

2025 Birim Değerlendirme Raporu

İçindekiler Tablosu

1. Stratejik Plana Uyum İzleme-Değerlendirme	2
2. Amaç Hedef Plan İzleme ve Değerlendirme	3
3. Risk ve Fırsatların Değerlendirmesi.....	4
4. Eğitim Planı Değerlendirmesi	6
5. Danışma Kurulu Toplantı Tutanaklarında Alınan Kararlarının Değerlendirmesi	7
6. Öğrenci Genel Memnuniyet Analizi ve Değerlendirmesi	8
7. Öğretim Üyesi – Ders Değerlendirme Memnuniyet Analizi ve Değerlendirmesi	8
8. Akademik Personel İdari Personel Memnuniyet Analizi ve Değerlendirmesi	8
9. Yapılan İyileştirmeler ve Kapatılan PUKÖ'lar.....	9
10. Uygunsuzlukların Değerlendirmesi	9

Genel Yönlendirme

Bu raporda yer alan izleme ve değerlendirmelerin; amaç-hedef-plan tablosu, risk ve fırsatlar tablosu, eğitim planı tablosu, düzeltici ve iyileştirici faaliyet (DİF) listesi ve formları, uygunsuzluk takip formu ile uyumlu olması beklenmektedir. Raporda belirlenen risk, fırsat, ihtiyaç, taleplerin, yapılması öngörülen iyileştirmelerin, alındığı söylenen önlemlerin ve gerçekleştirilen iyileştirmelerin ve uygunsuzluklara yönelik planlanan veya gerçekleştirilen iyileştirme ve önlemlerin ilgili formlar üzerinde de yer alması gerekmektedir. Ayrıca bu raporda yapılan değerlendirmelerin KVKK dâhilinde birimin genel durumunu yansıtacak şekilde değerlendirmeler yapılması gerekmektedir. Hazırladığınız dokümantasyona veya memnuniyet anketlerine bakarak aşağıda yazılan başlıklara ilişkin izleme ve değerlendirme sonuçlarınızı yazınız.

1. Stratejik Plana Uyum İzleme-Değerlendirme

1.1. Faaliyetlerin Stratejik Amaç ve Hedeflerle Uyumlu

Birimimiz, Stratejik Planı'nda belirlenen vizyon ve misyon çerçevesinde, operasyonel faaliyetlerini kurumun üst hedefleriyle tam uyumlu hale getirmiştir. Bu kapsamda yürütülen çalışmalar, rastlantısal değil; stratejik amaçların alt kırılımları olan somut hedeflere hizmet edecek şekilde tasarlanmıştır.

- Eğitim ve Araştırma Odaklılık: Kurumun "Eğitimde Kalitenin Artırılması" (SA.1) amacı doğrultusunda, birimimizde 3 adet müfredat güncellemesi yapılmıştır.
- Dijital Dönüşüm ve İnovasyon: "Teknolojik Altyapının Güçlendirilmesi" (SA.2) hedefi uyarınca, süreçlerimizde [Optik Okuyucu/Otomasyon] kullanımı teşvik edilerek kağıtsız ofis ve hızlı veri analizi ilkeleri benimsenmiştir.

1.2. Planlanan ve Gerçekleştirilen Çalışmaların Stratejik Hedeflere Katkısı

Raporlama döneminde gerçekleştirilen projeler, kurumun performans göstergeleri (PG) üzerinde doğrudan pozitif etki yaratmıştır.

- Nitelikli Çıktı Üretimi: [Örneğin: Cerrahi alanında geliştirilen yeni protokoller], kurumun "Hizmet Standartlarının Yükseltilmesi" hedefine %[20] oranında doğrudan katkı sağlamıştır.
- Paydaş Memnuniyeti: Paydaşlarımıza yönelik yapılan anketler ve geri bildirim mekanizmaları sonucunda, stratejik planın "Kurumsal İtibarın Güçlendirilmesi" maddesinde hedeflenen memnuniyet eşiği aşılmıştır.
- Sürdürülebilirlik: Kaynakların etkin kullanımı ve maliyet yönetimi sayesinde, birim bütçesi stratejik plandaki "Mali Sürdürülebilirlik" (SA.3) hedefleriyle %100 uyumlu şekilde yönetilmiştir.

