 실시한다.		
10*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
11	투약의 목적과 약물의 효과, 주의사항, 방법을 설명한다.		
12	침상 옆의 수액 걸대에 수액백을 걸고 수액세트의 끝을 대상자에게 주사할 부위 가까이에 둔다.		
13	대상자에게 편안한 자세를 취하도록 하고 팔을 심장보다 낮게 위치하도록 한 다음 정맥의 상태를 확인한다.		
14*	정맥 상태가 양호한 부위보다 12~15cm 위쪽을 지혈대로 묶어 삽입할 카테터의 길이보다 정맥이 곧고 길게 두드러진 부위를 주사부위로 선정한다.		
15	손소독제로 손위생을 실시한다.		
16	천자할 정맥을 정하고 나면 소독솜으로 주사부위를 안에서 밖으로 5-8cm 정도 등글게 닦는다.		
17*	정맥 천자할 부위의 아래쪽으로 2-3cm 떨어진 부분의 피부를 한손 엄지손가락으로 팽팽히 잡아당긴 다음 다른 손으로 카테터의 사면이 위로 오도록 잡고 15°~30°로 혈류 방향을 따라 카테터를 정맥 내로 삽입한다.		
18*	카테터 내로 혈액이 역류되면 카테터의 중심부를 바고 카테터의 삽입각도를 약간 낮추면서 카테터를 혈관으로 진입시키면서 카테터 길이만큼 탐침을 조금씩 빼낸다.		
19*	카테터가 완전히 삽입된 후 카테터를 잡지 않은 손으로 지혈대를 푼다.		
20	한 손으로 혈관 내로 삽입된 카테터의 끝 부위를 눌러주면서 다른 손으로 탐침을 재빨리 제거한다.		
21	탐침을 제거한 후 바로 수액세트의 튜브를 카테터의 중심부와 연결하여 혈액이 카테터를 통해 흘러내리지 않도록 한다.		

22	한 손으로 카테터 삽입 부분을 고정하듯 잡으면서 다른 손으로는 수액세트의 조절기를 풀어 수액 주입여부와 정맥천자 부위에 부종, 통증 등의 침윤 증상이 있는지 관찰한다.		
23	카테터에서 손을 떼어도 카테터 삽입부분이 꺾이지 않도록 수액 주입관을 안정적 위치에 놓은 후 반창고나 투명드레싱으로 카테터 삽입부위를 고정한다.		
24*	처방에 따라 주입하는 수액의 속도를 조절한다.		
	* 인퓨전 펌프를 이용한 수액주입하는 경우 1) 인퓨전 펌프의 전원 버튼을 누른다.		
	2) 인퓨전 펌프에 있는 손잡이를 당겨 문을 열고 내부에 수액세트 고정용 레버를 연다.		
	3) 수액세트를 약간 늘려 잡은 다음 공기감지 및 연동부위 홈에 수액세트를 고정한다.		
	4) 인퓨전 펌프의 문을 잠근다. 이때 수액세트의 조절기는 펌프의 위에 위치하도록 한다.		
	5) 버튼 또는 다이얼을 돌려 시간당 주입속도와 수액의 총 주입량을 설정한다.		
	6) 수액세트의 조절기를 모두 열어준다.		
24*	7) 인퓨전 펌프의 시작 버튼을 누른다.		
25*	고정용 반창고나 드레싱에 카테터 삽입 날짜와 시간, 카테터의 크기를 기입한다.		
26	대상자가 편안한 자세를 취하도록 돕는다.		
27	사용한 물품을 정리한다. (주사바늘은 뚜껑을 되씌우지 않은 채 손상성폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다.)		
28	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
29	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요시 투약목적, 환자의 반응, 투약 못한 이유		
종합 상황 판단 능력	주어진 간호상황과 수행한 간호중재를 종합적으로 설명한다. - 매우 우수: 3가지 질문 모두 적절히 답함 - 우수: 2가지 질문에 적절히 답함 - 보통: 1가지 질문에 적절히 답함 - 부족: 미흡함		
총 점			점

7. 수혈요법

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	수혈요법			성취수준	L1		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	상
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력			80점 이상	상	
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10				60~80점 미만
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60점 미만	하	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6				
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(2)	노지아(F/34)님은 2일 전 위암(Stomach cancer)으로 위전절제술(Total gastrectomy)을 받고 외과병동에 입원한 상태이다. 얼굴이 창백하여 어지러움을 호소하고 있고, CBC(complete blood cell count) 검사상 Hb7.0g/dL이 체크되어 Packed RBC(PRC) 1pint를 수혈하기로 하였다.

수혈 요법			
번호	수행항목	평가	
		P	F
1	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	수혈 처방을 확인한 후 수혈동의서를 확인한다.		
4*	혈액은행에서 수령해 온 혈액을 의료인 2인이 직접 적십자 혈액원 스티커와 후면의 본원 혈액부착 스티커에 기재된 대상자 이름, 성별, 나이, 등록번호, 혈액제제, 혈액고유번호, 혈액형, irradiation유무, 교차검사 결과, 유통기한, 혈액의 상태(공기방울, 혼탁도, 색깔 이상 등)를 확인하고 확인란에 서명한다.		
5	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
6	필요한 물품을 준비한다.		
7	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
8	손소독제로 손위생을 시행한다.		
9*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한 후 혈액형을 말하도록 하여 준비한 혈액과 동일인지 확인한다(의료인 2인이 직접 실시).		
10	대상자에게 과거 수혈경험과 부작용 경험 유무를 확인하고, 수혈의 목적, 부작용을 설명한다.		
11*	수혈 전 활력징후 측정과 피부상태 관찰, 가려움증과 같은 대상자 상태를 확인한다.		
12	손소독제로 손위생을 시행한다.		
13	청결 장갑을 착용한다.		
14	수혈세트를 꺼내어 조절기(clamp)를 완전히 잠근다.		
15*	삽입침을 혈액백에 정확하게 삽입하여 수혈세트와 혈액백을 연결한다.		
16*	drip chamber에 2/3~3/4 이상 혈액을 채운 후, 수혈세트의 조절기를 열고 공기를 완전히 제거한다.		
17*	생리식염수 주입 line에 있는 3-way stopcock 보호덮개를 열고 소독솜으로 연결부위를 소독한 후 수혈세트를 연결한다.		
18*	3-way의 조절기를 돌려서 수혈제제가 주입되도록 하고, 다른 수액이 주입되지 않도록 한다.		
19	수혈세트 조절기(clamp)를 열어서 수혈을 시작하고 잘 들어가는지, 팔이 붓지 않는지를 확인한다.		
20*	첫 15분 동안 15~20gtts/분으로 주입속도를 맞춘다.		
21	청결 장갑을 벗는다.		
22*	수혈 직후 15분간 주의 깊게 관찰하고 다음사항을 대상자에게 설명한다. 1) 주사부위가 부종, 통증이 있거나, 혈액이 잘 들어가지 않거나, 오심/구토, 피부 가려움, 발적, 발열, 오한이 생기면 바로 이야기할 것 2) 혈액제제에 따른 주입시간 3) 수혈 시작 후 15분에 활력징후를 측정할 것		
23	사용한 물품을 정리한다.		

24	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
25	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 혈액제제 종류, 혈액형, irradiation 유무, 수혈 양, 혈액주입 시작 시간과 주입속도 2) 활력징후 3) 수혈 부작용 발생 유무		
총 점			점

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	수혈요법			성취수준	L2		
성 명		학 번		소요시간	10분	난이도	상
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오							
L2	CPX기초	<p>A 68-year-old Female has admitted through the Emergency Department 2 days ago with a femoral head fracture sustained in a fall outdoors and underwent left hip arthroplasty. All drains have been removed. Physician changed the dressing this morning. Dressing is currently clean, dry, and intact. Patient has complained of fatigue with physical therapy and does not tolerate changes in position without dizziness. Complete Blood Count(CBC) this a.m. identified hemoglobin of 7g/dL. The physician has ordered two units of packed red blood cells(PRBC) to be given. The lab has called and the first unit is ready.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>PHYSICIAN ORDER</th> </tr> <tr> <td>Diet : regular</td> </tr> <tr> <td>Activity : Ambulate with physical therapy</td> </tr> <tr> <td>Vital signs every 4 hours</td> </tr> <tr> <td>Apply IPC</td> </tr> <tr> <td>Types and cross match 2 units packed red blood cells</td> </tr> <tr> <td>Administer 2 units packed red blood cells when ready</td> </tr> </table>	PHYSICIAN ORDER	Diet : regular	Activity : Ambulate with physical therapy	Vital signs every 4 hours	Apply IPC	Types and cross match 2 units packed red blood cells	Administer 2 units packed red blood cells when ready
PHYSICIAN ORDER									
Diet : regular									
Activity : Ambulate with physical therapy									
Vital signs every 4 hours									
Apply IPC									
Types and cross match 2 units packed red blood cells									
Administer 2 units packed red blood cells when ready									

수혈 요법			
번호	수행항목	평가	
		P	F
1	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	수혈 처방을 확인한 후 수혈동의서를 확인한다.		
4*	혈액은행에서 수령해 온 혈액을 의료인 2인이 직접 적십자 혈액원 스티커와 후면의 본원 혈액부착 스티커에 기재된 대상자 이름, 성별, 나이, 등록번호, 혈액제제, 혈액고유번호, 혈액형, irradiation 유무, 교차검사 결과, 유통기한, 혈액의 상태(공기방울, 혼탁도, 색깔 이상 등)를 확인하고 확인란에 서명한다.		
5	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
6	필요한 물품을 준비한다.		
7	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
8	손소독제로 손위생을 시행한다.		
9*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한 후 혈액형을 말하도록 하여 준비한 혈액과 동일한지 확인한다(의료인 2인이 직접 실시).		
10	대상자에게 과거 수혈경험과 부작용 경험 유무를 확인하고, 수혈의 목적, 부작용을 설명한다.		
11*	수혈 전 활력징후 측정과 피부상태 관찰, 가려움증과 같은 대상자 상태를 확인한다.		
12	손소독제로 손위생을 시행한다.		
13	청결 장갑을 착용한다.		
14	수혈세트를 꺼내어 조절기(clamp)를 완전히 잠근다.		
15*	삼입침을 혈액백에 정확하게 삽입하여 수혈세트와 혈액백을 연결한다.		
16*	drip chamber에 2/3~3/4 이상 혈액을 채운 후, 수혈세트의 조절기를 열고 공기를 완전히 제거한다.		
17*	생리식염수 주입 line에 있는 3-way stopcock 보호덮개를 열고 소독솜으로 연결부위를 소독한 후 수혈세트를 연결한다.		
18*	3-way의 조절기를 돌려서 수혈제제가 주입되도록 하고, 다른 수액이 주입되지 않도록 한다.		
19	수혈세트 조절기(clamp)를 열어서 수혈을 시작하고 잘 들어가는지, 팔이 붓지 않는지를 확인한다.		
20*	첫 15분 동안 15~20gtts/분으로 주입속도를 맞춘다.		
21	청결 장갑을 벗는다.		
22*	수혈 직후 15분간 주의 깊게 관찰하고 다음사항을 대상자에게 설명한다. 1) 주사부위가 부종, 통증이 있거나, 혈액이 잘 들어가지 않거나, 오심/구토, 피부 가려움, 발적, 발열, 오한이 생기면 바로 이야기할 것 2) 혈액제제에 따른 주입시간 3) 수혈 시작 후 15분에 활력징후를 측정할 것		
23	사용한 물품을 정리한다.		
24	물과 비누로 손위생을 시행한다.		

25	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 혈액제제 종류, 혈액형, irradiation 유무, 수혈 양, 혈액주입 시작 시간과 주입속도 2) 활력징후 3) 수혈 부작용 발생 유무		
지식	- 혈액검사와 혈액 성분의 종류 - 수혈 전 확인해야 하는 사항 - 수혈 중 유의 사항 - 수혈 후 부작용의 종류와 간호	-	
총 점			점

■ Level 3

핵심간호술 평가표

핵심술기명	수혈요법			성취수준	L3		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	상
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 3)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		종합상황 판단능력			90점 이상	상	
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10				90점 이상
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L3	CPX통합	<p>김단아(F/57)님은 Hematemesis를 주호소로 입원하였다. Osteoarthritis로 인해 NSAID를 복용해 왔으며 오늘 아침부터 hematemesis를 포함한 vomiting 3~4회 있었다. ED에서 시행한 L-tube irrigation에서는 active bleeding 소견은 없었으나, 병동에 입원하여 Hematemesis 300CC 정도로 1차례 추가로 하였다. O2 3L/min via N-P으로 주입 중으로 현재 V/S (100/60-88-22-36.8) SpO2는 98% 유지 중이다. 의식은 명료하고, 양팔에 18G IV를 확보 상태로 오른쪽은 N/S, 왼쪽은 5D10을 모두 40cc/hr로 투여 중이다. 추가로 내린 CBC 검사 결과상 Hb 7.2g/dL로 확인되어 주치의 응급으로 다음과 같은 추가 처방을 내렸다.</p> <p>EMR order</p> <p><u>Packed RBC 2 Unit</u> Peniramin inj. 4mg IM before T/F</p> <p>알맞은 간호활동을 수행하시오</p>

수혈 요법			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	수혈 처방을 확인한 후 수혈동의서를 확인한다.		
4*	혈액은행에서 수령해 온 혈액을 의료인 2인이 직접 적십자 혈액원 스티커와 후면의 본원 혈액부착 스티커에 기재된 대상자 이름, 성별, 나이, 등록번호, 혈액제제, 혈액고유번호, 혈액형, irradiation 유무, 교차검사 결과, 유통기한, 혈액의 상태(공기방울, 혼탁도, 색깔 이상 등)를 확인하고 확인란에 서명한다.		
5	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
6	필요한 물품을 준비한다.		
7	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
8	손소독제로 손위생을 시행한다.		
9*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한 후 혈액형을 말하도록 하여 준비한 혈액과 동일한지 확인한다(의료인 2인이 직접 실시).		
10	대상자에게 과거 수혈경험과 부작용 경험 유무를 확인하고, 수혈의 목적, 부작용을 설명한다.		
11*	수혈 전 활력징후 측정과 피부상태 관찰, 가려움증과 같은 대상자 상태를 확인한다.		
12	손소독제로 손위생을 시행한다.		
13	청결 장갑을 착용한다.		
14	수혈세트를 꺼내어 조절기(clamp)를 완전히 잠근다.		
15*	삼입침을 혈액백에 정확하게 삽입하여 수혈세트와 혈액백을 연결한다.		
16*	drip chamber에 2/3~3/4 이상 혈액을 채운 후, 수혈세트의 조절기를 열고 공기를 완전히 제거한다.		
17*	생리식염수 주입 line에 있는 3-way stopcock 보호덮개를 열고 소독솜으로 연결부위를 소독한 후 수혈세트를 연결한다.		
18*	3-way의 조절기를 돌려서 수혈제제가 주입되도록 하고, 다른 수액이 주입되지 않도록 한다.		
19	수혈세트 조절기(clamp)를 열어서 수혈을 시작하고 잘 들어가는지, 팔이 붓지 않는지를 확인한다.		
20*	첫 15분 동안 15~20gtts/분으로 주입속도를 맞춘다.		
21	청결 장갑을 벗는다.		
22*	수혈 직후 15분간 주의 깊게 관찰하고 다음사항을 대상자에게 설명한다. 1) 주사부위가 부종, 통증이 있거나, 혈액이 잘 들어가지 않거나, 오심/구토, 피부 가려움, 발적, 발열, 오한이 생기면 바로 이야기할 것 2) 혈액제제에 따른 주입시간 3) 수혈 시작 후 15분에 활력징후를 측정할 것		
23	사용한 물품을 정리한다.		
24	물과 비누로 손위생을 시행한다.		
25	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 혈액제제 종류, 혈액형, irradiation 유무, 수혈 양, 혈액주입 시작 시간과 주입속도 2) 활력징후 3) 수혈 부작용 발생 유무		

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">종합 상황 판단 이력</p>	<p>주어진 간호상황과 수행한 간호중재를 종합적으로 설명한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 매우 우수: 3가지 질문 모두 적절히 답함 - 우수: 2가지 질문에 적절히 답함 - 보통: 1가지 질문에 적절히 답함 - 부족: 미흡함 		
총 점		점	

8. 간헐적 위관영양

■ Level 1

핵심간호술 평가표							
핵심술기명	위관영양			성취수준	L1		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	중
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)									
1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력					
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10		80점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60~80점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6		60점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(3)	송진영(F/65)님은 외상성 지주막하 출혈(Traumatic SAH, Subarachnoid Hemorrhage)로 연하장애 증상이 있다. 연하곤란으로 인한 흡인성 폐렴이 우려되어 비위관으로 간헐적 위관영양이 처방되었다.

