

2023학년도

간호실무능력 졸업인증
핵심간호술 교육프로그램
OSCE I 학생용 Guide book



예수대학교 간호학부

평가일: 24년 월 일 학번/이름: _____ / _____

	항목	1차 통과점수	2차 통과점수	3차 통과점수
1	말초정맥			
2	입원관리			
3	배출관장			
4	단순도뇨			
5	경구투약			
6	피하주사			
7	활력징후			
8	비강캐놀라			
9	근육주사			
10	위관영양			

10개 술기 평가가 완료 된 후 2~21p. 멘토 서명 확인 / 설문지 작성/ 표지에 점수를 기록 한 뒤,
책임 교수님께 확인받고 제출하고 집으로 돌아가면 됩니다.

[첨부 1]

OSCEI 참여 서약서 및 실습 동영상 촬영 동의서

1. 실습의 목적

임상현장에서 발생 가능한 상황을 시나리오화하여 간호문제적 상황해결을 위해 원칙을 지키면서 신체사정 및 간호수행, 의사소통과 비판적 사고에 근거한 적절한 간호와 중재를 수행하여 핵심술기 수행능력을 향상시키기 위함입니다.

2. 활용 가능한 실습 방법

- ① 실습 모형을 활용: 정맥주사, 피내주사, 관장모형, 다목적 실습용 모형 등
- ② 표준화환자를 활용한 방법: 입원환자 관리, 활력징후

3. 안전사고 발생 시 관리 방법

실습 중 주사침 찔림, 기자재에 의한 상해 등이 발생하지 않도록 안전관리 지침을 준수하며, 안전사고 발생 시 실습지도교수에게 즉시 연락하여 안전관리체계에 따라 안내받고 정해진 절차를 따릅니다.

4. 사진 및 동영상 촬영

프로그램 운영 과정 중 사진 및 동영상 촬영 결과물은 술기능력 평가의 근거자료와 교육의 목적으로 활용 될 예정으로 평가의 진행이나 활동에 지장을 주지 않는 범위내에서 진행됩니다.

본인은 위 사항을 충분히 인지하였으며, 『핵심술기 임상수행능력평가 인증 OSCE I』의 제반 관계 규정을 준수하며, 성실하게 교육받을 것을 서약합니다.

202 년 월 일 학번 : 이름: (인)

『핵심술기 임상수행능력평가 인증 OSCE I』 프로그램 참여 시 교육적 목적에 따라 사진 및 동영상 촬영에 동의하겠습니다.

202 년 월 일 학번 : 이름: (인)

[첨부 2] ★★

간호수행 자신감 측정 설문지

다음은 핵심간호술에 대한 자신의 간호수행 자신감을 측정하는 질문입니다.
다음 각 항목에 대해 자신의 간호수행 자신감 정도를 나타내는 란에 “V”로 표기하기 바랍니다.

10개 항목 모두 누락되지 않도록 협조해주기 바랍니다.

OT 받으면서 작성						
번호	실 내 습 용	OSCE I 수행 전				
		매우 자신 있다	자신 있다	보통 이다	자신 없다	매우 자신 없다
		5	4	3	2	1
1	말초정맥					
2	입원관리					
3	배출관장					
4	단순도뇨					
5	경구투약					
6	피하주사					
7	활력징후					
8	비강캐놀라					
9	근육주사					
10	위관영양					

평가일 : 2 년 월 일						
	OSCE I 수행 후					
실 습 내 용	매우 자신 있다	자신 있다	보통 이다	자신 없다	매우 자신 없다	
	5	4	3	2	1	
말초정맥						
입원관리						
배출관장						
단순도뇨						
경구투약						
피하주사						
활력징후						
비강캐놀라						
근육주사						
위관영양						

↑ 사전에 작성하세요.

[첨부 3] ★★

OSCE 프로그램 평가 설문지

OSCE 1 프로그램 운영의 교육내용, 교육방법, 지도자, 교육환경과 전체적인 만족정도에 대한 질문입니다. 귀하의 의견을 “V”로 표시해 주십시오. (평가 후 작성)

평가일 : 202__년 __월 __일 __요일					
영역	항 목	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	매우 그렇지 않다
실습 내용	i) 실습 수행 시 이론적 지식을 잘 알고 적용할 수 있었다.	☐	☐	☐	☐
	ii) 전체적인 실습절차 프로토콜에 대해 충분히 인지한 후 간호를 수행하였다.	☐	☐	☐	☐
실습 교육 방법	iii) 실습교육방법이 간호수행능력 향상에 도움이 되었다.	☐	☐	☐	☐
실습 지도자	iv) 멘토는 실습내용을 알고 적절한 피드백을 제공하였다.	☐	☐	☐	☐
	v) 멘토의 조언과 지지는 실습수행에 도움이 되었다.	☐	☐	☐	☐
실습 교육 환경	vi) 실습 환경이 적절하였다.	☐	☐	☐	☐
	vii) 실습 시간이 적절하였다.	☐	☐	☐	☐
	viii) 실습 시기가 적절하였다.	☐	☐	☐	☐
만족도	ix) 전체적인 교육 프로그램 운영에 대해 만족한다.	☐	☐	☐	☐

프로그램 개선을 위해 기타 의견을 기록해 주세요.

.....

.....

.....

.....

♡ 수고하셨습니다. ♡

[첨부 4] 핵심간호술기 수행능력 평가 check list

번호	1. 말초정맥 주입	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.			
2*	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간)을 확인한다.			
4	투약 처방을 보고 수액의 유효일자, 이물질 유무 등을 확인한 후, 정확한 수액, 수액주입에 필요한 물품을 준비한다.			
5*	수액백에 날짜, 등록번호, 대상자 이름, 수액명, 용량, 주입속도 등이 적혀 있는 라벨을 붙인다.			
7*	수액과 수액세트를 연결한다.			
9	1) 수액백의 고무마개를 소독솜으로 닦은 후 수액세트를 꽃아 점적통의 1/2 정도를 수액으로 채운다.			
10	2) 수액백을 높이 들어 올리거나 수액걸대에 걸고 수액을 통과시켜 튜브의 공기를 빼낸 다음 조절기를 잠근다.			
11	필요한 물품을 준비한다.			
12	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.			
13*	손소독제로 손위생을 실시한다.			
15	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.			
16	투약의 목적과 약물의 효과, 주의사항, 방법을 설명한다.			
17	침상 옆의 수액 걸대에 수액백을 걸고 수액세트의 끝을 대상자에게 주사할 부위 가까이에 둔다.			
18*	대상자에게 편안한 자세를 취하도록 하고 팔을 심장보다 낮게 위치하도록 한 다음 정맥의 상태를 확인한다.			
20	정맥 상태가 양호한 부위 보다 12~15cm 위쪽을 지혈대로 묶어 삽입할 카테터의 길이보다 정맥이 곧고 길게 두드러진 부위를 주사부위로 선정한다.			
21	손소독제로 손위생을 실시한다.			
22*	천자할 정맥을 정하고 나면 소독솜으로 주사부위를 안에서 밖으로 5-8cm 정도 둥글게 닦는다.			
24*	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.			
26*	카테터 내로 혈액이 역류되면 카테터의 중심부를 잡고 카테터의 삽입각도를 약간 낮추면서 카테터를 혈관으로 진입시키면서 카테터 길이만큼 탐침을 조금씩 빼낸다.			
28	카테터가 완전히 삽입된 후 카테터를 잡지 않은 손으로 지혈대를 푼다.			
29	한 손으로 혈관 내로 삽입된 카테터의 끝 부위를 눌러주면서 다른 손으로 탐침을 재빨리 제거한다.			
30	탐침을 제거한 후 바로 수액세트의 튜브를 카테터의 중심부와 연결하여 혈액이 카테터를 통해 흘러내리지 않도록 한다.			
	한 손으로 카테터 삽입 부분을 고정하듯 잡으면서 다른 손으로는 수액세트의 조절기를 풀어 수액 주입여부와 정맥천자 부위에 부종, 통증 등의 침윤 증상이 있는지 관찰한다.			

