



**KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ**

**EE 153 TEMEL İLKE ve UYGULAMALAR I DERSİ VERİ
TOPLAMA FORMU**

Doküman No	EBE-UF-1
İlk Yayın Tarihi	18/10/2022
Revizyon Tarihi	18/10/2024
Revizyon No	2
Sayfa	1/1

Tarih:

A.DEMOGRAFİK VERİLER

Klinik:

Hastanın Adı Soyadı:		Hastaneye Kabul Tarihi:			
Doğum Tarihi:	Yaşı:	Medeni Hali:	Çocuk Sayısı:		
Eğitim Durumu:		Mesleği:			
Adres:					
Hastaneye Kabul Şekli:	☐ Acil	☐ Tetkik	☐ Tıbbi Tedavi	☒ Cerrahi Tedavi	☐ Rehabilitasyon

Tıbbi Tanısı:

B.TIBBİ ANAMNEZ

Hastanın Yakınması:

Kronik Hastalıklar:	☒ D.M.	☒ H.T.	☒ K.O.A.H.	☒ K.Y.	☒ K.B.Y	☒ Diğer.....
---------------------	--	--	--	--	---	--

Sürekli Kullandığı İlaçlar:

Daha önce hastaneye yatış yapmış mı? Nereye?

Geçirilmiş Hastalık / Operasyon:

Protezler:	☒ Diş	☒ Gözlük	☒ Lens	☒ İşitme Cihazı	☒ Diğer.....
Allerjisi:	☒ Var	☒ Yok	☒ İlaç	☒ Yiyecek	☒ Diğer.....

Alışkanlıkları:

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">Düzenli Egzersiz YapmaDüzenli sağlık kontrolü yaptırmaDüzenli ve dengeli beslenmeStresle başedebilmeOlumlu kişilerarası ilişkiler | <ul style="list-style-type: none">Sigara.....adet/paket/gün yılAlkol..... adet/paket/gün yılMadde..... adet/paket/gün yılDiğer..... |
|---|--|

C. HASTANIN SERVİSE ORYANTASYONU

☒ Yemek Saati	☒ Ebe/Hemşire – Hekim Odası	☒ Ziyaret Saati
☒ Telefon ☎	☒ Refekatçi	☒ Tuvalet

D. YAŞAM BULGULARI

Ateş C	Nabız /dk. Ritmî:	Solunum: .../dk.	T.A mmHg.
--------	----------------------------	------------------	-----------

Normal Aralık:.....	Normal Aralık:.....	Normal Aralık:.....	Normal Aralık:.....
Değerlendirme:.....	Değerlendirme:.....	Değerlendirme:.....	Değerlendirme:.....
Kan Grubu:			
Daha Önce Kan Transfüzyonu Yapıldı mı? Reaksiyon:			

Bilgi Alınan Kaynak: Öğrenci Ebenin Adı Soyadı:

YAPILAN TETKİKLER – LABORATUAR - TANI YÖNTEMLERİ VE SONUÇLARI

HEMATOLOJİ					BİYOKİMYA			
Tarih	Tetkik	Sonuç	Normal Değer Aralığı	Birim	Tetkik	Sonuç	Normal Değer Aralığı	Birim
	WBC		4.6-10.2	Bin/mm3	Glukoz		70-100	mg/dL
	NEU%		37-80	%	Ürik Asit		2.6-6.0	mg/dL
	NEU		2-6.9	K/uL	BUN		7-20	mg/dL
	LYM%		10-50	%	Kreatinin		0.6-1.3	mg/dL
	LYM		0.6-3.4	K/uL	Kolesterol		0-200	mg/dL
	MONO %		0-12	%	HDL		35-60	mg/dL
	MONO		0-0.9	K/uL	LDL		35-165	mg/dL
	EOS%		0-7	%	Trigliserit		30-150	mg/dL
	EOS		0-0.7	K/uL	A.Fosfataz		50-136	U/L
	BASO%		0-2.5	%	AST		0-37	U/L
	BASO		0-0.2	K/uL	ALT		0-65	U/L
	RBC		4.04-5.48	Milyon/mm3	LDH		100-190	U/L
	HGB		12.2-16.2	g/dl	GGT		5-85	U/L
	HTC		42-46	%	T. Protein		6.4-8.2	g/dL
	MCV		80-97	fL	Albümin		3.4-5	g/dL
	MCH		27-31.2	Pg	Total Bil.		0-1.1	mg/dL
	MCHC		31.8-35.4	g/dl	Direkt Bil.		0-0.3	mg/dL
	RDW		11.6-30	%	İndirekt Bil.		0-0.7	mg/dL
	PLT		142-424	K/uL	CK		0-232	U/L
	MPV		7-11.1	fL	CKMB		0-20	U/L
	PCT		0.10-0.41	-	Kalsiyum		8.5-10.3	mg/dL
	PDW		10-30	-	Fosfor		2.5-4.9	mg/dL
	HbA1C		%4-6	g/dl	Sodyum		136-145	mmol/L
	CRP		0.00-8.20	mg/L	Potasyum		3.5-5.1	mmol/L
	ASO		0.00-200.00	IU/ml	Klor		98-107	mmol/L
DİĞE R					DİĞER			
DİĞE R					DİĞER			

Hastaya ait olan verileri yanlarına ↓ , N veya ↑ işaretlerini kullanmak suretiyle değerlendiriniz.

İDRAR						
Tarih	Tetkik	Sonuç	Normal Değer	Tetkik	Sonuç	Normal Değer
	Dansite		1010-1020	Eritrosit		1-2
	Glikoz		Negatif	Lökosit		1-2
	Albümin		Negatif	Epitel		3-4
	M.O. üreme		Negatif	pH		5-7
	Renk		Kehribar	Protein		Negatif
DİĞER						

BİREYİN TEDAVİSİ

...../...../20....

[illegible]

Hastanızın Tedavisinde Kullanılan İlaçlar İle İlgili Bilgileri Yazınız

[illegible]

YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE TANILAMA FORMU

1. Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| • Düşme öyküsü var | • Yardımla yürüme | • 65 yaş üzeri | • Görme problemi |
| • Ortostatik hipotansiyon | • Hipotansiyon | • Hipertansiyon | • Sedatif kullanımı |
| • Kas zayıflığı/dengesizliği | • Baş dönmesi/baygınlık | • Konfüzyon | • Desoryantasyon |
| • Halsizlik | • IV Katater | • Cavafix/Santral Katater | • Kortikosteroid kullanımı |
| • Aspirin/Antikoagül an kullanımı | • Yatak kenarlıklarının kullanımı | • 5 yaş altı | |

2. İletişim

- | | | |
|--|-------------|-----------------|
| • Yer, zaman, kişiye oryante, yanıtlar uygun ve iletişim yeterli | • Laterjik | • Konfüze |
| • Disoryante | • Afazik | • Ajite |
| • Depresif | • Anksiyete | • İşitme sorunu |
| • Konuşma sorunu | • Korku | • Stres |
| • Stresle başetme yöntemleri..... | | |

3. Solunum

- Solunum hızı:..... Akciğer sesleri:..... Derinliği:.....
- | | | | |
|--------------|---------------|-------------|-----------------|
| • Dispne | • Öksürük | • Sekresyon | • Hemoptizi |
| • Ortopne | • Trakeostomi | • Hıçkırık | • Aralıklı apne |
| • Diğer..... | | | |

4. Beslenme

- Boy:..... Kilo:..... B.K.İ.:.....
- Genel Beslenme Alışkanlıkları:.....
- Hoşlanmadığı besinler:..... Oral Sıvı Alımı/24h:.....
- Oral Alımı (sıvıdan katıya R1, R2, R3, Nomal Diyet):.....
- Oral mukozayı tanılama (0: Normal – 3 Çok Kötü):.....
- | | | |
|---------------------------|---------------------------|-----------|
| • Ağız kokusu (holitazis) | • Yutma güçlüğü (disfaji) | • Bulantı |
| • Anoreksi ya | | |

• Diş ve dişeti problemleri	(yememe) • Kusma	• N/G Tüp	• Kilo kaybı
• TPN (Total Parenteral Beslenme)	• Distansiyon (şişkinlik)	• Kaşeksi	• Obezite
• Hematemez	• Gaz	• Barsak sesleri	/dk
• Diğer.....			