1.3. Sapmalar, Nedenleri ve Alınan Önlemler

İzleme süreci neticesinde planlanan bazı hedeflerden [Pozitif/Negatif] sapmalar gözlemlenmiştir:

Hedeflenen Faaliyet	Sapma Durumu	Temel Neden	Alınan/Öngörülen Önlem
Akreditasyon Süreci	%10 Gecikme	Mevzuat değişiklikleri ve teknik personel sirkülasyonu.	Çalışma grubu revize edilmiş, dış danışmanlık desteği planlanmıştır.
Eğitim Programları	%15 Artış (Pozitif)	Beklenenden yüksek talep ve online platformların etkin kullanımı.	Kapasite artırımı için bütçe revizyonu talep edilmiştir.

Değerlendirme: Gözlemlenen negatif sapmaların kurumun genel stratejik rotasını bozmayacak düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu sapmaların bertaraf edilmesi amacıyla "Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetler" (DÖF) başlatılmış olup, bir sonraki raporlama döneminde hedeflerin yakalanması öngörülmektedir.

2. Amaç Hedef Plan İzleme ve Değerlendirme

Birimimize ait 2025-2026 eğitim-öğretim yılı amaç ve hedeflerinin gerçekleşme düzeyleri, planlanan göstergeler esas alınarak aşağıda analiz edilmiştir:

2.1. Eğitim-Öğretim Süreçleri ve Kontenjan Yönetimi

- Öğrenci Alımında Standardizasyon (A1):** Eğitim kalitesini ve öğrenci başına düşen imkânları artırmak amacıyla bölümlere alınan öğrenci sayısında kısıtlamaya gidilmiştir. 2025 yılı YKS değerlendirmeleri neticesinde Beslenme ve Diyetetik bölümü kontenjanı 30'dan 27'ye, Hemşirelik bölümü kontenjanı ise 60'tan 40'a düşürülerek hedef gerçekleştirilmiştir.
- Yatay Geçiş ve DGS Kontenjanları (A9):** Eğitimde standardizasyonu sağlamak adına Yatay Geçiş ve DGS kontenjanlarında da sayısal azaltıma gidilerek hedeflenen planlama tamamlanmıştır.
- Sapma ve Risk:** Kontenjanlar azaltılmasına rağmen, fakülte genelindeki derslik kapasitesi yetersizliği sorunu halen devam etmektedir.

2.2. Akademik Kadro ve İdari İhtiyaçlar

- Kadro Talepleri ve Norm Kadro (A2):** YÖK'ün minimum öğretim üyesi koşullarını sağlamak ve öğretim üyesi başına düşen öğrenci sayısını %10 azaltmak amacıyla Rektörlük makamına kadro talepleri iletilmiştir.
- Gerçekleşme Durumu:** Yapılan kadro talepleri bütçe yetersizliği gerekçesiyle olumlu sonuçlanmamıştır. Özellikle Fizyoterapi ve Rehabilitasyon (FTR) gibi bölümlerde norm kadroyu sağlamayan eksiklikler stratejik bir engel olarak durmaktadır.

2.3. Altyapı, Fiziksel Koşullar ve Donanım (A3)

- **Derslik ve Laboratuvar İyileştirmeleri:** SBF veya SHMYO binasında derslik/oda sayısının artırılması, mevcut amfilerdeki projeksiyon ve ses sistemi gibi ekipmanların onarımı ile laboratuvar cihazlarının kalibrasyonu hedeflenmiştir.
- **Değerlendirme:** 2025 izleme periyodu itibarıyla bu başlık altındaki hedeflere yönelik herhangi bir çalışma gerçekleştirilememiştir. Bu durum, eğitim-öğretim faaliyetlerinin uzun vadeli iyileştirilmesi hedefinde ciddi bir sapma teşkil etmektedir.

2.4. Tanıtım, Bilinirlik ve Sosyal Etkinlikler

- **Kurumsal Tanıtım (A4):** Tercih dönemi öncesinde broşür, poster ve medya haberleri aracılığıyla tanıtım faaliyetleri yürütülmüştür.
- **Uluslararasılaşma (A7):** Yabancı öğrenci sayısını artırmak ve bilimsel faaliyetlere öncülük etmek amacıyla 2026 yılında düzenlenmesi planlanan "Sağlık Turizmi Kongresi" için hazırlık çalışmaları devam etmektedir.
- **Paydaş Memnuniyeti (A5):** Personel ve öğrencilere yönelik akademik, idari ve dış paydaş memnuniyet anketleri uygulanarak geri bildirim süreci işletilmiştir.

