

부 록



성신여자대학교 간호학과



1. NANDA 간호진단 분류체계: 2015-2017

영역	과	진단	
1. 건강증진	01 건강인식	Deficient diversional activity 여가활동 부족	
		Sedentary lifestyle 비활동적 생활양식	
	02 건강관리	Frail elderly syndrome 허약노인증후군	
		Risk for frail elderly syndrome 허약노인증후군의 위험	
		Deficient community health 지역사회 건강 부족	
		Risk-prone health behavior 위험성 있는 건강행위	
		Ineffective health maintenance 비효과적 건강 유지	
		Ineffective health management 비효율적 건강관리	
		Readiness for enhanced health management 건강관리 향상을 위한 준비	
		Ineffective family health management 비효과적 가족 건강관리	
		Noncompliance 불이행	
		Ineffective protection 비효과적인 보호	
	2. 영양	03 섭취	Insufficient breast milk 불충분한 모유
			Ineffective breast feeding 비효과적 모유수유
Interrupted breast feeding 모유수유 중단			
Readiness for enhanced breast feeding 모유수유 향상을 위한 준비			
Ineffective infant feeding pattern 비효과적 영아수유 양상			
Imbalanced nutrition : Less than body requirements 영양불균형 : 신체 요구량보다 적음			
Readiness for enhanced nutrition 영양 향상을 위한 준비			
Obesity 비만			
Overweight 과체중			
Risk of overweight 과체중의 위험			
Impaired swallowing 연하장애			
04 소화		해당 진단 없음	



영역	과	진단
2. 영양	05 흡수	해당 진단 없음
	06 대사	Risk for unstable blood glucose level 불안정한 혈당수치의 위험
		Neonatal jaundice 신생아 황달
	06 대사	Risk for neonatal jaundice 신생아 황달의 위험
		Risk for impaired liver function 간 기능 장애의 위험
	07 수화작용	Deficient fluid volume 체액 부족
		Risk for deficient fluid volume 체액 부족의 위험
		Risk for imbalanced fluid volume 체액불균형의 위험
		Risk for electrolyte imbalance 전해질 불균형의 위험
		Excess fluid volume 체액 과다
		Readiness for enhanced fluid balance 체액균형 향상을 위한 준비
	3. 배설/교환	08 배뇨기능
Urinary retention 요정체		
Functional urinary incontinence 기능적 요실금		
Stress urinary incontinence 긴장성 요실금		
Urge urinary incontinence 긴박성 요실금		
Reflex urinary incontinence 반사성 요실금		
Risk for urge urinary incontinence 긴박성 요실금의 위험		
Readiness for enhanced urinary elimination 배뇨 향상을 위한 준비		
09 위장관기능		Overflow urinary incontinence 역류성 요실금
		Bowel Incontinence 변실금
		Constipation 변비
		Chronic functional constipation 만성 기능성 변비
		Risk for chronic functional constipation 만성 기능성 변비의 위험
		Diarrhea 설사



영역	과	진단
3. 배설/교환	09 위장관기능	Perceived constipation 지각된 변비
		Risk for constipation 변비의 위험
		Dysfunctional gastrointestinal motility 위장관 운동 기능장애
		Risk for dysfunctional gastrointestinal motility 위장관 운동 기능장애의 위험
	10 피부	해당 진단 없음
11 호흡기능	Impaired gas exchange 가스교환 장애	
4. 활동/휴식	12 수면/ 휴식	Insomnia 불면증
		Sleep deprivation 수면박탈
		Readiness for enhanced sleep 수면 향상을 위한 준비
	13 활동/운동	Risk for disuse syndrome 비사용 증후군의 위험
		Impaired bed mobility 침상 기동성 장애
		Impaired sitting 좌위수행 장애
		Impaired standing 기립수행 장애
		Impaired physical mobility 신체 기동성 장애
		Impaired transfer ability 이동장애
		Impaired walking 보행장애
	Impaired wheelchair mobility 휠체어 기동성 장애	
	14 에너지 균형	Fatigue 피로
		Wandering 배회
	15 심혈관/ 호흡기계 반응	Activity intolerance 활동 지속성 장애
		Risk for activity intolerance 활동의 지속성 장애의 위험
		Decreased cardiac output 심박출량 감소
		Dysfunctional ventilatory weaning response 호흡기 제거 반응장애
		Impaired spontaneous ventilation 자발적 환기장애
		Ineffective breathing pattern 비효과적 호흡 양상
Ineffective peripheral tissue perfusion 비효과적 말초조직 관류		



영역	과	진단
4. 활동/ 휴식	15 심혈관/ 호흡기계 반응	Risk for decreased cardiac tissue perfusion 심장조직관류 감소의 위험
		Risk for ineffective cerebral tissue perfusion 비효과적 뇌조직 관류의 위험
		Risk for ineffective gastrointestinal perfusion 비효과적 위장관 관류의 위험
		Risk for ineffective renal perfusion 비효과적 신장 관류의 위험
		Risk for decreased cardiac output 심박출량 감소의 위험
		Risk for impaired cardiovascular function 심혈관기능 손상의 위험
		Risk for ineffective peripheral tissue perfusion 비효과적 말초조직 관류의 위험
	16 자기 돌봄	Dressing self-care deficit 옷 입기 자기 돌봄 결핍
		Bathing self-care deficit 목욕 자기 돌봄 결핍
		Feeding self-care deficit 음식섭취 자기 돌봄 결핍
		Toileting self-care deficit 용변 자기 돌봄 결핍
		Readiness for enhanced self-care 자기 돌봄 향상을 위한 준비
		Impaired home maintenance 가정 유지 장애
Self neglect 자기무시		
5. 지각/인지	17 집중	Unilateral neglect 편측성 지각이상
	18 지남력	해당 진단 없음
	19 감각/지각	해당 진단 없음
	20 인지	Acute confusion 급성 혼동
		Chronic confusion 만성 혼동
		Deficient knowledge 지식 부족
		Impaired memory 기억장애
		Readiness for enhanced knowledge 지식 향상을 위한 준비
		Risk for acute confusion 급성혼동의 위험
		Labile emotional control 불안정한 정서 조절
Ineffective impulse control 비효과적 충동조절		



영역	과	진단
5. 지각/인지	21 의사소통	Impaired verbal communication 언어 의사소통 장애
		Readiness for enhanced communication 의사소통 향상을 위한 준비
6. 자아지각	22 자아개념	Disturbed personal identity 자아정체감 혼란
		Hopelessness 절망감
		Risk for disturbed personal identity 자아정체감 혼란의 위험
		Readiness for enhanced self-concept 자아개념 향상을 위한 준비
		Readiness for enhanced hope 희망 향상을 위한 준비
	Risk for compromised human dignity 인간존엄성 혼란의 위험	
	23 자존감	Chronic low self-esteem 만성적 자존감 저하
		Risk for chronic low self-esteem 만성적 자존감 저하의 위험
		Risk for situational low self-esteem 상황적 자존감 저하의 위험
		Situational low self-esteem 상황적 자존감 저하
24 신체상	Disturbed body image 신체상 손상	
7. 역할 관계	25 돌봄 제공자 역할	Caregiver role strain 돌봄제공자 역할 긴장
		Risk for caregiver role strain 돌봄제공자 역할 긴장의 위험
		Impaired parenting 부모역할장애
		Risk for Impaired parenting 부모역할장애의 위험
		Readiness for enhanced parenting 부모역할 향상을 위한 준비
	26 가족관계	Readiness for enhanced family processes 가족과정 향상을 위한 준비
		Interrupted family processes 가족과정 손상
		Dysfunctional family processes 가족 과정 기능 장애
Risk for impaired attachment 애착 장애의 위험		



영역	과	진단
7. 역할 관계	27 역할 수행	Impaired social interaction 사회적 상호작용 장애
		Ineffective relationship 비효과적 관계
		Risk for Ineffective relationship 비효과적 관계의 위험
		Ineffective role performance 비효과적 역할수행
		Parental role conflict 부모 역할 갈등
		Readiness for enhanced relationship 관계 향상을 위한 준비
8. 성	28 성정체감	해당 진단 없음
	29 성 기능	Ineffective sexually patterns 비효과적 성적 양상
		Sexual dysfunction 성기능 장애
	30 생식	Ineffective childbearing process 비효과적 임신과 출산과정
		Readiness for enhanced childbearing process 임신과 출산과정 향상을 위한 준비
		Risk for Ineffective childbearing process 비효과적 임신과 출산과정의 위험
Risk for disturbed maternal/ fetal dyad 모자관계 장애의 위험		
9. 대응/ 스트레스 내성	31 외상 후 반응	Relocation stress syndrome 환경변화 스트레스 증후군
		Risk for relocation stress syndrome 환경변화 스트레스 증후군의 위험
		Rape-trauma syndrome 강간-상해 증후군
		Post-trauma syndrome 외상 후 증후군
		Risk for post-trauma syndrome 외상 후 증후군의 위험
		32 대처반응
	Risk for ineffective activity planning 비효과적 활동계획의 위험	
	Anxiety 불안	
	Defensive coping 방어적 대처	
	Ineffective coping 비효과적 대처	
	Readiness for enhanced coping 대처향상을 위한 준비	
	Ineffective community coping 비효과적 지역사회 대처	



영역	과	진단
9. 대응/ 스트레스 내성	32 대처반응	Readiness for enhanced community coping 지역사회 대처 향상을 위한 준비
		Compromised family coping 손상된 가족 대처
		Disabled family coping 가족 대처 불능
		Readiness for enhanced family coping 가족대처 향상을 위한 준비
		Death anxiety 죽음 불안
		Ineffective denial 비효과적 부정
		Fear 두려움
		Grieving 슬픔
		Complicated grieving 기능이상을 유발하는 슬픔
		Risk for complicated grieving 기능이상을 유발하는 슬픔의 위험
	32 대처반응	Impaired mood regulation 기분조절장애
		Readiness for enhanced power 파워 향상을 위한 준비
		Powerlessness 무력감
		Risk for powerlessness 무력감의 위험
		Impaired resilience 극복력 장애
		Readiness for enhanced resilience 극복력 향상을 위한 준비
		Risk for impaired resilience 극복력 장애의 위험
		Stress overload 스트레스 과다 Chronic sorrow 만성비탄
	33 신경, 행동학적 스트레스	Autonomic dysreflexia 자율적 반사 장애
		Risk for autonomic dysreflexia 자율적 반사 장애의 위험
		Disorganized infant behavior 비조직적 영아행동
		Risk for disorganized infant behavior 비조직적 영아 행동의 위험
		Readiness for enhanced organized infant behavior 조직적 영아행동 향상을 위한 준비
		Decreased intracranial adaptive capacity 두개 내 적응능력 감소



영역	과	진단
10. 삶의 원칙	34 가치	해당 진단 없음
	35 신념	Readiness for enhanced spiritual well-being 영적안녕 향상을 위한 준비
	36 가치/신념/ 행동일치성	Decisional conflict 의사결정 갈등
		Spiritual distress 영적고뇌
		Risk for spiritual distress 영적 고뇌의 위험
		Risk for impaired religiosity 신앙심 손상의 위험
		Impaired religiosity 손상된 신앙심
		Readiness for enhanced religiosity 신앙심 향상을 위한 준비
		Moral distress 도덕적 고뇌
		Impaired emancipated decision-making 자주적 의사결정 장애
		Readiness for enhanced emancipated decision-making 자주적 의사결정 향상을 위한 준비
	Risk for impaired emancipated decision-making 자주적 의사결정 장애의 위험	
	Readiness for enhanced decision making 의사결정 향상을 위한 준비	
11. 안전/ 보호	37 감염	Risk for infection 감염의 위험
	38 신체적 손상	Ineffective airway clearance 비효과적 기도청결
		Risk for aspiration 흡인의 위험
		Risk for bleeding 출혈 위험성
		Risk for dry eye 안구건조의 위험
		Risk for falls 낙상의 위험
		Risk for injury 상해의 위험
		Risk for corneal injury 각막손상의 위험
		Risk for peri-operative positioning injury 수술 중 체위 관련 상해의 위험
		Risk for thermal injury 열 손상의 위험
Risk for urinary tract injury 요로손상의 위험		



영역	과	진단
11. 안전/ 보호	38 신체적 손상	Impaired dentition 치열장애
		Impaired oral mucous membrane 구강점막 손상
		Risk for impaired oral mucous membrane 구강점막 손상의 위험
		Risk for peripheral neurovascular dysfunction 말초신경 혈관 기능이상의 위험
		Risk for pressure ulcer 욕창의 위험
		Risk for shock 쇼크의 위험
		Impaired skin integrity 피부통합성 장애
		Risk for impaired skin integrity 피부통합성 장애의 위험
		Risk for sudden infant death syndrome 영아급사증후군의 위험
		Risk for suffocation 질식의 위험
		Delayed surgical recovery 수술 후 회복지연
		Risk for delayed surgical recovery 수술 후 회복지연의 위험
		Impaired tissue integrity 조직 통합성 장애
		Risk for impaired tissue integrity 조직 통합성 장애의 위험
		Risk for trauma 외상의 위험
		Risk for vascular trauma 혈관 외상의 위험
	39 폭력	Risk for other-directed violence 타인에 대한 폭력의 위험
		Risk for self-directed violence 자신에 대한 폭력의 위험
		Self-mutilation 자해
		Risk for self-mutilation 자해의 위험
		Risk for suicide 자살의 위험
	40 환경적 위험	Risk for poisoning 중독의 위험
		Risk for contamination 오염의 위험
		Contamination 오염