번호	1. 말초정맥 주입	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
31	카테터에서 손을 떼어도 카테터 삽입부분이 꺾이지 않도록 수액 주입관을 안정적 위치에 놓은 후 반창고나 투명드레싱으로 카테터 삽입부위를 고정한다.			
32*	처방에 따라 주입하는 수액의 속도를 조절한다.			
34*	고정용 반창고나 드레싱에 카테터 삽입 날짜와 시간, 카테터의 크기를 기입한다.			
36	대상자가 편안한 자세를 취하도록 돕는다.			
37	사용한 물품을 정리한다(주사바늘은 뚜껑을 되씹우지 않은 채 손상성폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다).			
38	물과 비누로 손위생을 실시한다.			
39	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요시 투약목적, 대상자의 반응, 투약 못한 이유			
40*	시간 준수 (8분)			
42*	태도, 복장 준수 / 간호지식평가			
44*	무균술 등 체크리스트 외 기본적인 간호수행 절차 준수			
합격 여부	(36 이상 pass/ 35점부터 재평가) 1차 : _____ /45점 2차: _____ /45점 3차: _____ /45점		Pass /Fail	Pass /Fail
년월일	시간	간호내용	서명	

Mentor확인 : _____ (서명) 책임교수: _____ (서명)

번호	2. 입원관리 수행 항목	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
1	대상자에게 간호사 자신을 소개한다.			
2*	대상자의 이름, 등록번호 등을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인한다.			
4	환의를 챙겨서 입원실로 안내한 후 환의를 입도록 설명한다.			
5	대상자를 간호사실로 나오도록 한 후 키와 체중을 측정하고 측정치를 대상자에게 알린다.			
6	대상자를 병실에 들어가도록 안내한 후 담당의사에게 환자 입원을 알린다.			
7	필요한 물품을 준비한다 (☞ 구두로 말하면서 준비 8개 항목 이상 준비 시 pass) ①신장/체중측정계 ②간호정보조사지 ③환자이름표 ④낙상사정평가지 ⑤욕창위험사정평가지 ⑥통증사정평가지 ⑦혈압기 ⑧체온계 ⑨청진기 ⑩손소독제 ⑪알콜솜 ⑫입원생활안내문			
8	환자이름표를 병실 앞, 침대에 부착한다.			
9	손소독제로 손위생을 실시한다.			
10	팔찌를 대상자 팔목에 부착하고, 활력징후를 측정한다.			
11*	대상자에게 입원 간호정보조사지의 각 항목에 대해 질문하여 자료를 수집하고 기록한다.			
13*	현재 통증이 있는지 질문하고 통증점수를 측정한다.			
15*	욕창 위험도를 사정한다.			
17*	낙상 위험도를 사정한다.			
19*	낙상 위험도에 따라 낙상 예방 간호를 실시한다. 1) 낙상 고위험군에게 낙상 예방 간호 실시 ⇒ side rail 올림, 침대바퀴 고정 등 환자교육(대상자와 보호자에게 낙상예방활동 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)			
21*	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, 고충상담안내, 예배 안내, 편의시설 이용 안내, 귀중품 관리, 도난주의, 각종 상담 등)을 가지고 설명한 후 대상자에게 안내물을 준다.			
23	준비해야 할 물품을 설명한다.(물컵, 세면도구 등)			
24	입원 및 앞으로의 치료(수술)에 대해 불안해하는지 확인하고 필요시 불안			

번호	2. 입원관리 수행 항목	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
	완화 간호를 실시한다.			
25	사용한 물품을 정리한다.			
26	물과 비누로 손위생을 실시한다.			
27	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 사정내용(간호정보조사지 내용, 통증, 욕창, 낙상 위험도) 2) 수행내용 3) 교육내용			
28*	시간 준수(13분)			
30*	태도, 복장 준수 / 간호지식평가			
32*	무균술 등 체크리스트 외 기본적인 간호수행 절차 준수			
합격 여부	(26 점 이상 pass/ 25점 이하 재평가) 1차 : _____ /33점 2차: _____ /33점 3차: _____ /33점		Pass /Fail	Pass/ Fail
년월일	시간	간호내용	서명	

Mentor확인 : _____ (서명) 책임교수: _____ (서명)

번호	3. 배출관장	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
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 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.			
10	대상자에게 관장의 목적과 절차를 설명한다.			
11	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호해 주고 홀이불을 덮어준다.			
12	대상자의 둔부가 간호사 쪽을 향하도록 하여 Sims' position 또는 측위를 취하게 하고, 둔부 밑에 방수포(또는 고무포와 반홀이불)를 깐다.			
13*	대상자의 둔부를 노출시키고 항문이 보이도록 사이를 벌리고 긴장을 풀도록 유도한다.			
15	일회용 장갑을 착용한다.			
16*	카테터나 직장튜브 끝을 대상자의 배꼽을 향하도록 해서 5~10cm 정도 삽입한다.			
18	카테터나 직장튜브 위치를 고정하고 관장액을 천천히 주입한다.			
19	관장액이 주입되는 동안 불편함이 있을 수 있으며, 주입 후 팽만감을 느끼는 것은 정상임을 설명한다.			
20	관장액을 전부 주입한 후 휴지로 항문을 막으면서 카테터나 직장튜브를 항문에서 빼낸다.			
21	직장튜브를 말아 쥐고, 왼 손의 장갑을 벗어 직장튜브를 감싼 후 곡반에 놓는다.			
22	휴지로 항문을 막아주고 나머지 장갑을 벗는다.			
23*	대상자에게 참을 수 있을 만큼 대변을 참은 후(10~15분 정도) 화장실에 가야 함을 설명한다.			
25	대상자에게 대변을 본 후 그 결과를 알려야 함을 설명한다.			
26	대변을 본 후 적어도 한 시간 동안 둔부 밑에 방수포(또는 고무포와 반홀이불)를 그대로 둔다.			
27	대상자를 편안하게 해주고 사용한 물품을 정리한다.			

번호	3. 배출관장	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
28	물과 비누로 손위생을 실시한다.			
29	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 관장의 종류 2) 관장 용액 및 주입한 양 3) 관장절차에 대한 대상자의 이상반응 4) 대상자의 관장 결과(대변양, 대변양상)			
30*	시간 준수(8분)			
32*	태도, 복장 준수 / 간호지식평가			
34*	무균술 등 체크리스트 외 기본적인 간호수행 절차 준수			
합격 여부	(28점 이상 pass/ 27점 이하 재평가) 1차 : _____ /35점 2차: _____ /35점 3차: _____ /35점		Pass /Fail	Pass/ Fail
년월일	시간	간호내용	서명	

Mentor확인 : _____ (서명) 책임교수: _____ (서명)

번호	4. 단순도뇨	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
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 싣는다. ※ 참고) 여자 : 6-7 Fr. 남자 : 7-8 Fr.			
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.			
11	대상자에게 단순도뇨를 하는 목적과 절차를 설명한다.			
12	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호해 주고, 똑바로 눕도록 한 후 침구(이불 또는 홀이불)를 덮어준다.			
13	방수포(또는 고무포와 반홀이불)를 대상자 둔부 밑에 깐다.			
14	대상자의 하의를 벗기고 무릎을 굽힌 후 60cm 가량 다리를 벌려 배횡와위(dorsal recumbent position)를 취하도록 도와준다. ※ 참고) 남자는 똑바로 눕게 하고 회음부만 노출			
15	복부 위로 침구(또는 홀이불) 끝을 접어 올려서 회음부를 노출시키고 대상자에게 다리를 움직이지 말라고 설명한다.			
16	세트가 있는 쟁반(tray)과 곡반을 대상자 다리 사이에 놓고 준비한 세트를 연다.			
17	손소독제로 손위생을 실시한다.			
18*	멸균장갑을 무균적으로 착용한다.			
20*	멸균장갑 낀 손이 오염되지 않게 외음부의 노출된 부위를 공포(hole towel)로 덮어 준다.			
22	도뇨관 끝(5cm)에 윤활제를 바르고, 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).			
25	한 손의 엄지와 검지로 음순을 벌려서 요도를 노출시킨다.			
26	다른 손으로 양편 대음순을 위에서 아래로 닦는다.			
27	양편 소음순을 위에서 아래로 닦는다.			
28	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.			