2.5. Eğitim Planlaması ve Bilimsel Gelişim (A8)

- **Kurum İçi Seminerler:** Fakülte bünyesinde bilgilendirici seminerler gerçekleştirilmekte olup seminer listeleri kayıt altına alınmıştır.
- **Eksiklikler:** Akademik personelin proje yazımı, istatistik ve bilimsel konulardaki yetkinliklerini artıracak profesyonel eğitim planı henüz oluşturulmamıştır.

Hedeflenen Alan	Sapma Durumu	Gerekçe ve Değerlendirme	İyileştirme Önerisi
Akademik Kadro (H2.1)	Gerçekleşmedi	Bütçe kısıtları nedeniyle kadro taleplerinin karşılanamaması.	Alternatif personel istihdam modelleri ve kurumlar arası görevlendirme imkânları araştırılmalıdır.
Altyapı ve Donanım (A3)	Gerçekleşmedi	Planlanan onarım, cihaz kalibrasyonu ve ek derslik faaliyetlerinde ilerleme kaydedilememiştir.	Acil ihtiyaç duyulan cihazlar için döner sermaye veya dış kaynaklı projelerden finansman aranmalıdır.
Akademik Eğitim Planı (H8.2)	Kısmen Gerçekleşti	Bilgilendirici seminerler yapılsa da sistematik bir eğitim takvimi yoktur.	Proje yazımı ve istatistik odaklı dış uzman destekli eğitim modülleri planlanmalıdır.

3. Risk ve Fırsatların Değerlendirmesi

2.1. Risk Analizi ve Yönetimi

Birimimizin faaliyetlerini ve stratejik hedeflerini olumsuz etkileyebilecek potansiyel riskler, "2025 Kalite Risk Analizi Tablosu" uyarınca periyodik olarak izlenmektedir. Belirlenen temel riskler ve bu risklere karşı geliştirilen kurumsal savunma mekanizmaları şöyledir:

- Öğrenci ve Kontenjan Riskleri: Bölüm kontenjanlarının dolmaması veya öğrenci niteliğindeki düşüş, en önemli risklerden biri olarak tanımlanmıştır. Buna yönelik tanıtım faaliyetlerinin artırılması ve eğitim kalitesinin tescillenmesi (Akreditasyon) çalışmaları planlanmıştır.
- İnsan Kaynağı ve İş Gücü Kaybı: Akademik ve idari personel sayısının yetersizliği veya yetkin personel kaybı, operasyonel süreçlerin aksamasına neden olabilecek bir risk olarak değerlendirilmektedir. Bu kapsamda iş tanımlarının netleştirilmesi ve personel motivasyonunu artırıcı faaliyetler (eğitim, ödüllendirme vb.) önlem olarak belirlenmiştir.
- Mevzuat ve Uyum Riskleri: Yükseköğretim ve sağlık mevzuatındaki ani değişiklikler süreçlerimizi etkileme potansiyeline sahiptir. Risk tablosuyla uyumlu olarak, Mevzuat Takip Komisyonu aracılığıyla güncellemeler anlık izlenmekte ve iç yönergeler hızla revize edilmektedir.
- Fiziksel ve Teknik Altyapı: Eğitim materyallerinin eskimesi veya laboratuvar altyapısındaki eksiklikler "Orta Şiddetli" riskler arasında yer almaktadır. Bu riskler, yıllık bakım planları ve BAP/TÜBİTAK projeleri ile modernize edilerek minimize edilmektedir.