영역	과	진단	
11. 안전/ 보호	41 방어과정	Latex allergy response 라텍스 알레르기 반응	
		Risk for latex allergy response 라텍스 알레르기 반응의 위험	
		Risk for adverse reaction to iodinated contrast media 요오드성 조영제 부작용의 위험	
		Risk for allergy response 알레르기 반응의 위험	
	42 체온조절	Risk for imbalanced body temperature 체온 불균형의 위험	
		Ineffective thermoregulation 비효과적 체온조절	
		Risk for hypothermia 저체온의 위험	
		Risk for perioperative hypothermia 수술 중 저체온의 위험	
		Hyperthermia 고체온	
		Hypothermia 저체온	
	12. 안위	43 신체적 안위	Acute pain 급성 통증
			Chronic pain 만성 통증
Nausea 오심			
Labor pain 분만 통증			
Chronic pain syndrome 만성 통증증후군			
Impaired comfort 안위 손상			
Readiness for enhanced comfort 안위 향상을 위한 준비			
44 환경적 안위		Readiness for enhanced comfort 안위 향상을 위한 준비	
		Impaired comfort 안위 손상	
45 사회적 안위		Social isolation 사회적 고립	
		Impaired comfort 안위 손상	
		Risk for loneliness 외로움의 위험	
	Readiness for enhanced comfort 안위 향상을 위한 준비		
13. 성장/ 발달	46 성장	Risk for disproportionate growth 불균형적 성장의 위험	
	47 발달	Risk for delayed development 발달지연의 위험	

□ 참고문헌: Herdman & Kamitsuru 공저, 고일선, 송라운, 오의금 공역 (2016). 간호진단 정의와 분류 2015-2017. 정담미디어



2. 핵심기본간호술 체크리스트

실습병원 : _____

실습기간 : _____

성 명 : _____

학 번 : _____

핵심기본간호술 항목	이론	관찰	설명	수행
1. 활력징후 측정				
2. 경구투약				
3. 근육주사				
4. 피하주사(간이 혈당측정 검사 포함)				
5. 피내주사(전완의 내측 면)				
6. 정맥 수액 주입				
7. 수혈요법				
8. 간헐적 위관영양				
9. 단순도뇨(nelaton catheterization)				
10. 유치도뇨(indwelling, catheterization)				
11. 배출관장				
12. 수술 전 간호(심호흡 격려, 수술부위 피부준비 및 주의사항)				
13. 수술 후 간호(배액관-JP, Hemovac 관리, IV PCA 관리)				
14. 입원관리하기				
15. 보호 장구 착용 및 폐기물 관리				
16. 산소포화도 측정(Pulse oximeter)과 심전도 모니터(EKG monitor) 적용				
17. 비강 캐놀라를 이용한 산소 요법				
18. 기관 내 흡인(endotracheal suction)				
19. 기관절개관 관리(tracheostomy care)				
20. 기본 심폐소생술 및 체세동기 적용				
21. 구강간호				
22. 침상목욕				
23. 침상세발				
24. 체위변경				
25. Heparin lock을 통한 정맥주입				
26. 통증사정				



3. 핵심기본간호술 지침

핵심기본간호술 항목	난이도
1. 활력징후 측정	하
2. 경구투약	하
3. 근육주사	중
4. 피하주사(간이 혈당측정 검사 포함)	중
5. 피내주사 (전완의 내측 면)	상
6. 정맥 수액 주입	상
7. 수혈요법	상
8. 간헐적 위관영양	중
9. 단순도뇨(nelaton catheterization)	중
10. 유치도뇨(indwelling, catheterization)	상
11. 배출관장	중
12. 수술 전 간호(심호흡 격려, 수술부위 피부준비 및 주의사항)	중
13. 수술 후 간호(배액관-JP, Hemovac 관리, IV PCA 관리)	중
14. 입원관리하기	하
15. 보호 장구 착용 및 폐기물관리	중
16. 산소포화도 측정(Pulse oximeter)과 심전도 모니터(EKG monitor) 적용	하
17. 비강 캐놀라를 이용한 산소 요법	하
18. 기관 내 흡인 (endotracheal suction)	상
19. 기관절개관 관리 (tracheostomy care)	상
20. 기본 심폐소생술 및 제세동기 적용	중
21. 구강간호	
22. 침상목욕	
23. 침상세발	
24. 체위변경	
25. Heparin lock을 통한 정맥주입	
26. 통증사정	



1) 활력징후 측정

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 체온, 맥박, 호흡, 혈압을 정확하게 설명할 수 있다. ▪ 체온, 맥박, 호흡, 혈압을 정확하게 측정할 수 있다. ▪ 체온, 맥박, 호흡, 혈압의 측정결과를 정확하게 기록할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 체온, 맥박, 호흡, 혈압의 정상범위 ▪ 체온, 맥박, 호흡, 혈압에 영향을 미치는 요인
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 초침이 있는 시계 ▪ 전자 체온계/고막 체온계(1회용 탐침 덮개) ▪ 아네로이드 혈압계 ▪ 청진기(교육용 청진기 준비) ▪ 소독솜 ▪ 손소독제, 간호기록지, 쟁반(tray)
4. 수행시간	10분
5. 수행항목	액와 체온, 맥박과 호흡, 혈압
	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. [처음 입원 시] 1분간 맥박수를 측정한다. [입원 중 규칙적임을 확인한 후] 30초 동안 맥박수를 측정한 후 2배를 한다. 11) 맥박을 측정한 후 동맥에 손을 그대로 댄 채로 호흡을 측정한다.



[처음 입원 시] 1분간 호흡수를 측정한다.

[입원 중] 30초 동안 호흡수를 측정한 후 2배를 한다.

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) 팔오금 상완동맥 2-3cm위에 커프의 bulb에 연결된 줄이 상완동맥과 평행이 되게 놓이도록 하고 손가락 하나가 들어갈 정도의 여유를 주고 감는다.

16) 손가락으로 상완동맥을 찾아 그 위에 청진기를 대고, 움직이지 않게 손으로 고정한다.

※ 참고) 처음(initial) 혈압측정인 경우 다음의 사항을 15번 후에 먼저 시행한다.

1. 한 손으로 혈압계의 조절 밸브를 잠그고 압력 밸브를 눌러 커프에 공기를 넣고, 다른 손의 손가락을 상완동맥 또는 요골동맥 위에 올려놓는다.
2. 상완동맥 또는 요골동맥을 촉지 하여 맥박이 소실되는 지점에서 혈압계의 눈금을 30mmHg 정도 더 올린다.
3. 조절 밸브를 천천히 열어 눈금을 1초에 2mmHg의 속도로 내리면서 상완동맥이나 요골동맥에서의 맥박이 다시 촉지 되는 지점의 눈금을 읽어서 기억한다.
4. 커프의 공기를 완전히 뺀 후 최소한 15초 동안 기다린다.

17) 혈압계의 조절 밸브를 잠그고 압력 bulb를 눌러 혈압계의 눈금이 160-200mmHg까지 올라가게 공기를 넣는다.

※ 처음(initial) 측정인 경우, 다음의 사항을 시행한다. 혈압계의 조절 밸브를 잠그고 압력 bulb를 눌러 혈압계의 눈금이 상완동맥이나 요골동맥에서의 맥박이 다시 촉지 되었던 지점의 눈금을 기억하여 눈금보다 30mmHg 더 올라가게 혈압계의 눈금을 올린다.

18) 조절 밸브를 천천히 열어 1초에 2mmHg씩 눈금을 내리면서 처음 소리가 들리는 지점의 눈금을 읽어서 기억한다.

19) 조절 밸브를 천천히 열어 차츰 커프에서 공기를 빼면서 소리가 없어지는 지점의 눈금을 읽어서 기억한다.

20) 조절 밸브를 완전히 열어 커프에서 공기를 완전히 뺀 후 커프를 풀어, 혈압계를 정리한다.



21) 대상자의 환의를 정리한다.
22) 측정된 혈압을 메모한다.
23) 청진기의 귀꽃이(ear piece)와 판막(diaphragm)을 소독솜으로 닦는다.
24) 물과 비누로 손위생을 실시한다.
25) 간호기록지에 호흡, 체온, 맥박, 혈압측정치를 기록한다.
고막 체온
1) 필요한 물품을 준비하고 작동여부를 확인한다.
2) 준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.
3) 손소독제로 손위생을 실시한다.
4) 대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.
5) 대상자에게 체온을 측정하는 목적과 절차를 설명한다.
6) 용기에서 탐침 덮개를 꺼낸 후 탐침 덮개를 고막체온계에 덮는다.
7) 대상자의 머리를 한 쪽으로 돌려 체온을 측정할 귀를 노출시킨 후 귓바퀴를(성인의 귓바퀴는 후상방으로, 소아는 후하방으로) 당긴 다음 탐침을 부드럽게 외이도로 삽입하여 체온을 측정한다.
8) 탐침 덮개를 제거 한 후 체온을 메모한다.
9) 물과 비누로 손위생을 실시한다.
10) 간호기록지에 체온을 기록한다.

※ 체온을 고막으로 측정하는 경우 위의 절차로 체온, 맥박, 호흡을 측정

※ 맥박과 호흡, 혈압측정은 위의 절차와 동일함.



2) 경구투약

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 경구투약의 기본원칙을 설명할 수 있다. ▪ 경구투약을 준비할 수 있다. ▪ 경구투약에 적절한 체위를 취하고 투약할 수 있다. ▪ 경구 투약 수행 후 기록할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약의 기본 원칙 ▪ 대상자의 경구투약 가능 여부 사정방법 ▪ 경구 투약 시 유의사항
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약카드(또는 컴퓨터 출력물) ▪ 투약카트 또는 트레이 ▪ 물, 물컵(필요시 빨대) ▪ 휴지(또는 종이타월) ▪ 투약기록지, 간호기록지 ▪ 손소독제 ▪ 투약 컵 또는 약 봉지 ▪ 코프시럽 약병(실제 먹을 수 있는 것으로 준비)
4. 수행시간	7분
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 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 등)을 확인한다. 3) 경구 투약에 필요한 물품을 준비한다. 4) 준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다. 5) 손소독제로 손위생을 실시한다. 6) 대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약 카드(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) 약물을 흘리지 않도록 휴지나 타월을 대준다. 10) 구강건조로 연하곤란이 있는지 확인하기 위해 침을 삼켜보거나 물을 한 모금 마셔보도록 한다.



- | | |
|--|---|
| | <p>11) 알약은 한꺼번에 복용하지 말고, 입 속에 부드럽게 넣어주고 한 번에 한 알씩 복용하도록 돕는다. 알약 복용 후에 물약을 복용하도록 한다.</p> |
| | <p>12) 약물을 다 삼킬 때까지 대상자 옆에 있으면서, 약물복용 여부를 확인 하기가 어려우면 대상자에게 말을 시켜보거나 입을 벌려보도록 한다.</p> |
| | <p>13) 투약 후에는 대상자가 편안한 체위를 취하도록 도와준다.</p> |
| | <p>14) 물과 비누로 손위생을 실시한다.</p> |
| | <p>15) 수행 결과를 간호기록지와 투약기록지에 기록한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) ② 필요시 투약목적, 대상자의 반응, 투약 못한 이유 |



3) 근육주사

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 근육주사의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 근육주사 약물을 정확하게 준비할 수 있다. ▪ 근육주사 부위를 정확히 선정하여 근육주사를 수행할 수 있다. ▪ 근육주사 수행 후 기록할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약의 기본 원칙 ▪ 무균술 ▪ 근육주사 부위 ▪ 근육주사 시 주의사항과 합병증
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 근육주사용 둔부모형 ▪ 투약카드(또는 컴퓨터 출력물) ▪ 일회용 멸균 주사기(바늘 포함) 규격별(2~5cc) 2개씩 ▪ 소독솜, 손소독제 ▪ 약품(Diclofenac 4mg)라벨이 붙은 앰플 2개 <ul style="list-style-type: none"> - 시나리오에 따라 주사부위 및 약품이 달라짐 ▪ 투약카드 또는 쟁반(tray) ▪ 투약기록지, 간호기록지 ▪ 손상성폐기물 전용용기, 일반 의료폐기물 전용용기
4. 수행시간	7분
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 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) 근육주사에 필요한 약물과 용량을 정확한 방법으로 주사기에 준비한다. 4) 필요한 물품을 준비한다. 5) 대상자에게 간호사 자신을 소개한다. 6) 손소독제로 손위생을 실시한다. 7) 대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드를 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) <ul style="list-style-type: none"> ① 둔부의 배면 부위: 엎드려 누운 자세에서 엄지발가락을 안쪽으로 모으고



둔부를 노출시킨 다음 대전자와 후상장골극을 연결한 사선의 상외측이나 장골능에서 5cm 아래, 또는 둔부를 4등분한 상외측부위를 주사부위로 선정한다.

- ② 둔부의 복면 부위: 왼쪽 측위로 누워 오른쪽 무릎을 구부린 자세에서 둔부를 노출시킨 다음 간호사는 왼손의 손바닥을 대상자의 오른쪽 대전자 위에, 집게손가락은 전상장골극(anterior superior iliac spine) 위에 올려놓고 가운데 손가락은 장골능을 따라 V자로 벌려서 주사 부위를 선정한다.
- ③ 대퇴 부위: 앉거나 누운 자세에서 대퇴 부위를 노출시킨 다음 외측광근을 3등분한 가운데 부분, 또는 대퇴직근 부위를 주사 부위로 선정한다.
- ④ 삼각근 중앙 부위: 앉거나 선 자세 또는 측위에서 어깨를 노출시킨 다음 상박의 외측, 견봉돌기에서 5cm 아래 부위를 주사부위로 선정한다.