5. Boşaltım

Önceki defekasyon alışkanlığı:.....

En son defekasyona çıktığı gün:.....

- Hemoroid
- Parazit
- Fekal inkontinans
- Ostomi
- Melena
- Konstipasyon
- Diyare
- Diğer:.....
- İdrar yapma alışkanlığı 24 saat/kaç kez:.....
- Yaklaşık miktarı:.....
- İdrar rengi:.....
- İdrar retansiyonu
- Dizüri
- Noktüri
- Anüri
- Oligüri
- Pollaküri
- Poliüri
- Hematüri
- İdrar inkontinansı
- İdrar katateri
- Diyaliz: Hemodiyaliz / Periton Diyalizi
- Diyaliz giriş yeri:.....
- Diğer:.....

6. Kişisel Temizlik ve Giyim

Kişisel hijyen ve giyinmede bağımsızlığı:.....

Vücut ve giyim hijyeni:.....

Saçlı deri (dökülme vb.):.....

Banyo yapma durumu:.....

(Göz, Kulak, Boyun, Ağız, Burun) Akıntı:.....

Kirlilik:.....

Kanama:.....

- Ter kokusu
- Kuruluk
- Siyanoz
- İkterik
- Fotosensivite
- Ciltte ülserasyon
- Dekübitis
- Kaşıntı
- Kızarıklık
- Dekuamasyon
- Ekstravazasyon
- Varis
- Ödem (+, ++, +++, +++++)
- Periferel nabızlar:.....
- Kapiller dolum /sn
- Bradikardi
- Taşikardi
- Diğer:.....

7. Beden Sıcaklığının Kontrolü

- Çevre ısisına uygun giyim
- Hipotermi
- Hipotermi
- Soğuğa intolerans
- Sıcağa intolerans
- Terleme
- Titreme
- O
- Diğer:.....

8. Hareket

• Kas gücü ve gelişimi:.....

• İmmobilité

Genel Görünüş

- Normal
- Kifoz
- Skolyoz
- Tremor

- Lordoz

- Spinal Deformite

- Kırık

- Yürüyüş Bozulmuş

- Postür bozulmuş

- Amputasyon

Kaslar

- Kaslarda Zayıflık

- Paralizi

- Parapleji

- Hemipleji

Eklemler

- Normal

- Kızarıklık

- Eklemde şişlik

- Hareket kısıtlılığı

- Kontraktür

- Deformite

Yardımcı Araç Kullanımı

- Yok

- Var

(Açıklayınız)

9. Çalışma ve Eğlence

- Çalışma durumu:.....
- Boş zamanlarını değerlendirme:.....
- Hobileri:.....
- Gelir durumu:.....
- İş ortamı ve koşulları:.....
- Diğer:.....

10. Cinselliği İfade Etme

- Beden imajı:.....
- Cinsiyete uygun giyim:.....
- Perineal hijyen alışkanlığı (doğru yapıyor mu?):.....

Tedavi ve hastalığın cinselliğe etkisi:

- Yok
- Var

11. Uyku

- Uyku saatleri:..... İstirahat süresi:.....
- Horlama
 - O Uyku ilacına bağımlılık
 - Uykuya dalmada güçlük
 - Uykuya eğilim
 - Uyku için yardımcı girişimler:.....
 - Diğer:.....

12. Ölüm (Gerekli ise doldurunuz)

Yaşam ve ölüm ile ilgili inançlar:.....