2.2. Fırsatların Değerlendirilmesi ve Stratejik Kazanımlar

Birimimiz, sadece riskleri yönetmekle kalmayıp, kurumsal gelişim sağlayacak fırsatları da "2025 Fırsat Analizi Tablosu"na uygun olarak stratejik birer kazanıma dönüştürmektedir:

- Dijitalleşme ve Yapay Zeka Entegrasyonu: Eğitimde ve sağlık hizmetlerinde yapay zeka araçlarının kullanımının artması, birimimiz için en büyük fırsat alanıdır. Bu kapsamda müfredata yapay zeka derslerinin entegrasyonu ve akademik personelin bu alandaki projelerinin desteklenmesi hedeflenmektedir.
- Uluslararasılaşma ve Hareketlilik: Erasmus+ ve benzeri değişim programları, birimin tanınırlığını artırmak için bir fırsat olarak görülmektedir. İkili anlaşma sayılarının artırılması ve yabancı dil eğitimlerinin teşviki ile bu fırsatın değerlendirilmesi planlanmaktadır.
- Üniversite-Sanayi/Toplum İş Birliği: Bölgesel kalkınma odaklı projeler ve dış paydaşlarla (Hastaneler, Sağlık Müdürlükleri vb.) yapılacak protokoller, birimimizin uygulama kapasitesini artırma fırsatı sunmaktadır.

2.3. Alınan ve Planlanan Önlemlerin Etkinliği

Risk ve fırsatlar tablosuyla tam uyumlu olarak; yüksek riskli alanlarda "Kaçınma" veya "Azaltma" stratejileri uygulanırken, yüksek potansiyelli fırsatlar için "Faydalanma" stratejisi benimsenmiştir. 2025 yılı izleme sonuçlarına göre, alınan önlemler sayesinde kritik risk

seviyelerinde anlamlı bir düşüş gözlemlenmiş, fırsatların hayata geçirilme oranı ise hedeflenen düzeye yaklaşmıştır.

4. Eğitim Planı Değerlendirmesi

3.1. Eğitim Faaliyetlerinin Gerçekleşme Durumu ve Uyum Analizi

2025 yılı kurumsal gelişim stratejisi kapsamında hazırlanan "Eğitim Planı", birimimizin kalite standartları çerçevesinde titizlikle takip edilmiştir. Yıl sonu itibarıyla planlanan ve gerçekleşen eğitimlerin sayısal dağılımı şu şekildedir:

- **Planlanan Eğitim Sayısı:** 2025 yılı başında akademik ve idari gelişim hedefleri doğrultusunda toplam **29 eğitim planlanmıştır.**
- **Gerçekleştirilen Eğitim Sayısı:** Eğitimlerin önceliklendirilmesi ve birim ihtiyaçları doğrultusunda takvim revize edilmiş; bu kapsamda yıl içerisinde toplam **20 eğitim gerçekleştirilmiştir.**
- **Gerçekleşme Oranı:** Planlanan eğitimlerin %69'u başarıyla tamamlanmış olup, gerçekleştirilemeyen eğitimlerin bir kısmı (özellikle dış paydaş kaynaklı olanlar) 2026 yılının ilk çeyreğine devredilmiştir.

3.2. Eğitim Memnuniyet Analizleri

Gerçekleştirilen 20 eğitime dair personel bazlı toplanan "Eğitim Değerlendirme ve Analiz Formları" sonuçları, eğitimlerin nitelik açısından hedeflere ulaştığını kanıtlamaktadır:

- **Genel Memnuniyet:** Katılımcıların eğitimlerden duyduğu memnuniyet ortalaması **5 üzerinden 4.60** seviyesindedir.
- **Eğitimci Yetkinliği:** Eğitimlerin uzmanlık düzeyine ve sunum kalitesine dair personelden gelen geri bildirimler %94 oranında "Çok İyi" olarak kaydedilmiştir.
- **Mesleki Katkı:** Gerçekleştirilen 20 eğitimin, personelin günlük iş akışına ve kalite süreçlerine (Risk Analizi, Fırsat Değerlendirme vb.) doğrudan katkı sağladığı analiz raporlarında vurgulanmıştır.

3.3. Sapmaların Nedenleri ve Alınan Önlemler

Planlanan 29 eğitimden 20'sinin gerçekleştirilmiş olmasıyla ilgili yapılan değerlendirmede şu hususlar öne çıkmıştır:

- **Sapma Nedeni:** Bazı eğitimlerin, akademik takvimdeki yoğunluk ve sınav dönemleriyle çakışması nedeniyle ertelenmesi.
- **Alınan Önlem:** 2026 yılı planlamasında, eğitimlerin sınav dönemlerinden bağımsız "esnek öğrenme" modelleriyle (online/asenkron) sunulması ve takvimin daha sürdürülebilir hale getirilmesi kararlaştırılmıştır.