간헐적 위관영양

번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	처방된 위관영양액을 포함하여 필요한 물품을 준비한다.		
3	처방된 위관영양액을 체온 정도의 온도로 데운다.(말로표현)		
4	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
5	손소독제로 손위생을 실시한다.		
6*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
7	대상자에게 위관영양을 하는 목적과 절차를 설명한다.		
8	금기가 아닌 경우 대상자를 30~45° 정도 앉은 자세를 취하게 한다(일어나지 못하면 오른쪽으로 눕힌다).		
9	손소독제로 손위생을 실시한다.		
10	일회용 장갑을 착용한다.		
11	대상자 옷에 고정되어 있는 위관을 풀고, 꺾은 후 위관 마개를 빼고 위관에 소량의 공기가 든 주사기를 연결한다.		
12*	꺾어 쥘 위관을 풀고 위관을 위벽에서 분리하기 위해 공기를 주입한다.		
13	위관을 꺾어서 쥐고 주사기를 분리하고 위관 마개를 막는다.		
14	처방된 위관영양액을 담은 용기를 주입세트와 연결한 다음 공기를 끝부분까지 제거하고 걸대(pole대)에 건다.		
15	주사기 내관을 제거한 뒤 위관을 꺾어 쥘 후 위관 마개를 열고 위관에 주사기를 연결한다.		
16*	실온의 물 15~30mL 정도를 주사기에 붓고 꺾어 쥘 위관을 풀어 천천히 주입하다가 주사기 끝에 물이 도달했을 때 다시 위관을 꺾어 쥐고 주사기를 제거한다.		
17*	걸대에 걸어둔 처방된 위관영양액 용기를 위관에 연결한 후 꺾어 쥘 위관을 풀고 용액을 천천히 주입한다. ※참고) 1분에 50mL 이하의 속도로 주입		
18	처방된 위관영양액을 모두 주입하여 용기 끝에 용액이 도달 했을 때 위관을 꺾어 쥘 후 용기를 제거한다.		
19*	내관을 뺀 주사기를 위관에 연결하고 실온의 물 30~60mL를 주사기에 부어 위관을 씻어준다.		
20	물이 위관으로 다 주입되기 직전에 위관을 꺾어 쥘 후 주사기를 빼고 위관 마개를 막은 후 위관을 다시 제자리에 고정한다.		
21*	대상자에게 구토를 예방하기 위해 앉아 있어야 함을 설명하고 현재의 자세(30~45° 앉은 자세)를 30분 이상 유지하도록 한다.		
22	장갑을 벗고 사용한 물품을 정리한다.		
23	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
24	수행결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 용액의 양과 형태, 주입시간		

	2) 대상자의 반응(평만감, 구토증 등)		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	위관영양			성취수준	L2		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	중
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	시나리오
L2	성인간호학 실습(3)	<p>64세 여자 김다라님은 HTN 기저질환이 있어 본원에서 F/U 중인 분으로, 아침식사 도중 좌측팔 저린감이 있었으며 말이 어눌해지고 dysphagia가 있어 응급실 통해 입원하였다. Brain MRI 상 Rt. MCA infarction 진단되어 craniectomy를 시행하였다. 수술 후 3일차로 Bowel sound 잘 들려 SD 처방나서 오늘 아침 식사 시작하려고 하였으나 식사 중 사례들리고 기침 심하게 하여 식사 중지 후 Gag reflex 사정하였으나 확인되지 않았다. 주치의는 다음과 같은 처방을 추가하였다.</p> <p>처방 - 뉴케어 200mL q 6hrs via NGT</p> <p>알맞은 간호활동을 수행하시오</p>

간헐적 위관영양

번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	처방된 위관영양액을 포함하여 필요한 물품을 준비한다.		
3	처방된 위관영양액을 체온 정도의 온도로 데운다.(말로표현)		
4	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
5	손소독제로 손위생을 실시한다.		
6*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
7	대상자에게 위관영양을 하는 목적과 절차를 설명한다.		
8	금기가 아닌 경우 대상자를 30~45° 정도 앉은 자세를 취하게 한다(일어나지 못하면 오른쪽으로 눕힌다).		
9	손소독제로 손위생을 실시한다.		
10	일회용 장갑을 착용한다.		
11	대상자 옷에 고정되어 있는 위관을 풀고, 꺾은 후 위관 마개를 빼고 위관에 소량의 공기가 든 주사기를 연결한다.		
12*	꺾어 쥘 위관을 풀고 위관을 위벽에서 분리하기 위해 공기를 주입한다.		
13	위관을 꺾어서 쥐고 주사기를 분리하고 위관 마개를 막는다.		
14	처방된 위관영양액을 담은 용기를 주입세트와 연결한 다음 공기를 끝부분까지 제거하고 걸대(pole대)에 건다.		
15	주사기 내관을 제거한 뒤 위관을 꺾어 쥘 후 위관 마개를 열고 위관에 주사기를 연결한다.		
16*	실온의 물 15~30mL 정도를 주사기에 붓고 꺾어 쥘 위관을 풀어 천천히 주입하다가 주사기 끝에 물이 도달했을 때 다시 위관을 꺾어 쥐고 주사기를 제거한다.		
17*	걸대에 걸어둔 처방된 위관영양액 용기를 위관에 연결한 후 꺾어 쥘 위관을 풀고 용액을 천천히 주입한다. ※참고) 1분에 50mL 이하의 속도로 주입		
18	처방된 위관영양액을 모두 주입하여 용기 끝에 용액이 도달 했을 때 위관을 꺾어 쥘 후 용기를 제거한다.		
19*	내관을 뺀 주사기를 위관에 연결하고 실온의 물 30~60mL를 주사기에 부어 위관을 씻어준다.		
20	물이 위관으로 다 주입되기 직전에 위관을 꺾어 쥘 후 주사기를 빼고 위관 마개를 막은 후 위관을 다시 제자리에 고정한다.		
21*	대상자에게 구토를 예방하기 위해 앉아 있어야 함을 설명하고 현재의 자세(30~45° 앉은 자세)를 30분 이상 유지하도록 한다.		
22	장갑을 벗고 사용한 물품을 정리한다.		
23	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
24	수행결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다.		

	1) 용액의 양과 형태, 주입시간 2) 대상자의 반응(팽만감, 구토증 등)		
지식	- 내과적 무균술과 외과적 무균술 구분 - L-tube 삽입의 정확성을 확인하기 위한 방법 - Gag reflex와 관련된 뇌신경 - 위장관계의 해부생리와 기능 - 위관영양 주입 유형과 적응증 - 위관영양 주입 시 주의사항과 합병증		
총 점		점	

9. 단순도뇨

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	단순도뇨			성취수준	L1		
성 명		학 번		소요시간	10분	난이도	중
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력					
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10		80점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60~80점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6		60점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(3)	송진영(F/30)님은 자궁경부암으로 전자궁적출술(total hysterectomy)을 받았다. 유치도뇨관을 24시간 유지 후 제거하였으나 잔뇨감과 하복부 팽만감을 호소하고 있는 상태이다. 의사에게 알린 결과 단순도뇨 처방이 났다.

단순도뇨			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	1) 도뇨세트를 쟁반(tray)위에 놓고 무균적으로 편다.		
4	2) 도뇨세트의 종지에 소독솜을 넣고, 멸균 윤활제를 세트 내에 짜 넣는다.		
5*	3) 적당한 크기의 도뇨관을 무균적으로 세트 속에 넣은 후 세트를 무균적으로 싼다. ※ 참고) 여자 : 14~16Fr. 남자 : 16~18Fr.		
6	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
7	손소독제로 손위생을 실시한다.		
8*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
9	대상자에게 단순도뇨를 하는 목적과 절차를 설명한다.		
10	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호해 주고, 똑바로 눕도록 한 후 침구(이불 또는 홀이불)를 덮어준다.		
11	방수포(또는 고무포와 반홀이불)를 대상자 둔부 밑에 깐다.		
12	대상자의 하의를 벗기고 무릎을 굽히고 60cm 가량 다리를 벌려 배횡와위(dorsal recumbent position)를 취하도록 도와준다. ※ 참고) 남자는 똑바로 눕게 하고 회음부만 노출		
13	복부 위로 침구(또는 홀이불) 끝을 접어 올려서 회음부를 노출시키고 대상자에게 다리를 움직이지 말라고 설명한다.		
14	세트가 있는 쟁반(tray)과 곡반을 대상자 다리 사이에 놓고 준비한 세트를 연다.		
15	손소독제로 손위생을 실시한다		
16*	멸균장갑을 무균적으로 착용한다		
17*	멸균장갑을 낀 손이 오염되지 않게 외음부의 노출된 부위를 공포(hole towel)로 덮어 준다.		
18	도뇨관 끝(5cm)에 윤활제를 바르고, 소독솜으로 외음부 주위를 닦을 때 찬 느낌이 있을 수 있음을 설명한다.		
	소독솜으로 외음부 주위를 닦는다(한 번 닦을 때 마다 새 솜을 사용하고 닦은 솜은 세트바깥 포에 놓는다).		
19*	1) 한 손의 엄지와 검지로 음순을 벌려서 요도를 노출시킨다.		
	2) 다른 손으로 양편 대음순을 위에서 아래로 닦는다.		
	3) 양편 소음순을 위에서 아래로 닦는다.		
	4) 요도를 위에서 아래로 닦는다.		
	※ 참고) 남자의 경우 1) 한 손의 엄지와 검지로 음경을 잡고 포피(Preputium)를 잡아당긴다. 2) 요도를 소독솜으로 닦고 버린다. 3) 요도구 바깥쪽으로 둥글게 닦고 버린다.		
20	도뇨관을 삽입할 때까지 음순을 한 손으로 벌리고 있다.		
21	도뇨관을 삽입함을 대상자에게 설명하고 긴장을 풀도록 유도한다.		
22*	다른 손으로 도뇨관이 오염되지 않게 잘 감아쥐고 요도 후상방으로 5~8cm 삽입한다. ※ 참고) 남자 : 12~18cm 삽입		

23	소변이 흘러나오기 시작하면 도뇨관을 2~4cm 가량 더 삽입하여 소변이 곡반 속으로 흘러나오게 한다.		
24	소변이 더 이상 흘러나오지 않게 되면 도뇨관을 천천히 돌리면서 빼어 세트에 넣고, 마른 거즈로 요도구와 그 주위를 닦는다.		
25	공포(hole towel)를 치우고 장갑을 벗는다.		
26	손소독제로 손위생을 실시한다.		
27	대상자를 편안하게 해주고 1회용 장갑을 착용한 후 소변기에 곡반의 소변을 담아 양을 측정한다.		
28	사용한 물품을 정리한다.		
29	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
30	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 절차를 시행한 이유 2) 사용한 도뇨관의 크기 3) 소변의 양과 색깔		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	단순도뇨			성취수준	L2		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	중
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~80점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	시나리오						
L2	여성간호학 실습	<table border="1"> <tr> <td>대상자 정보</td> <td>연령: 34 세 성별: 여 신장: 162 cm 체중: 68 kg 산과력: G0-P0-A0-L0 초경: 만 14 세</td> </tr> <tr> <td>주 증상</td> <td>임신 39주+4일, 불규칙적 진통, 혈성 분비물</td> </tr> <tr> <td>상황</td> <td>만 34세이신 박OO 님은 임신 39+4wks된 산모로, 어제 오후 3시경 interval 10~30분, duration 10초 정도의 불규칙적인 진통과 함께 혈성 분비물이 보여 남편 동반하여 DR 입원하였다. 입원당시 V/S은 BP: 130/80mmHg, PR: 80회/min, RR: 20회/min, BT : 36.8°C 였고, 체중은 임신 전 50kg, 현재 64kg이며, 특별한 과거력과 가족력, 특이체질은 없이 임신 3개월부터 의사의 처방에 따라 철분제를 규칙적으로 복용 중이다. 임신 및 분만력 : 0-0-0-0, LMP : 2022년 8월 24일, EDC : 2023년 5월 31일이다. DR 도착 당시 Cx dilatation 3cm, effacement 30%, station -3이었고, cephalic presentation, FHS 140회/min, membrane intact 상태이다. H/S 1L에 oxytocin 20U mix 하여 투여되기 시작하였고, 오후5시에 Epidural block을 실시하였다. Last meal intake 2시간 전으로 사정되었으며, glycerin enema와 shaving 실시 후 자궁수축 강도 및 태아심박수 측정위해 NST를 실시하고자 한다.</td> </tr> </table>	대상자 정보	연령: 34 세 성별: 여 신장: 162 cm 체중: 68 kg 산과력: G0-P0-A0-L0 초경: 만 14 세	주 증상	임신 39주+4일, 불규칙적 진통, 혈성 분비물	상황	만 34세이신 박OO 님은 임신 39+4wks된 산모로, 어제 오후 3시경 interval 10~30분, duration 10초 정도의 불규칙적인 진통과 함께 혈성 분비물이 보여 남편 동반하여 DR 입원하였다. 입원당시 V/S은 BP: 130/80mmHg, PR: 80회/min, RR: 20회/min, BT : 36.8°C 였고, 체중은 임신 전 50kg, 현재 64kg이며, 특별한 과거력과 가족력, 특이체질은 없이 임신 3개월부터 의사의 처방에 따라 철분제를 규칙적으로 복용 중이다. 임신 및 분만력 : 0-0-0-0, LMP : 2022년 8월 24일, EDC : 2023년 5월 31일이다. DR 도착 당시 Cx dilatation 3cm, effacement 30%, station -3이었고, cephalic presentation, FHS 140회/min, membrane intact 상태이다. H/S 1L에 oxytocin 20U mix 하여 투여되기 시작하였고, 오후5시에 Epidural block을 실시하였다. Last meal intake 2시간 전으로 사정되었으며, glycerin enema와 shaving 실시 후 자궁수축 강도 및 태아심박수 측정위해 NST를 실시하고자 한다.
대상자 정보	연령: 34 세 성별: 여 신장: 162 cm 체중: 68 kg 산과력: G0-P0-A0-L0 초경: 만 14 세							
주 증상	임신 39주+4일, 불규칙적 진통, 혈성 분비물							
상황	만 34세이신 박OO 님은 임신 39+4wks된 산모로, 어제 오후 3시경 interval 10~30분, duration 10초 정도의 불규칙적인 진통과 함께 혈성 분비물이 보여 남편 동반하여 DR 입원하였다. 입원당시 V/S은 BP: 130/80mmHg, PR: 80회/min, RR: 20회/min, BT : 36.8°C 였고, 체중은 임신 전 50kg, 현재 64kg이며, 특별한 과거력과 가족력, 특이체질은 없이 임신 3개월부터 의사의 처방에 따라 철분제를 규칙적으로 복용 중이다. 임신 및 분만력 : 0-0-0-0, LMP : 2022년 8월 24일, EDC : 2023년 5월 31일이다. DR 도착 당시 Cx dilatation 3cm, effacement 30%, station -3이었고, cephalic presentation, FHS 140회/min, membrane intact 상태이다. H/S 1L에 oxytocin 20U mix 하여 투여되기 시작하였고, 오후5시에 Epidural block을 실시하였다. Last meal intake 2시간 전으로 사정되었으며, glycerin enema와 shaving 실시 후 자궁수축 강도 및 태아심박수 측정위해 NST를 실시하고자 한다.							