번호	4. 단순도뇨	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
29	도뇨관을 삽입할 때까지 음순을 한 손으로 벌리고 있다.			
30	도뇨관을 삽입함을 대상자에게 설명하고 긴장을 풀도록 유도한다.			
31*	다른 손으로 도뇨관이 오염되지 않게 잘 감아쥐고 요도 후상방으로 5~8cm 삽입한다(참고: 남자 : 12~18cm 삽입)			
33	소변이 흘러나오기 시작하면 도뇨관을 2~4cm 가량 더 삽입하여 소변이 곡반 속으로 흘러나오게 한다.			
34	소변이 더 이상 흘러나오지 않게 되면 도뇨관을 천천히 돌리면서 빼어 세트에 넣고, 마른 거즈로 요도구와 그 주위를 닦는다.			
35	공포(hole towel)를 치우고 장갑을 벗는다.			
36	손소독제로 손위생을 실시한다.			
37	대상자를 편안하게 해주고 1회용 장갑을 착용한 후 소변기에 곡반의 소변을 담아 양을 측정한다.			
38	사용한 물품을 정리한다.			
39	물과 비누로 손위생을 실시한다.			
40	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 시간과 날짜 2) 절차를 시행한 이유 3) 사용한 도뇨관의 크기 4) 소변의 양과 색깔			
41*	시간 준수(8분)			
43*	태도, 복장 준수 / 간호지식평가			
45*	무균술 등 체크리스트 외 기본적인 간호수행 절차 준수			
합격 여부	(37점 이상 pass/ 36점 이하 재평가) 1차: _____/46점 2차: _____/46점 3차: _____/46점		Pass/ Fail	Pass /Fail
년월일	시간	간호내용	서명	

Mentor확인 : _____ (서명) 책임교수: _____ (서명)

번호	5. 경구투약	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
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.			
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 투약카드(또는 컴퓨터 출력물)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.			
9*	약물 투여 목적과 작용 및 유의사항을 설명한 다음 약물에 대한 의문사항이 있으면 질문하도록 한다.			
11*	앉거나 파울러씨 체위를 취하도록 하되 앉는 것이 금기라면 측위를 취하도록 돕는다.			
13	흘리지 않도록 휴지나 타월을 대준다.			
14*	구강건조로 연하곤란이 있는지 확인하기 위해 침을 삼켜보거나 물을 한 모금 마셔보도록 한다.			
16	알약은 한꺼번에 복용하지 말고, 한 번에 한 알씩 복용하도록 돕는다. 알약 복용 후에 물약을 복용하도록 한다.			
17	약물을 다 삼킬 때까지 대상자 옆에 있으면서, 약물복용 여부를 확인하기가 어려우면 대상자에게 말을 시켜보거나 입을 벌려보도록 한다.			
18	투약 후에는 대상자가 편안한 체위를 취하도록 도와준다.			
19	물과 비누로 손위생을 실시한다.			
20	수행 결과를 간호기록지와 투약기록지에 기록한다. 1) 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요시 투약목적, 대상자의 반응, 투약 못한 이유			
21*	시간 준수 (5분)			
23*	태도, 복장 준수 / 간호지식평가			
25*	무균술 등 체크리스트 외 기본적인 간호수행 절차 준수			
합격 여부	(21 점 이상 pass/ 20점 이하 재평가)		Pass /Fail	Pass /Fail
1차 : _____ /26점		2차: _____ /26점	3차: _____ /26점	
년월일	시간	간호내용		서명

Mentor확인 : _____ (서명) 책임교수: _____ (서명)

6. 피하주사(간이 혈당측정 검사 포함)

이름: _____

	피하주사(간이 혈당측정 검사 포함)	본시	재시
		수행 (O/X)	수행 (O/X)
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.		
7	대상자에게 혈당측정목적과 절차에 대해 설명한다.		
8	대상자의 손가락 끝을 채혈하기 적절한지 확인한 다음 소독솜으로 닦아 말린다.		
9	채혈기에 채혈침을 끼워 대상자의 피부 상태에 맞도록 삽입 깊이를 조절한다.		
10	검사지를 꺼내 혈당측정기를 준비한다.(기계에 따라 시행 - 전원작동, 검사지 삽입)		
11	손가락 끝부분의 측면에 채혈기를 놓고 채혈침이 피부를 순간적으로 천자하도록 버튼을 누른다.		
12	천자 부위는 혈액이 자연스럽게 흘러나오게 한 다음 혈액방울을 검사지에 묻히고 천자부위는 소독솜으로 눌러준다.		
13	혈당측정기의 모니터에 나온 수치를 확인하고 메모한 후 대상자에게 설명해 준다.		
14	사용한 물품을 정리한다.(채혈침은 손상성폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 혈액이 묻은 검사지는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다.)		
15	손소독제로 손위생을 실시한다.		
16	혈당 기록지에 혈당 측정치를 기록한다.		
17*	혈당 측정치에 따라 R-I Scale에 따른 투약할 인슐린 양을 확정한 후, 투약카드를 준비한다.		
19	손소독제로 손위생을 실시한다.		
20*	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙 5 Rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간)을 확인하여 정확한 양의 인슐린을 주사기에 준비한다.		
22	필요한 물품을 준비한다.		
23	손소독제로 손위생을 실시한다.		
24*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.		
26	준비된 약물의 투여목적과 작용 및 유의사항에 대해 설명한다.		
27*	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.)		
29	손소독제로 손위생을 실시한다.		
30	주사 놓을 부위를 소독솜으로 안에서 바깥쪽으로 직경 5-8cm 정도 둥글게 닦는다.		
31*	주사 바늘 뚜껑을 제거하고, 주사기를 잡지 않은 손으로 주사부위 주변의 피부를 팽팽하게 잡고, 주사바늘을 45°~90°로 빠르면서도 정확하게 삽입한 후 약물을 주입한다.		
33*	주사바늘을 재빨리 뺀 후 주사기는 쟁반(tray)에 넣고, 주사기를 빼낸 부위는 소독솜으로 살짝 눌러주되 주사부위는 마사지하지 않는다.		
35	인슐린 주사부위 기록지(그림표)에 주사시행 사항을 기록한다.(날짜, 시간, 서명)		
36	사용한 물품을 정리한다. (주사바늘은 뚜껑을 되씹우지 않은 채 손상성폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다.)		
37	물과 비누로 손위생을 실시한다.		