11) 손소독제로 손위생을 실시한다.

12) 선정된 부위를 소독솜으로 안쪽에서 바깥쪽으로 직경 5~8cm 정도 둥글게 닦아낸 후 소독약이 마르면 투약카드를 보고 약을 확인한 후 한 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 마사지 한다. (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 손상성 폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다.)

20) 물과 비누로 손위생을 실시한다.

21) 수행결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다.

- ① 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간)
- ② 필요시 투약목적, 환자의 반응, 투약을 못한 이유



4) 피하주사(간이 혈당측정 검사 포함)

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 피하주사의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 혈당 검사와 피하주사에 필요한 물품과 약물을 정확하게 준비할 수 있다. ▪ 피하주사부위를 정확하게 선정하여 피하주사를 수행할 수 있다 . ▪ 피하주사 수행 후 기록하고 인슐린을 투여한 경우 적절한 후 처치를 할 수 있다. 		
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약의 기본 원칙 ▪ 무균술 ▪ 피하주사 부위 ▪ 간이 혈당측정기 사용 및 관리법 ▪ 혈당검사결과 판정과 비정상 혈당의 증상과 대처법 		
3. 필요장비 및 물품	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약카드(또는 컴퓨터 출력물) ▪ 주사용 인슐린 ▪ 인슐린 주사기 ▪ 간이 혈당측정기 ▪ 피하주사 모형 ▪ 채혈기(penlet) ▪ 채혈침(lancet) ▪ 소독솜, 손소독제 </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 피하주사 부위 순환 그림 ▪ 장갑(필요시) ▪ 검사지(strip) ▪ 투약카드 또는 쟁반(tray) ▪ 투약기록지, 간호기록지 ▪ 혈당기록지 ▪ 손상성폐기물 전용용기 ▪ 일반 의료폐기물 전용용기 </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약카드(또는 컴퓨터 출력물) ▪ 주사용 인슐린 ▪ 인슐린 주사기 ▪ 간이 혈당측정기 ▪ 피하주사 모형 ▪ 채혈기(penlet) ▪ 채혈침(lancet) ▪ 소독솜, 손소독제 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 피하주사 부위 순환 그림 ▪ 장갑(필요시) ▪ 검사지(strip) ▪ 투약카드 또는 쟁반(tray) ▪ 투약기록지, 간호기록지 ▪ 혈당기록지 ▪ 손상성폐기물 전용용기 ▪ 일반 의료폐기물 전용용기
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약카드(또는 컴퓨터 출력물) ▪ 주사용 인슐린 ▪ 인슐린 주사기 ▪ 간이 혈당측정기 ▪ 피하주사 모형 ▪ 채혈기(penlet) ▪ 채혈침(lancet) ▪ 소독솜, 손소독제 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 피하주사 부위 순환 그림 ▪ 장갑(필요시) ▪ 검사지(strip) ▪ 투약카드 또는 쟁반(tray) ▪ 투약기록지, 간호기록지 ▪ 혈당기록지 ▪ 손상성폐기물 전용용기 ▪ 일반 의료폐기물 전용용기 		
4. 수행시간	10분		
5. 수행항목	간이 혈당측정 및 피하주사		
	1) 물과 비누로 손위생을 실시한다.		
	2) 간이 혈당측정에 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 혈당측정, 목적과 절차에 대해 설명한다.		
	7) 대상자의 손가락 끝을 채혈하기 적절한지 확인한 다음 소독솜으로 닦아 말린다.		
	8) 채혈기에 채혈침을 끼워 대상자의 피부 상태에 맞도록 삽입깊이를 조절한다.		
	9) 검사지를 꺼내 혈당측정기를 준비한다. (기계에 따라 시행 - 전원작동, 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 눌러준다.
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 실시한다.
15)	혈당 기록지에 혈당 측정치를 기록한다.
16)	혈당 측정치에 따라 R-I Scale에 따른 투약할 인슐린 양을 확인한 후, 투약카드를 준비한다.
17)	손소독제로 손위생을 실시한다.
18)	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간)을 확인하여 정확한 양의 인슐린을 주사기에 준비한다.
19)	피하주사에 필요한 물품을 준비한다.
20)	손소독제로 손위생을 실시한다.
21)	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.
22)	준비된 약물의 투여목적과 작용 및 유의사항에 대해 설명한다.
23)	인슐린 주사 부위 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 실시한다.
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 삽입한 후 약물을 주입한다.
27)	주사바늘을 재빨리 뺀 후 주사기는 쟁반(tray)에 넣고, 주사기를 빼낸 부위는 소독솜으로 살짝 눌러주되 주사부위는 마사지하지 않는다.
28)	인슐린 주사부위 기록지(그림표)에 주사시행 사항을 기록한다.(날짜,



	시간, 서명)
	29) 사용한 물품을 정리한다. (주사바늘은 뚜껑을 되씌우지 않은 채 손상성폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솥과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다.)
	30) 물과 비누로 손위생을 실시한다.
	31) 수행결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. ① 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) ② 필요시 투약목적, 대상자의 반응, 투약 못한 이유, 혈당측정결과, 인슐린 투여량



5) 피내주사 (전완의 내측면)

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 피내주사의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 피부반응 검사에 필요한 용액과 필요한 물품을 준비할 수 있다. ▪ 피내주사를 정확히 수행할 수 있다. ▪ 피내주사 결과를 판독하고 기록할 수 있다. 		
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약의 기본 원칙 ▪ 무균술 ▪ 피내주사 부위 ▪ 피내주사 결과 판독법 		
3. 필요장비 및 물품	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약카드(또는 컴퓨터 출력물) ▪ 1mL 주사기 2개 ▪ 5mL 주사기 ▪ 소독솜 ▪ 피내 주사용 모형 ▪ 주사용 바이알 </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 주사용 증류수 (혹은 생리식염수) 앰플 ▪ 투약카트 또는 쟁반(tray) ▪ 투약기록지 ▪ 손상성폐기물 전용용기 ▪ 일반 의료폐기물 전용용기 ▪ 손소독제 </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약카드(또는 컴퓨터 출력물) ▪ 1mL 주사기 2개 ▪ 5mL 주사기 ▪ 소독솜 ▪ 피내 주사용 모형 ▪ 주사용 바이알 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 주사용 증류수 (혹은 생리식염수) 앰플 ▪ 투약카트 또는 쟁반(tray) ▪ 투약기록지 ▪ 손상성폐기물 전용용기 ▪ 일반 의료폐기물 전용용기 ▪ 손소독제
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약카드(또는 컴퓨터 출력물) ▪ 1mL 주사기 2개 ▪ 5mL 주사기 ▪ 소독솜 ▪ 피내 주사용 모형 ▪ 주사용 바이알 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 주사용 증류수 (혹은 생리식염수) 앰플 ▪ 투약카트 또는 쟁반(tray) ▪ 투약기록지 ▪ 손상성폐기물 전용용기 ▪ 일반 의료폐기물 전용용기 ▪ 손소독제 		
4. 수행시간	10분		
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 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 바이알에서 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 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 피내 주사의 목적과 절차에 대해 설명한다.
- 15) 적절한 피내주사 부위를 선택한다(전완의 내측 면).
- 16) 대상자의 팔을 침대나 침상 밑 탁자(over-bed table) 위에 바로 펴서 엮은 다음 편안한 자세로 있게 한다.
- 17) 손소독제로 손위생을 실시한다.
- 18) 주사 놓을 부위를 소독솜으로 안에서 바깥쪽으로 직경 5-8cm 정도 둥글게 닦은 다음 소독액이 마를 때까지 잠시 기다린다.
- 19) 한 손으로 주사부위 위쪽 또는 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 생략됨.
- 23) 작은 낭포의 둘레를 볼펜으로 동그랗게 표시한 다음, 주사약명과 투여시간을 적고 주사 부위는 마사지 하지 않는다.
- 24) 사용한 물품을 정리한다.(주사바늘은 뚜껑을 되씌우지 않은 채 손상 폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료 폐기물 전용용기에 버린다.)
- 25) 물과 비누로 손위생을 실시한다.
- 26) 15분 후에 주사 부위의 피부반응 결과를 관독한다.
- 27) 수행결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다.
 - ① 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간)
 - ② 피부반응결과: 양성 혹은 음성
 - ③ 필요시 투약목적, 대상자의 반응, 투약 못한 이유



6) 정맥 수액 주입

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 수액주입의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 수액과 정맥주입 기구와 약물을 준비할 수 있다. ▪ 혈관 카테터 삽입(정맥천자)과 수액연결, 수액주입을 수행할 수 있다. ▪ 정맥 수액 주입 용량과 속도를 조절할 수 있다. ▪ 정맥 수액 주입 후 기록할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약의 기본 원칙 ▪ 무균술 ▪ 말초정맥 주사 부위 ▪ 수액용량계산 및 수액주입속도조절 ▪ 말초정맥 수액 종류와 부작용
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5% Dextrose Water 500mL(수액백) ▪ 수액세트 ▪ 22~24G 혈관 카테터(angio catheter) ▪ 지혈대(tourniquet) ▪ 소독솜 또는 포비돈 스틱 ▪ 수액 걸대(IV pole) ▪ 곡반(kidney basin) ▪ 투명 필름 드레싱(tegaderm 또는 IV 3000 또는 고정용 반창고) ▪ 5% DW 500mL IV라고 쓰여진 약 카드 ▪ 정맥 주사 팔 모형 ▪ 투약카드 또는 쟁반(tray) ▪ 투약기록지, 손소독제 ▪ 손상성 폐기물 전용용기 ▪ 일반 의료폐기물 전용용기 ▪ 수액백 부착용 라벨
4. 수행시간	10분
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 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) 투약 처방을 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. <ol style="list-style-type: none"> ① 수액백의 고무마개를 소독솜으로 닦은 후 수액세트를 깨끗이 씻어 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 부위 보다 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 위쪽이나 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 잡고 카테터의 삽입 각도를 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.



- | | |
|--|--|
| | 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 손상성 폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다). |
| | 28) 물과 비누로 손위생을 실시한다. |
| | 29) 수행결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다.
① 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간)
② 필요시 투약목적, 환자의 반응, 투약을 못한 이유 |



7) 수혈요법

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 수혈의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 수혈에 필요한 물품을 준비할 수 있다. ▪ 수혈제제를 연결하고 주입 속도에 맞추어 주입할 수 있다. ▪ 수혈 부작용으로 인한 환자상태를 감지할 수 있다. ▪ 수혈 수행 전, 중, 후에 정확하게 기록할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 혈액검사와 혈액 성분의 종류 ▪ 수혈 전 확인해야 하는 사항(혈액 검사 등) ▪ 수혈 중 유의 사항(주입 속도 조절 등) ▪ 수혈 후 부작용의 종류와 간호
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 정맥주사 팔 모형 ▪ 스티커 (라벨) 부착된 혈액제제 백 ▪ 혈액 종류에 따른 수혈세트 ▪ 소독솜 또는 포비돈 스틱 ▪ 수액 걸대(IV pole) ▪ 청결장갑 ▪ 3-way stopcock ▪ 투약카트 또는 쟁반(tray) ▪ 초침시계, 곡반 ▪ 청진기, 혈압계, 전자/고막체온계 ▪ 손소독제 ▪ 손상성 의료폐기물 전용용기 ▪ 일반 의료폐기물 전용용기 ▪ 간호기록지 ▪ 수혈 sign할 기록지 ▪ 수혈동의서
4. 수행시간	10분
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 1) 수혈 처방을 확인한 후 수혈동의서를 확인한다. 2) 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. 3) 물과 비누로 손위생을 실시한다. 4) 필요한 물품을 준비한다. 5) 준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다. 6) 손소독제로 손위생을 실시한다. 7) 대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한 후 혈액형을 말하도록 하여 준비한 혈액과 동일한지 확인한다(의료인 2인이 직접 실시). 8) 대상자에게 과거 수혈경험과 부작용 경험 유무를 확인하고, 수혈의 목적, 부작용을 설명한다.