Bireyin sağlığını algılama durumu:

- İyi
- Orta
- Kötü

Sağlık durumuna ilişkin duygusal tepkisi:

- Şok
- İnkâr
- Kızgınlık
- Pazarlık
- Depresyon
- Kabullenme

Bireyin ve ailesinin/yakınlarının/arkadaşlarının bilgi gereksinimleri:.....

Sipiritüel gereksinim:.....

Ailenin desteklenmesi:.....

Diğer:.....

HASTANIN VE AİLENİN BİLGİ GEREKSİNİMLERİ: (BAŞLIKLAR HALİNDE)

□

□

□

□

□

□

□

□

□

□

AĞRI TANILAMA FORMU

Aşağıdaki çizgide ağrı şiddeti 0 noktasından 10 noktasına doğru artmaktadır. 0 noktası hiç ağrının olmadığını 10 noktası ise dayanılamayacak ağrıyı göstermektedir. Lütfen **şuanki ağrınızı** aşağıdaki çizgi üzerine koyacağınız nokta ile belirtiniz.

0 Ağrı yok 10 çok şiddetli ağrı

Ağrının

yeri:.....

AĞRI DEĞERLENDİRME

0-1.4 cm: ağrı yok

1.5-3.4 cm: hafif ağrı

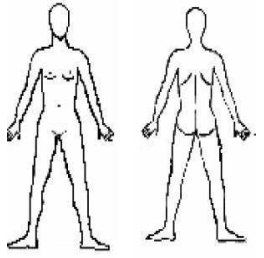
2.4-5.4 cm: rahatsız edici ağrı

5.5-7.4 cm: şiddetli ağrı

7.5-9.4 cm: çok şiddetli

ağrı 9.5-10: dayanılmaz

ağrı

Nitelik	Farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik Tedavi	Ağrıya karşı tepkiler	Ağrının Lokalizasyonu
1. Kramp 2. Yanıcı 3. Batıcı 4. Spazm 5. Zonklayıcı 6. Baskı verici 7. Ezici/sıkıştırıcı	1. Non-Steroid Antienflamatuarlar 2. Nar kotik analjezikler 3. Adjuvan tedavi 4. Diğer	1. Masaj 2. Dikkati dağıtma 3. Müzik 4. P ozisyon değişikliği 5. Sıcak/soğuk uygulama 6. Diğer.....	1. Kızgınlık/Ağlama 2. Aktivitede azalma 3. İştahta azalma 4. Uyku problemleri 5. Konsantrasyon bozukluğu 6. Analjezi isteme 7. Terleme/çarpıntı 8. Diğer	

BRADEN SKALASI (Toplam skorun 16'dan az olması basınç ülseri riskini gösterir)						
<i>(Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğunuzu düşündüğünüz hastalara uygulayınız)</i>						
Duyu / algı	Nem	Aktivite	Hareketlilik	Beslenme	Sürtünme	Toplam
Tamamen sınırlı 1	Sürekli nemli 1	Yatağa Bağımlı 1	İmmobil 1	Çok kötü 1	Problem 1	
Çok sınırlı 2	Çok nemli 2	Sandalye 2	Çok Sınırlı 2	Yetersiz 2	Olası problem 2	
Hafif Sınırlı 3	Arasıra nemli 3	Ara sıra yürüyor 3	Hafif Sınırlı 3	Yeterli 3	Problem yok 3	
Bozulma yok 4	Nadiren nemli 4	Sık sık yürüyor 4	Sınırlama yok 4	Çok iyi 4	Bozulma yok 4	

Basınç yarası ☐ Varsa Yeri:.....Evresi: Evre I ☐ Evre II ☐ Evre III ☐ Evre IV ☐

Bası Yarası Sınıflaması			
EVRE I	Bölge kızarıklık, cilt bozulmamış, koruyucu önlemlerle reversibledir.	EVRE III	Cilt altı, kasa yayılmayan ülserdir.
EVRE II	Cilt bütünlüğü bozulmuş, yüzeysel ülserdir, eritem görüntüsünde olabilir.	EVRE IV	Kas yada kemikleri de tutan ülserdir.