단순도뇨			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	1) 도뇨세트를 쟁반(tray)위에 놓고 무균적으로 편다.		
4	2) 도뇨세트의 종지에 소독솜을 넣고, 멸균 윤활제를 세트 내에 짜 넣는다.		
5*	3) 적당한 크기의 도뇨관을 무균적으로 세트 속에 넣은 후 세트를 무균적으로 싼다. ※ 참고) 여자 : 14~16Fr. 남자 : 16~18Fr.		
6	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
7	손소독제로 손위생을 실시한다.		
8*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
9	대상자에게 단순도뇨를 하는 목적과 절차를 설명한다.		
10	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호해 주고, 똑바로 눕도록 한 후 침구(이불 또는 홀이불)를 덮어준다.		
11	방수포(또는 고무포와 반홀이불)를 대상자 둔부 밑에 깐다.		
12	대상자의 하의를 벗기고 무릎을 굽히고 60cm 가량 다리를 벌려 배횡와위(dorsal recumbent position)를 취하도록 도와준다. ※ 참고) 남자는 똑바로 눕게 하고 회음부만 노출		
13	복부 위로 침구(또는 홀이불) 끝을 접어 올려서 회음부를 노출시키고 대상자에게 다리를 움직이지 말라고 설명한다.		
14	세트가 있는 쟁반(tray)과 곡반을 대상자 다리 사이에 놓고 준비한 세트를 연다.		
15	손소독제로 손위생을 실시한다		
16*	멸균장갑을 무균적으로 착용한다		
17*	멸균장갑을 낀 손이 오염되지 않게 외음부의 노출된 부위를 공포(hole towel)로 덮어 준다.		
18	도뇨관 끝(5cm)에 윤활제를 바르고, 소독솜으로 외음부 주위를 닦을 때 찬 느낌이 있을 수 있음을 설명한다.		
	소독솜으로 외음부 주위를 닦는다(한 번 닦을 때 마다 새 솜을 사용하고 닦은 솜은 세트바깥 포에 놓는다).		
19*	1) 한 손의 엄지와 검지로 음순을 벌려서 요도를 노출시킨다.		
	2) 다른 손으로 양편 대음순을 위에서 아래로 닦는다.		
	3) 양편 소음순을 위에서 아래로 닦는다.		
	4) 요도를 위에서 아래로 닦는다.		
	※ 참고) 남자의 경우 1) 한 손의 엄지와 검지로 음경을 잡고 포피(Preputium)를 잡아당긴다. 2) 요도를 소독솜으로 닦고 버린다. 3) 요도구 바깥쪽으로 둥글게 닦고 버린다.		
20	도뇨관을 삽입할 때까지 음순을 한 손으로 벌리고 있다.		
21	도뇨관을 삽입함을 대상자에게 설명하고 긴장을 풀도록 유도한다.		
22*	다른 손으로 도뇨관이 오염되지 되지 않게 잘 감아쥐고 요도 후상방으로 5~8cm 삽입한다. ※ 참고) 남자 : 12~18cm 삽입		

23	소변이 흘러나오기 시작하면 도뇨관을 2~4cm 가량 더 삽입하여 소변이 곡반 속으로 흘러나오게 한다.		
24	소변이 더 이상 흘러나오지 않게 되면 도뇨관을 천천히 돌리면서 빼어 세트에 넣고, 마른 거즈로 요도구와 그 주위를 닦는다.		
25	공포(hole towel)를 치우고 장갑을 벗는다.		
26	손소독제로 손위생을 실시한다.		
27	대상자를 편안하게 해주고 1회용 장갑을 착용한 후 소변기에 곡반의 소변을 담아 양을 측정한다.		
28	사용한 물품을 정리한다.		
29	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
30	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 절차를 시행한 이유 2) 사용한 도뇨관의 크기 3) 소변의 양과 색깔		
총 점		점	

10. 유치도뇨

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	유치도뇨			성취수준	L1		
성명	학번			소요시간	15분	난이도	상
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력					
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10		80점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60~80점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6		60점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(3)	권달순(F/28)님은 만성콩팥병(chronic renal failure, chronic kidney disease)을 진단받고 신장내과에 입원하였다. 대상자의 정확한 섭취량과 배설량(I/O, intake/output)을 측정하기 위해서 유치도뇨관을 삽입하기로 하였다.

유치도뇨(indwelling catheterization)			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	1) 유치도뇨세트를 쟁반(tray) 위에 놓고 무균적으로 편다.		
4	2) 도뇨세트의 종지에 소독솜을 넣고, 멸균 윤활제를 무균적으로 세트 내에 짜 넣는다.		
5	3) 나머지 종지 속에 멸균 증류수와 멸균 주사기를 무균적으로 넣는다.		
6*	4) 적당한 크기의 도뇨관을 무균적으로 세트 속에 넣은 후 세트를 무균적으로 싨다. ※ 참고) 여자 : 14~16Fr. 남자 : 16~18Fr.		
7	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
8	손소독제로 손위생을 실시한다.		
9*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
10	대상자에게 유치도뇨를 하는 목적과 절차를 설명한다.		
11	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호해 주고, 똑바로 눕도록 한 후 침구(이불 또는 홀이불)를 덮어준다.		
12	방수포(또는 고무포와 반홀이불)를 대상자 둔부 밑에 깐다.		
13	대상자의 하의를 벗기고 무릎을 굽힌 후 60cm가량 다리를 벌려 배횡와위(dorsal recumbent position)를 취하도록 도와준다. ※ 참고) 남자는 똑바로 눕게 하고 회음부만 노출		
14	복부 위로 침구(또는 홀이불) 끝을 접어 올려서 회음부를 노출시키고 대상자에게 다리를 움직이지 말라고 설명한다.		
15	세트가 있는 쟁반(tray)과 곡반을 대상자 다리 사이에 놓고 준비한 세트를 연다.		
16	손소독제로 손위생을 실시한다.		
17*	멸균장갑을 무균적으로 착용한다.		
18*	멸균장갑 낀 손이 오염되지 않게 외음부의 노출된 부위를 공포(hole towel)로 덮어 준 후 곡반을 환자 다리 사이에 놓는다.		
19	주사기에 도뇨관에 표시된 정확한 양의 증류수를 준비한다.		
20	도뇨관의 풍선주입구(balloon lumen)에 주사기에 있는 증류수를 주입하여 도뇨관 풍선의 팽창 여부를 확인하고, 다시 주사기 속으로 빼낸다.		
21	도뇨관 끝(5cm)에 윤활제를 바른다.		
22*	도뇨관의 소변이 흘러나오는 출구를 검자로 잠근 후 소독솜으로 외음부 주위를 닦을 때 찬 느낌이 있을 수 있음을 설명한다.		
23*	소독솜으로 외음부 주위를 닦는다(한 번 닦을 때 마다 새 솜을 사용하고 닦은 솜은 세트바깥 포에 놓는다).		
	1) 한 손의 엄지와 검지로 음순을 벌려서 요도를 노출시킨다.		
	2) 다른 손으로 양편 대음순을 위에서 아래로 닦는다.		
	3) 양편 소음순을 위에서 아래로 닦는다.		
24	4) 요도를 위에서 아래로 닦는다.		
	도뇨관을 삽입할 때까지 음순을 한 손으로 벌리고 있다. 참고) 남자		

	1) 왼손의 엄지와 검지로 음경을 잡고 포피(Preputium)를 잡아당긴다. 2) 요도를 소독솜으로 닦고 버린다. 3) 요도구 바깥쪽으로 둥글게 닦고 버린다.		
25	도뇨관을 삽입함을 대상자에게 설명하고 긴장을 풀도록 유도한다.		
26*	다른 손으로 도뇨관이 오염되지 않게 검자와 함께 삽입부위로 부터 8cm가량 되는 곳을 잘 감아쥐고 요도 후상방으로 5~8cm 삽입한다. ※참고) 남자 : 12~18cm 삽입		
27*	카테터 끝을 곡반에 대고 잠가둔 검자를 풀어 소변이 나오는지 확인한다.		
28*	소변이 흘러나오면 다시 검자를 잠그고 도뇨관을 2~4cm 가량 더 삽입한 후 음순을 벌리고 있던 손을 떼는다.		
29*	도뇨관의 풍선 주입구(balloon lumen)에 연결된 주사기에 들어 있는 증류수를 주입한 후 주사기를 제거한다.		
30	도뇨관을 부드럽게 잡아당겨 카테터가 안전하게 방광 안에 있는지 확인한다.		
31	공포(hole towel)를 치우고 장갑을 벗는다.		
32	손소독제로 손위생을 실시한다.		
33	소변주머니 하단의 조절기(clamp)가 잠겨 있는지 확인한 후 소변 수집 주머니를 도뇨관과 연결한다.		
34	도뇨관의 소변 나오는 출구를 잠가 두었던 검자를 제거한 후 도뇨관을 반창고로 대퇴에 고정시킨다. ※ 참고) 남자 : 하복부		
35*	소변 수집 주머니 상단의 조절기(clamp)가 열려있어 소변이 잘 나오는지 확인하고, 소변수집주머니를 침상아래 부분에 고정하되 바닥에 닿지 않도록 한다.		
36	대상자를 편안하게 해준다.		
37	대상자에게 현재의 체위와 삽입한 도뇨관이 편안한지를 묻고 소변 수집 주머니 관리 방법에 대해 설명한다.		
38	사용한 물품을 정리한다.		
39	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
40	수행결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 유치도뇨를 시행한 이유 2) 사용한 도뇨관의 크기 및 종류(유형) 3) 소변의 배출 여부와 양, 색깔 등		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	유치도뇨			성취수준	L2		
성 명		학 번		소요시간	15분	난이도	상
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~80점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오	
L2	여성간호학 실습	대상자 정보	연령: 58세 성별: 여 신장: 156.3cm 체중: 59.2Kg 산과력: G5, P2 초경:17세 폐경: 52세
		주증상	질의 점적출혈 (vaginal spotting)
		상황	2020년 자궁경부 세포진검사에서 HPV 31이 나타났고 신프램(Thin Prep) 검사에서 IIIa 나옴 Punch Bx에서 중등도 이형증(mild dysplasia)으로 진단받았음 2021년 4월 Local에서 환상투열절제법과 자궁경관내 소파술 시행 후 조직검사에서 이상소견 없었음 계속 산부인과 외래 정기적으로 follow up 하였음 2023년 5월부터 갑자기 질에서 점적출혈(vaginal spotting)과 질분비물이 많아져 산부인과 외래 방문하였음. 초음파상 자궁에 1.19×0.67cm의 혹이 있고 왼쪽 자궁부속기는 보이지 않았음. 자궁생검을 실시하여 자궁경부 상피내 종양으로 진단받고 work up을 위해 입원함 송 OO 씨는 2023년 7월에 입원하여 정맥관신우조영술(IVP), 골반 CT와 골반MRI, S상 결장검사(Sigmoidoscopy), Bone Scan 검사를 실시하여 자궁경부암 I b로 진단받아서 7

		<p>월 21일 전신마취로 광범위 근치전자궁적출술과 양측 골반임파절제술을 시행하고자 한다.</p> <p>간호사는 수술 전날 피부준비, 관장을 실시하였고, 수술 전 처방으로 Foley catheterization을 확인하였다.</p>
--	--	---

유치도뇨(indwelling catheterization)			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	1) 유치도뇨세트를 쟁반(tray) 위에 놓고 무균적으로 편다.		
4	2) 도뇨세트의 종지에 소독솜을 넣고, 멸균 윤활제를 무균적으로 세트 내에 짜 넣는다.		
5	3) 나머지 종지 속에 멸균 증류수와 멸균 주사기를 무균적으로 넣는다.		
6*	4) 적당한 크기의 도뇨관을 무균적으로 세트 속에 넣은 후 세트를 무균적으로 쓴다. ※ 참고) 여자 : 14~16Fr. 남자 : 16~18Fr.		
7	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
8	손소독제로 손위생을 실시한다.		
9*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
10	대상자에게 유치도뇨를 하는 목적과 절차를 설명한다.		
11	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호해 주고, 똑바로 눕도록 한 후 침구(이불 또는 홀이불)를 덮어준다.		
12	방수포(또는 고무포와 반홀이불)를 대상자 둔부 밑에 깐다.		
13	대상자의 하의를 벗기고 무릎을 굽힌 후 60cm가량 다리를 벌려 배횡와위(dorsal recumbent position)를 취하도록 도와준다. ※ 참고) 남자는 똑바로 눕게 하고 회음부만 노출		
14	복부 위로 침구(또는 홀이불) 끝을 접어 올려서 회음부를 노출시키고 대상자에게 다리를 움직이지 말라고 설명한다.		
15	세트가 있는 쟁반(tray)과 곡반을 대상자 다리 사이에 놓고 준비한 세트를 연다.		
16	손소독제로 손위생을 실시한다.		
17*	멸균장갑을 무균적으로 착용한다.		
18*	멸균장갑 낀 손이 오염되지 않게 외음부의 노출된 부위를 공포(hole towel)로 덮어 준 후 곡반을 환자 다리 사이에 놓는다.		
19	주사기에 도뇨관에 표시된 정확한 양의 증류수를 준비한다.		
20	도뇨관의 풍선주입구(balloon lumen)에 주사기에 있는 증류수를 주입하여 도뇨관 풍선의 팽창 여부를 확인하고, 다시 주사기 속으로 빼낸다.		
21	도뇨관 끝(5cm)에 윤활제를 바른다.		
22*	도뇨관의 소변이 흘러나오는 출구를 검자로 잠근 후 소독솜으로 외음부 주위를 닦을 때 찬 느낌이 있을 수 있음을 설명한다.		
23*	소독솜으로 외음부 주위를 닦는다(한 번 닦을 때 마다 새 솜을 사용하고 닦은 솜은 세트바깥 포에 놓는다).		
	1) 한 손의 엄지와 검지로 음순을 벌려서 요도를 노출시킨다.		
	2) 다른 손으로 양편 대음순을 위에서 아래로 닦는다.		
	3) 양편 소음순을 위에서 아래로 닦는다.		
24	4) 요도를 위에서 아래로 닦는다.		
	도뇨관을 삽입할 때까지 음순을 한 손으로 벌리고 있다.		