- 9) 수혈 전 활력징후 측정과 피부상태 관찰, 가려움증과 같은 대상자 상태를 확인한다.
- 10) 손소독제로 손위생을 실시한다.
- 11) 장갑을 착용한다.
- 12) 수혈세트를 꺼내어 조절기(clamp)를 완전히 잠근다.
- 13) 삽입침을 혈액백에 정확하게 삽입하여 수혈세트와 혈액백을 연결한다.
- 14) drip chamber에 2/3~3/4 이상 혈액을 채운 후, 수혈세트의 조절기를 열고 공기를 완전히 제거한다.
- 15) 생리식염수 주입 line에 있는 3-way stopcock의 보호덮개를 열고 소독솜으로 연결부위를 소독한 후 수혈세트를 연결한다.
- 16) 3-way의 조절기를 돌려서 혈액제제가 주입되도록 하고, 다른 수액이 주입되지 않도록 한다.
- 17) 수혈세트 조절기(clamp)를 열어 수혈을 시작하고 잘 들어가는지, 팔이 붓지 않는지를 확인한다.
- 18) 첫 15분 동안 15~20gtts/분으로 주입속도를 맞춘다.
- 19) 청결장갑을 벗는다.
- 20) 수혈 직후 15분간 주의 깊게 관찰하고, 다음사항을 대상자에게 설명한다.
 - ① 주사부위에 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
- 21) 사용한 물품을 정리한다.
- 22) 물과 비누로 손위생을 실시한다.
- 23) 수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다.
 - ① 혈액제제의 종류, 혈액형, irradiation 유무, 수혈 양, 혈액 주입 시작 시간과 주입속도
 - ② 수혈 전·중·후 활력징후
 - ③ 수혈 부작용 발생 유무



8) 간헐적 위관영양

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 간헐적 위관영양의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 간헐적 위관영양액과 물품을 준비할 수 있다. ▪ 간헐적 위관영양을 정확하게 수행할 수 있다. ▪ 간헐적 위관영양 수행을 정확하게 기록할 수 있다 .
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 내과적 무균술 ▪ 위관영양의 적응증 ▪ 위관영양 시 체위와 영양액 투여 시 주의사항 ▪ 위관 영양 부작용의 종류와 간호
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 처방된 위관영양액 ▪ 관장용 주사기(50mL), 영양액 주입 용기와 세트 ▪ 물 ▪ 쟁반(tray), 곡반(폐기물 용도) ▪ 위 모형이 있는 인형 ▪ 손소독제, 간호기록
4. 수행시간	10분
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 1) 물과 비누로 손위생을 실시한다. 2) 처방된 위관 영양액을 포함하여 필요한 물품을 준비한다. 3) 처방된 위관영양액을 채운 정도의 온도로 데운다. 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) 대상자의 옷에 고정되어 있는 위관을 풀고, 꺾은 후 마개를 빼고 위관에 소량의 공기가 든 주사기를 연결한다. 11) 꺾어 쥘 위관을 풀고 위관을 위벽에서 분리하기 위해 공기를 주입한 후 주사기로 위 내용물을 흡인하고, 내용물이 소화액인 경우에는 위로 다시 주입한다. <ul style="list-style-type: none"> ※ 참고) 흡인해 낸 위 내용물이 200~250mL 미만이면 위로 다시 주입하고, 250mL 이상으로 소화가 안 된 채 나오면 영양공급을 하지 않고 의사에게 알린다.



- 12) 위관을 꺾어서 쥐고 주사기를 분리하고 위관 마개를 막는다.
- 13) 처방된 위관영양액을 담은 용기를 주입세트와 연결한 다음 공기를 끝부분까지 제거하고 걸대(pole대)에 건다.
- 14) 주사기 내관을 제거한 뒤 위관을 꺾어 쥘 후 위관 마개를 열고 위관에 주사기를 연결한다.
- 15) 실온의 물 15~30mL 정도를 주사기에 붓고 꺾어 쥘 위관을 풀어 천천히 주입하다가 주사기 끝에 물이 도달했을 때 다시 위관을 꺾어 쥐고 주사기를 제거한다.
- 16) 걸대에 걸어둔 처방된 위관영양액 용기를 위관에 연결한 후 꺾어 쥘 위관을 풀고 용액을 천천히 주입한다.
- ※ 참고) 1분에 50mL 이하의 속도로 주입
- 17) 처방된 위관영양액을 모두 주입하여 용기 끝에 용액이 도달했을 때 위관을 꺾어 쥘 후 용기를 제거한다.
- 18) 내관을 뺀 주사기를 위관에 연결하고 실온의 물 30~60mL를 주사기에 부어 위관을 씻어준다.
- 19) 물이 위관으로 다 주입되기 직전에 위관을 꺾어 쥘 후 주사기를 빼고 위관 마개를 막은 후 위관을 다시 제자리에 고정한다.
- 20) 대상자에게 구토를 예방하기 위해 앓아 있어야 함을 설명하고 현재의 자세(30~45°앓은 자세)를 30분 이상 유지하도록 한다.
- 21) 사용한 물품을 정리한다.
- 22) 물과 비누로 손위생을 실시한다.
- 23) 수행결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다.
- ① 날짜 및 시간
 - ② 용액의 양과 형태, 주입시간
 - ③ 대상자의 반응
 - ④ 대상자의 팽만감이나 구토증
 - ⑤ 대상자의 자세



9) 단순도뇨 (Nelatone catheterization)

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 단순도뇨의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 단순도뇨에 필요한 물품을 준비할 수 있다. ▪ 단순도뇨를 정확하게 수행할 수 있다. ▪ 단순도뇨 수행을 정확하게 기록할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 무균술 ▪ 요도와 방광의 해부생리와 기능 ▪ 단순도뇨의 목적과 적응증
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 도뇨세트(forcep, 마른거즈, 종지, 공포) ▪ 단순 도뇨관(5~10fr, 각 2개) ▪ 멸균장갑, 1회용 장갑, 거즈 ▪ 소독솜, 이동감자 ▪ 윤활제(멸균) ▪ 쟁반(tray), 곡반 ▪ 방수포(1회용) 또는 고무포와 반홀이불 ▪ (필요시) 홀이불 ▪ 소변기 ▪ 도뇨 모형 ▪ 손소독제, 간호기록지
4. 수행시간	10분
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 1) 물과 비누로 손위생을 실시한다. 2) 필요한 물품을 준비한다. 3) 도뇨세트를 쟁반(tray) 위에 놓고 무균적으로 편다. 4) 도뇨세트의 종지에 소독솜을 넣고, 멸균 윤활제를 세트 내에 짜 넣는다. 5) 적당한 크기의 도뇨관을 무균적으로 세트 속에 넣은 후 세트를 무균적으로 찐다. ※ 참고) 여자 : 6~7Fr. 남자 : 7~8Fr. 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 홑이불)를 덮어준다.
- 11) 방수포(또는 고무포와 반홑이불)를 대상자 둔부 밑에 깐다.
- 12) 대상자의 하의를 벗기고 무릎을 굽힌 후 60cm 가량 다리를 벌려 배횡와위(dorsal recumbent position)를 취하도록 도와준다.
※ 참고) 남자는 똑바로 눕게 하고 회음부만 노출
- 13) 복부 위로 침구(또는 홑이불) 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) 멸균장갑 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.
- 19) 소독솜으로 외음부 주위를 닦는다(한 번 닦을 때마다 새 솜을 사용하고 닦은 솜은 세트바깥 포에 놓는다).
- 20) 한 손의 엄지와 검지로 음순을 벌려서 요도를 노출시킨다.
- 21) 다른 손으로 양편 대음순을 위에서 아래로 닦는다.
- 22) 양편 소음순을 위에서 아래로 닦는다.
- 23) 요도를 위에서 아래로 닦는다.
※ 참고) 남자의 경우
① 왼손의 엄지와 검지로 음경을 잡고 포피(Preputium)를 잡아당긴다.
② 요도를 소독솜으로 닦고 버린다.
③ 요도구 바깥쪽으로 둥글게 닦고 버린다.
- 24) 도뇨관을 삽입할 때까지 음순을 한 손으로 벌리고 있다.
- 25) 도뇨관을 삽입함을 대상자에게 설명하고 긴장을 풀도록 유도한다.
- 26) 다른 손으로 도뇨관이 오염되지 않게 잘 감아쥐고 요도 후상방으로 5~8cm 삽입한다.
※ 참고) 남자 : 12~18cm 삽입
- 27) 소변이 흘러나오기 시작하면 도뇨관을 2~4cm 가량 더 삽입하여 소변이 곡반 속으로 흘러나오게 한다.



- | |
|---|
| 28) 소변이 더 이상 흘러나오지 않게 되면 도뇨관을 천천히 돌리면서 빼어 세트에 넣고, 마른 거즈로 요도구와 그 주위를 닦는다. |
| 29) 공포(hole towel)를 치우고 장갑을 벗는다. |
| 30) 손소독제로 손위생을 실시한다. |
| 31) 대상자를 편안하게 해주고 1회용 장갑을 착용한 후 소변기에 곡반의 소변을 담아 양을 측정한다. |
| 32) 사용한 물품을 정리한다. |
| 33) 물과 비누로 손위생을 실시한다. |
| 35) 수행결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. <ul style="list-style-type: none">① 시간과 날짜② 절차를 시행한 이유③ 사용한 도뇨관의 크기④ 소변의 양과 색깔 |



10) 유치도뇨 (indwelling(foley) catheterization)

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 유치도뇨의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 유치도뇨에 필요한 물품을 준비할 수 있다. ▪ 유치도뇨를 정확하게 수행할 수 있다. ▪ 유치도뇨 수행을 정확하게 기록할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 무균술 ▪ 요도와 방광의 해부생리와 기능 ▪ 유치도뇨의 목적과 적응
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 유치도뇨세트(종지 3개, forcep, 공포(hole towel), 겜자(kelly)) ▪ 유치도뇨관(14-18Fr.) ▪ 멸균장갑, 10mL 멸균 주사기 ▪ 소독솜, 멸균증류수, 이동감자 ▪ 윤활제(멸균), 반창고 ▪ (필요시) 홀이불 ▪ 쟁반(tray), 곡반 ▪ 방수포(1회용) 또는 고무포와 반홀이불 ▪ 소변수집주머니(urine bag) ▪ 도뇨 모형 ▪ 손소독제 ▪ 간호기록지 ▪ 스크린 또는 커튼
4. 수행시간	15분
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 1) 물과 비누로 손위생을 실시한다. 2) 필요한 물품을 준비한다. 3) 유치도뇨세트를 쟁반(tray) 위에 놓고 무균적으로 편다. 4) 도뇨세트의 종지에 소독솜을 넣고, 멸균 윤활제를 세트 내에 짜 넣는다. 5) 나머지 종지 속에 멸균 증류수와 멸균 주사기를 무균적으로 넣는다. 6) 적당한 크기의 도뇨관을 무균적으로 세트 속에 넣은 후 세트를 무균적으로 썬다. ※ 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 홑이불)를 덮어준다.
- 12) 방수포(또는 고무포와 반홑이불)를 대상자 둔부 밑에 깐다.
- 13) 대상자의 하의를 벗기고 무릎을 굽힌 후 60cm 가량 다리를 벌려 배횡와위(dorsal recumbent position)를 취하도록 도와준다.
※ 참고) 남자는 똑바로 눕게 하고 회음부만 노출
- 14) 복부 위로 침구(또는 홑이불) 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 준다.
- 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 바르고, 소독솜으로 외음부 주위를 닦을 때 찬 느낌이 있을 수 있음을 설명한다.
- 22) 도뇨관의 소변이 흘러나오는 출구를 검자로 잠근다.
- 23) 소독솜으로 외음부 주위를 닦는다.(한 번 닦을 때마다 새 솜을 사용하고 닦은 솜은 세트바깥 포에 놓는다.)
- 24) 한 손의 엄지와 검지로 음순을 벌려서 요도를 노출시킨다.
- 25) 다른 손으로 양편 대음순을 위에서 아래로 닦는다.
- 26) 양편 소음순을 위에서 아래로 닦는다.
- 27) 요도를 위에서 아래로 닦는다.
- 28) 도뇨관을 삽입할 때까지 음순을 한 손으로 벌리고 있다.
※ 참고) 남자의 경우
 - ① 왼손의 엄지와 검지로 음경을 잡고 포피(Preputium)를 잡아당긴다.
 - ② 요도를 소독솜으로 닦고 버린다.
 - ③ 요도구 바깥쪽으로 둥글게 닦고 버린다.



- 29) 도뇨관을 삽입함을 대상자에게 설명하고 긴장을 풀도록 유도한다.
- 30) 다른 손으로 도뇨관이 오염되지 않게 겹자와 함께 삽입부위로부터 8cm 가량 되는 곳을 잘 감아쥐고 요도 후상방으로 5~8cm 삽입한다.
- ※ 참고) 남자 : 12~18cm 삽입
- 31) 카테터 끝을 곡반에 대고 잠가둔 겹자를 풀어 소변이 나오는지 확인한다.
- 32) 소변이 흘러나오면 다시 겹자를 잠그고 도뇨관을 2~4cm 가량 더 삽입한 후 음순을 벌리고 있던 손을 떼는다.
- 33) 도뇨관의 풍선 주입구(balloon lumen)에 연결된 주사기에 들어 있는 증류수를 주입한 후 주사기를 제거한다.
- 34) 도뇨관을 부드럽게 잡아당겨 카테터가 안전하게 방광 안에 있는지 확인한다.
- 35) 공포(hole towel)를 치우고 장갑을 벗는다.
- 36) 손소독제로 손위생을 실시한다.
- 37) 소변주머니 하단의 조절기(clamp)가 잠겨 있는지 확인한 후 소변 수집 주머니를 도뇨관과 연결한다.
- 38) 도뇨관의 소변 나오는 출구를 잠가 두었던 겹자를 제거한 후 도뇨관을 반창고로 대퇴에 고정시킨다.
- ※ 참고) 남자 : 하복부
- 39) 소변 수집 주머니 상단의 조절기(clamp)가 열려있어 소변이 잘 나오는지 확인하고, 소변수집주머니를 침상아래 부분에 고정하되 바닥에 닿지 않도록 한다.
- 40) 대상자에게 현재의 체위와 삽입한 도뇨관이 편안한지를 묻고 소변 수집 주머니 관리 방법에 대해 설명한다.
- 41) 사용한 물품을 정리한다.
- 42) 물과 비누로 손위생을 실시한다.
- 47) 수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다.
- ① 시간과 날짜
 - ② 절차를 시행한 이유
 - ③ 사용한 도뇨관의 크기 및 종류(유형)
 - ④ 소변의 배출 여부와 양, 색깔 등