5. Danışma Kurulu Toplantı Tutanaklarında Alınan Kararlarının Değerlendirmesi

5.1. Alınan Temel Kararlar ve Stratejik Odak Noktaları

2025 yılı içerisinde gerçekleştirilen toplantılarda, birimimizin hem akademik hem de toplumsal katkı süreçlerini iyileştirmek adına aşağıdaki temel kararlar alınmıştır:

- **Dış Paydaş Entegrasyonu:** Eğitim-öğretim müfredatının sektör ihtiyaçlarına uygunluğunu artırmak amacıyla dış paydaşların (İl Sağlık Müdürlüğü, Iğdır Devlet Hastanesi temsilcileri vb.) görüşlerinin ders içeriklerine yansıtılması kararlaştırılmıştır.
- **Öğrenci Temsilciliği Sisteminin Aktifleştirilmesi:** Bölüm bazlı "Öğrenci Kalite Temsilcileri"nin belirlenmesi ve bu temsilcilerin yönetsel süreçlere (WhatsApp/E-posta grupları üzerinden hızlı geri bildirim) dahil edilmesi kararı alınmıştır (Ekim 2025 YGG Kararı).
- **Laboratuvar ve Altyapı İyileştirmeleri:** Paydaşlardan gelen geri bildirimler doğrultusunda, klinik uygulama öncesi öğrencilerin teknik becerilerini artıracak materyal ve laboratuvar donanım eksikliklerinin giderilmesi öncelikli eylem planına dahil edilmiştir.

5.2. Yapılan ve Planlanan Çalışmalar

Alınan kararlar doğrultusunda hayata geçirilen somut adımlar şunlardır:

- **Müfredat Güncelleme:** Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği ve İç Hastalıkları Hemşireliği gibi temel derslerin içerikleri, saha uygulamalarındaki yenilikler ve dijitalleşme vizyonu (Yapay Zeka kullanımı) çerçevesinde gözden geçirilmiş, Bologna uyum süreçleri %95 oranında tamamlanmıştır.
- **Paydaş Geri Bildirim Mekanizması:** "Mezuniyet Takip Sistemi" ve "İşveren Memnuniyet Anketleri" tasarlanarak mezunların istihdam süreçleri ve sahadaki performanslarının izlenmesi başlatılmıştır.
- **Sosyal Sorumluluk Projeleri:** Bölge halkına yönelik sağlık taramaları ve bilinçlendirme faaliyetleri için bir etkinlik takvimi oluşturulmuş, toplumsal katkı hedefleri stratejik plana entegre edilmiştir.

5.3. Uygulanma Durumu ve Sonuçların Değerlendirilmesi

Kararların uygulama sonuçları periyodik olarak izlenmekte olup mevcut durum şu şekildedir:

- **Eğitimde Verimlilik:** Kurum içi "Sağ Eğitimleri" rutinleştirilerek personelin yetkinliği artırılmış, 2025 yılı hedefi olan 6 eğitim sayısının üzerine çıkılarak 8 eğitim gerçekleştirilmiştir (Gerçekleşme oranı: %133,3).
- **Katılımcı Yönetim:** Öğrenci kalite temsilcilerinin belirlenmesiyle, derslik donanımı ve materyal talepleri daha hızlı analiz edilmeye başlanmıştır. Ancak "Fiziksel Ortam" memnuniyetinin hala kritik eşikte (3.00 altı) olması nedeniyle, bu alandaki yatırımların 2026 bütçe döneminde artırılması planlanmaktadır.

- **Akreditasyon Hazırlığı:** Danışma kurulu kararlarıyla uyumlu olarak, en az bir programın akreditasyon öz değerlendirme raporu hazırlık süreci başlatılmış ve kalite güvence sistemi kurumsal hafızayı koruyacak şekilde dijitalleştirilmiştir.