6. 피하주사(간이 혈당측정 검사 포함)

이름: _____

피하주사(간이 혈당측정 검사 포함)			본시 수행 (O/X)	재시 수행 (O/X)
38	수행 결과를 간호기록지와 투약기록지에 기록한다. 1) 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요시 투약목적, 대상자의 반응, 투약 못한 이유, 혈당측정결과, 인슐린투여량			
39*	시간 준수 (8분)			
41*	태도, 복장 준수 / 간호지식평가			
43*	무균술 등 체크리스트 외 기본적인 간호수행 절차 준수 (35 점 이상 pass/ 34점 이하 재평가) 1차 : /44점(P / F) 2차: /44점(P / F) 3차: /44점(P / F)		P / F	P / F
년월일	시간	간호내용	서명	

Mentor확인 : _____ (서명) 책임교수: _____ (서명)

번호	7. 활력징후 측정	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
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 환자 리스트(또는 처방지)를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.			
7	대상자에게 체온, 맥박, 호흡, 혈압을 측정하는 목적과 절차를 설명한다.			
고막체온 측정				
8	필요한 물품을 준비하고 작동여부를 확인한다.			
9	용기에서 탐침 덮개를 꺼낸 후 탐침 덮개를 고막체온계에 덮는다.			
10*	대상자의 머리를 한 쪽으로 돌려 체온을 측정할 귀를 노출시킨 후 귓바퀴를 (성인의 귓바퀴는 후상방으로, 소아는 후하방으로) 당긴 다음 탐침을 부드럽게 외이도로 삽입하여 체온을 측정한다.			
12	탐침 덮개를 제거 한 후 체온을 메모한다.			
맥박, 호흡 측정				
13*	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.			
15	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.			
16	측정된 맥박과 호흡을 메모한다.			
혈압 측정				
17	대상자가 편안한 자세를 취하게 한 후, 대상자의 팔을 심장과 같은 높이로 놓고 팔을 노출시킨다.			
18*	팔오금 상완동맥 2-3Cm위에 커프의 bulb에 연결된 줄이 상완동맥과 평행이 되게 놓이도록 하고 손가락 하나가 들어갈 정도의 여유를 주고 감는다.			
20*	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 촉진 하여 맥박이 소실되는 지점에서 혈압계의 눈금을 30mmHg 정도 더 올린다. 3. 조절 밸브를 천천히 열어 눈금을 1초에 2mmHg의 속도로 내리면서 상완동맥이나 요골동맥에서의 맥박이 다시 촉진 되는 지점의 눈금을 읽어서 기억한다. 4. 커프의 공기를 완전히 뺀 후 최소한 15초 동안 기다린다.				

번호	7. 활력징후 측정	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
22*	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 측지 되었던 지점의 눈금을 기억하여 눈금보다 30mmHg 더 올라가게 혈압계의 눈금을 올린다.				
24*	조절 밸브를 천천히 열어 1초에 2mmHg씩 눈금을 내리면서 처음 소리가 들리는 지점의 눈금을 읽어서 기억한다.			
26*	조절 밸브를 천천히 열어 차츰 컵에서 공기를 빼면서 소리가 없어지는 지점의 눈금을 읽어서 기억한다.			
28	조절 밸브를 완전히 열어 컵에서 공기를 완전히 뺀 후 컵을 풀어, 혈압계를 정리한다.			
29	대상자의 환의를 정리한다.			
30	측정한 혈압을 메모한다.			
31	청진기의 귀꽃이(ear piece)와 판막(diaphragm)을 소독솜으로 닦는다.			
32	물과 비누로 손위생을 실시한다.			
33	간호기록지에 호흡, 체온, 맥박, 혈압측정치를 기록한다.			
34*	시간 준수 (8분)			
36*	태도, 복장 준수 / 간호지식평가			
38*	무균술 등 체크리스트 외 기본적인 간호수행 절차 준수			
합격 여부	(31 점 이상 pass/ 30점 이하 재평가) 1차 : _____ /39점 2차: _____ /39점 3차: _____ /39점		Pass / Fail	Pass / Fail
년월일	시간	간호내용	서명	

Mentor확인 : _____ (서명) 책임교수: _____ (서명)

번호	8. 비강캐놀라 이용 산소요법	이름: _____	본시 수행 (O/X)	재시 수행 (O/X)
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.			
7	대상자에게 산소요법의 목적과 절차를 설명한다.			
8	대상자에게 가능하면 반좌위를 취해준다.			
9	습윤병에 증류수를 정해진 눈금까지 채운 후 증류수 마개를 닫는다. (말로 설명)			
10	유량계와 습윤병을 연결한 후 Wall O2 벽에 산소유량계를 꽂는다. (말로 설명)			
11	습윤병에 있는 산소장치 출구와 비강 캐놀라를 연결한다.			
12*	대상자에게 연결하기 전에 비강 캐놀라를 통해 산소가 나오는지 확인한 후 유량계를 잠근다.			
14*	대상자 비공의 폐색 여부를 확인한다.			
16*	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			
18*	유량계를 열어 처방된 산소 흡입량을 눈높이에서 조절한다. (유량기 내 Ball의 중심을 눈금에 일치시킨다).			
20	대상자에게 가능하면 입을 다물고 코를 통해 호흡하도록 설명한다.			
21	대상자를 편안하게 해준 후 산소사용에 따른 화재 위험성과 피부손상 (코, 귀 등 접촉부위) 등을 설명한다.			
22	물과 비누로 손위생을 실시한다.			
23	수행 결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 산소주입 시작시간 2) 산소주입량 3) 호흡양상 4) 대상자의 반응			
24*	시간 준수 (3분 30초)			
26*	태도, 복장 준수 / 간호지식평가			
28*	무균술 등 체크리스트 외 기본적인 간호수행 절차 준수			
합격 여부	(23점 이상 pass/ 22점 이하 재평가) 1차 : /29점(P / F) 2차: /29점(P / F) 3차: /29점(P / F)		P / F	P / F
년월일	시간	간호내용		서명

Mentor확인 : _____ (서명) 책임교수: _____ (서명)

번호	9. 근육주사	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
1	물과 비누로 손위생을 실시한다.			
2*	투약처방(투약카드 또는 컴퓨터 출력물 등)과 투약원칙(5 rights; 대상자 등록번호, 대상자명, 약명, 용량, 투여경로, 시간)을 확인한다.			
4*	근육주사에 필요한 약물을 정확한 용량 및 방법으로 주사기에 준비한다.			
6	필요한 물품을 준비한다.			
7	준비한 물품을 가지고 대상자에게 가서 간호사 자신을 소개한다.			
8	손소독제로 손위생을 실시한다.			
9*	대상자의 이름을 개방형으로 질문하여 대상자를 확인하고, 입원팔찌와 투약카드를 대조하여 대상자(이름, 등록번호)를 확인한다.			
11	약물의 투여 목적과 작용 및 유의사항에 대해 설명한 다음 의문사항이 있으면 질문하도록 한다.			
12	커튼(스크린)으로 대상자의 사생활을 보호해 준다.			
13*	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) 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 엎거나 누운 자세에서 대퇴 부위를 노출시킨 다음 외측광근을 3등분한 가운데 부분, 또는 대퇴직근 부위를 주사 부위로 선정한다. ④ 삼각근 중앙 부위 엎거나 선 자세 또는 측위에서 어깨를 노출시킨 다음 상박의 외측, 견봉돌기에서 5cm 아래 부위를 주사부위로 선정한다.			
15	손소독제로 손위생을 실시한다.			
16	선정된 부위를 소독솜으로 안쪽에서 바깥쪽으로 직경 5~8cm 정도 등글게 닦아낸 후 소독약이 마르면 투약카드를 보고 약을 확인한 후 한 손으로 주사기를 집어 올려 주사바늘 뚜껑을 제거한다.			
17*	주사바늘을 90°로 유지한 다음 주사기로 선정된 주사부위 근육을 재빨리 찌른다.			