11) 배출관장

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 배출관장의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 배출관장에 필요한 물품을 준비할 수 있다. ▪ 배출관장을 정확하게 수행할 수 있다. ▪ 배출관장 수행을 정확하게 기록할 수 있다 .
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 내과적 무균술 ▪ 관장의 목적과 적응증 ▪ 관장의 종류
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 관장액(글리세린) ▪ 온수(37.7~40.5℃) ▪ 50mL 주사기나 관장용 주사기 ▪ 카테터(10Fr.)나 직장튜브(14-20Fr.) ▪ 방수포(일회용) 또는 고무포와 반홀이불 ▪ 윤활제, 홀이불 § 쟁반(tray), 곡반 ▪ 검은계 ▪ 관장 모형 ▪ 휴지, 일회용 장갑 ▪ 손소독제, 간호기록지 ▪ 대변기(필요시)
4. 수행시간	10분
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 1) 물과 비누로 손위생을 실시한다. 2) 필요한 물품을 준비한다. 3) 일회용 장갑을 착용한 후, 주사기 내관을 빼고 주사기 앞부분을 손으로 막은 상태에서 글리세린과 온수를 1:1로 부어 관장액을 준비한다. 4) 주사기 내관을 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 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 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) 수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다.
 - ① 관장의 종류
 - ② 관장 용액 및 주입한 양
 - ③ 관장절차에 대한 대상자의 이상반응
 - ④ 대상자의 관장 결과(대변 양, 대변양상)



12) 수술 전 간호 (심호흡 격려, 수술부위 피부준비 및 주의사항)

1. 수행난이도	중
2. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 수술 전 간호의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 수술 전 간호를 위해 필요한 물품을 준비할 수 있다. ▪ 수술 전 간호(수술 전 주의사항, incentive spirometer 사용법, 호흡, 기침, 조기이상, 피부준비 등에 대한 교육)를 수행할 수 있다. ▪ 수술 전 간호 수행을 기록할 수 있다.
3. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 수술 전 준비사항 ▪ 수술 종류에 따른 피부준비 부위 및 피부준비 방법 ▪ 수술 후 폐합병증 예방을 위한 심호흡법 ▪ 수술 후 합병증
4. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 전신 또는 복부 마네킹 ▪ incentive spirometer ▪ 담요, 베개 ▪ 거즈, 휴지(prn) ▪ 제모제 ▪ 종이수건 ▪ 스크린 또는 커튼 ▪ 일회용 장갑 ▪ 손소독제, 간호기록지
5. 수행시간	10분
6. 수행 항목	<ol style="list-style-type: none"> 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 수술동의서 작성 여부를 확인하고, 수술에 대해 대상자가 정확히 알고 있는지 확인한다. 7) 수술에 대한 불안을 사정하고 필요시 불안 완화간호를 실시한다. <p style="text-align: center;">Incentive spirometer 사용방법 교육</p> <ol style="list-style-type: none"> 8) 대상자에게 목적(수술 후 심호흡, 기침, incentive spirometer가 필요한 이유)과 절차를 설명한다. 9) 대상자를 좌위/반좌위를 취하게 한다.



10) Incentive spirometer 사용법을 설명한다.

- 최대한 숨을 내쉬고 호스를 입에 문다.
- 최대한 깊게 숨을 들이마신다.
- 지표가 기준선에 3~5초 유지할 수 있도록 한다.

11) 대상자가 Incentive spirometer를 사용해보도록 한다.

12) 대상자의 최대 흡식량을 확인하고, indicator로 지정한다.

13) 수술 후 사용 빈도, 수술부위 지지방법 등에 대해 설명한다.

※ 참고)

- ① 5~10회 반복한다.(1회 사용 시마다 휴지기를 가지도록 설명: 과대환기 시 두통과 어지러움 발생)
- ② 1시간에 10분씩 사용하도록 설명한다.
- ③ 심리적으로 지지해 준다.(격려해 준다.)

수술부위 피부준비(제모제를 사용하는 경우-부위: 복부)

14) 대상자에게 수술부위 피부준비의 목적과 절차를 설명한다.

15) 커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호해 준다.

16) 일회용 장갑을 착용한다.

17) 제모제 피부 민감성 반응검사를 한다.

예) 피부(손목 안쪽)에 소량의 제모제를 바른 후 일정시간(제품설명서에 제시된 시간) 동안 그대로 둔 다음 피부 반응을 확인한다.

18) 피부반응 확인 결과 발진이 없으면 누운 자세에서 복부를 노출시킨다.

19) 제모제를 수술부위 전체에 바르고 문지르지 않도록 한다.

20) 제품설명서에서 제시하는 일정 시간이 지난 후에 제모제를 닦아낸다.
(시간 엄수 중요)

21) 일회용 장갑을 벗는다.

22) 손소독제로 손위생을 실시한다.

23) 수술부위(복부 전체, 유두선부터 서혜부 윗부분까지) 제모 여부를 확인한다.

24) 필요한 경우, 샤워를 하도록 설명한다.

25) 대상자를 편안하게 해주고 사용한 물품을 정리한다.

주의사항 설명

26) 전일 금식 및 장준비를 하도록 교육한다. (수술 전날 의사가 지시한 시간에 따라 물을 포함한 어떠한 경구섭취도 하지 않도록 한다)



27) 의치나 보철기, 보청기, 약세서리, 속옷, 안경, 콘택트렌즈, 화장(입술, 매니큐어, 페디큐어 등) 등 제거, 흔들리는 치아 확인, 수술 가기 전 소변보기 등을 교육하고 확인한다.

28) 귀중품은 병원 규정에 따라 보관함에 넣고 잠그거나 가족이 보관하도록 설명한다.

29) 사용한 물품을 정리한다.

30) 물과 비누로 손위생을 실시한다.

31) 수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다.

- ① 교육내용
- ② 피부준비 수행내용
- ③ 수술부위 상태



13) 수술 후 간호 (배액관 - JP, Hemovac 관리, IV PCA 관리)

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 수술 후 간호의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 수술 후 간호에 필요한 물품을 준비할 수 있다. ▪ 수술 후 간호 (수술부위 확인, 배액관 관리, 통증간호, 섭취와 배설, 조기이상 등)를 수행할 수 있다. ▪ 수술 후 간호 수행을 기록할 수 있다. 	
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 수술 후 상처배액 종류에 따른 관리법 ▪ 수술 후 통증관리 ▪ 수술 후 합병 	
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 전신 마네킹 또는 부분 복부 모형 ▪ 소독솜 § 쟁반(tray), 곡반 ▪ IV PCA, Hemovac, JP drain ▪ 배액 측정컵 ▪ 일회용 장갑 ▪ 일반 의료폐기물 전용용기 ▪ 손소독제, 간호기록지 ▪ 겸자(kelly, 필요시) 	
4. 수행시간	7분	
5. 수행항목	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.	
	IV PCA 관리 교육	
	6) 대상자에게 IV PCA 적용의 목적과 절차에 대해 설명한다.	
	7) IV PCA 적용부위의 피부를 확인한다.(부종, 발적, 통증 등 사정)	
	8) IV PCA의 사용방법(버튼기능, 용량, 간격)에 대해 설명한다. ① 주입펌프에 달린 버튼을 누르면 정해진 용량이 주입된다. ② 정해진 용량이 투여된 후 일정기간(보통 10~15분간) 버튼을 눌러도 진통제가 투여되지 않음을 설명한다.	
	9) IV PCA의 부작용(오심, 구토, 어지러움 등)에 대해 설명하고, 부작용이 있으면 즉시 알려줄 것을 교육한다.	
JP drain 혹은 Hemovac 관리		
10) 대상자에게 배액관 적용의 목적과 절차에 대해 설명한다.		



11) 손소독제로 손위생을 실시한다.
12) 일회용 장갑을 착용한다.
13) 배액이 잘되고 있는지, 배액관이 꼬이거나 접혀있지 않은지, 막힌 부분이 없는지 배액관을 확인한다.
14) 배액관 삽입부위 dressing 상태(부종, 발적, 삼출물, 출혈 등)를 확인한다.
15) 배액관 위쪽을 잠근 후 흡인백을 안전하게 잡고 주의 깊게 마개를 연다.
16) 흡인백의 내용물을 눈금이 있는 측정컵에 옮겨 담는다.
17) 소독솜으로 배출구와 흡인백 마개를 닦고 사용한 소독솜을 곡반에 버린 후 흡인백을 눌러 음압이 유지된 상태에서 배출구를 닫는다.
18) 배액관 위쪽의 잠금 장치(clamping)를 열어서 배액 여부를 확인한다.
19) 배액용 측정컵에 담긴 배액양상(배액의 양, 색깔, 투명도)을 확인한다.
20) 배액물을 오물배출구(clinical sink)에 버리고 측정컵을물로 헹군다.
21) 장갑을 벗어 의료폐기물 용기에 버린다.
22) 사용한 물품을 정리한다.
23) 물과 비누로 손위생을 실시한다.
24) 수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다. <ul style="list-style-type: none">① 배액관 삽입부위 상태② 배액양상(배액의 양, 색깔, 투명도 등)③ 교육내용



14) 입원관리하기

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 입원 시 수집해야 하는 자료와 입원관리 절차에 대해 설명할 수 있다. ▪ 입원 관리 시 필요한 서류 서식과 물품을 준비할 수 있다. ▪ 입원 관리(대상자의 주관적 자료, 객관적 자료, 입원 생활 관련 주의 사항, 통증, 욕창위험도, 낙상위험도 사정 등)를 수행할 수 있다. ▪ 입원 관리 수행 후 기록할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 입원 시 수집해야 하는 간호정보의 내용 ▪ 입원 생활관련 주의사항 ▪ 욕창 위험요인 ▪ 낙상 위험요인 ▪ 통증사정 ▪ 불안사정
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 신장, 체중 측정계 ▪ 실습병원에서 사용하는 간호정보조사지 양식 ▪ 실습병원에서 사용하는 낙상위험도, 욕창위험도 및 통증 측정도구 ▪ 청진기, 혈압계, 체온계 ▪ 대상자 이름표(침대, 병실 앞, 팔찌) ▪ 실습병원에서 사용하는 입원생활 안내 양식 ▪ 손소독제, 전화기
4. 수행시간	10분
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 1) 대상자에게 간호사 자신을 소개한다. 2) 대상자의 이름, 등록번호 등을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인한다. 3) 환의를 챙겨서 입원실로 안내한 후 환의를 입도록 설명한다. 4) 대상자를 간호사실로 나오도록 한 후 키와 체중을 측정하고 측정치를 대상자에게 알린다. 5) 대상자를 병실에 들어가도록 안내한 후 담당의사에게 환자 입원을 알린다. 6) 필요한 물품을 준비한다. 7) 환자이름표를 병실 앞, 침대에 부착한다. 8) 손소독제로 손위생을 실시한다. 9) 팔찌를 대상자 팔목에 부착하고, 활력징후를 측정한다. 10) 대상자에게 입원 간호정보조사지의 각 항목에 대해 질문하여 자료를 수집하고 기록한다. 11) 현재 통증이 있는지 질문하고 통증점수를 측정한다.



- 12) 욕창 위험도를 사정한다.
- 13) 낙상 위험도를 사정한다.
- 14) 낙상 위험도에 따라 낙상 예방 간호를 실시한다.
 - 낙상 고위험군에게 낙상 예방 간호 실시
 - ⇒ side rail 올림, 침대바퀴 고정 등 환자교육 (대상자와 보호자에게 낙상 예방활동 교육 자료를 제공/교육, 24시간 보호자 옆에 있도록 교육, 인수인계 시 낙상위험군의 정보를 공유, 낙상예방 스티커를 부착, 시설 환경을 점검, 바닥에 액체가 떨어지면 즉시 닦음, 잠자기 전에 화장실에 다녀오도록 함)
- 15) 입원생활안내문(입원준비물, 식사시간, 탕비실 위치, 면회시간, 회진시간, 병실 내 전화사용, 간호사실 위치 및 전화번호, 간호사 호출 벨 사용법, 전기 스위치 위치 및 작동법, 샤워실 이용, 금연, 화재 시 대피요령, 진단서 및 진료 기록사본 발급, 감염예방, 공용 화장실 위치, 오물실 위치, 퇴원안내, 환자권리와 책임, 주차안내, 학대와 폭력 피해자를 위한 신고기관, 국제 의료센터, 장애인 서비스기관, 외래진료 예약 안내, 고층상담안내, 예매 안내, 편의시설 이용 안내, 귀중품 관리, 도난주의, 각종 상담 등)을 가지고 설명한 후 환자에게 안내물을 준다.
- 16) 준비해야 할 물품을 설명한다(물컵, 세면도구 등).
- 17) 입원 및 앞으로의 치료(수술)에 대한 불안해하는지 확인하고 필요 시 불안 완화 간호를 실시한다.
- 18) 사용한 물품을 정리한다.
- 19) 물과 비누로 손위생을 실시한다.
- 20) 수행 결과를 대상자의 간호기록지에 기록한다.
 - ① 사정내용(간호정보조사지 내용, 통증, 욕창, 낙상 위험도)
 - ② 수행내용
 - ③ 교육내용