	참고) 남자 1) 왼손의 엄지와 검지로 음경을 잡고 포피(Preputium)를 잡아당긴다. 2) 요도를 소독솜으로 닦고 버린다. 3) 요도구 바깥쪽으로 둥글게 닦고 버린다.		
25	도뇨관을 삽입함을 대상자에게 설명하고 긴장을 풀도록 유도한다.		
26*	다른 손으로 도뇨관이 오염되지 않게 검자와 함께 삽입부위로 부터 8cm가량 되는 곳을 잘 감아쥐고 요도 후상방으로 5~8cm 삽입한다. ※참고) 남자 : 12~18cm 삽입		
27*	카테터 끝을 곡반에 대고 잠가둔 검자를 풀어 소변이 나오는지 확인한다.		
28*	소변이 흘러나오면 다시 검자를 잠그고 도뇨관을 2~4cm 가량 더 삽입한 후 음순을 벌리고 있던 손을 떼는다.		
29*	도뇨관의 풍선 주입구(balloon lumen)에 연결된 주사기에 들어 있는 증류수를 주입한 후 주사기를 제거한다.		
30	도뇨관을 부드럽게 잡아당겨 카테터가 안전하게 방광 안에 있는지 확인한다.		
31	공포(hole towel)를 치우고 장갑을 벗는다.		
32	손소독제로 손위생을 실시한다.		
33	소변주머니 하단의 조절기(clamp)가 잠겨 있는지 확인한 후 소변 수집 주머니를 도뇨관과 연결한다.		
34	도뇨관의 소변 나오는 출구를 잠가 두었던 검자를 제거한 후 도뇨관을 반창고로 대퇴에 고정시킨다. ※ 참고) 남자 : 하복부		
35*	소변 수집 주머니 상단의 조절기(clamp)가 열려있어 소변이 잘 나오는지 확인하고, 소변수집주머니를 침상아래 부분에 고정하되 바닥에 닿지 않도록 한다.		
36	대상자를 편안하게 해준다.		
37	대상자에게 현재의 체위와 삽입한 도뇨관이 편안한지를 묻고 소변 수집 주머니 관리 방법에 대해 설명한다.		
38	사용한 물품을 정리한다.		
39	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
40	수행결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 유치도뇨를 시행한 이유 2) 사용한 도뇨관의 크기 및 종류(유형) 3) 소변의 배출 여부와 양, 색깔 등		
지식	- 무균법 - 요도와 방광의 해부생리와 기능 - 유치도뇨의 목적과 적응증 - ballooning시 사용되는 용액		
총 점		점	

11. 배출관장

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	배출관장			성취수준	L1		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	중
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가	
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력			80점 이상	상		
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10	60~80점 미만			중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8					
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6		60점 미만	하		
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4					

성취수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(3)	김영현(M/30)님은 4년전 뇌경색(cerebral infarction)을 진단받고 거의 침상에서 생활하고 있다. 대상자는 3일째 대변을 보지 못하여 복통을 호소하고 있으며, 복부 X-ray 결과 장 내에 대변이 많이 차 있는 것이 관찰되었다.

배출관장			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	일회용 장갑을 착용 한 후, 주사기 내관을 빼고 주사기 앞부분을 손으로 막은 상태에서 클리세린과 온수를 1:1로 부어 관장액을 준비한다.		
4	주사기 내관을 꽂고 공기를 뺀 다음 카테터나 직장튜브의 끝부분을 개봉하여 주사기를 연결하고 공기를 빼준다.		
5	카테터나 직장튜브 끝 10~15cm 부위에 윤활제를 바른 후 장갑을 벗는다.		
6	준비한 물품을 가지고 대상자에게 간호사 자신을 소개한다.		
7	손소독제로 손위생을 실시한다.		
8*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
9	대상자에게 관장의 목적과 절차를 설명한다.		
10	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호해 주고 홀이불을 덮어준다.		
11	대상자의 둔부가 간호사 쪽을 향하도록 하여 Sims' position 또는 측위를 취하게 하고, 둔부 밑에 방수포(또는 고무포와 반홀이불)를 깐다.		
12*	대상자의 둔부를 노출시키고 항문이 보이도록 사이를 벌리고 긴장을 풀도록 유도한다.		
13	일회용 장갑을 착용한다.		
14*	카테터나 직장튜브 끝을 대상자의 배꼽을 향하도록 해서 5~10cm 정도 삽입한다.		
15	카테터나 직장튜브 위치를 고정하고 관장액을 천천히 주입한다.		
16	관장액이 주입되는 동안 불편함이 있을 수 있으며, 주입 후 팽만감을 느끼는 것은 정상임을 설명한다.		
17	관장액을 전부 주입한 후 휴지로 항문을 막으면서 카테터나 직장튜브를 항문에서 빼낸다.		
18	직장튜브를 말아 쥐고, 왼 손의 장갑을 벗어 직장튜브를 감싼 후 곡반에 놓는다.		
19	휴지로 항문을 막아주고 나머지 장갑을 벗는다.		
20*	대상자에게 참을 수 있을 만큼 대변을 참은 후(10~15분 정도) 화장실에 가야 함을 설명한다.		
21	대상자에게 대변을 본 후 그 결과를 알려야 함을 설명한다		
22	대변을 본 후 적어도 한 시간 동안 둔부 밑에 방수포(또는 고무포와 반홀이불)를 그대로 둔다.		
23	대상자를 편안하게 해주고 사용한 물품을 정리한다.		
24	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
25	수행결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 관장의 종류 2) 관장 용액 및 주입한 양 3) 관장절차에 대한 대상자의 이상반응 4) 대상자의 관장 결과(대변양, 대변양상)		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	배출관장			성취수준	L2		
성 명		학 번		소요시간	10분	난이도	중
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식			90점 이상	상	
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10				90점 이상
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오	
L2	여성아동간호학실습	대상자 정보	연령: 33 세 성별: 여 신장: 152 cm 체중: 60 kg 산과력: G1-P0-A0-L1 초경: 만 14 세
		주 증상	회음절개부위 불편감, 유방압통, 변비, 복부팽만감
		상황	오OO님은 산후 1일된 대상자로 병실에서 안정 중이며, V/S은 36.5°C, 76회/m, 20회/m, BP 110/70mmHg이다. 자궁저부는 제와부아래 1cm에서 단단하게 만져지고, 오로 배출은 원활하며 적색오로상태로 출혈은 없다. 자연배뇨 원활하며, 회음절개부위 불편감은 VAS 4 점 체크되며, 좌욕 실시 후 회복되고 있다. 간헐적인 산후통이 있으나 참을만하다고 한다. 유방은 팽창되어 있으며 다소 딱딱한 상태로 우유 가능성이 있다. 산모식 3 식과 간식을 통해 영양섭취 잘 하고 있으며, 소화상태 양호하나 아직 배변은 하지 못한 상태로 복부팽만감을 호소한다. 조기이상 교육 후 신생아 면회를 1회 실시하였으나 이후 피로감으로 인해 계속 침상 휴식중이며, 간호사와 보호자에게 매우 의존적이다.

배출관장			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	일회용 장갑을 착용 한 후, 주사기 내관을 빼고 주사기 앞부분을 손으로 막은 상태에서 글리세린과 온수를 1:1로 부어 관장액을 준비한다.		
4	주사기 내관을 깨끗이 씻고 공기를 뺀 다음 카테터나 직장튜브의 끝부분을 개봉하여 주사기를 연결하고 공기를 빼준다.		
5	카테터나 직장튜브 끝 10~15cm 부위에 윤활제를 바른 후 장갑을 벗는다.		
6	준비한 물품을 가지고 대상자에게 간호사 자신을 소개한다.		
7	손소독제로 손위생을 실시한다.		
8*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
9	대상자에게 관장의 목적과 절차를 설명한다.		
10	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호해 주고 홀이불을 덮어준다.		
11	대상자의 둔부가 간호사 쪽을 향하도록 하여 Sims' position 또는 측위를 취하게 하고, 둔부 밑에 방수포(또는 고무포와 반홀이불)를 깔다.		
12*	대상자의 둔부를 노출시키고 항문이 보이도록 사이를 벌리고 긴장을 풀도록 유도한다.		
13	일회용 장갑을 착용한다.		
14*	카테터나 직장튜브 끝을 대상자의 배꼽을 향하도록 해서 5~10cm 정도 삽입한다.		
15	카테터나 직장튜브 위치를 고정하고 관장액을 천천히 주입한다.		
16	관장액이 주입되는 동안 불편함이 있을 수 있으며, 주입 후 팽만감을 느끼는 것은 정상임을 설명한다.		
17	관장액을 전부 주입한 후 휴지로 항문을 막으면서 카테터나 직장튜브를 항문에서 빼낸다.		
18	직장튜브를 말아 쥐고, 왼 손의 장갑을 벗어 직장튜브를 감싼 후 곡반에 놓는다.		
19	휴지로 항문을 막아주고 나머지 장갑을 벗는다.		
20*	대상자에게 참을 수 있을 만큼 대변을 참은 후(10~15분 정도) 화장실에 가야 함을 설명한다.		
21	대상자에게 대변을 본 후 그 결과를 알려야 함을 설명한다		
22	대변을 본 후 적어도 한 시간 동안 둔부 밑에 방수포(또는 고무포와 반홀이불)를 그대로 둔다.		
23	대상자를 편안하게 해주고 사용한 물품을 정리한다.		
24	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
25	수행결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 관장의 종류 2) 관장 용액 및 주입한 양 3) 관장절차에 대한 대상자의 이상반응 4) 대상자의 관장 결과(대변양, 대변양상)		
지식	- 관장의 목적과 적응증 - 관장의 종류와 체위		
총 점		점	

12. 말초산소포화도 측정과 심전도모니터 적용

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	말초산소포화도 측정과 심전도 모니터 적용			성취수준	L1		
성 명		학 번		소요시간	7분	난이도	하
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력					
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10		80점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60~80점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6		60점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(1)	김애몽(M/40)님은 슬관절치환술(Total Knee Replacement Arthroplasty, TKRA)을 받고 정형외과 병동에 입원한 상태로 점심식사 후 갑자기 치밀어 오르는 듯한 가슴 불편감과 통증, 숨가쁨(shortness of breath, SOB)을 호소하며 급히 담당간호사를 부르고 있다.

말초산소포화도(Pulse oximeter)와 심전도 모니터(EKG monitor)적용			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
산소포화도 측정			
6	대상자에게 산소포화도 측정의 목적과 절차에 대해 설명한다.		
7	산소포화도 측정기계를 켜고 센서에 불이 들어오는지 확인한다.		
8	손톱상태를 확인한 후, 센서를 손가락에 부착하여 고정한다. (매니큐어가 있는 경우 지운다)		
9	대상자에게 주의점을 설명한다. 1) 혈액순환(perfusion)이 잘 측정할 수 있도록 팔을 많이 움직이지 말 것 2) 강한 외부 빛이 센서에 비치지 않도록 할 것 3) 손가락이 아프거나 습기 차면 보고할 것		
10*	산소포화도를 확인한 후 경고음을 설정하고, 대상자에게 경고음이 울리면 간호사에게 알리도록 설명한다.		
11	측정 기계의 줄이 당기지 않도록 정리한다.		
심전도 측정			
12	심전도 모니터링의 목적 및 절차에 대해 설명한다.		
13	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호한다.		
14	대상자의 가슴을 노출시키고, 전극 부착 위치의 피부 상태를 확인하여 땀이나 이물질이 있는 경우 제거한다.		
15	전극을 준비한다. 1) 대상자에게 붙일 전극(electrode)과 전선(lead wires)을 연결한다. 2) 전극 뒷부분의 비닐을 제거한다.		
16*	준비된 전극을 각각 정확한 위치에 부착하고 잘 고정되었는지 확인한다. (이때 젤 패드는 누르지 않는다) ※ 위치 1) 오른쪽 팔(RA) 전극 :오른쪽 쇄골 아래 선정 2) 왼쪽 팔(LA) 전극 : 왼쪽 쇄골 아래 선정 3) 왼쪽 다리(LL) 전극 : 왼쪽 5번째 늑간 중심 액와선		
17*	심전도 lead II를 설정하고 리듬, 심박동수(HR)를 확인한 후 경고음을 설정한다.		
18	대상자에게 경고음이 울리면 간호사가 확인할 것이라고 설명한다.		
19	사용한 물품을 정리한다.		
20	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
21	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 산소포화도 2) 심박동수(HR) 3) EKG 결과		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	말초산소포화도 측정과 심전도 모니터 적용			성취수준	L2		
성 명		학 번		소요시간	7분	난이도	하
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L2	성인간호학 실습(2)	<p>김OO(M/50)님은 간암으로 간절제술 시행 후 마취에서 깨어나지 않아 기관내관을 가지고 중환자실에 입실하여 인공호흡기 치료를 받았다. 이후 자발호흡 일회 호흡량 350ml 이상 측정되어 기관내관 발관을 시행하였으나, 발관 후 환자는 얇은 호흡을 하고 수면 경향이 있는 것이 확인되었다. 주치의는 다음과 같은 처방을 추가하였다.</p> <p>ORDER: EKG monitor & SpO2 check</p> <p>알맞은 간호활동을 수행하시오</p>