GLASGOW KOMA SKALASI					
Göz Açma		Motor Yanıt		Sözel Yanıt	
Yok	1	Yok	1	Yok	1
Ağrılı uyarılara yanıt olarak	2	Ektensör yanıt	2	Anlaşılmaz sesler	2
Konuşmaya yanıt olarak	3	Fleksör	3	Uygun olmayan yanıt	3
Kendiliğinden	4	Geri çekme şeklinde	4	Dağınık, konfüze yanıt	4
		Lokalize edici	5	Oryante yanıt	5
		İstemli	6		
<u>Bilinç düzeyi (Toplam puan üzerinden):</u> 3-8 puan Koma□ 8-9 puan Stupor□ 10-11 puan Laterji□ 12-13 puan Konfüzyon□ 13-14 puan Deliryum ve Hafif Nörolojik Hasar □ 15 puan Bilinçli□					

Düşme öyküsü : Hayır ☐ Evet ☐ Açıklayınız.....

		Değerlendirme	İTAKİ DÜŞME RISKİ ÖLÇEĞİ
Minör Risk Faktörleri	1. 65 yaş ve üstü.	1	Bilgilendirme Tablosu *Kronik hastalıklar: Hipertansiyon, Diyabet, Dolaşım Sistemi Hast., Sindirim Sistemi Hast., Artrit, Paralizi, Depresyon, Nörolojik Hastalıklar **Hasta Bakım Ekipmanları: IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı Kateter, Göğüs Tüpü, Dren Perfüzör, Pacemaker vb ***Riskli İlaçlar: Psikotropikler, Narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiyabetikler, Santral Venöz Sistem İlaçları (Digoksin vb.) Kan Basıncını Düzenleyici İlaçlar
	2. Bilinci kapalı.	1	
	3. Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1	
	4. Kronik hastalık öyküsü var.*	1	
	5. Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var	1	
	6. Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	1	
	7. Görme durumu zayıf	1	
	8. 4'den fazla ilaç kullanımı var.	1	
	9. Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**	1	
	10. Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1	
	11. Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.	1	
Major Risk Faktörleri	12. Bilinç açık, koopere değil.	5	
	13. Ayakta/ürürken denge problemi var.	5	
	14. Baş dönmesi var.	5	
	15. Ortostatik hipotansiyonu var.	5	
	16. Görme engeli var.	5	
	17. Bedensel engeli var.	5	
	18. Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**	5	
	19. Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***	5	
TOPLAM PUAN			
☐ Düşük Risk: Toplam Puanı 5'in altında ☐ Yüksek Risk: Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde			

EBELİK ÖYKÜSÜ

[illegible]

KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ
ÖĞRENCİ ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ FORMU

ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ	Adı Soyadı :
	Bölümü :
	Oda No :

Tarih	Aldığı	Çıkardığı
08.00-16.00		
Ara Toplam		
16.00-24.00		
Ara Toplam		
24.00-08.00		
GENEL TOPLAM		
Denge		

HRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK
BÖLÜMÜ ÖĞRENCİ EBE GÖZLEM FORMU

Yaş:

Tanı:

Öğrenci Ebe Adı Soyadı:

[illegible]

TIBBİ TANİ BİLGİ FORMU

HASTANIN TIBBİ TANISI:

Etiyoloji:

Patofizyoloji:

Tanı Yöntemleri:

Klinik Belirti - Bulgular:

Tıbbi Tedavi ve Ebelik Yönetimi:

TABURCULUK PLANINDA ELE ALINACAK KONULAR

İlaç:

Diyet:

Egzersiz:

Öz bakımın desteklenmesi/ özel sağlık gereksinimi:

Sağlık kontrolü:

Hastalığın komplikasyonlarına yönelik eğitim:

Hastanın AdıSoyadı:

Klinik:

OdaNo: EBELİK TANILARI : MEVCUT (M),
POTANSİYEL (P)