15) 보호 장비 착용 및 폐기물 관리

1. 수행난이도	중
2. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 보호 장구 착용과 폐기물 관리의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 보호 장구 착용과 폐기물 관리에 필요한 물품을 준비할 수 있다. ▪ 멸균가운 입기 및 오염가운 벗기를 정확하게 수행할 수 있다. ▪ 사용한 폐기물을 정확하게 처리할 수 있다.
3. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 내과적 무균술 ▪ 외과적 무균술 ▪ 보호 장구 착용과 제거법 ▪ 폐기물 관리법
4. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 멸균가운(일회용 가운이나 천 가운) ▪ 모자, 마스크(일회용) ▪ 멸균 장갑(※ 수술용 장갑 포함) ▪ 오염세탁물 수집용기 ▪ 격리의료 폐기물 전용용기 ▪ 외과적 스크럽용 싱크대 및 물품 세트(소독제 및 브러시 또는 소독제 함유 브러시, 멸균타올) ▪ 손소독제
5. 수행시간	13분
6. 수행항목	멸균가운과 보호 장구 착용
	1) 물과 비누로 손위생을 실시한다.
	2) 필요한 물품을 준비한다.
	3) 가운의 멸균포를 몸에서 먼 바깥쪽부터 차례대로 열어 펼친다.
	4) 수술용 장갑(Surgical glove)의 겹포장 끝을 벌려서 속포장지가 오염되지 않도록 주의하며 가운을 펼친 멸균포 안에 넣는다.
	5) 모자 착용 : 머리카락이 나오지 않도록 모자를 착용한다.
	6) 마스크 착용 : 코와 입이 완전히 덮이도록 마스크를 착용한다. ① 마스크의 윗 부분을 콧마루 위에 놓고 마스크의 하단부는 턱 밑에 고정시킨다(안경을 쓴 경우는 마스크가 안경 밑으로 들어가도록 한다.) ② 마스크의 금속선을 콧마루에 맞추어 눌러 밀착시킨다.
	7) 외과적 손위생을 실시한다(※ 외과적 손씻기 후 멸균 타올을 보조자가 건네준다).
8) 멸균가운 착용: 가운 내부의 목둘레 아래 5-7cm 부위를 잡고 주변이 오염되지 않도록 들어 올려 가운을 길게 늘어뜨린 후 소매로 들어가는 구멍 (arm hole)을 찾는다.	



9) 양쪽 손으로 각각의 구멍(arm hole)을 잡은 후 양쪽 손을 동시에 소매 안으로 밀어 넣어 손이 가운데 소매 밖으로 나오지 않게, 양쪽 팔을 가운데 소매까지만 집어넣는다.

10) 보조자가 멸균가운 착용자의 등 뒤에 서서, 보조자의 손이 멸균가운의 앞부분과 접촉하지 않도록 주의하며 가운데 착용자의 손이 멸균가운 소매 밖으로 나오지 않도록 가운데 뒷부분을 잡아당긴 후 등 쪽의 가운데 끈을 묶어준다.

11) 손은 가운데 소매 속에 위치한 채로 몸을 앞으로 살짝 구부려 양쪽 허리띠가 앞으로 늘어지도록 하며, 보조자는 양쪽 허리띠 끝부분을 각각 잡아 가운데 착용자의 허리 뒤쪽에서 묶어준다.

※ 참고) 1회용 가운인 경우:

- ① 가운데 앞면에 늘어진 끈 중에 짧은 끈은 가운데 착용자가 잡고 있고, 긴 끈은 끝에 달린 종기와 함께 보조자에게 건네준다.
- ② 보조자는 끈에 달린 종이의 끝 부분만 잡고, 긴 끈을 가운데 착용자의 등 뒤로 한 바퀴 돌린 후 다시 가운데 착용자에게 건네주며 종이를 꼭 잡고 있다.
- ③ 가운데 착용자는 전달받은 긴 끈을 당겨서 종이가 떨어지게 한 후, 짧은 끈과 함께 허리 앞쪽에서 묶는다.

12) **멸균장갑 착용** : <폐쇄법>

양손 모두 가운데 소매 안에 둔 채로 손이 밖으로 나오지 않도록 주의하며 멸균장갑의 속포장지를 펼치고 왼손으로 오른쪽 장갑의 손목부분을 집어 올린다(양쪽 장갑을 모두 착용할 때까지 손은 소매 밖으로 나오지 않아야 함).

13) 왼손으로 집어올린 오른쪽 장갑의 손목부분이 오른쪽 가운데 소매의 끝부분에 오도록 하고 장갑의 엄지 손가락부분은 몸의 바깥쪽(소매 안의 손바닥 엄지손가락 쪽)을 향하게 하여 오른쪽 가운데 소매 위에 올려놓는다(장갑의 손가락 부분이 팔 쪽으로 향하게 됨).

14) 오른손으로 장갑 소매부분을 잡고, 왼쪽 손으로 장갑 끝을 잡아 가운데 오른쪽 소매 끝부분을 완전히 뒤집어씌운 다음, 왼손으로 소매부분을 잡아당기며 장갑을 착용한다.

보호 장구 착용 및 폐기물관리

15) 오른손으로 왼쪽 장갑을 잡아 같은 방법으로 왼손 가운데 소매 위에 올려놓고, 왼손으로 장갑 소매부분을 잡고 오른손으로 장갑 끝을 잡아 가운데 왼쪽 소매 끝부분을 완전히 뒤집어씌운 다음, 오른손으로 소매부분을 잡아당기며 장갑을 착용한다.



※ 참고) 수술실에서는 폐쇄식 멸균장갑 착용(Closed gloving technique)을 권장하며, 손이 노출된 상태에서는 개방식 멸균장갑 착용법(Open gloving technique)을 적용한다.

오염가운과 보호 장구 벗기

1) 장갑을 벗는다.

① 한 쪽 장갑의 소매 끝을 잡고 손가락 끝 위로 장갑을 뒤집으며 벗지는 않는다.

2) ② 다른 쪽 장갑의 소매 끝을 잡아 아래쪽으로 뒤집으며 벗는다.

3) ③ 남은 장갑의 안쪽을 잡아당겨 뒤집어 벗으며 양쪽 장갑을 모아 격리의료 폐기물 전용용기에 넣는다.

4) 가운의 끈을 목, 허리 순으로 푼다.

※ 참고) 가운의 허리끈을 앞(복부)에 묶는 경우에는 끈을 풀고 장갑을 제거하며, 가운의 허리끈을 뒤(등)에 묶는 경우에는 장갑을 벗고 끈을 목→등의 순서로 푼다.

5) 오른쪽 검지를 오염가운의 왼쪽 소매 밑에 넣어서 소매 끝을 손등 위로 조금 끌어 내린다.

6) 오염가운의 오른쪽 소매를 소매에 덮인 왼손으로 잡고 약간 끌어내린다.

7) 손을 소매 속에서 움직이면서 어깨의 내면을 잡고 가운을 벗은 다음, 일회용의 경우 격리의료 폐기물 전용 용기에 넣고 재사용 가운의 경우는 오염세탁물 수집용기에 넣는다.

8) 마스크를 벗어 격리의료 폐기물 전용 용기에 넣는다.

9) 손소독제로 손위생을 실시한다.

10) 방 밖으로 나와서 물과 비누로 손위생을 실시한다.



16) 산소포화도 측정(Pulse oximeter)과 심전도 모니터(EKG monitor) 적용

1. 수행난이도	하
2. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 말초산소 포화도 측정과 심전도 모니터 적용의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 말초산소 포화도 측정기와 심전도 모니터링을 위한 물품을 준비할 수 있다. ▪ 말초산소 포화도를 정확하게 측정할 수 있다. ▪ 심전도를 정확하게 측정할 수 있다. ▪ 말초산소 포화도와 심전도 결과를 기록할 수 있다.
3. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 산소포화도의 의미와 정상범위 ▪ 심전도의 종류와 결과의 해석
4. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pulse oximeter, EKG monitor, electrode ▪ 간호기록지, 손소독제, 소독솜
5. 수행시간	7분
6. 수행항목	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. <ul style="list-style-type: none"> ① 혈액 순환(perfusion)을 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) 대상자의 가슴을 노출시키고, 전극 부착 위치의 피부 상태를 확인하여 땀이나 이물질이 있는 경우 제거한다.

14) 전극을 준비한다.

- ① 대상자에게 붙일 전극(electrode)과 전선(lead wires)를 연결한다.
- ② 전극 뒷부분의 비닐을 제거한다.

15) 준비된 전극을 각각 정확한 위치에 부착하고 잘 고정되었는지 확인하다 (이때 젤 패드는 누리지 않는다).

※ 위치

- ① 오른쪽 팔(RA) 전극: 오른쪽 쇄골 아래
- ② 왼쪽 팔(LA) 전극: 왼쪽 쇄골 아래
- ③ 왼쪽 다리(LL) 전극: 왼쪽 5번째 늑간 중심 액와선

16) 심전도 lead II를 설정하고 리듬, 심박동수(HR)를 확인한 후 경고음을 설정한다.

17) 대상자에게 경고음이 울리면 간호사가 확인할 것이라고 설명한다.

18) 사용한 물품을 정리한다.

19) 물과 비누로 손위생을 실시한다.



17) 비강 캐놀라를 이용한 산소 요법

1. 수행난이도	하
2. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 산소요법의 적용의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 비강 캐놀라를 이용한 산소요법 수행에 필요한 물품을 준비할 수 있다. ▪ 정확한 절차에 따라 산소요법을 수행할 수 있다. ▪ 산소 요법 수행 후 기록할 수 있다.
3. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 산소요법의 적응증과 방법 ▪ 산소투입 방법 별 산소 투여량 ▪ FiO₂의 정의
4. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 비강 캐놀라 ▪ Wall O₂ ▪ 산소유량계/ 습윤병 ▪ 멸균증류수 ▪ 간호기록지, 손소독
5. 수행시간	5분
6. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 1) 물과 비누로 손위생을 실시한다. 2) 처방을 확인한 후 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 산소요법의 목적과 절차를 설명한다. 7) 대상자에게 가능하면 반좌위를 취해준다. 8) 습윤병에 증류수를 정해진 눈금까지 채운 후 증류수 마개를 닫는다. 9) 유량계와 습윤병을 연결한 후 Wall O₂ 벽에 산소유량계를 끼운다. 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. <p>※ 참고) 장기적 사용 시 폐딩 적용 예) COPD, asthma 환자 등</p>



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 간호기록지에 기록한다.

① 산소주입 시작시간

② 산소주입량

③ 호흡양상

④ 대상자의 반응



18) 기관내 흡인 (endotracheal suction)

1. 수행난이도	상
2. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 기관 내 흡인의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 기관 내 흡인 시 필요한 물품을 준비할 수 있다. ▪ 정확한 절차에 따라 기관 내 흡인을 수행할 수 있다. ▪ 기관 내 흡인 수행 후 기록할 수 있다.
3. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 구강, 비강, 기관 흡인 시 적절한 흡인관 삽입 길이 ▪ 적절한 흡인압력과 흡인시간 ▪ 기관 내 흡인 시 유의할 점
4. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 흡인 카테터 ▪ (일회용) 멸균장갑 ▪ 무균용기가 들어있는 (일회용) 흡인 세트 또는 무균용기 ▪ wall suction ▪ 일회용 멸균 생리식염수(흡인용) ▪ 산소유량계/ 습윤병 ▪ Ambu bag(필요시) ▪ 기관삽관 모형 ▪ 간호기록지, 손소독제
5. 수행시간	10분
6. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 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.(성인: 110-150mmHg, 아동: 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) 손소독제로 손위생을 실시한다.
- 12) 양손에 멸균장갑을 낀다(필요에 따라 흡인 전 과환기 실시).
- 13) 흡인 line을 잡을 손으로 흡인기를 켜 다음 흡인 line을 들고, 흡인을 할 손으로 포장지 바깥쪽이 닿지 않도록 주의하며 카테터를 꺼낸다.
- 14) 삽입할 카테터의 길이를 정한 후 끝을 생리식염수로 윤활시키고, 흡인 line을 잡은 손의 엄지손가락으로 연결관을 눌러보아 식염수가 잘 통과하는지 확인한다.
- 15) 연결관을 누르고 있던 엄지손가락을 떼고 나서 인공 기도를 통해 카테터를 부드럽게 삽입한다.
- 16) 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).
- 17) 흡인을 한 카테터는 무균용기(또는 일회용 멸균 생리식염수)에 있는 생리식염수를 다시 통과시킨다(분비물이 통과할 때 분비물의 양상을 관찰한다).
- 18) 분비물이 제거될 때까지 3~4회 같은 방법으로 흡인을 시행하되 20~30초 간격을 유지한다.
- 19) 흡인이 끝나면 장갑을 벗고, 흡인기를 끈 다음 사용한 물품을 정리한다.
- 20) 물과 비누로 손위생을 실시한다.
- 21) 수행 결과를 간호기록지에 기록한다.
 - ① 날짜와 시간
 - ② 분비물의 특성, 양
 - ③ 흡인 전후 대상자의 호흡양상과 반응



19) 기관절개관 관리 (tracheostomy care)

1. 수행난이도	상
2. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 기관절개관 관리의 목적과 절차를 설명할 수 있다 ▪ 기관절개관 관리에 필요한 물품을 준비할 수 있다. ▪ 정확한 절차에 따라 기관절개관 관리를 수행할 수 있다. ▪ 기관절개관 관리 후 기록할 수 있다.
3. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 상처관리 원칙 ▪ 기관절개관 관리 시 주의사항
4. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 기관절개 드레싱세트 (kelly, 종지 3개 : 소독솜, 과산화수소+생리식염수, 생리식염수) ▪ 기관절개관용 흡인 튜브 또는 5-6Fr. 흡인 카테터 ▪ 소독된 내관 1개 ▪ 기관절개관 모형 (내관과 분리되는 관을 가진 것) ▪ 멸균 생리식염수 ▪ 과산화수소수 ▪ 멸균장갑 ▪ 곡반 ▪ Y-거즈, 멸균 4×4 거즈 ▪ 소독솜 ▪ 겹자, 쟁반(tray) ▪ 흡인기/흡인 카테터 ▪ 산소주입기 ▪ 소독된 긴 면봉 3-5개 ▪ 손소독제 ▪ 수건 혹은 방수포 ▪ Ambu bag ▪ 가위, 고정핀 ▪ 간호기록지
5. 수행시간	15분
6. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 1) 물과 비누로 손위생을 실시한다. 2) 멸균된 드레싱세트에 소독된 내관을 넣는다. 3) 소독솜과 Y-거즈 등 소독할 물품을 드레싱 세트 안에 넣고 필요한 물품을 준비한다. 4) 준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다. 5) 소독제로 손위생을 실시한다. 6) 대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 환자리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다. 7) 대상자에게 기관절개관 관리의 목적과 절차를 설명한다. 8) 대상자의 자세를 편하게 해주고 대상자 가슴 위에 방수포를 깐다.