말초산소포화도(Pulse oximeter)와 심전도 모니터(EKG monitor)적용			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
산소포화도 측정			
6	대상자에게 산소포화도 측정의 목적과 절차에 대해 설명한다.		
7	산소포화도 측정기계를 켜고 센서에 불이 들어오는지 확인한다.		
8	손톱상태를 확인한 후, 센서를 손가락에 부착하여 고정한다. (매니큐어가 있는 경우 지운다)		
9	대상자에게 주의점을 설명한다. 1) 혈액순환(perfusion)이 잘 측정할 수 있도록 팔을 많이 움직이지 말 것 2) 강한 외부 빛이 센서에 비치지 않도록 할 것 3) 손가락이 아프거나 습기 차면 보고할 것		
10*	산소포화도를 확인한 후 경고음을 설정하고, 대상자에게 경고음이 울리면 간호사에게 알리도록 설명한다.		
11	측정 기계의 줄이 당기지 않도록 정리한다.		
심전도 측정			
12	심전도 모니터링의 목적 및 절차에 대해 설명한다.		
13	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호한다.		
14	대상자의 가슴을 노출시키고, 전극 부착 위치의 피부 상태를 확인하여 땀이나 이물질이 있는 경우 제거한다.		
15	전극을 준비한다. 1) 대상자에게 붙일 전극(electrode)과 전선(lead wires)을 연결한다. 2) 전극 뒷부분의 비닐을 제거한다.		
16*	준비된 전극을 각각 정확한 위치에 부착하고 잘 고정되었는지 확인한다. (이때 젤 패드는 누르지 않는다) ※ 위치 1) 오른쪽 팔(RA) 전극 :오른쪽 쇄골 아래 선정 2) 왼쪽 팔(LA) 전극 : 왼쪽 쇄골 아래 선정 3) 왼쪽 다리(LL) 전극 : 왼쪽 5번째 늑간 중심 액와선		
17*	심전도 lead II를 설정하고 리듬, 심박동수(HR)를 확인한 후 경고음을 설정한다.		
18	대상자에게 경고음이 울리면 간호사가 확인할 것이라고 설명한다.		
19	사용한 물품을 정리한다.		
20	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
21	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 산소포화도 2) 심박동수(HR) 3) EKG 결과		
지식	- 산소포화도측정의 목적과 정상범위 - 심전도 모니터 측정의 목적과 결과의 해석 - 말초산소포화도 측정과 심전도 모니터 적용방법		
총 점		점	

■ Level 3

핵심간호술 평가표

핵심술기명	말초산소포화도 측정과 심전도 모니터 적용			성취수준	L3		
성 명		학 번		소요시간	7분	난이도	하
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 3)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		종합상황 판단능력					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L3	CPX통합	<p>C/sec (d/t placenta previa bleeding)으로 37wks+1에 태어난 김아람(F)의 출생시 신체계측에 따르면, 몸무게: 3,000g, 키: 49cm, 머리둘레: 34cm, 가슴둘레: 33cm로 확인되었고 Apgar score는 7/8이었으며, 태변 착색은 없었다. 출생 직후 HR: 152 회/분, RR: 80 회/분, BT: 36.7 °C (측정부위: 직장), SpO₂: 85%이며 chest retraction mild 확인되어 신생아중환자실로 transfer 되었다. 주치의는 다음과 같은 처방을 추가하였다.</p> <p>ORDER: EKG monitor & SpO₂ check (if <86%, Dr. notify)</p> <p>알맞은 간호활동을 수행하시오</p>

말초산소포화도(Pulse oximeter)와 심전도 모니터(EKG monitor)적용			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
산소포화도 측정			
6	대상자에게 산소포화도 측정의 목적과 절차에 대해 설명한다.		
7	산소포화도 측정기계를 켜고 센서에 불이 들어오는지 확인한다.		
8	손톱상태를 확인한 후, 센서를 손가락에 부착하여 고정한다. (매니큐어가 있는 경우 지운다)		
9	대상자에게 주의점을 설명한다. 1) 혈액순환(perfusion)이 잘 측정할 수 있도록 팔을 많이 움직이지 말 것 2) 강한 외부 빛이 센서에 비치지 않도록 할 것 3) 손가락이 아프거나 습기 차면 보고할 것		
10*	산소포화도를 확인한 후 경고음을 설정하고, 대상자에게 경고음이 울리면 간호사에게 알리도록 설명한다.		
11	측정 기계의 줄이 당기지 않도록 정리한다.		
심전도 측정			
12	심전도 모니터링의 목적 및 절차에 대해 설명한다.		
13	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호한다.		
14	대상자의 가슴을 노출시키고, 전극 부착 위치의 피부 상태를 확인하여 땀이나 이물질이 있는 경우 제거한다.		
15	전극을 준비한다. 1) 대상자에게 붙일 전극(electrode)과 전선(lead wires)을 연결한다. 2) 전극 뒷부분의 비닐을 제거한다.		
16*	준비된 전극을 각각 정확한 위치에 부착하고 잘 고정되었는지 확인한다. (이때 젤 패드는 누르지 않는다) ※ 위치 1) 오른쪽 팔(RA) 전극 : 오른쪽 쇄골 아래 선정 2) 왼쪽 팔(LA) 전극 : 왼쪽 쇄골 아래 선정 3) 왼쪽 다리(LL) 전극 : 왼쪽 5번째 늑간 중심 액와선		
17*	심전도 lead II를 설정하고 리듬, 심박동수(HR)를 확인한 후 경고음을 설정한다.		
18	대상자에게 경고음이 울리면 간호사가 확인할 것이라고 설명한다.		
19	사용한 물품을 정리한다.		
20	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
21	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 산소포화도 2) 심박동수(HR) 3) EKG 결과		
종합			

상황 판단 능력	주어진 간호상황과 수행한 간호중재를 종합적으로 설명한다. - 매우 우수: 3가지 질문 모두 적절히 답함 - 우수: 2가지 질문에 적절히 답함 - 보통: 1가지 질문에 적절히 답함 - 부족: 미흡함		
총 점			점

13. 비강캐놀라를 이용한 산소요법

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	비강캐놀라를 이용한 산소요법			성취수준	L1		
성 명		학 번		소요시간	5분	난이도	하
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가		
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력			80점 이상	상			
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10	60~80점 미만			중		
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8						
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6					60점 미만	하
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4						

성취 수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(3)	박영주(M/60)님은 호흡곤란과 전신쇠약 증상으로 순환기내과 병동에 입원하였다. 말초산소포화도 측정기를 적용한 결과 SpO2 90% 체크되어 비강캐놀라를 이용한 산소 3L/min 처방이 났다.

비강캐놀라를 이용한 산소 요법(Oxygen administration)			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	처방을 확인한 후 필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손 소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 산소요법의 목적과 절차를 설명한다.		
7	대상자에게 가능하면 반좌위를 취해준다.		
8	습윤병에 증류수를 정해진 눈금까지 채운 후 증류수 마개를 닫는다.		
9	유량계와 습윤병을 연결한 후 중앙 공급체계(Wall O ₂) 벽에 산소유량계를 꽂는다.		
10	습윤병에 있는 산소장치 출구와 비강 캐놀라를 연결한다.		
11*	대상자에게 연결하기 전에 비강 캐놀라를 통해 산소가 나오는지 확인한 후 유량계를 잠근다.		
12*	대상자 비공의 폐색 여부를 확인한다.		
13*	캐놀라 끝부분을 대상자의 양쪽 비강에 삽입하고 귀 뒤에 걸친 후 턱 밑에서 길이를 조절한다. ※참고)장기적 사용 시 패딩 적용 예)COPD, asthma 환자 등		
14*	유량계를 열어 처방된 산소 흡입량을 눈높이에서 조절한다. (유량기 내 Ball의 중심을 눈금에 일치시킨다).		
15	대상자에게 가능하면 입을 다물고 코를 통해 호흡하도록 설명한다.		
16	대상자를 편안하게 해준 후 산소사용에 따른 화재 위험성과 피부손상(코, 귀 등 접촉부위)등을 설명한다.		
17	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
18	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 산소주입량 2) 대상자의 반응(호흡양상 등)		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	비강캐놀라를 이용한 산소요법			성취수준	L2		
성 명		학 번		소요시간	5분	난이도	하
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식			90점 이상	상	
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10				90점 이상
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오					
L2	CPX기초	<p>A 72-year-old, female patient has admitted directly form OPD with complaints of exacerbation of COPD(Chronic Obstructive Pulmonary Disease). Abdomen is distended. She has been assisted into a patient gown and into the hospital bed. She is lying down in apparent respiratory distress.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th>PHYSICIAN ORDER</th> </tr> <tr> <td>Diet : GD(General Diet)</td> </tr> <tr> <td>Activity up as tolerated</td> </tr> <tr> <td>Vital Signs with SpO₂ levels every 4 hours</td> </tr> <tr> <td>O₂ per nasal cannula at 2L/min</td> </tr> </table>	PHYSICIAN ORDER	Diet : GD(General Diet)	Activity up as tolerated	Vital Signs with SpO ₂ levels every 4 hours	O ₂ per nasal cannula at 2L/min
PHYSICIAN ORDER							
Diet : GD(General Diet)							
Activity up as tolerated							
Vital Signs with SpO ₂ levels every 4 hours							
O ₂ per nasal cannula at 2L/min							

비강캐놀라를 이용한 산소 요법(Oxygen administration)			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	처방을 확인한 후 필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손 소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 산소요법의 목적과 절차를 설명한다.		
7	대상자에게 가능하면 반좌위를 취해준다.		
8	습윤병에 증류수를 정해진 눈금까지 채운 후 증류수 마개를 닫는다.		
9	유량계와 습윤병을 연결한 후 중앙 공급체계(Wall O ₂) 벽에 산소유량계를 꽂는다.		
10	습윤병에 있는 산소장치 출구와 비강 캐놀라를 연결한다.		
11*	대상자에게 연결하기 전에 비강 캐놀라를 통해 산소가 나오는지 확인한 후 유량계를 잠근다.		
12*	대상자 비공의 폐색 여부를 확인한다.		
13*	캐놀라 끝부분을 대상자의 양쪽 비강에 삽입하고 귀 뒤에 걸친 후 턱 밑에서 길이를 조절한다. ※참고)장기적 사용 시 패딩 적용 예)COPD, asthma 환자 등		
14*	유량계를 열어 처방된 산소 흡입량을 눈높이에서 조절한다. (유량기 내 Ball의 중심을 눈금에 일치시킨다).		
15	대상자에게 가능하면 입을 다물고 코를 통해 호흡하도록 설명한다.		
16	대상자를 편안하게 해준 후 산소사용에 따른 화재 위험성과 피부손상(코, 귀 등 접촉부위)등을 설명한다.		
17	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
18	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 산소주입량 2) 대상자의 반응(호흡양상 등)		
지식	- 산소요법의 적응증과 방법 - 산소투입방법 별 산소투여량 - FiO ₂ 의 정의		
총 점		점	

14. 흡인

■ (흡인)-Level 1

핵심간호술 평가표							
핵심술기명	흡인			성취수준	L1		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	상
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)									
1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력					
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10		80점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60~80점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6		60점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(3)	김지만(M/55)님은 7일 전부터 발열, 심한 기침 증상을 보여 LMC에서 medication 해오다가 3일전 밤 갑작스러운 호흡곤란으로 본원 응급실을 통해 입원하였다. 입원 당일 환자는 심한 기침을 보이며 피로감을 호소하였다. 청진시 그렇그런한 소리가 들리나 스스로 객담을 뱉어내기 어려운 상황이다.

구강 · 비강 흡인

번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 구강 및 비강 흡인의 목적과 절차를 설명한다. ① 대상자 상태 ② 흡인 필요성, 흡인 부위 ③ 기도분비물을 풀거나 뱉게 함		
7	대상자에게 가능하면 앉는 자세를 취해준 후 가슴에 수건을 편다.		
8	흡인압을 점검한다(성인은 110-150mmHg, 아동은 95-100mmHg).		
9	생리식염수를 개봉한다.		
10	카테터의 개봉 부위를 약간 개봉한 후, 카테터와 흡인병이 연결되는 압력 조절구 쪽을 노출하여 흡인 line과 연결한다.		
11	구강인두관의 포장을 개봉한다.		
12	손소독제로 손위생을 실시한다.		
13	양손에 멸균장갑을 낀다(필요에 따라 흡인 전 과환기 실시).		
14	구강인두관을 적용한다.		
15	흡인 line을 잡을 손으로 흡인기를 켜 다음 흡인 line을 들고, 흡인을 할 손으로 포장지 바깥쪽이 닿지 않도록 주의하며 카테터를 꺼낸다.		
16*	카테터 삽입길이 측정: 입 가장자리~귓볼 거리+α:삽입 후 남는 카테터의 길이를 기억한다.		
17*	흡인기 작동 확인 및 카테터 내부 윤활: 흡인관으로 생리식염수를 소량 흡인한다.		
18*	카테터 삽입: ① 고개를 옆으로 돌리게 한다. ② airway에 흡입관을 넣어 개구부를 막고 천천히 굴리면서 흡인한다. ③ 행군다. ④ 아래쪽 뺨과 혀 사이에 흡입관을 넣어 개구부를 막고 천천히 굴리면서 흡인한다. ⑤ 삽입하는 동안 흡인하지 않는다.		
19*	흡인방법: ① 흡인관이 정위치에 도달하면 마개의 구멍을 막고 좌우로 돌리면서, 간헐적으로 구멍을 막고(5초), 열면서 천천히 제거한다. ② 10~15초 이내에 제거한다. ③ 행군다. ④ 2~3회 시행한다.		
20	흡인이 끝나면 흡인관을 연결관에서 분리해서 폐기한다.		
21	구강인두관을 제거한다.		
22	장갑을 뒤집어 벗고, 손위생을 실시한다.		
23	생리식염수를 개봉한다.		
24*	카테터의 개봉 부위를 약간 개봉한 후, 카테터와 흡인병이 연결되는 압력 조절구 쪽을 노출하여 흡인 line과 연결한다.		
25	손소독제로 손위생을 실시한다.		
26	양손에 멸균장갑을 낀다(필요에 따라 흡인 전 과환기 실시).		
27	흡인 line을 잡을 손으로 흡인기를 켜 다음 흡인 line을 들고, 흡인을 할 손으로 포장지 바깥쪽이 닿지 않도록 주의하며 카테터를 꺼낸다.		
28*	카테터 삽입길이 측정: 코끝~귓볼 거리+α:삽입 후 남는 카테터의 길이를 기억한다.		

