

Form-II

PROBLEM DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

KBS RATING SUPPLEMENT

Bi: Bilgi / Knowledge		Ailenin Adı/ Family Name:													
Da: Davranış/ Behaviors		Aile No/ Family Number:													
Du: Durum /Status		Hemşirenin Adı/ Nurses Name:													
Problem no ve Tanımı															
Tarih /Date	Bİ	DA	DU	Bİ	DA	DU	Bİ	DA	DU	Bİ	DA	DU	Bİ	DA	DU
Açıklama/ Notes	Bi:			Bi:			Bi:			Bi:			Bi:		
	Da:			Da:			Da:			Da:			Da:		
	Du:			Du:			Du:			Du:			Du:		

KAVRAM		1	2	3	4	5
BİLGİ KNOWLEDGE	Bilgiyi Hatırlama Bilgiyi Yorumlama	BİLGİSİ YOK	ÇOK AZ DÜZEYDE	TEMEL DÜZEYDE	YETERLİ DÜZEYDE	ÜST DÜZEYDE
DAVRANIŞ BEHAVIOURS	Gözlenen Yanıt Harekete Dönüş	UYGUN DEĞİL	NADİREN UYGUN	TUTARSIZ	GENELLİKLE UYGUN	HER ZAMAN UYGUN
DURUM STATUS	Varolan Objektif/ Subjektif Belirtiler / Bulgular	ÇOK CİDDİ	CİDDİ	ORTA DÜZEYDE	ÇOK AZ DÜZEYDE	YOK