- 9) 손소독제로 손위생을 실시한다.
- 10) 드레싱세트를 무균적으로 열고 멸균장갑을 낀다.
- 11) 분비물을 제거하기 위해 기관내 흡인을 실시한다.
- 12) 한 손으로 외관을 잡고 다른 손으로 잠금장치를 열어 내관을 조심스럽게 뺀다(내관 주변의 분비물의 양, 색, 냄새 등의 특성을 확인한다).
- 13) 외관에 있는 분비물을 흡인한다.
- 14) 외관 밑에 있는 사용한 Y-거즈를 빼내어 버린다.
- 15) 손소독제로 손위생을 실시한다.
- 16) 멸균장갑을 새로 바꿔 낀다.
- 17) 한 손으로 소독된 내관의 끝을 잡고 삽입한 후 빠지지 않게 잠금장치를 확인한다.
- 18) 섭자를 이용하여 기관절개관 주위와 피부를 소독솜으로 절개 부위에서 바깥쪽으로 닦는다. 솜은 한 번에 한 개씩 사용한다.
- 19) 습기가 남아있는 기관절개 부위를 멸균 마른 거즈로 가볍게 두드리며 습기를 제거하고, Y거즈를 끼운다.
- 20) 장갑을 벗고 손소독제로 손위생을 실시한다.
- 21) 기관절개관이 빠지지 않도록 손으로 잡은 후 다른 손으로 기존의 끈을 조심스럽게 가위로 잘라 제거한다(가위의 끝이 대상자 쪽으로 향하지 않도록 한다).
- 22) 기관절개관이 빠지지 않도록 손으로 잡은 후 고정구에 새 끈을 넣어 목을 두른 후 고정한다.
- 23) 사용한 물품을 정리한다.
- 24) 내관을 과산화수소수 용액(과산화수소수:생리식염수=1:2)에 담가 놓는다.
- 25) 멸균된 세척솔이나 긴 면봉을 이용하여 과산화수소수에 담겨 있는 내관을 깨끗이 닦는다.
- 26) 내관을 생리식염수로 행구고, 물기가 마르도록 마른 거즈로 내관의 물기를 닦거나 말려 놓는다.
- 27) 물과 비누로 손위생을 실시한다.
- 28) 수행 결과를 간호기록지에 기록한다.
 - ① 날짜와 시간
 - ② 기관절개 부위 상태
 - ③ 분비물의 양, 색, 냄새, 점도
 - ④ 대상자의 호흡양상과 반응



20) 기본 심폐소생술 및 제세동기 적용

1. 수행난이도	중
2. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 심폐소생술의 목적과 절차를 설명할 수 있다. ▪ 제세동기를 준비할 수 있다. ▪ 심폐소생술을 정확하게 수행하고 제세동기를 올바르게 작동할 수 있다. ▪ 기본 심폐소생술과 제세동 후 기록할 수 있다.
3. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 심폐소생술의 기본 원리와 적응증 ▪ 심폐소생술 시 주의사항 ▪ 제세동기 사용의 목적과 적응증 ▪ 제세동기 사용 시 주의사항
4. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 대상자 모니터가 가능한 심폐소생술 모형 (압박상태만 체크할 수 있는 모형) ▪ 자동 제세동기(Automatic External Defibrillator, AED) ▪ mouth shield ▪ 소독제
5. 수행시간	5분(5cycle 시행)
6. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 1) 환자를 발견하면 양쪽어깨를 가볍게 흔들며 환자의 의식을 확인한다. 2) 반응이 없음이 확인되면, 즉시 한 사람을 지정하여 도움을 요청하고, 또 다른 사람을 지정하여 자동 제세동기를 가져오라고 지시한다. 3) 경동맥을 10초 이내로 촉지 하여 맥박을 확인하며, 동시에 호흡유무를 확인한다. 4) 경동맥 맥박이 없는 경우, 바로 흉부압박을 시작한다. <ol style="list-style-type: none"> ① 흉부 압박 위치는 흉골 하부 1/2 지점임을 확인한다. 5) ② 압박지점에 한쪽 손꿈치를 대고 다른 한 손을 그 위에 포개어 깍지를 낀 자세로 손을 놓는다. 6) ③ 팔꿈치를 곧게 펴고 환자의 가슴과 수직이 되도록 압박하고, 체중이 실리도록 하여 5cm 깊이로 압박한다.(소아는 4~5cm) 7) ④ 흉부압박은 분당 100~120회의 속도로 30회를 압박한다. 압박한 후에는 가슴이 최대로 이완되어 혈류가 심장으로 충분히 채워지도록 하면서 속도를 유지한다. 8) 머리기울임-턱 들어올리기(head-tilt chin-lift) 자세로 기도를 확보한다 (경추손상 시 턱 밀어올리기 jaw thrust). 9) 가슴 상승이 눈으로 확인될 정도의 일회 호흡량으로 1초 동안 불어넣어 인공호흡을 2회 실시한다. 10) 자동 제세동기가 도착하면 전원을 켜다.



- 11) 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.
- 12) 제세동 해야 함이 확인되면 충전한 후 환자에게서 모두 떨어지도록 주위 사람들에게 지시한 다음, 깜빡이는 버튼을 눌러 제세동을 실시한다.
- 13) 제세동이 완료되면 바로 4~9번 과정(흉부압박과 호흡을 30:2의 비율로 시행)을 5cycle(2분) 반복한다.
- 14) 호흡과 맥박을 확인한 후 제세동기를 사용하여 심전도 리듬을 분석한다.
- 15) 심전도 분석 결과에 따라 12~13번 과정을 반복한다.
- 16) 심폐소생술팀이 도착하면 정확한 상황을 인계한다.
- 17) 물과 비누로 손위생을 실시한다.



21) 구강간호

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 구강과 입술점막을 청결하게 유지하고, 습기를 제공할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 구강 내 질환 ▪ 의식이 있는 환자의 구강간호 ▪ 무의식 환자의 구강간호 ▪ 과산화수소수로 구강 세척 시 장단점
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 칫솔, 치약 ▪ 곡반 ▪ 찬물이 담긴 컵 ▪ 일회용 장갑 ▪ 화장지나 수건 ▪ 구강 세정제, 바셀린, 치실(필요시) ▪ 세척액 : 생리식염수, 과산화수소수(과산화수소 1 : 물 1), 4×4 거즈 스펀지로 감은 설압자, 일회용 구강 간호 면봉, 지혈감자, 흡인장치가 달린 카테터(무의식 환자의 경우)
4. 수행시간	10분
5. 수행항목	일반 구강 간호(의식이 있는 대상자)
	1) 대상자에게 절차를 설명한다.
	2) 손을 씻고, 일회용 장갑을 낀다.
	3) 대상자 가까운 곳에 참상 위 탁자를 놓고 준비물을 놓는다.
	4) 침상 난간을 내리고 대상자는 가능하면 앉은 자세를 취한다. 앉을 수 없으면 상반신을 높여주고 고개를 옆으로 하거나 측위를 취한다.
	5) 대상자의 가슴에 수건을 놓는다.
	6) 칫솔에 물을 적신 후 치약을 묻힌다.
	7) 칫솔을 치아에 45°각도로 대고 잇몸에서 치관 쪽으로 짧게 빗질하듯이 칫솔질한다. 같은 방법으로 치아의 내·외면과 잇몸을 깨끗해질 때까지 반복하여 칫솔질한다.
	8) 앞니의 안쪽은 칫솔의 끝을 사용하여 상하로 닦는다.
	9) 어금니의 상면(음식을 씹는 부위)은 앞뒤로 반복하여 움직이면서 닦는다.
	10) 대상자에게 혀를 내밀게 하여 칫솔로 부드럽게 닦아준다.
	11) 곡반의 오목한 면이 대상자의 턱 밑에 가게 한 후 힘 있게 물로 입안을 골고루 헹군 다음 뺀다.
12) 필요하면 치실 사용을 돕거나 구강세정제를 사용한다.	



13) 곡반을 치우고 수건으로 턱과 입 주위를 닦아준다. 필요하다면 바셀린을 입술에 바른다.

14) 대상자를 편안하게 해주고 사용한 물품을 정리하여 보관한다.

15) 시행한 것과 시행도중 관찰된 사항(출혈, 감염 등)을 기록한다.

특별 구강 간호(무의식 대상자)

1) 대상자에게 절차를 설명한다.

2) 손을 씻고 일회용 장갑을 낀다.

3) 침상 위 탁자에 준비물품을 준비한다.

4) 대상자의 프라이버시를 지켜준다. 편안한 체위가 되도록 침대 높이를 조절한다. 침상난간을 내리고 대상자를 침상 가장자리로 옮겨 간호사 쪽으로 고개를 옆으로 돌리게 한다. 대상자 가슴 위에 수건을 놓고 턱 아래에 곡반을 놓는다.

5) 대상자의 입을 벌리고 필요하다면 혀와 어금니 사이에 거즈로 감은 설압자를 부드럽게 넣는다.

6) 필요시 칫솔에 치약을 묻혀 부드럽고 주의 깊게 치아를 닦는다. 의치가 있으면 의치를 제거하고 닦는다. 입을 행구거나 주사길 물을 뽑아 구강의 각 면에 부드럽게 투입한다.

7) 세척액 모두가 입에서 곡반으로 흘러 나왔는지 주의 깊게 관찰한다. 만약 입안에 용액이 남아 있으면 흡인해야 한다.

8) 거즈로 감은 설압자(또는 1회용 구강 간호용 면봉)에 생리식염수 또는 과산화수소를 묻혀서 잇몸, 점막과 혀를 조심스럽게 곁고루 닦아준다. 또는 지혈감자로 거즈볼(커튼볼)을 감싸 권 후 항균용액이 흐르지 않을 만큼 묻힌다. 과산화수소수가 사용되면 구강을 철저히 행구어 내야 한다.

9) 구강 세정제로 입안을 곁고루 행군다. 필요한 경우 끝이 고무로 되어 있는 세척주사기를 입 안에 넣어 적은 양의 물로 부드럽게 행군다. 구강 내의 물을 곡반으로 뱉어내거나 흡인 카테터를 사용하여 흡인한다.

10) 곡반을 치우고 수건으로 입 주위를 닦아준다. 의치가 있으면 바른 위치에 고정시킨다.

11) 입술에 바셀린을 발라준다.

12) 대상자를 편안한 체위로 취해 주고, 침상 난간을 올리고 침상높이를 낮게 한다.

13) 손을 씻는다.

14) 특별 구강 간호와 관찰한 사항 등을 기록한다.



22) 침상목욕

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none">▪ 피부를 청결하게 하고, 체온을 유지할 수 있다.▪ 프라이버시를 보호할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none">▪ 목욕 절차▪ 대상자의 운동범위, 관절가동범위, 근육통증, 석고붕대, 정맥주입 등 사정
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none">▪ 따뜻한 물(성인 43~46℃, 아동 38~40℃)▪ 대야, 비누▪ 물수건(목욕장갑)▪ 목욕수건 2장▪ 목욕담요▪ 개인위생물품 : 방취제·로션▪ 일회용 장갑▪ 소변기 또는 변기▪ 세탁물 주머니▪ 스크린(screen)
4. 수행시간	30분



5. 수행항목	1) 대상자에게 목욕절차를 설명하고 목욕 중에 대상자가 협조할 수 있는 능력을 사정한다. 대상자의 기록을 통해 신체활동의 제한들을 살펴본다.
	2) 필요한 물품을 침상 옆 탁자나 침상 위 탁자로 가져온다.
	3) 침상 주변에 커튼을 치고 방문을 닫는다.
	4) 변기나 소변기를 제공한다.
	5) 손을 씻는다.
	6) 대상자의 침상을 높게 올린다.
	7) 침상 난간을 내리고 대상자를 침상가로 끌어당기고 양와위로 눕힌다.
	8) 대상자 위로 목욕담요를 덮고, 환의를 벗긴다. 대상자가 정맥주입을 하고 있으면 다른 팔부터 환의를 벗긴다. 정맥 주입백을 낮게 하고 튜브와 주입백 위로 환의를 통과시킨다. 주입백을 다시 걸고, 주입속도를 살핀다.
	9) 침상 난간을 올린다. 약 43~46℃ 정도의 따뜻한 물을 대야의 1/2~1/3 정도 준비한다. 목욕 중에 필요할 때마다 물을 바꾼다. 목욕을 시작하기 전 간호사 쪽의 침상 난간을 내린다.
	10) 물수건으로 목욕장갑을 만들어 손에 씌워서 흘러내리지 않도록 한다.
	11) 대상자의 가슴 위에 목욕 수건을 놓는다.
	12) 물수건에 비누를 묻히지 말고 눈을 안쪽에서 바깥쪽으로 닦아낸다. 다른 쪽 눈을 닦기 전에 수건을 빨거나 다른 면으로 바꾸어서 닦아준다. 마른 수건으로 눈을 부드럽게 닦아 완전히 건조시킨다.
	13) 대상자의 얼굴, 목, 귀를 닦고 말린다. 대상자의 기호에 따라 얼굴에 비누를 사용하거나 하지 않는다.