번호	9. 근육주사	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
19*	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)			
21	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.)			
22	소독솜을 트레이에 놓고 환의를 입힌 후 대상자의 자세를 편안하게 해준다.			
23	주사 후의 기대효과에 대해 설명한다.			
24	커튼(스크린)을 걷는다.			
25	사용한 물품을 정리한다.(주사바늘은 뚜껑을 되씹우지 않은 채 손상성 폐기물 전용용기에 버리고, 사용했던 소독솜과 주사기는 일반 의료폐기물 전용용기에 버린다.)			
26	물과 비누로 손위생을 실시한다.			
27	수행 결과를 간호기록지, 투약기록지에 기록한다. 1) 5 rights(대상자명, 약명, 용량, 투약경로, 투약시간) 2) 필요시 투약목적, 대상자의 반응, 투약 사유 또는 못한 이유			
28*	시간 준수 (5분 30초)			
30*	태도, 복장 준수 / 간호지식평가			
32*	무균술 등 체크리스트 외 기본적인 간호수행 절차 준수			
합격 여부	(26 점 이상 pass/ 25점 이하 재평가) 1차 : _____ /33점 2차: _____ /33점 3차: _____ /33점		Pass /Fail	Pass /Fail
년월일	시간	간호내용	서명	

Mentor확인 : _____ (서명) 책임교수: _____ (서명)

번호	10. 간헐적 위관 영양	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
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.			
8	대상자에게 위관영양을 하는 목적과 절차를 설명한다.			
9	금기가 아닌 경우 대상자를 30~45° 정도 앉은 자세를 취하게 한다(일어나지 못하면 오른쪽으로 눕힌다).			
10	손소독제로 손위생을 실시한다.			
11	대상자의 옷에 고정되어 있는 위관을 풀고, 꺾은 후 마개를 빼고 위관에 소량의 공기가 든 주사기를 연결한다.			
12*	꺾어 쥔 위관을 풀고 위관을 위벽에서 분리하기 위해 공기를 주입한 후 주사기로 위 내용물을 흡인하고, 내용물이 소화액인 경우에는 위로 다시 주입한다. ※ 참고) 흡인해 낸 위 내용물이 200~250mL 미만이면 위로 다시 주입하고, 250mL 이상으로 소화가 안 된 채 나오면 영양공급을 하지 않고 의사에게 알린다.			
14	위관을 꺾어서 쥐고 주사기를 분리하고 위관 마개를 막는다.			
15	처방된 위관영양액을 담은 용기를 주입세트와 연결한 다음 공기를 끝부분까지 제거하고 걸대(pole대)에 건다.			
16	주사기 내관을 제거한 뒤 위관을 꺾어 쥔 후 위관 마개를 열고 위관에 주사기를 연결한다.			
17*	실온의 물 15~30mL 정도를 주사기에 붓고 꺾어 쥔 위관을 풀어 천천히 주입하다가 주사기 끝에 물이 도달했을 때 다시 위관을 꺾어 쥐고 주사기를 제거한다.			
19*	걸대에 걸어둔 처방된 위관영양액 용기를 위관에 연결한 후 꺾어 쥔 위관을 풀고 용액을 천천히 주입한다. ※ 참고) 1분에 50mL 이하의 속도로 주입			
21	처방된 위관영양액을 모두 주입하여 용기 끝에 용액이 도달 했을 때 위관을 꺾어 쥔 후 용기를 제거한다.			
22*	내관을 뺀 주사기를 위관에 연결하고 실온의 물 30~60mL를 주사기에 부어 위관을 씻어준다.			
24	물이 위관으로 다 주입되기 직전에 위관을 꺾어 쥔 후 주사기를 빼고 위관 마개를 막은 후 위관을 다시 제자리에 고정한다.			
25*	대상자에게 구토를 예방하기 위해 앉아 있어야 함을 설명하고 현재의			

번호	10. 간헐적 위관 영양	이름: _____	본시	재시
			수행 (O/X)	수행 (O/X)
	자세(30~45° 앉은 자세)를 30분 이상 유지하도록 한다.			
27	사용한 물품을 정리한다.			
28	물과 비누로 손위생을 실시한다.			
29	수행결과를 간호기록지에 기록한다. 1) 날짜 및 시간 2) 용액의 양과 형태, 주입시간 3) 대상자의 반응 4) 대상자의 팽만감이나 구토증 5) 대상자의 자세			
30*	시간 준수 (8분)			
32*	태도, 복장 준수 / 간호지식평가			
34*	무균술 등 체크리스트 외 기본적인 간호수행 절차 준수			
합격 여부	(28점 이상 pass/ 27점 이하 재평가) 1차 : _____/35점 2차: _____/35점 3차: _____/35점		Pass /Fail	Pass /Fail
년월일	시간	간호내용	서명	

Mentor확인 : _____ (서명) 책임교수: _____ (서명)

I. 프로그램 개요

1. 프로그램 목적

OSCE I 프로그램의 목적은 2학년 간호대학생을 대상으로 그동안 학습한 기초적인 핵심간호수술을 간호상황에 따라 선택·수행하는 실무능력을 평가하고자 실시되며, 나아가, 현장실습을 시작하기 전에 우선적으로 필요한 핵심간호술을 수행하는 능력을 재점검하고 더욱 능숙하게 단련함으로써 보다 적극적으로 실무역량을 발휘할 수 있도록 준비시키기 위함이다.

2. 프로그램 목표

OSCE I 프로그램의 구체적 목표는 다음과 같다.

첫째, 다양한 간호상황 속에서 문제해결에 필요한 핵심간호술을 선택하여 이론적 근거와 절차에 맞게 정확하게 수행하는 능력을 평가한다.

둘째, 핵심간호술 수행에 대한 피드백과 자기 성찰을 통해 간호 전문역량을 강화한다.

3. 프로그램 내용

OSCE I는 간호학부 졸업인증 필수 프로그램으로 내용은 난이도가 중, 하에 해당하는 기초적인 핵심간호술의 수행능력을 평가하는데 초점이 있다. 평가 항목은 활력징후 측정, 경구투약, 근육주사, 피하주사, 말초정맥주입, 간헐적 위관영양, 단순도뇨, 배출관장, 입원관리하기, 비강캐놀라를 이용한 산소요법 등 10개 항목이다. 평가내용은 핵심간호술 프로토콜 제4.1판(한국간호평가원, 2017) 절차의 정확한 수행능력과 간호수행의 근거가 되는 이론적 지식, 환자와의 소통능력을 평가한다.