6. Öğrenci Genel Memnuniyet Analizi ve Değerlendirmesi

2025-2026 Güz Dönemi GÖM (Genel Öğrenci Memnuniyeti) konsolide raporu ve BLP anket verilerine göre birimin genel tablosu aşağıdadır:

- Genel Memnuniyet Skoru: Sağlık Bilimleri Fakültesi bünyesindeki bölümlerin (Hemşirelik, FTR, Beslenme ve Diyetetik) konsolide memnuniyet puanı 5 üzerinden $3,06 \pm 1,26$ olarak ölçülmüştür.
- Kritik Bulgular: Toplam 48 maddeden 22 tanesi, kritik eşik değeri olan 3,00'ün altında kalarak acil iyileştirme gerektiren alanlar kategorisine girmiştir.
- Güçlü Alanlar:
 - Bilgi Erişilebilirliği: Öğrencilerin bölüm özellikleri ve içeriği hakkında bilgilendirilme düzeyi %86,8 gibi yüksek bir orandadır. Bu durum, akademik danışmanlık ve kurumsal iletişim kanallarının bilgi aktarımında başarılı olduğunu kanıtlamaktadır.
 - Akademik Danışmanlık: Danışmanlık hizmetlerinden duyulan memnuniyet (%41,2), genel kampüs hizmetlerine oranla daha dengeli bir seyir izlemektedir.
- Gelişime Açık Alanlar ve Zayıf Yönler:
 - Kurumsal Aidiyet ve Tercih: Üniversiteyi bilinçli tercih etme oranının %34,8'de kalması, aidiyet duygusunun düşüklüğünü ve tanıtım stratejilerinin revize edilmesi gerektiğini göstermektedir.
 - Fiziki ve İdari Altyapı: Yurt olanakları (2,76), laboratuvar altyapısı ve idari destek hizmetleri en düşük memnuniyet skorlarına sahiptir.
- İyileştirme Önerileri: GÖM raporu doğrultusunda; öğrenci temsilcileriyle ayda en az bir kez "Dekanlık-Öğrenci Buluşması" düzenlenmesi ve idari süreçlerdeki aksaklıklar için dijital geri bildirim terminallerinin oluşturulması kararlaştırılmıştır.

7. Öğretim Üyesi – Ders Değerlendirme Memnuniyet Analizi ve Değerlendirmesi

D1 anket verileri ve DÖÜM analiz raporu, akademik sürecin kurumsal memnuniyetin en güçlü ayağı olduğunu göstermektedir:

Akademik Başarı Göstergeleri: Öğretim elemanlarının performansına yönelik memnuniyet oranları genel olarak %75,8 ortalamasındadır.

- a. Hazırlık ve Yetkinlik: Öğretim elemanlarının derse hazırlıklı gelmesi (%77,3) ve soruları tatmin edici yanıtlaması (%76,4) en güçlü yönlerdir.

- b. Zaman Yönetimi: Ders süresinin etkin kullanımı %77,5 ile yüksek düzeyde onaylanmaktadır.

Ders Süreçlerinin İyileştirilmesi:

- c. DÖÜM Stratejisi: Memnuniyetin %50'nin altında kaldığı münferit dersler için bölüm başkanlıkları düzeyinde "Ders İyileştirme Raporları" hazırlanması zorunlu kılınmıştır.
- d. Katılım Oranı Sorunu: Anket katılım oranlarının düşük olması, verilerin temsil gücünü sınırlamaktadır. İyileştirme eylemi olarak; OBS üzerinden hatırlatma mesajları gönderilmesi ve katılımın anonimliği konusunda öğrencilerin daha fazla bilgilendirilmesi planlanmıştır.

Eylem Planı: Sınıf içi tartışmaların teşviki (%75,2) ve sınav sonuçlarının açıklanması süreçlerinin dijital şeffaflıkla (LMS sistemleri üzerinden detaylı geri bildirim) iyileştirilmesi hedeflenmektedir.

8. Akademik Personel İdari Personel Memnuniyet Analizi ve Değerlendirmesi

Bu bölüm, doğrudan anket verisi bulunmadığı durumlarda 2025 Kalite Risk Tablosu'ndaki personel faktörleri ve idari hizmet geri bildirimleri üzerinden analiz edilmiştir:

Tespit Edilen İhtiyaçlar (Risk Odaklı):

- a. İnsan Kaynağı Eksikliği: Akademik ve idari personel sayısındaki yetersizlik, mevcut personelde yüksek iş yükü ve kurumsal hafıza kaybı riski (Risk Değeri: 12 - Orta) yaratmaktadır.
- b. Görev Tanımları: İdari personel süreçlerinde görülen aksaklıkların giderilmesi için görev tanımlarının güncellenmesi ve oryantasyon eğitimlerinin periyodik hale getirilmesi bir ihtiyaç olarak belirlenmiştir.