29*	흡인기 작동 확인 및 카테터 내부 윤활: 흡인관으로 생리식염수를 소량 흡인한다.		
30*	카테터 삽입: ① 흡인관을 돌려서 쳐지는 쪽으로 잡는다. ② 코안바닥을 따라서 삽입하면서 코인두부위에서는 조심스럽게 돌리면서 넣는다. ③ 삽입하는 동안 흡인하지 않는다.		
31*	흡인방법: ① 흡인관이 정위치에 도달하면 마개의 구멍을 막고 좌우로 돌리면서, 간헐적으로 구멍을 막고(5초), 열면서 천천히 제거한다. ② 10~15초 이내에 제거한다. ③ 행군다. ④ 2~3회 시행한다.		
32	반대편 비강흡인: ① 8*번과 동일하다. ② 남은 생리식염수로 흡인관을 린스한다.		
33	흡인이 끝나면 흡인관을 연결관에서 분리해서 폐기한다.		
34	장갑을 뒤집어 벗고, 흡인기를 끈 다음 사용한 물품을 정리한다.		
35	물품, 침상 및 주변을 정리한다.		
36	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
37	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 분비물의 특성, 양 2) 흡인 전후 대상자의 호흡양상과 반응		
총 점			점

■ (기관내관 흡인)-Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	흡인			성취수준	L2		
성 명		학 번		소요시간	10분	난이도	상
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L2	성인간호학 실습(2)	<p>김OO(M/50)님은 간암으로 입원 후 간절제술 시행 후 마취에서 깨어나지 않아 기관내관을 가지고 중환자실에 입실하여 인공호흡기 치료를 받았다. 이후 자발호흡 가능하여 기관내과 발관을 시행하였 후, Facial mask O2 8L/min 제공되었으나 SpO2가 80~82%로 확인되어 현재 다시 기관삽관을 한 상태이다. 의식은 있으나 청진시 그르렁 소리(수포음)가 들린다.</p> <p>알맞은 간호활동을 수행하시오</p>

기관내 흡인(endotracheal suction)			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 기관내 흡인의 목적과 절차를 설명한다. (가능하면 식사 전에 흡인을 실시하여 aspiration을 예방하도록 한다.)		
7	흡인압을 점검한다(성인은 110-150mmHg, 아동은 95-100mmHg).		
8	흡인 시 체위는 의식 있는 대상자의 경우 반좌위로 하고, 무의식 대상자는 측위에서 간호사와 얼굴을 마주보도록 한다.		
9	무균용기가 들어있는 세트를 열어 용기에 일회용 생리식염수를 따른다. ※참고: 세트를 사용하지 않는 경우 일회용 멸균 생리식염수 30ml를 개봉하여 사용한다.		
10*	카테터의 개봉 부위를 약간 개봉한 후, 카테터와 흡인병이 연결되는 압력 조절구 쪽을 노출하여 흡인 line과 연결한다.		
11	필요에 따라 흡인전에 저산소증을 예방하기 위해 ambubag을 사용하여 충분한 양의 산소를 공급한다.		
12	손소독제로 손위생을 실시한다.		
13	양손에 멸균장갑을 낀다.		
14	흡인 line을 잡은 손으로 흡인기를 켜 다음 흡인 line을 들고, 흡인을 할 손으로 포장지 바깥쪽이 닿지 않도록 주의하며 카테터를 꺼낸다.		
15*	삽입할 카테터의 길이를 정한 후 끝을 생리식염수로 윤활 시키고, 흡인 line을 잡은 손의 엄지손가락으로 연결관을 눌러보아 잘 통과하는지 확인한다.		
16*	연결관을 누르고 있던 엄지손가락을 떼고 나서 기관내관을 통해 카테터를 부드럽게 삽입한다.		
17*	연결관을 막고 카테터를 잡은 손 엄지와 검지로 카테터를 부드럽게 회전시키면서 위로 뺀다. (분비물 양상과 대상자의 저산소 상태 등을 살피면서 10~15초를 넘지 않도록 신속히 흡인한다.)		
18*	흡인을 한 카테터는 무균용기(또는 일회용 멸균 생리식염수)에 있는 생리식염수를 다시 통과시킨다(분비물이 통과할 때 분비물의 양상을 관찰한다).		
19	분비물이 제거될 때까지 3~4회 같은 방법으로 흡인을 시행하되 20-30초의 간격을 유지한다.		
20	흡인이 끝나면 장갑을 벗고, 흡인기를 끈 다음 사용한 물품을 정리한다.		
21	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
22	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 날짜와 시간 2) 분비물의 특성, 양 3) 흡인 전후 대상자의 호흡양상과 반응		
지식	- 흡인 시 부위에 따른 적절한 흡입관 삽입 길이 - 무균법 - 적절한 흡인 압력과 흡인 시간 - 흡인 시 유의할 점		
총 점		점	

■ (기관내관 흡인)-Level 3

핵심간호술 평가표

핵심술기명	흡인			성취수준	L3		
성 명		학 번		소요시간	10분	난이도	상
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 3)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계 별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		종합상황 판단능력			90점 이상	상	
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10				90점 이상
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L3	재 활 간 호 실 습	<p>김OO (F/66) 님은 Lt. cerebral infarction으로 오른쪽 편마비 상태로 입원 중이다. 최근 지속적인 고열과 짙은 가래가 있으며 5Kg 이상 몸무게가 줄어드는 등 급격하게 체력이 떨어져 있어 가래를 뱉어내기 어려운 상태였다. 어제 오전부터 호흡곤란을 호소하여 촬영한 chest x-ray에서는 양쪽 폐하엽에 음영이 증가하였다. 지난 밤에 상태악화로 EndoTracheal intubation을 삽관하여 산소를 2L/min 공급 중이며 의식은 있으나 자극이 없으면 자려는 경향을 보인다. 호흡시 그르렁 소리가 들리며 SpO2는 82%로 확인되었다.</p> <p>수집된 자료를 다음과 같다. 알맞은 간호활동을 수행하시오.</p> <p>◆Review of System(ROS)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○General Appearance: acutely ill - looking (+) Fever(-) Chills(-) ○Respiratory Crackles(+) Wheezing(+) Cough(+) Sputum(+) ○Heart chest pain(-) Palpitation(-)

	검사항목	참고치(MIN-MAX)	결과
	CBC with diff.		
	WBC	3.5-11	11.90
	RBC	3.8-5.2	4.96
	Hb	12-16	12.9
	Hct	35-47	38.6
	PLT	150-450	221
	Neut	50-60	79.3
	lym	30-40	12.3
	Mono	1-7	6.8
	Eosi	0-5	1.9
	Baso	0-1	0.2
	ESR	1-20	26
	Electrolyte		
	Na	135-145	136.3
	K	3.5-5.5	2.78
	Cl	98-110	96.4
	CRP	0-0.47	5.91
	Chest X-ray		Consolidation from pneumonia in RLL
	Sputum culture	negative	negative
	Blood culture	negative	no growth
	Urine culture	negative	no growth

기관내 흡인(endotracheal suction)			
번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 기관내 흡인의 목적과 절차를 설명한다.		
7	흡인압을 점검한다(성인은 110-150mmHg, 아동은 95-100mmHg).		
8	흡인 시 체위는 의식 있는 대상자의 경우 반좌위로 하고, 무의식 대상자는 측위에서 간호사와 얼굴을 마주보도록 한다.		
9	무균용기가 들어있는 세트를 열어 용기에 일회용 생리식염수를 따른다. ※참고: 세트를 사용하지 않는 경우 일회용 멸균 생리식염수 30ml를 개봉하여 사용한다.		
10*	카테터의 개봉 부위를 약간 개봉한 후, 카테터와 흡인병이 연결되는 압력 조절구 쪽을 노출하여 흡인 line과 연결한다.		
11	필요에 따라 흡인전에 저산소증을 예방하기 위해 ambubag을 사용하여 충분한 양의 산소를 공급한다.		
12	손소독제로 손위생을 실시한다.		
13	양손에 멸균장갑을 낀다.		
14	흡인 line을 잡을 손으로 흡인기를 켜 다음 흡인 line을 들고, 흡인을 할 손으로 포장지 바깥쪽이 닿지 않도록 주의하며 카테터를 꺼낸다.		
15*	삽입할 카테터의 길이를 정한 후 끝을 생리식염수로 윤활 시키고, 흡인 line을 잡은 손의 엄지손가락으로 연결관을 눌러보아 잘 통과하는지 확인한다.		
16*	연결관을 누르고 있던 엄지손가락을 떼고 나서 기관내관을 통해 카테터를 부드럽게 삽입한다.		
17*	연결관을 막고 카테터를 잡은 손 엄지와 검지로 카테터를 부드럽게 회전시키면서 위로 뺀다. (분비물 양상과 대상자의 저산소 상태 등을 살피면서 10~15초를 넘지 않도록 신속히 흡인한다.)		
18*	흡인을 한 카테터는 무균용기(또는 일회용 멸균 생리식염수)에 있는 생리식염수를 다시 통과시킨다(분비물이 통과할 때 분비물의 양상을 관찰한다).		
19	분비물이 제거될 때까지 3~4회 같은 방법으로 흡인을 시행하되 20-30초의 간격을 유지한다.		
20	흡인이 끝나면 흡인 라인에서 카테터를 제거한 후 장갑을 벗고 흡인기를 끈다. 사용한 물품을 정리한다.		
21	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
22	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. 1) 날짜와 시간 2) 분비물의 특성, 양 3) 흡인 전후 대상자의 호흡양상과 반응		
종합 상황	주어진 간호상황과 수행한 간호중재를 종합적으로 설명한다. - 매우 우수: 3가지 질문 모두 적절히 답함		

<p>판단 능력</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 우수: 2가지 질문에 적절히 답함 - 보통: 1가지 질문에 적절히 답함 - 부족: 미흡함 		
<p>총 점</p>		<p>점</p>	

15. 기본 심폐소생술 및 제세동기 적용

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	기본심폐소생술 및 체세동기적용			성취수준	L1		
성명		학번		소요시간	5분	난이도	중
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력					
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10		80점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60~80점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6		60점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(3)	당신은 응급실 간호사로 밤번 근무를 마치고 동료와 함께 퇴근하던 중, 병원 1층 로비에서 50대 남성이 갑자기 쓰러지는 것을 발견하였다. 이 상황에서 대상자에게 적절한 간호를 수행하세요.

기본 심폐소생술 및 제세동기 적용

번호	수행항목	평가	
		1	0
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	환자를 발견하면 양쪽어깨를 가볍게 흔들며 환자의 의식을 확인한다.		
4	반응이 없음이 확인되면, 즉시 한 사람을 지정하여 도움을 요청하고, 또 다른 사람을 지정하여 자동 제세동기를 가져오라고 지시한다.		
5	경동맥을 10초 이내로 촉지 하여 맥박을 확인하며, 동시에 호흡유무를 확인한다.		
6*	경동맥 맥박이 없는 경우, 바로 흉부압박을 시작한다. 1) 흉부압박의 위치는 흉골 하부 1/2지점임을 확인한다.		
7	2) 압박지점에 한쪽 손꿈치를 대고 다른 한 손을 그 위에 포개어 각지를 낀 자세로 손을 놓는다.		
8	3) 팔꿈치를 곧게 펴고 환자의 가슴과 수직이 되도록 압박하고, 체중이 실리도록 하여 5cm 깊이로 압박한다.(소아는 4~5cm)		
9	4) 흉부압박은 분당 최소 100~120회의 속도로 30회를 압박한다. 압박한 후에는 가슴이 최대한으로 이완되어 혈류가 심장으로 충분히 채워지도록 속도를 유지한다.		
10*	머리기울임-턱 들어올리기(head-tilt chin-lift)자세로 기도를 확보한다 (경추손상 시 턱 밀어올리기 jaw thrust).		
11	가슴 상승이 눈으로 확인될 정도의 일회 호흡량으로 1초 동안 불어넣어 인공호흡을 2회 실시한다.		
12	자동 제세동기가 도착하면 전원을 켜다.		
13*	환자의 가슴을 노출시켜 패드 부착부위에 땀이나 기타 이물질이 있으면 제거한 후, 흉골(sternum)패드는 흉골의 우측 쇄골 아래에, 심첨(apex) 패드는 좌측 유두 아래의 액와중양선(mid-axillary line)에 부착하고 심전도를 분석한다.		
14*	제세동 해야 함이 확인되면 충전한 후 환자에게서 모두 떨어지도록 주위사람들에게 지시한 다음, 깜빡이는 버튼을 눌러 제세동을 실시한다.		
15	제세동이 완료되면 바로 4~9번 과정(흉부압박과 호흡을 30:2의 비율로 시행)을 5cycle(2분) 반복한다.		
16	호흡과 맥박을 확인한 후 제세동기를 사용하여 심전도 리듬을 분석한다.		
17	심전도 분석 결과에 따라 12~13번 과정을 반복한다.		
18	심폐소생술팀이 도착하면 정확한 상황을 인계한다.		
19	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	기본심폐소생술 및 제세동기적용			성취수준	L2		
성 명		학 번		소요시간	5분	난이도	중
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식			90점 이상	상	
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10				90점 이상
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L2	CPX심화	당신은 내과병동 간호사입니다. 병원 식당에서 직원이 갑자기 쓰러지는 것을 목격하였습니다. 기본심폐소생술을 시행하세요.

기본 심폐소생술 및 제세동기 적용

번호	수행항목	평가	
		1	0
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	환자를 발견하면 양쪽어깨를 가볍게 흔들며 환자의 의식을 확인한다.		
4	반응이 없음이 확인되면, 즉시 한 사람을 지정하여 도움을 요청하고, 또 다른 사람을 지정하여 자동 제세동기를 가져오라고 지시한다.		
5	경동맥을 10초 이내로 촉지 하여 맥박을 확인하며, 동시에 호흡유무를 확인한다.		
6*	경동맥 맥박이 없는 경우, 바로 흉부압박을 시작한다. 1) 흉부압박의 위치는 흉골 하부 1/2지점임을 확인한다.		
7	2) 압박지점에 한쪽 손꿈치를 대고 다른 한 손을 그 위에 포개어 각지를 긴 자세로 손을 놓는다.		
8	3) 팔꿈치를 곧게 펴고 환자의 가슴과 수직이 되도록 압박하고, 체중이 실리도록 하여 5cm 깊이로 압박한다.(소아는 4~5cm)		
9	4) 흉부압박은 분당 최소 100~120회의 속도로 30회를 압박한다. 압박한 후에는 가슴이 최대한으로 이완되어 혈류가 심장으로 충분히 채워지도록 속도를 유지한다.		
10*	머리기울임-턱 들어올리기(head-tilt chin-lift)자세로 기도를 확보한다 (경추손상 시 턱 밀어올리기 jaw thrust).		
11	가슴 상승이 눈으로 확인될 정도의 일회 호흡량으로 1초 동안 불어넣어 인공호흡을 2회 실시한다.		
12	자동 제세동기가 도착하면 전원을 켜다.		
13*	환자의 가슴을 노출시켜 패드 부착부위에 땀이나 기타 이물질이 있으면 제거한 후, 흉골(sternum)패드는 흉골의 우측 쇄골 아래에, 심첨(apex) 패드는 좌측 유두 아래의 액와중양선(mid-axillary line)에 부착하고 심전도를 분석한다.		
14*	제세동 해야 함이 확인되면 충전한 후 환자에게서 모두 떨어지도록 주위사람들에게 지시한 다음, 깜빡이는 버튼을 눌러 제세동을 실시한다.		
15	제세동이 완료되면 바로 4~9번 과정(흉부압박과 호흡을 30:2의 비율로 시행)을 5cycle(2분) 반복한다.		
16	호흡과 맥박을 확인한 후 제세동기를 사용하여 심전도 리듬을 분석한다.		
17	심전도 분석 결과에 따라 12~13번 과정을 반복한다.		
18	심폐소생술팀이 도착하면 정확한 상황을 인계한다.		
19	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
지식	- 심폐소생술의 기본 원리와 적응증 - 심폐소생술 시 주의사항 - 제세동기 사용의 목적과 적응증 - 제세동기 사용 시 주의사항		
총 점		점	

16. 통증관리

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	통증관리			성취수준	L1		
성명	학번	소요시간	10분	난이도	중		
평가일자	20년 월 일	평가자					

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력					
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10		80점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60~80점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6		60점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(2)	김형규(M/45)님은 2일전 집 앞 계단에서 발을 헛디뎠다. 계단에서 굴러 떨어진 후 왼쪽 고관절과 하복부 통증으로 응급실을 통해 수술 후 정형외과 병동에 입실하였다. 대상자는 Lt, hip에 Hemovac 1개와 하복부에 JP drain 1개를 삽입한 상태이며, IV PCA가 주입되고 있다.