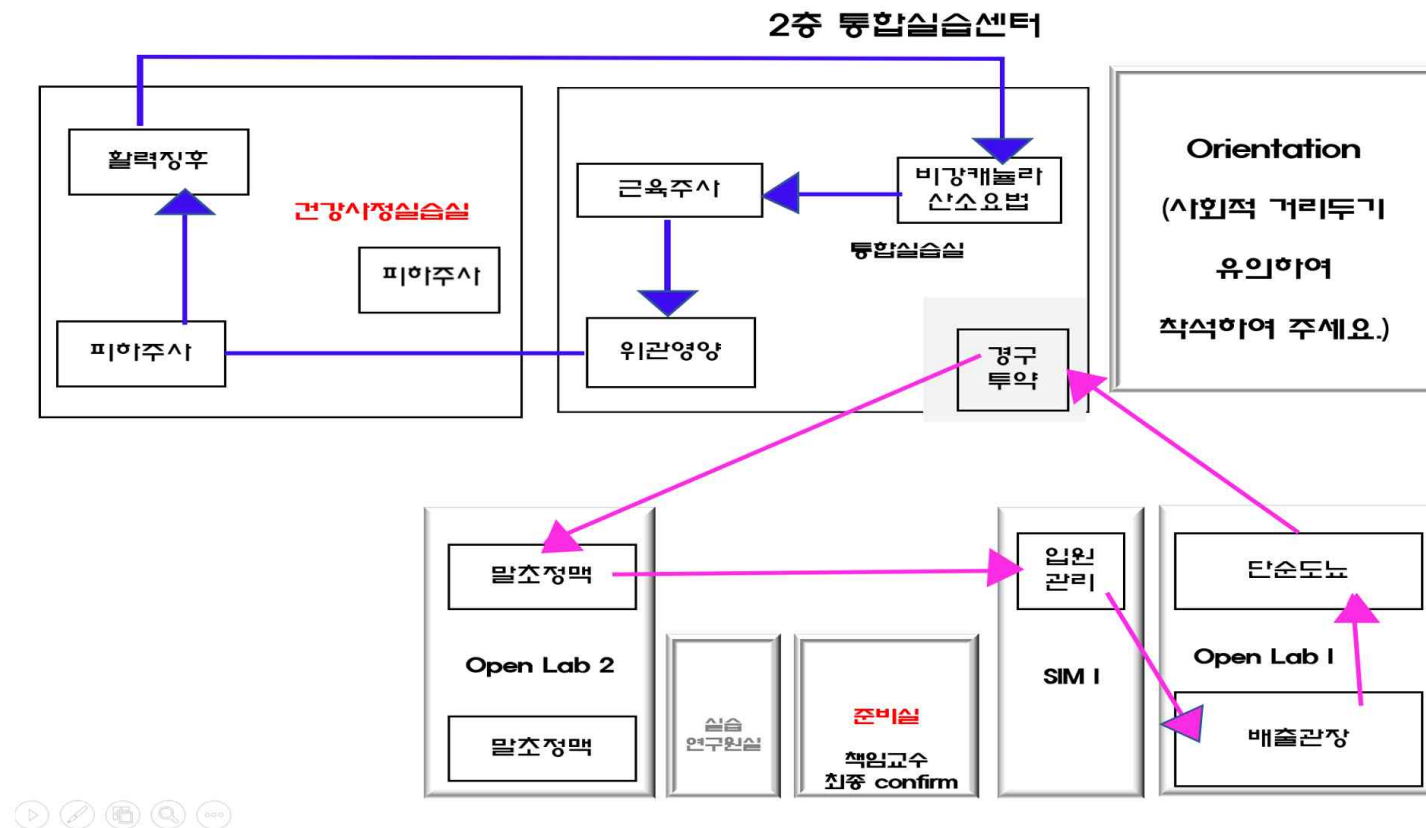
평가 종목, 평가 내용, 수행시간, 난이도 수준(간호교육평가원 2017년 4.1판 기준)

평가 종목	평가 내용 (평가술기 및 관련 지식 구술평가)	수행 시간	난이도
1) 활력징후 측정	-체온, 맥박, 호흡, 혈압 측정 -간호기록	10분	하
2) 경구투약	-5 Right 준수 -간호기록	7분	하
3) 근육주사	-바이알 주사약 준비 -약 용량 계산 -정확한 주사부위 선정 및 주사방법 -간호기록	7분	중
4) 피하주사	-간이혈당측정기 사용 -무균술 -5 Right -간호기록	10분	중
5) 비강캐놀라 이용한 산소요법	-산소요법 처방확인 -습윤용기 체크 -대상자의 불편감 개선	5분	하
6) 간헐적 위관영양	-내과적 무균술 -위관의 위치확인 -위관영양 주입속도 -위관영양 전후의 세척	10분	중
7) 단순도뇨	-무균술 -대상자의 프라이버시 보호 -배설량의 측정과 charting	10분	중
8) 배출관장	-대상자의 프라이버시 보호 -관장 시 체위 -관장 후 배변관리 -간호기록	10분	중
9) 입원관리하기	-입원간호력 -욕창위험요인 파악 -낙상 위험요인 -통증 사정 -입원생활 안내	15분	하
10) 말초정맥주입	-정맥수액 용기에 수액세트 연결 -정맥천자 및 수액 연결 -용액의 주입 속도 조절 (분당 방울 수 계산) -간호기록	10분	상

* 2017년 간호인증평가원 4.1판 기준

II. 프로그램 운영방법

4) 핵심간호술 항목별 평가 장소



복장 : 임상실습에 준하는 복장으로 평가에 참여하여 주십시오 (명찰 반드시 패용 - 평가시 미지참 술기별 2점 감점 / 임시 명찰 착용 -1점 감점)

5. 핵심간호술 항목별 간호상황 시나리오

시나리오는 실제 간호상황과 유사하게 구성하여 간호학생이 간호문제를 해결하는데 필요한 핵심간호술을 선택·적용할 수 있도록 교육하기 위함이다. 시나리오 제시방법은 실습장소에 부착하여 실습 시작 전에 학생이 간호 상황을 인지하고, 해당 핵심간호술 기 확인 후 다음 실습을 진행한다. 각 술기 별 시나리오는 다음과 같다.

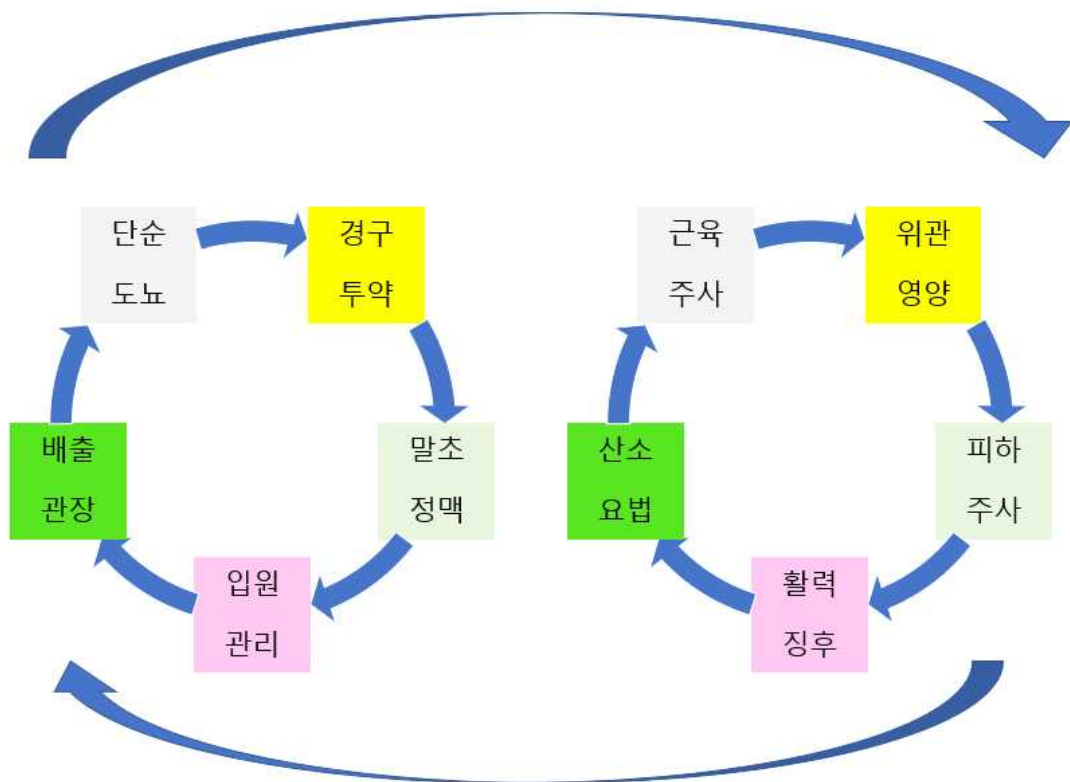
	핵심 간호술항목	시나리오 내용
1	말초정맥 주입	김정맥(F/30)님은 어지러움을 주호소로 외래 통해 입원하였다. Order 내용의 일부는 다음과 같다. 절차에 맞게 수행해보시오. Dr order : 5% DW 500ml IV 10gtts/min R1 최의사/ RN ○○○
2	입원관리 하기	김철수(M/68)님은 1주일 전부터 식사 후 소화불량감이 지속되어 3일 전 본원 소화기 내과 외래 방문하였다. 입원하여 검사 진행하기로 결정되어, 원무과에서 입원 수속 후 소화기내과병동 간호사실로 이동하였다. 절차에 맞게 입원관리를 수행하시오. 과거력 : 고혈압 복용약물: 아모디핀 5mg 1T DA 기동상태: 보조기구 없이(지팡이 등) 혼자 보행 가능
3	배출관장	박배출(F/59)님은 4일 동안 대변을 보지 못한 상태로 복부의 불편감을 호소하여 담당의는 다음과 같이 처방하였다. Dr order : Glycerin enema 50mL R1 나 의사/ RN ○○○
4	단순도뇨	나도뇨(F/56)님은 Rt. femur Fx. 진단하에 응급실에 입원하였다. 나도뇨님은 8시간 동안 배뇨하지 못하였고, 복부팽만 및 심한 요의를 호소하였으며, 나도뇨님의 상태를 확인한 담당의는 다음과 같이 처방하였다. Dr order : 1. ABR 2. Nelaton catheterization R1 나 의사/ RN ○○○