İyileştirme ve Motivasyon Alanları:

- c. Eğitim Planı: Fırsat analizi tablosunda yer alan "Salı Eğitimleri" ve kurum içi teknik eğitimlerin sayısı 2025'te 5'ten 8'e çıkarılarak personel yetkinliğinin artırılması sağlanmıştır (Hedef Katkısı: %133,3).
- d. Yapay Zeka Fırsatı: Yapay zeka araçlarının idari süreçlere entegrasyonu, personelin iş yükünü azaltacak ve memnuniyetini artıracak stratejik bir fırsat olarak değerlendirilmektedir.

Önerilen İyileştirmeler: Akademik ve idari personelin karar alma süreçlerine katılımını artırmak amacıyla "Birim Kalite Komisyonları"nda temsil oranlarının yükseltilmesi ve çalışma ortamındaki fiziksel konforun iyileştirilmesi için bütçe planlaması yapılması öngörülmektedir.

9. Yapılan İyileştirmeler ve Kapatılan PUKÖ'lar

Bu başlık altında, 2025 yılı içerisinde tespit edilen ihtiyaç, risk ve uygunsuzluklar doğrultusunda gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetleri ve tamamlanan PUKÖ döngüleri açıklanmıştır:

Fiziksel Altyapı ve Sınav Güvenliği İyileştirmesi (DİF No: 1):

Dayanak (İhtiyaç/Uygunsuzluk): Fakültede sınav ve ders materyallerinin muhafaza edilebileceği güvenli bir alanın bulunmaması nedeniyle ortaya çıkan güvenlik riski ve uygunsuzluk tespiti.

Planla: Materyallerin korunması için özel bir arşiv odası oluşturulması kararlaştırılmıştır.

Uygula: Arşiv odası fiziksel olarak oluşturulmuş, fakülteye ait tüm ders ve sınav materyalleri bu güvenli alana taşınmıştır.

Kontrol Et: Yapılan denetimde materyallerin belirlenen sürede (27.10.2025) güvenli alana aktarıldığı ve riskin bertaraf edildiği doğrulanmıştır.

Önlem Al (Kapatılan PUKÖ): Sınav evrakı güvenliği standardı sağlanarak bu alandaki PUKÖ döngüsü başarıyla kapatılmıştır.

Akademik Personel Bilgi Paylaşım ve Kalite Kültürü İyileştirmesi (DİF No: 2):

Dayanak (İhtiyaç/Fırsat): Personelin güncel akademik takvim ve kalite dokümanlarına hızlı erişim ihtiyacı ile kurum içi iletişim süreçlerini güçlendirme fırsatı.

Planla: Bilgi paylaşımını artırmak ve kalite kültürünü görünür kılmak amacıyla bir "Akademik Personel Panosu" hazırlanması planlanmıştır.

Uygula: Pano hazırlanarak personelin kolay erişebileceği uygun bir noktaya sabitlenmiş ve güncel dokümanlar sergilenmeye başlanmıştır.

Kontrol Et: Pano uygulaması sonrası personelden alınan geri bildirimlerin olumlu olduğu, bilgiye erişimin hızlandığı ve kalite bilincinin güçlendiği tespit edilmiştir.

Önlem Al (Kapatılan PUKÖ): Sürecin sürdürülebilirliğini sağlamak adına panonun yılda en az iki kez güncellenmesi kararlaştırılarak döngü tamamlanmıştır.

Öğrenci Geri Bildirim Mekanizmaları ve Katılımcılık İyileştirmesi (DİF No: 3):

Dayanak (Uygunsuzluk/Risk): Kalite toplantılarında alınan kararların öğrencilere ulaştırılmasında yaşanan iletişim kopukluğu ve öğrenci temsiliyetinin yetersizliği riski.

Planla: Geri bildirim mekanizmalarını güçlendirmek için bir "Öğrenci Komisyonu" oluşturulması planlanmıştır.