- 14) 간호사로부터 대상자의 멀리 있는 쪽 팔을 노출시킨 후 그 밑에 목욕수건을 길게 놓는다. 손목 쪽에서 팔 쪽으로 길고 힘 있게 문지르며 닦고 행군 후 말린다. 액와를 잘 씻는다.
- 15) 대상자의 손아래에 수건을 놓고 그 위에 대야를 놓는다. 대야 속에 대상자의 손을 담가 손을 씻고 말린다.
- 16) 다른 팔과 손도 같은 방법으로 씻는다.
- 17) 대상자의 가슴에 덮고 있는 목욕담요를 대상자의 배꼽부근까지 내린다. 목욕수건 속으로 손을 넣어 힘 있게 문지르면서 대상자의 가슴을 씻고, 건조시킨다. 대상자 가슴 주위의 주름진 곳에 특별한 주의를 기울인다.
- 18) 복부를 씻기 위해 목욕담요를 대상자의 회음부위로 내리고 목욕수건은 대상자의 가슴을 덮는다.
- 19) 대상자의 복부를 씻은 후 말린다. 배꼽 부위와 복부의 주름진 부분을 조심스럽게 살피고 깨끗이 한다.
- 20) 목욕담요를 원래의 위치에 놓고 간호사로부터 먼 쪽의 다리를 노출시킨다. 목욕수건을 다리 아래에 길게 놓고 다리를 씻는다. 발목에서 무릎 쪽으로, 무릎에서 대퇴 쪽으로 힘 있게 씻고 말린다.
- 21) 대상자의 발 가까이에 목욕 수건을 놓고 그 위에 목욕대야를 안전하게 놓는다. 대상자의 발목과 발뒤꿈치를 간호사의 손으로 지지하고, 간호사의 팔로 다리를 지지하면서 대야 속에 대상자의 발을 담근다. 씻고 말릴 때에 발가락 사이사이를 더 꼼꼼하게 닦는다.
- 22) 다른 다리와 발도 같은 방법으로 씻는다.
- 23) 목욕담요를 덮고 필요하면 깨끗한 물로 바꾼다.
- 24) 대상자가 복위나 측위로 눕도록 돕는다. 등과 둔부만 노출되도록 목욕담요와 목욕수건을 덮는다.
- 25) 등과 둔부를 씻고 말린다. 둔부 사이와 항문 주위가 깨끗한가에 주의를 기울이며, 천골 부위의 발적이나 피부손상의 징후를 관찰한다.
- 26) 금기가 아니면 대상자에게 등 마사지를 실시한다.
- 27) 물수건, 목욕수건은 새것으로 바꾸고 필요할 때마다 깨끗한 물로 자주 교환한다.
- 28) 대상자의 회음부를 깨끗이 해주거나 대상자가 회음부 간호를 스스로 할 수 있도록 한다.
- 29) 깨끗한 환의를 입도록 도와주고 대상자의 다른 위생요구를 확인한다.
- 30) 수건으로 베개를 덮고 대상자의 머리를 빗긴다.
- 31) 침상 흠이불을 교환하고, 목욕 후 상태를 재사정 한다.
- 32) 물품을 정리하고, 손을 씻거나 손 소독제를 사용한다.
- 33) 중요한 관찰과 의사소통 내용을 기록지에 기록한다.



23) 침상세발

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 보온을 유지하며, 두피와 모발을 청결하게 할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 침상 세발 절차 ▪ 경추의 과신전 방지를 위한 방법
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 세발대 ▪ 목욕수건 2개 ▪ 드라이어 ▪ 방수포 ▪ 샴푸 ▪ 주전자(pitcher) 2개 ▪ 빗 ▪ 양동이 ▪ 솜 약간 및 거즈 한 장
4. 수행시간	20분
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 1) 대상자를 확인하고 필요성과 절차를 설명한다. 2) 스크린이나 커튼을 친다. 3) 손을 씻는다. 4) 물품을 침대 옆 편리한 곳에 정돈한다. 5) 대상자가 덮고 있는 침구를 허리선까지 내리고 목욕담요로 어깨부위를 덮는다. 6) 대상자의 위쪽 환의의 단추를 두 개 정도 목 안쪽으로 접어 넣는다. 7) 대상자의 머리에서 끈이나 핀을 제거하고 빗질을 한다. 8) 베개를 빼서 어깨 밑에 받친다. 9) 대상자의 침상 머리 쪽에 방수포를 깐다. 10) 대상자의 어깨 주위를 목욕수건으로 싼다. 11) 대상자의 목이 닿는 곳은 수건으로 감아서 대고 머리 밑에 세발대를 놓아 끝이 양동이에 들어가도록 늘어뜨린다(kelly pad의 경우). 12) 대상자의 눈은 작은 수건으로 덮고, 귀를 솜으로 막는다. 13) 대상자의 머리에 조심스럽게 물을 부어 완전히 적신다. 14) 두피에 샴푸를 바르고, 손가락 끝으로 마사지를 하여 샴푸의 거품을 낸다. 15) 샴푸가 묻은 머리를 철저히 행구고, 수건으로 물기를 닦아준다. 16) 침상세발에 사용된 모든 도구를 치우고 대상자를 편안한 자세로 취해준다. 17) 머리 건조기로 머리를 말리고 깨끗한 빗으로 머리를 빗는다. 18) 손을 씻고, 침상세발과 관련된 관찰사항을 기록한다.



24) 체위변경

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 체위변경 시 욕창과 경축을 예방하는 자세를 취할 수 있다. ▪ 대상자의 체위를 안전하게 변경할 수 있다. ▪ 체위변경의 필요성을 설명할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 체위의 종류 ▪ 체위별 압력·마찰·응전력이 작용하지 않도록 하는 방법 ▪ 신체역학을 이용한 체위 변경 방법 ▪ 부동으로 인한 합병증
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 여러 개의 베개 ▪ 타월 ▪ 대전자롤, 핸드롤 ▪ 발 지지대
4. 수행시간	10분
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 1) 손을 씻거나 손 소독제를 사용한다. 2) 체위변경이 가능한 상태인지 사정한다. 3) 대상자에게 움직이는 방향과 체위변경의 목적에 대해 설명한다. 4) 대상자를 돌리려고 생각하는 방향의 반대쪽에 선다. 5) 양발을 어깨 넓이로 벌린 다음 한 발을 다른 발의 앞에 오도록 한다. 6) 측위를 취했을 때 대상자가 침대 중앙에 오도록 먼저 대상자를 옮기려는 방향의 반대쪽 침대 가장자리로 머리-어깨, 등의 상부-둔부, 다리부분으로 나누어 세 차례에 걸쳐 옮긴다. 7) 간호사 가까이에 있는 쪽의 팔은 가슴 위에 얹고 반대쪽은 팔꿈치를 구부려서 어깨 위로 오도록 한다. 8) 간호사 가까이에 있는 쪽의 다리는 반대쪽 다리 위에 올려서 교차한다. 9) 대상자와 가까운 침상의 중간 부분에 선다. 10) 무릎을 구부리고 한 손을 대상자 어깨의 견봉돌기 부분에, 다른 한 손은 둔부의 전상장골극 부위에 놓는다. <p style="text-align: center;">양와위에서 측위로 체위 변경하기</p> <ol style="list-style-type: none"> 11) 대상자의 몸을 돌려 측위로 변경한다. 간호사의 체중을 앞발에서 뒷발로 이동하고 무릎을 구부리면서 골반을 낮춘다. 12) 측위를 취한 다음 자세 유지를 위해 등 뒤쪽에 베개를 대주어 편안하게 해준다. 13) 위쪽에 있는 다리를 굴곡시킨 다음 밑에 다리 전체를 지지할 수 있는 크기의 베개를 대어준다.



14) 밑에 있는 다리의 발바닥에 발 받침대와 모래주머니를 대준다.

양와위에서 복위로 체위 변경하기

11) 대상자의 신체를 간호사 쪽으로 돌려 완전히 복위를 취해준다.

12) 대상자를 침상의 중심선에 맞춘다.

13) 대상자의 머리는 옆으로 돌리고 배 밑에 패드를 대어준다.

14) 발가락이 침대 표면에 닿지 않을 높이의 베개를 대주어 발목이 다리와 직각이 되도록 베개로 지지한다.



25) Heparin lock을 통한 정맥주입

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약원칙에 근거하여 투약처방을 확인할 수 있다. ▪ 안전하게 약물을 Heparin lock을 통해 주입할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 투약의 기본원칙 ▪ 정맥염 증상 ▪ 무균술
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 앰플이나 바이알 약물 ▪ 주사기 ▪ 주사바늘(21~25G) ▪ 알코올 솜 ▪ 투약카트 또는 쟁반(tray) ▪ 투약 처방지, 손소독제 ▪ 손상성 폐기물 전용용기, 일반 의료폐기물 전용용기
4. 수행시간	5분
5. 수행항목	<ol style="list-style-type: none"> 1) 투약원칙에 근거하여 투약처방을 확인한다. 2) 손을 씻거나 손소독제를 사용한다. 3) 바이알이나 앰플에서 처방된 약물을 준비한다. 약물준비 전과 후 투약처방을 재확인한다. (사전 주입용 생리식염수, 약물, 약물 주입 후 생리식염수 준비) 4) 대상자를 확인한다. 5) 투약의 절차와 목적을 설명하고 주사부위에 불편감이 있는지 확인한다. 6) 손을 씻는다. 7) 알코올 솜으로 주입구를 소독하고 건조될 때까지 기다린다. 8) 주사 주입구를 지지하고 주사 주입구 속으로 2~3mL 생리식염수가 든 주사기의 바늘을 삽입한다. 9) 주사기를 지지하면서 주사기의 밀대를 뒤로 당긴다. (regurge 확인) 10) 주사기의 내관을 눌러서 천천히 생리식염수를 투여하고 주사기를 제거한다. (제거한 주사기의 뚜껑은 되찍우지 않는다.) 11) 주사 주입구를 지지하고 주사 주입구 속으로 약물이 든 주사기의 바늘을 삽입한다. 12) 주사기의 내관을 눌러서 천천히 약물을 투여하고 주사기를 제거한다. (제거한 주사기의 뚜껑은 되찍우지 않는다.) 13) 주사 주입구를 지지하고 주사 주입구 속으로 2~3mL 생리식염수가 든 주사기의 바늘을 삽입한다.



- 14) 주사기의 내관을 눌러서 천천히 생리식염수를 투여하고 주사기를 제거한다.
(제거한 주사기의 뚜껑은 되씌우지 않는다.)
- 15) 제거한 주사기는 폐기물 용기에 처리한다.
- 16) 주사부위를 다시 사정하고 약물에 대한 대상자의 반응을 주의 깊게 관찰한다.
- 17) 사용한 물품을 정리하고 손을 씻는다.
- 18) 투여한 약물명, 용량, 주입경로, 시간과 날짜, 대상자 반응, 약물의 부작용 여부 등을 기록한다.



26) 통증 사정

1. 성취목표	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 대상자의 통증에 대해 정확하게 사정할 수 있다. ▪ 통증을 완화하기 위한 적절한 조치를 취할 수 있다. ▪ 노인, 영아 등과 같은 취약집단의 통증도 사정할 수 있다.
2. 관련선행지식	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 일반적 통증 사정 방법 ▪ 연령에 따른 통증 표현과 사정 방법
3. 필요장비 및 물품	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 간호기록지 ▪ 손소독제 ▪ 환자 이름표(침대, 병실 앞, 팔찌) ▪ 투약 처방지
4. 수행시간	10분
5. 수행항목	악화요인/완화요인
	1) 통증의 종류를 파악한다.
	2) 통증을 악화시키거나 완화시키는 요인을 사정한다.
	통증의 양상
	1) 대상자가 표현하는 단어, 표정, 몸짓을 동시에 파악한다.
	통증의 부위
	1) 통증이 유발되는 부위를 확인하고 방사통이 있는 경우 그 부위를 파악한다.
	통증의 정도
	1) 대상자에게 적절한 사정도구를 선택하여 측정한다.
	통증의 지속시간, 통증의 시작, 시간에 따른 변화
	1) 통증의 지속 시간을 파악하고 통증의 시간적 변화 즉, 지속적인지, 간헐적 인지를 파악한다.
	2) 통증을 사정할 때에는 처방된 약물명, 투여방법, 투여시간/간격 및 약물로 인한 부작용을 포함시킬 뿐만 아니라 정서적, 영적인 문제가 있는지도 포괄적으로 조사해야 한다.