	핵심 간호술항목	시나리오 내용
5	경구투약	내과 병동에 입원치료 중인 안기침(M/20)님은 어제 밤부터 기침과 콧물이 나고 침을 삼키는 것도 불편하여 담당의는 다음과 같이 처방하였다. Dr order : 1) Cough syrup 20ml Qid PO. 2) Tylenol 1T Tid PO. R1 최의사/ RN ○○○
6	활력징후 측정	김아파(F/60)님은 Appendectomy 수술 후 1일째이다. 다음의 처방을 수행하시오. Dr order : Vital signs check q 6hrs R1 최의사/ RN ○○○
7	피하주사	당뇨환자인 이고당(F/28) 님이 간이 혈당검사를 위해 오전 9시에 방문하였더니 두통과 갈증을 심하게 호소하고 있었다. 간이 혈당검사를 실시하고 처방에 따라 인슐린을 투여하시오. Dr order : prn) Humulin R () units SC if BST over () mg/dL R1 최의사/ RN ○○○
8	비강캐놀라 이용 산소요법	호가뽀(F/58)님은 Pneumonia 진단 받아 입원치료 받고 있다. 현재 기침과 분비물 과다로 인한 호흡곤란을 호소하고 있으며, 호가뽀님의 상태를 확인한 담당의는 다음과 같이 처방하였다. Dr order : O₂ inhalation by Nasal cannula () L/min R1 나의사/ RN ○○○
9	근육주사	김둔부(F/30)님은 급성충수돌기염으로 수술후 1일째이다. 대상자가 수술부위의 심한 통증을 호소하여 담당간호사는 다음의 처방을 시행하고자 한다. 처방에 따라 대상자에게 적절한 간호를 수행하시오 Dr order : Tramadol () mg (50mg/2ml/Ⓐ) IM stat R1 최의사/ RN ○○○
10	간헐적 위관영양	나경색(F/58)님은 뇌경색 진단 후 재활치료 중 이다. 본인 이름과 간단한 대답은 가능하나, 침을 잘 삼키지 못하고 자꾸 흘리는 증상 있어서 시행한 비디오 투시 검사(VFSS, videofluoroscopic swallowing study) 상 삼킴장애(연하장애) 진단 후 담당의는 다음과 같이 처방하였다. Dr order : 뉴케어 100ml qid via L-tube feeding R1 김의사/ RN ○○○

6. 프로그램 진행절차

1) 진행순서

진행순서는 핵심술기 순서에 따라서 1명의 학생이 10개 종목을 오전 5개, 오후 5개로 나뉘어 총 12개의 Station에서 10개 항목의 핵심간호술 Station을 순회하면서 실습을 진행하도록 한다.



2) 물품준비와 정리

물품 준비는 실습종목별로 해당 실습장소 가까이에 배치하여 학생이 실습준비를 용이하게 하고 지나친 혼잡을 피할 수 있도록 한다. 학생은 해당 실습을 종료한 후 사용한 물품을 제 자리에 정리하고, 의료용 폐기물에 해당하는 물품은 감염관리 규정에 따라 구분하여 폐기한다.

3) 실습 진행절차

학생의 실습 진행절차는 순회방식에 따라 해당 실습장소로 이동→시나리오 숙지→

해당 핵심간호술 종목 선택→물품준비→실습수행→물품정리→평가결과 확인의 순서로 진행한다.

4) 평가교재 사용

학생들은 평가를 위해 전체적인 운영내용과 평가도구가 삽입된 평가용 교재를 개인 별로 준비하도록 하고, 교수는 평가결과를 교재에 삽입된 평가도구에 표기한다. 평가가 종료된 후 평가용 교재는 모두 학부에 보관한다.

5) 진행 시간표

전체적인 실습 진행은 오전과 오후에 각 5개의 핵심간호술을 순회 경험하는 것으로 진행하고, 1 cycle에 실습준비 및 실습수행 10분, 물품정리 5분으로 총 15분을 소요하는 것으로 편성한다. 단, station 대기자가 많을 경우 일자별 책임교수의 승인하에 운영을 융통성 있게 조절하여 전체 실습운영 시간이 지연되지 않도록 한다.

시간	실습내용	비고
8:50 ~	발열체크(시트 작성), 출석체크	평가 과정 촬영 동의서 작성 핵심술기자신감 사전설문지 작성 착석 표시된 좌석에 앉기
9:00 ~ 9:20	Orientation 및 준비	담당교수, 멘터
9:20 ~ 12:00	5종목 실습	항목 당 배정시간 30분
12:00 ~ 13:00	점심시간	
13:00 ~ 15:30	5종목 실습	항목 당 배정시간 30분
15:30 ~ 16:30	재평가	
16:30 ~ 17:00	실습물품 정리 및 평가	

7. 감염관리 안전 수칙

■ 원칙

OSCE I 프로그램 전 집에서 자가 발열체크를 실시하며, 실습장소에 도착 후 발열체크를 실시한다(부록 7).

발열 또는 호흡기 증상(기침, 인후통, 근육통, 호흡곤란 등) 발생 시, 유선보고하고 이 메일로 [OSCE I 응시 불가 사유 인정 신청서]를 제출한다(통합실습센터 연구원).

실습장소는 수시로 환기시키며, 주기적으로 소독을 실시한다.

기본적인 코로나19 안전수칙을 준수한다.