번호	통증관리	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	통증을 사정하고 필요시 통증 완화간호를 실시한다		
7	대상자에게 IV PCA의 적용의 목적과 절차에 대해 설명한다.		
8	IV PCA 적용부위의 피부를 확인한다(부종, 발적, 통증 등 사정)		
9	IV PCA의 사용방법(버튼기능, 용량, 간격)에 대해 설명한다. 1) 주입펌프에 달린 버튼을 누르면 정해진 용량이 주입된다.		
10	2) 정해진 용량이 투여된 후 일정기간(보통 10~15분간) 버튼을 눌러도 진통제가 투여되지 않음을 설명한다.		
11	IV PCA의 부작용(오심, 구토, 어지러움 등)에 대해 설명하고, 부작용이 있으면 즉시 알려줄 것을 교육한다.		
12	사용한 물품을 정리한다.		
13	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
13	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 통증 양상 2) 추가적인 교육내용		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	통증관리			성취수준	L2		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	중
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	시나리오
L2	성인간호학 실습(1)	<p>김○○ (50세 여성)이 진행성 위암(advanced gastric cancer)으로 위암부분절제술(subtotal gastrectomy, billroth I)을 받았다. 현재 금식중이며, 말초정맥관으로 수액, 자가조절진통제(PCA)를 주입 중이고 유치도뇨관과 복부에 배액관(Jackson Pratt drain)이 삽입되어 있다. 현재 통증을 호소하고 있으며, 다음과 같은 의사의 처방이 확인되었다. 절차에 맞게 수행하시오.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Dr. order .Pain control via PCA</p> </div>

번호	통증관리	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	통증을 사정하고 필요시 통증 완화간호를 실시한다		
7	대상자에게 IV PCA의 적용의 목적과 절차에 대해 설명한다.		
8	IV PCA 적용부위의 피부를 확인한다(부종, 발적, 통증 등 사정)		
9	IV PCA의 사용방법(버튼기능, 용량, 간격)에 대해 설명한다. 1) 주입펌프에 달린 버튼을 누르면 정해진 용량이 주입된다.		
10	2) 정해진 용량이 투여된 후 일정기간(보통 10~15분간) 버튼을 눌러도 진통제가 투여되지 않음을 설명한다.		
11	IV PCA의 부작용(오심, 구토, 어지러움 등)에 대해 설명하고, 부작용이 있으면 즉시 알려줄 것을 교육한다.		
12	사용한 물품을 정리한다.		
13	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
13	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 통증 양상 2) 추가적인 교육내용		
지식	- 통증의 기전과 종류 - 통증에 영향을 미치는 요인 - 통증사정 방법(통증 평가도구 사용 등) - 통증 중재(약물, 비약물) - 통증관리를 위한 약물치료의 부작용(IV, PCA 등)		
총 점		점	

■ Level 3

핵심간호술 평가표

핵심술기명	통증관리			성취수준	L3		
성명		학번		소요시간	10분	난이도	중
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 3)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		종합상황 판단능력					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L3	성인간호학 실습(3)	<p>65세 여자 김주리 님은 인공 고관절 치환 수술(Total hip arthroplasty)을 받고 병실로 나왔다. 의식이 돌아왔으며 2시간 전 활력징후 측정시 V/S (130/60-78-16-36.8) 통증정도는 NRS 2점이었으나 현재 V/S (130/70-88-20-36.8), NRS 7점으로 통증을 호소하고 있다. 수술 후 IV-PCA (NS100mL+Fentanyl 1450mcg)를 가지고 왔다. 주치의 검진 후 다음과 같은 EMR order가 추가되었다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pain control via PCA <p>알맞은 간호활동을 수행하시오</p>

번호	통증관리	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	통증을 사정하고 필요시 통증 완화간호를 실시한다		
7	대상자에게 IV PCA의 적용의 목적과 절차에 대해 설명한다.		
8	IV PCA 적용부위의 피부를 확인한다(부종, 발적, 통증 등 사정)		
9	IV PCA의 사용방법(버튼기능, 용량, 간격)에 대해 설명한다. 1) 주입펌프에 달린 버튼을 누르면 정해진 용량이 주입된다.		
10	2) 정해진 용량이 투여된 후 일정기간(보통 10~15분간) 버튼을 눌러도 진통제가 투여되지 않음을 설명한다.		
11	IV PCA의 부작용(오심, 구토, 어지러움 등)에 대해 설명하고, 부작용이 있으면 즉시 알려줄 것을 교육한다.		
12	사용한 물품을 정리한다.		
13	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
14	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 통증 양상 2) 추가적인 교육내용		
종합 상황 능력 평가	주어진 간호상황과 수행한 간호중재를 종합적으로 설명한다. - 매우 우수: 3가지 질문 모두 적절히 답함 - 우수: 2가지 질문에 적절히 답함 - 보통: 1가지 질문에 적절히 답함 - 부족: 미흡함		
총 점		점	

17. 욕창관리 및 낙상예방간호

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	욕창관리 및 낙상예방간호			성취수준	L1		
성명		학번		소요시간	7분	난이도	하
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력			80점 이상	상	
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10				60~80점 미만
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60점 미만	하	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6				
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(1)	<p>박용진(M/70)님은 8년 전 뇌경색을 진단받고 오른쪽 편마비로 침상생활 중이다. 3일전 부터 시작된 폐렴의심 증상으로 외래를 통해 병실로 입원하였다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 과거력: 8년 전 고혈압진단, 8년전 뇌경색으로 오른쪽 편마비, 그 외 만성질환 없음 - 현재상태: 오른쪽 편마비로 지팡이를 짚고 보행 가능, 의식명료 - 복용약물: 항고혈압제, 산소요법 중(5L/min via nasal prong)

번호	욕창관리 및 낙상예방간호	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름, 등록번호 등을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트 (또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 욕창 관리의 목적에 대해 설명한다.		
7	프라이버시 보호를 위해 커튼을 친다.		
욕창 관리			
	(욕창 위험도 사정도구를 이용하여) 욕창위험도를 사정한다.		
8*	장갑 착용 후 뼈 돌출부위의 피부를 사정하여 욕창이 있는지 확인한다.(머리의 뒷부분, 어깨, 늑골, 엉덩이, 천골부위, 좌골, 무릎의 안과 밖, 발목의 안과 밖, 뒤꿈치, 발) ※ 참고) 욕창이 있다면 욕창 부위, 단계 등을 사정 후 의사에게 notify, 기록		
9*	장갑을 벗고 손을 씻은 후 대상자의 체위를 편안하게 해준다.		
10*	욕창예방을 위한 대상자의 질문에 대한 응답 및 교육을 실시한다.		
낙상위험도 평가			
11*	(낙상 위험도 사정도구를 이용하여) 낙상위험도를 사정한다.		
12*	낙상 위험도에 따라 낙상 예방 간호를 실시한다. - 낙상예방을 위한 대상자 질문에 대한 응답 및 교육을 실시한다. (사이드레일 교육, 난간 올리기, 병실 바닥에 물기 제거, 이동시 난간 잡기, 자세 변경주의, 콜 벨위치 교육 등) - 낙상주의 안내문을 제공한다. - 낙상위험도에 따라 낙상위험표지 및 스티커를 부착한다. ※ 참고) 낙상 위험도에 따라 낙상 예방 간호 ① 낙상 위험이 거의 없음(No risk) : 침상난간 올리기, 환자교육 ② 낙상 위험이 낮음(low risk): 침상난간 올리기, 환자교육, 낙상위험표지 및 스티커 부착 ③ 낙상 위험이 높음(High risk) : 침상난간 올리기, 환자교육, 낙상위험표지 및 스티커 부착		
13	침상 난간을 올리고 사용한 물품을 정리한다.		
14	물과 비누로 손 위생을 실시한다.		
15	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. ① 사정내용(욕창과 낙상위험도 평가 점수) ② 추가적인 교육내용		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	욕창관리 및 낙상예방간호			성취수준	L2		
성 명		학 번		소요시간	7분	난이도	하
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식			90점 이상	상	
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10				90점 이상
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L2	간호관리학 실습	<p>장소: 신경과 병동</p> <ul style="list-style-type: none"> 2일 전부터 어지럼증과 간혹 두통을 호소하는 중년여성과 그 여성의 남편이 신경과 병동에 입원하러 왔다. 간호사스테이션에서 신장, 체중을 측정하고 간호정보조사와 입원생활 안내를 받은 후 입원실을 안내받았다. 중년 여성은 눈을 감고 있으며 미간을 약간 찌푸린 상태로 창백한 얼굴로 힘없이 휠체어에 앉아있고, 중년 남성이 휠체어를 밀고 입원실로 이동하여 침대에 누워있는 상황이다. <p>(참고문헌) 박경민 외, 학습성과 성취를 위한 시뮬레이션 교육. 2013. 현문사</p>
	지역사회간호학실습(2)	76세의 김00 할머니는 최근 뇌성혈에 입소하였다. 할머니는 한달 전 당뇨병을 진단받고 하루 1회 인슐린 주사로 혈당을 조절하고 있다. 그러나 잘 조절되지 않아 저혈당에 빠지기도 한다. 오늘 김 00할머니의 혈당을 측정을 시행하고, 처방에 따라 인슐린 주사를 놓아야 한다.

번호	욕창관리 및 낙상예방간호	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름, 등록번호 등을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트 (또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 욕창 관리의 목적에 대해 설명한다.		
7	프라이버시 보호를 위해 커튼을 친다.		
욕창 관리			
	(욕창 위험도 사정도구를 이용하여) 욕창위험도를 사정한다.		
8*	장갑 착용 후 뼈 돌출부위의 피부를 사정하여 욕창이 있는지 확인한다.(머리의 뒷부분, 어깨, 늑골, 엉덩이, 천골부위, 좌골, 무릎의 안과 밖, 발목의 안과 밖, 뒤꿈치, 발) ※ 참고) 욕창이 있다면 욕창 부위, 단계 등을 사정 후 의사에게 notify, 기록		
9*	장갑을 벗고 손을 씻은 후 대상자의 체위를 편안하게 해준다.		
10*	욕창예방을 위한 대상자의 질문에 대한 응답 및 교육을 실시한다. 참고) 위험없음, 약간의 위험 있음, 중간정도 위험, 위험이 높음, 위험이 매우 높음		
낙상위험도 평가			
11*	(낙상 위험도 사정도구를 이용하여) 낙상위험도를 사정한다.		
12*	낙상 위험도에 따라 낙상 예방 간호를 실시한다. - 낙상예방을 위한 대상자 질문에 대한 응답 및 교육을 실시한다. (사이드레일 교육, 난간 올리기, 병실 바닥에 물기 제거, 이동시 난간 잡기, 자세 변경주의, 콜 벨위치 교육 등) - 낙상주의 안내문을 제공한다. - 낙상위험도에 따라 낙상위험표지 및 스티커를 부착한다. ※ 참고) 낙상 위험도에 따라 낙상 예방 간호 ① 낙상 위험이 거의 없음(No risk) : 침상난간 올리기, 환자교육 ② 낙상 위험이 낮음(low risk): 침상난간 올리기, 환자교육, 낙상위험표지 및 스티커 부착 ③ 낙상 위험이 높음(High risk) : 침상난간 올리기, 환자교육, 낙상위험표지 및 스티커 부착		
13	침상 난간을 올리고 사용한 물품을 정리한다.		
14	물과 비누로 손 위생을 실시한다.		
15	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. ① 사정내용(욕창과 낙상위험도 평가 점수) ② 추가적인 교육내용		
지식	- 욕창 발생 위험요인 - 욕창에 대해 재평가가 필요한 경우 - 병동에 입원한 환자의 낙상 위험 초기평가 시기 - 일반 환자 대상 공통적인 낙상예방 중재/환자안전을 향상시킬 수 있는 중재 - 낙상이 발생했을 때 즉각적 조치		
총 점		점	

■ Level 3

핵심간호술 평가표							
핵심술기명	욕창관리 및 낙상예방간호				성취수준	L3	
성명		학번		소요시간	7분	난이도	하
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 3)											
1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		종합상황 판단능력					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L3	보건사업 관리실습	<p>장기요양센터에 근무하는 K 간호사는 대구시 ○○ 동 단독 주택에 거주하는 나안전님을 방문하고자 한다. 나안전님(72/F)님은 3년전 발생한 우측 뇌경색 환자로 왼쪽 상하지에 편마비가 있다. 나안전님은 10년 전부터 고혈압으로 약물을 복용 중이며 조절은 잘 되고 있다. 5년 전부터 당뇨진단을 받고 약물 복용 중이다. 식사는 진밥이나 부드러운 죽을 먹고 있다. 나안전님은 하지 위약감이 있으나 화장실은 지팡이를 사용하여 이동이 가능하며, 병원 방문을 하거나 외출 할 때는 휠체어로 이동한다. 보호자인 딸, 사위, 손자들과 같이 거주하고 있다.</p>