...../...../.....			/...../.....			
GYA	TANIMLAYICI ÖZELLİKLER (Belirti ve Bulgular)	ETYOLOJİ (Sebep)	EBELİK TANISI	TANIMLAYICI I ÖZELLİKLER (Belirti ve Bulgular)	ETYOLOJİ (Sebep)	EBELİ K TANISI
GÜVENLİ ÇEVRE NİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ						
İLETİŞİM						
SOLUNUM						
BESLENME						
BOŞALTIM						
KİŞİSEL HİJYEN VE GİYİM						
BEDEN SICAKLIĞINI N KONTROLÜ						
HAREKET						
ÇALIŞMA VE EĞLENCE						
CİNSELLİĞİ İFADE ETME						
UYKU						
ÖLÜM						

Öğrenci Ebenin Adı Soyadı:

BAKIM PLANI HAZIRLANIRKEN DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

1. Veri toplama aşamasında dikkatli olunmalı hastanın tüm problemlerini kapsayan ayrıntılı veri toplama yapılmalıdır.
2. Veriler toplanırken belirlenen problemlerin tamamına bakım planının “ebelik tanıları” bölümünde mutlaka yer verilmelidir.
3. Laboratuvar verilerinin normal olanları da dahil olmak üzere hepsi yazılmalı, değerler analiz edilerek gerekli tanımlar oluşturulmalıdır.
4. Hastanın ilaçlarının tümü ayrıntılı olarak incelenmelidir.
5. Ebelik tanımlarını, NANDA da ifade edilen şekliyle ve mutlaka semptom ve etiyolojisi ile birlikte yazınız.
6. Bakım planlarında ortak bir dil kullanılması gerektiğinden, AMAÇ bölümünde mek-mak eklerini kullanınız.
7. Amacınızı yazarken, genel olarak tanıda belirtilen problemi ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek anlamına gelen basit ve net ifadeler kullanınız.
8. Planlanan ebelik girişimleri bölümüne henüz plan aşamasındaki bilgilerinizi yazmanız gerektiğinden ifadeler ecek-acak eki ile bitirilmelidir. Bu bölüm hastaya özel olarak bireyselleştirilmelidir. Kitaplarda yer alan bakım planı örneklerinden faydalanılmalı ancak sadece bakım verdiğiniz hastada var olan gerçek durumlara yönelik çözüm önerilerine yer verilmelidir. Bu bölüm mümkün olduğunca ayrıntılı olarak hazırlanmalıdır.
9. İfadeler somut olmalı öneriler açıkça yazılmalıdır. Örneğin bol sıvı alınması ifadesinde “bol” un ne kadar olduğu açıkça belirtilmelidir. Sık sık ağız bakımı verilecek ifadesinde ne kadar sık olduğu belli değildir. 2x1 denilebilir. Uygun pozisyon verilecek ifadesinde hangi pozisyonun uygun olduğu bilinmemektedir. Diğer bir örnekte “hastaya lifli gıdalar önerilecek” ifadesinde bunların neler olduğu belli değildir. Hastalara yapılacak önerilerde herkesin anlayabileceği ifadelerden yararlanılmalıdır. Örneğin “2000 cc sıvı alımı önerilecek” ifadesinde “cc” herkesçe anlaşılamayabilir. En iyisi bardak hesabı ile belirtilmesidir.
10. Uygulama basamağında; planlanan uygulama yapılabildi ise +, yapılamadı ise – işareti her madde için işaretlenmelidir.
11. Değerlendirme basamağında “Tanı ile ilgili son durum nedir? Hastanın son durumunu ortaya koyan objektif veriler nelerdir? Sorularına yanıt verilmelidir.

EBELİK BAKIMI PLANI

Hastanın Adı Soyadı:

Klinik:

Oda/Yatak No:

Öğrencinin Adı Soyadı:

TARİH	GYA	EBELİK TANISI			PLANLAMA		UYGULAMA (-dı, -di)	DEĞERLENDİRME
		Etiyoloji k Faktör (Sebep)	Tanı Adı	Tanımlayıcı 1 Özellikleri (Belirti ve Bulgular)	Amaç (-mak, -mek)	Ebelik Girişimleri (-ecek, -acak)		