8. 학생 공지 사항

- 프로그램 참여 전 모임과 외출을 자제하고, 자택에서 자가격리하여 주시기 바랍니다.
 - 발열 또는 호흡기 증상(기침, 인후통, 근육통, 호흡곤란 등) 발생 시,
 - ① 책임교수(pf. 윤지영)에게 유선 연락 및
 - ② 통합실습센터 연구원에게 OSCE I 응시 불가 사유 인정 신청서[부록 5]를 제출하시기 바랍니다(실습연구원 hyeonji8847@jesus.ac.kr).
 - OSCE I 프로그램 전 집에서 자가 발열체크를 실시하며, 실습장소에 도착 후 발열 체크 후 발열체크시트지를 작성합니다.
 - 통합실습실 도착 후 시작 전까지 통합실습실 내 좌석에서 적정 거리를 유지하며 대기하여 주십시오.
 - **복장: 실습복(가디건 착용), 간호화, 머리망 착용 및 명찰 패용,**
마스크 > 임상실습에 준하는 복장 착용(반드시 명찰 패용)
 - **필수 지참 : 혈압기, 청진기, 체온계, OSCE I 프로그램 안내문, 간단한 필기 도구, 수첩 등 (프로그램 가이드북 미출력 시 평가가 지연될 수 있습니다)**
 - 영역별 핵심술기 평가 시 시간을 준수하여 주십시오.
 - 핵심술기 별 사전지식에 대한 질의가 있으므로 충분히 공부하고 오시기 바랍니다.
 - 간호기록 작성은 해당 핵심술기가 통과 된 이후에 작성하며, 간호기록까지 종료된 후 해당 핵심 술기 Mentor의 서명을 받습니다.
 - 10개 핵심술기에 모두 Pass 된 경우
 - ① Mentor와 지도교수 서명이 된 평가지(10 항목) 와
 - ② 설문지(2종)를 당일 책임교수에게 제출 한 후 개별적으로 퇴실합니다.
 - 각 실습 종목 모두 Pass 될 때까지 재시험에 응해야 합니다.
 - 당일 간단한 점심이 제공됩니다. 만일 개인의 취향에 맞는 점심을 원하는 경우는 개인적으로 준비하여 오시기 바랍니다.
 - 점심식사는 사회적 거리두기를 유지하여 개별적으로 식사하도록 합니다.
 - 컵은 개인컵을 준비하여 사용하여 주십시오.
 - 멘토에 대한 예의를 지켜주시기 바랍니다.
- 문의)통합실습센터 연구원 063-230-7778 / 책임교수 윤지영 063-230-7753

Ⅲ. 프로그램 평가방법

1. 핵심간호술 수행능력 평가

핵심간호술 수행능력 평가는 수행과정 동안의 정확도, 지식정도 및 간호수행에 대한 자신감의 변화를 평가하며 구체적 내용은 다음과 같다.

1) 핵심간호술 수행능력 평가

10개 핵심간호술 항목별 간호수행 프로토콜의 수행여부를 check list를 사용하여 책임교수 감독 아래 학생 멘토가 측정한다[첨부 4. 핵본간호술 수행능력 평가 check list].

❖ 채점 기준

- 항목별 1점, 단 * 표시 문항 2점
- 부족하거나 미흡한 수행 -1점, *표시 문항 -2점
- 시간 미준수 -2점, 체크리스트 항목 외 무균술 미준수 -2점, 복장 불량 -2점

❖ Pass 기준

- 핵심간호술 각 항목이 체크리스트 총점의 80점 이상이어 함.
- 10개의 핵심간호술 모두 Pass 해야 함.

❖ 미달성자 관리

- 각 항목 80점 이상을 달성하지 못한 자는 재시험의 기회를 주되, pass 수준에 달할 때까지 재시험에 응시하여 반복하여 지도함.

2) 핵심간호술 자신감 측정

핵심간호술에 대한 학생들의 자신감을 자가보고식 설문지를 사용하여 측정하고 분석한다[첨부 2. 간호수행 자신감 측정 설문지].

2. 핵심간호술 교육 프로그램 평가

본 프로그램 자체에 대한 평가는 교육내용, 교육방법, 지도자, 교육환경과 전체적인 만족정도 등을 설문지로 작성하여 그 결과를 분석한다.

[첨부 3. 핵심간호술 교육 프로그램 평가 설문지].

IV. 부록

[부록 1] 2023학년도 OSCE I 프로그램 참여명단 (예정) (23.12.04. 기준 - 124명)

		1/29 (월) (24명)			1/30 (화) (26명)			1/31 (수) (25명)			2/1 (목) (24명)		2/2 (금) (24명)		
SECTION 1	1	말초정맥	민수와	김선아	박헬레나	강시운	김지민	김지혜	김영임	이주원	강다혜	박유리	권혜원	정희원	조현지
	1	말초정맥	김병준	안다현		정민정	김성규		진수용	최지혜		김지우	박상훈	김가현	조효민
	2	입원관리	김주은	어은송		조신영	최지우		김민규	유지형		박예은	김재환	박주향	최을
	3	배출관장	임병찬	채서연		조수인	최희망		최승호	이인규		김유찬	김민하	박진주	배이레
	4	단순도뇨	유가은	송민지		이선인	조유림		박혜란	김수아		박지은	신선영	허윤서	김지현
	5	경구투약	진하영	김다윗		안장균	이수민		김세연	이소진		고아라	신재모	신빈	손하린
SECTION 2	1	피하주사	이유진	송주원		김다은	주혜인	오은영	최수인	이하민		이지민	형동호	문장혁	정지혜
	1	피하주사	오윤서	소정은		신서경	김은서		김수지	최강윤		박민희	김아연	김한나	
	2	활력징후	최연우	김다윤		권민구	이다영		방상혁	정다희		최다은	이평화	정차민	곽수진
	3	비강캐놀라	송산의	김우진		한서윤	은채영		박건하	장예림		윤희서	박정빈	설지윤	임예진
	4	근육주사	최정아	김다영		박찬송	김시현		최서아	한상민		안지수	이예영	최서영	임한별
	5	위관영양	박우빈	김지호		김조은	이서진		박건우	김미소		김진희	최민서	권정은	송유빈
기타	※ 코로나19 등과 관련하여 불가피한 상황이 발생한 경우 일자별 변경 있을 수 있음. ※ 10개 항목 모두 PASS : 당해 PASS 하지 못한 경우, 다음 해 10개 술기 모두 재평가 시행 예정														
	1/29 (월) (24명)			1/30 (화) (26명)			1/31 (수) (25명)			2/1 (목) (24명)			2/2 (금) (24명)		

OSCE I 응시 불가 사유 인정 신청서

1. 학생 인적 사항

학년-반	학번	성명	연락처

2. 시험 일정 :

202__년 __월 __일 __요일

3. 시험 불가 사유(상세 입력)

해당여부 (V 표시)	사 유
	1. 코로나 19관련 본인 발열 및 호흡기 증상
	2. 코로나 19관련 가족 발열 및 호흡기 증상
	3. 코로나 19관련 확진환자 접촉 후 자가격리
	4. 코로나 19관련 입국 후 자가격리
	5. 기타(_____)

본인은 상기와 같이 OSCEI 프로그램 참여에 대한 불가 사유 인정을 신청합니다.

신청일 : 202 년 2 월 일

신청인 : _____ (인)

[부록 3]

OSCE I 프로그램 참석자 명부 [202__학년도]

202 년 2월 일

연번	학번	성명	체온	호흡기 증상유무	손소독 실시	마스크 착용	서명 (학생)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

[부록 4]

OSCE I 멘토 자가체크리스트 [202 학년도]

기간: 202 년 월 일 ~ 월 일

학번: _____

이름: _____

날짜	자가 채운측정		호흡기 증상 유무	근육통 여부	마스크 착용 실천	손 위생 등 개인위생 준수	사회적 거리 두기 실천	확인 서명
	오전 (등교전)	오후 (귀가후)						
2/6								
2/7								
2/8								
2/9								
2/10								

※ OSCE I 기간 동안 자가발열체크 후 기록하여 주시기 바랍니다.

체크리스트는 매일 작성하여 프로그램 종료 후에 실습연구원 선생님께 제출합니다.

※ OSCE I 프로그램이 진행되는 동안 외출과 모임을 자제하여 주시기 바랍니다.