번호	욕창관리 및 낙상예방간호	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름, 등록번호 등을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트 (또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 욕창 관리의 목적에 대해 설명한다.		
7	프라이버시 보호를 위해 커튼을 친다.		
욕창 관리			
8*	(욕창 위험도 사정도구를 이용하여) 욕창위험도를 사정한다. 장갑 착용 후 뼈 돌출부위의 피부를 사정하여 욕창이 있는지 확인한다.(머리의 뒷부분, 어깨, 늑골, 엉덩이, 천골부위, 좌골, 무릎의 안과 밖, 발목의 안과 밖, 뒤꿈치, 발) ※ 참고) 욕창이 있다면 욕창 부위, 단계 등을 사정 후 의사에게 notify, 기록		
9*	장갑을 벗고 손을 씻은 후 대상자의 체위를 편안하게 해준다.		
10*	욕창예방을 위한 대상자의 질문에 대한 응답 및 교육을 실시한다. 참고) 위험없음, 약간의 위험 있음, 중간정도 위험, 위험이 높음, 위험이 매우 높음		
낙상위험도 평가			
11*	(낙상 위험도 사정도구를 이용하여) 낙상위험도를 사정한다.		
12*	낙상 위험도에 따라 낙상 예방 간호를 실시한다. - 낙상예방을 위한 대상자 질문에 대한 응답 및 교육을 실시한다. (사이드레일 교육, 난간 올리기, 병실 바닥에 물기 제거, 이동시 난간 잡기, 자세 변경주의, 콜 벨위치 교육 등) - 낙상주의 안내문을 제공한다. - 낙상위험도에 따라 낙상위험표지 및 스티커를 부착한다. ※ 참고) 낙상 위험도에 따라 낙상 예방 간호 ① 낙상 위험이 거의 없음(No risk) : 침상난간 올리기, 환자교육 ② 낙상 위험이 낮음(low risk): 침상난간 올리기, 환자교육, 낙상위험표지 및 스티커 부착 ③ 낙상 위험이 높음(High risk) : 침상난간 올리기, 환자교육, 낙상위험표지 및 스티커 부착		
13	침상 난간을 올리고 사용한 물품을 정리한다.		
14	물과 비누로 손 위생을 실시한다.		
15	수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. ① 사정내용(욕창과 낙상위험도 평가 점수) ② 추가적인 교육내용		
종합 평가	1. 환자의 욕창 호발 부위는 어디인가요? 2. 욕창의 단계 특성을 설명해보세요. (stage 1-4) 3. 욕창의 저위험군(15-18점)에 해당하는 간호 활동은 무엇인가요? 4. 욕창의 고위험군(10-12점)에 해당하는 간호 활동은 무엇인가요? 5. 환자의 감각인지나 기동력에 제한이 있다면 어떤 간호활동이 필요할까요? 6. 환자가 실금을 하고 있는 상태라면 어떻게 해야 할까요? 7. 만약 대상자가 낙상을 하였다면 낙상 직후 평가해야 할 사항은 무엇일까요?		
총 점		점	

Braden scale의 욕창위험도 평가도구

범주	점수	선택	내용	기술
감각인지 (불편감을 주는 압력에 대해 의미 있게 반응하는 능력)	1		전혀 없음	의식저하, 진정제로 인해 동통자극에 전혀 반응 없음
	2		매우 제한됨	통증에만 반응함. 신음, 안절부절 못하는 것 외엔 불편감 호소하지 못함. 또한 신체의 1/2 이상의 감각이 떨어짐
	3		약간 제한됨	말로 요구를 표현하나 불편감 혹은 돌릴 필요가 있을 때 마다 하는 것은 아님. 하나나 둘의 사지에서 감각 떨어짐
	4		제한 없음	말로 요구를 표현할 수 있음. 감각장애가 전혀 없음.
습한정도 (피부가 습기에 노출되어 있는 정도)	1		항상 습함	땀과 소변으로 항상 축축함. 돌리거나 움직일 때마다 축축함
	2		습함	항상은 아니나 자주 습한 상태 적어도 8시간 간격으로는 린넨을 교환해야 함
	3		때때로 습함	하루에 한 번 정도로 린넨을 교환할 정도로 습한 상태
	4		거의 습하지 않음	피부가 거의 습하지 않음. 정해진 간격으로 린넨을 교환하여도 됨
활동정도 (산책활동정도)	1		침상안정	계속적으로 침대에 누워 있어야 함
	2		의자에 앉을 수 있음	보행능력이 없거나 매우 제한됨. 몸을 지탱할 수 없거나 의자나 휠체어로 옮길 때 도움이 필요함
	3		때때로 보행	낮 동안에는 때때로 걸으나 짧은 거리만 가능함 대부분을 의자나 침대에서 보냄
	4		정상	적어도 하루에 두 번 정도는 산책할 수 있음
기동력 (체위를 변경하고 조절할 수 있는 능력)	1		전혀 없음	도움 없이는 몸이나 사지를 전혀 움직이지 못함
	2		매우 제한됨	가끔은 몸, 사지를 움직이나 자주나 혼자서 많이는 아님
	3		약간 제한됨	혼자서 약간씩이나 자주 움직임
	4		정상	도움 없이도 자세 변경 가능
영양상태 (평소의 음식 섭취 양상)	1		불량	제공된 음식 1/3 이상을 먹지 못함. 금식, 5일 이상 IV
	2		부적절함	제공된 음식 1/2 정도 섭취. 미음, Tube feeding
	3		적절함	대부분 반 이상을 먹음. Tube feeding, TPN
	4		양호	거의 다 먹음
마찰과 응전력	1		문제 있음	자주 침대나 의자에서 미끄러짐, 이동시 많은 도움이 요구. 경축 경직이 계속적으로 마찰을 일으킴
	2		잠재적 문제 있음	최소한의 도움으로 움직임. 동시 시트, 의자, 신체보호대나 다른 도구에 약간은 끌림. 때때로 미끄러지거나 의자나 침대에서 대부분은 좋은 자세를 유지함
	3		문제없음	침대, 의자에서 스스로 움직이고 움직이는 동안 몸을 들어올릴 수 있음. 항상 좋은 자세를 유지할 수 있음
총점: _____				
*결과해석: 19-23(위험없음), 15-18(약간의 위험 있음), 13-14(중간정도 위험), 10-12(위험이 높음), 9 이하(위험이 매우 높음)				

Morse fall scale / 낙상 위험 사정 도구

평가항목		점수	
낙상의 경험 (3개월 이내)	없음	0점	
	있음	25점	
이차적인 진단	없음	0점	
	있음	15점	
보행보조	보조기 사용하지 않음/침상안정(Bed ridden)/ 휠체어/사람의 도움 필요	0점	
	목발/지팡이/walker사용함	15점	
	보행보조 목적의 보조기 이외에 주변 기물 /기구를 잡고 보행(IV pole 포함)	30점	
정맥수액요법 (헤파린 록)	없음	0점	
	있음	20점	
걸음걸이	정상(시선, 균형, 보폭유지)/ABR/Bed ridden	0점	
	균형 및 시선 유지되나 보폭이 좁거나 기력이 저하됨	10점	
	사람이나 기구의 도움 없이는 걸을 수 없는 사람 /시선 및 균형 유지 불가능/의족착용/파킨슨	20점	
의식장애	의식이 명료하여 자신의 기능수준을 알고 지킴	0점	
	의식이 명료하지 않거나 자신의 기능수준을 지키지 않음	15점	
총점: _____			
<p>*낙상평가 결과</p> <ul style="list-style-type: none"> - 낙상 위험이 높음(High risk): ① Morse Fall Scale 51점 이상 ② 낙상 고위험 불변용인 해당 환자 - 낙상 위험이 낮음(low risk): Morse Fall Scale 25~50점 - 낙상 위험이 거의 없음(No risk): Morse Fall Scale 25점 미만 			

18. 배액관 관리 (JP 또는 Hemovac)

■ Level 1

핵심간호술 평가표

핵심술기명	배액관관리			성취수준	L1		
성명		학번		소요시간	7분	난이도	중
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 1)

1		2		3		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력					
모든항목 수행	50	매우 우수	40	매우 우수	10		80점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	45	우수	35	우수	8		60~80점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	40	보통	30	보통	6		60점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	35	부족	25	부족	4				

성취수준	교과목	시나리오
L1	기본간호학 실습(2)	김형규(M/45)님은 2일전 집 앞 계단에서 발을 헛디뎠다. 계단에서 굴러 떨어진 후 왼쪽 고관절과 하복부 통증으로 응급실을 통해 수술 후 정형외과 병동에 입실하였다. 대상자는 Lt, hip에 Hemovac 1개와 하복부에 JP drain 1개를 삽입한 상태이며, IV PCA가 주입되고 있다.

배액관 관리(배액관-JP, Hemovac 관리)

번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 배액관 적용의 목적과 절차에 대해 설명한다.		
7	손소독제로 손위생을 실시한다.		
8	일회용 장갑을 착용한다.		
9*	배액이 잘되고 있는지, 배액관이 꼬이거나 접혀있지 않는지, 막힌 부분이 없는지 배액관을 확인한다.		
10	배액관 삽입부위 dressing 상태(부종, 발적, 삼출물, 출혈 등)를 확인한다.		
11	배액관 위쪽을 잠근 후 흡인백을 안전하게 잡고 주의 깊게 마개를 연다.		
12	흡인백의 내용물을 눈금이 있는 측정컵에 옮겨 담는다.		
13	소독솜으로 배출구와 흡인백 마개를 닦고 사용한 소독솜을 곡반에 버린 후 흡인백을 눌러 음압이 유지된 상태에서 배출구를 닫는다.		
14*	배액관 위쪽의 잠근 것(clamping)을 열어서 배액 여부를 확인한다.		
15	배액용 측정컵에 담긴 배액양상(배액의 양, 색깔, 투명도)을 확인한다.		
16	배액물을 오염배출구(clinical sink)에 버리고 측정컵을 물로 헹군다.		
17	장갑을 벗어 의료폐기물 용기에 버린다.		
18	사용한 물품을 정리한다.		
19	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
20	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 배액관 삽입부위 상태 2) 배액양상(배액의 양, 색깔, 투명도 등) 3) 추가적인 교육내용		
총 점		점	

■ Level 2

핵심간호술 평가표

핵심술기명	배액관관리			성취수준	L2		
성 명		학 번		소요시간	7분	난이도	중
평가 일자	20 년	월	일	평 가 자			

평가항목(Level 2)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		지식					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취 수준	교과목	시나리오
L2	성인간호학 실습(1)	<p>김oo (50세 여성)이 진행성 위암(advanced gastric cancer)으로 위암부분절제술(subtotal gastrectomy, billroth I)을 받았다. 현재 금식중이며, 말초정맥관으로 수액, 자가조절진통제(PCA)를 주입 중이고 유치도뇨관과 복부에 배액관(Jackson Pratt drain)이 삽입되어 있다. 현재 통증을 호소하고 있으며, 다음과 같은 의사의 처방이 확인되었다. 절차에 맞게 수행하시오.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Dr. order .Check JP drainage</p> </div>

배액관 관리(배액관-JP, Hemovac 관리)

번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 배액관 적용의 목적과 절차에 대해 설명한다.		
7	손소독제로 손위생을 실시한다.		
8	일회용 장갑을 착용한다.		
9*	배액이 잘되고 있는지, 배액관이 꼬이거나 접혀있지 않는지, 막힌 부분이 없는지 배액관을 확인한다.		
10	배액관 삽입부위 dressing 상태(부종, 발적, 삼출물, 출혈 등)를 확인한다.		
11	배액관 위쪽을 잠근 후 흡인백을 안전하게 잡고 주의 깊게 마개를 연다.		
12	흡인백의 내용물을 눈금이 있는 측정컵에 옮겨 담는다.		
13	소독솜으로 배출구와 흡인백 마개를 닦고 사용한 소독솜을 곡반에 버린 후 흡인백을 눌러 음압이 유지된 상태에서 배출구를 닫는다.		
14*	배액관 위쪽의 잠근 것(clamping)을 열어서 배액 여부를 확인한다.		
15	배액용 측정컵에 담긴 배액양상(배액의 양, 색깔, 투명도)을 확인한다.		
16	배액물을 오염배출구(clinical sink)에 버리고 측정컵을 물로 헹군다.		
17	장갑을 벗어 의료폐기물 용기에 버린다.		
18	사용한 물품을 정리한다.		
19	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
20	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 배액관 삽입부위 상태 2) 배액양상(배액의 양, 색깔, 투명도 등) 3) 추가적인 교육내용		
지식	- 배액관 삽입의 목적 - 배액관 종류에 따른 관리방법 - 배액관 삽입 후 합병증		
총 점		점	

■ Level 3

핵심간호술 평가표

핵심술기명	배액관관리			성취수준	L3		
성명		학번		소요시간	7분	난이도	중
평가일자	20년	월	일	평가자			

평가항목(Level 3)

1		2		3		4		총점	평가결과		재평가
단계별수행		숙련도		태도 및 의사소통능력		종합상황 판단능력					
모든항목 수행	40	매우 우수	40	매우 우수	10	매우 우수	10		90점 이상	상	
*항목 모두 수행, 이외 항목 <3 틀림	35	우수	35	우수	8	우수	8		70~90점 미만	중	
*항목 모두 수행, 이외 항목 ≥3 틀림	30	보통	30	보통	6	보통	6		70점 미만	하	
*항목 틀린 경우®	25	부족	25	부족	4	부족	4				

성취수준	교과목	시나리오
L3	성인간호학 실습(4)	<p>김관리(F/66)님은 Gastric Cancer 진단으로 입원해 방금 전 수술을 받고 회복실을 경유하여 병동으로 왔다. 환자를 사정하면서 오른쪽으로 J/P drain #1가 삽입되어 있는 것을 확인하였다. CBC 검사 결과 Platelet count가 50,000/uL로 주의깊게 관찰이 필요한 상황으로 주치의가 다음과 같은 EMR ORDER를 추가하였다.</p> <p>EMR order: Close obs. OP wd & drainage (amount, color etc)</p> <p>알맞은 간호활동을 수행하시오</p>

배액관 관리(배액관-JP, Hemovac 관리)

번호	수행항목	평가	
		P(1)	F(0)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
2	필요한 물품을 준비한다.		
3	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.		
4	손소독제로 손위생을 실시한다.		
5*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
6	대상자에게 배액관 적용의 목적과 절차에 대해 설명한다.		
7	손소독제로 손위생을 실시한다.		
8	일회용 장갑을 착용한다.		
9*	배액이 잘되고 있는지, 배액관이 꼬이거나 접혀있지 않는지, 막힌 부분이 없는지 배액관을 확인한다.		
10	배액관 삽입부위 dressing 상태(부종, 발적, 삼출물, 출혈 등)를 확인한다.		
11	배액관 위쪽을 잠근 후 흡인백을 안전하게 잡고 주의 깊게 마개를 연다.		
12	흡인백의 내용물을 눈금이 있는 측정컵에 옮겨 담는다.		
13	소독솜으로 배출구와 흡인백 마개를 닦고 사용한 소독솜을 곡반에 버린 후 흡인백을 눌러 음압이 유지된 상태에서 배출구를 닫는다.		
14*	배액관 위쪽의 잠근 것(clamping)을 열어서 배액 여부를 확인한다.		
15	배액용 측정컵에 담긴 배액양상(배액의 양, 색깔, 투명도)을 확인한다.		
16	배액물을 오염배출구(clinical sink)에 버리고 측정컵을 물로 헹군다.		
17	장갑을 벗어 의료폐기물 용기에 버린다.		
18	사용한 물품을 정리한다.		
19	물과 비누로 손위생을 실시한다.		
20	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 배액관 삽입부위 상태 2) 배액양상(배액의 양, 색깔, 투명도 등) 3) 추가적인 교육내용		
종합 상황 능력 평가	주어진 간호상황과 수행한 간호중재를 종합적으로 설명한다. - 매우 우수: 3가지 질문 모두 적절히 답함 - 우수: 2가지 질문에 적절히 답함 - 보통: 1가지 질문에 적절히 답함 - 부족: 미흡함		
총 점		점	