Uygula: Komisyon kurulmuş ve üyelerin kalite toplantılarına aktif katılımı sağlanarak doğrudan iletişim kanalı açılmıştır.

Kontrol Et: Öğrenci temsilcilerinden düzenli geri bildirimler alınmış, sorunların çözümünde hızlanma sağlanmış ve bu çıktılar kalite kurulu planlarına entegre edilmiştir.

Önlem Al (Kapatılan PUKÖ): Öğrenci katılımı kurumsal bir standart haline getirilmiş; kalite kültürüne ve sürdürülebilir iyileştirme anlayışına sağladığı katkı ile PUKÖ döngüsü kapatılmıştır.

10. Uygunsuzlukların Değerlendirmesi

Bu başlık altında, 2025 yılı içerisinde birimimizde tespit edilen uygunsuzluklar, bu uygunsuzluklara yönelik başlatılan düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) ve elde edilen sonuçlar, ilgili takip listeleriyle uyumlu şekilde değerlendirilmiştir:

Arşiv Alanı Yetersizliği ve Materyal Güvenliği (Uygunsuzluk No: 01)

Tespit Edilen Uygunsuzluk: Fakültede sınav ve derslerle ilgili tüm materyallerin güvenle muhafaza edilebileceği bir alanın bulunmaması uygunsuzluk olarak tanımlanmıştır.

Gerçekleştirilen Faaliyet (DİF No: 1): 15.09.2025 tarihinde başlatılan faaliyetle, sınav ve ders materyallerinin taşınabileceği güvenli bir arşiv odası oluşturulmuştur.

Sonuç ve Değerlendirme: Faaliyet 27.10.2025 tarihinde başarıyla kapatılmıştır. Fakülte materyallerinin güvenli bir alanda muhafaza edilmesi sağlanmış ve fiziksel güvenlik riski ortadan kaldırılmıştır.

Akademik Bilgi Paylaşımı ve Dokümantasyona Erişim (Uygunsuzluk No: 02)

Tespit Edilen Uygunsuzluk: Öğrencilerin ve çalışma ekibinin öğretim elemanlarının uygunluk durumunu (ders, danışmanlık, ofis saati vb.) anlık olarak takip edemediği, bu durumun iletişim süreçlerini zayıflattığı ve kalite kültürünün görünürlüğünü düşürdüğü tespit edilmiştir.

Gerçekleştirilen Faaliyet (DİF No: 2): Bilgi paylaşımını artırmak ve şeffaf bir iletişim ortamı sağlamak amacıyla "Akademik Pano" uygulamasına geçilmiştir. Bu kapsamda her öğretim elemanının odasının girişine haftalık programını asması zorunlu hale getirilerek, öğrencilerin ve diğer çalışanların hocaların uygunluk durumunu yerinde ve hızlıca görmesi sağlanmıştır.

Sonuç ve Değerlendirme: Uygulama sonrasında akademik personelden ve öğrencilerden alınan geri bildirimler oldukça olumlu olmuştur. Bilgiye erişimin kapı önü panolarıyla fiziksel ve anlık hale getirilmesi, iletişimdeki kopuklukları gidermiş ve birimdeki kalite kültürünün görünürlüğünü artırmıştır. Süreç etkin bir

şekilde sürdürülebilir bulunmuş olup, içeriklerin her dönem başında güncellenmesi kararlaştırılmıştır.

Öğrenci Temsiliyeti ve İletişim Kopukluğu (Uygunsuzluk No: 03)

Tespit Edilen Uygunsuzluk: Kalite toplantılarında alınan kararların öğrencilere yansıtılmasında iletişim kopuklukları yaşandığı ve öğrenci geri bildirim mekanizmalarının kurumsal kararlara yansımada eksiklik olduğu saptanmıştır.

Gerçekleştirilen Faaliyet (DİF No: 3): Öğrenci temsiliyetini güçlendirmek amacıyla "Öğrenci Komisyonu" oluşturulmuş ve komisyonun kalite toplantılarına aktif katılımı planlanmıştır.

Sonuç ve Değerlendirme: Faaliyet 27.10.2025 tarihinde kapatılmıştır. Komisyonun kurulmasıyla öğrenci temsilcilerinden düzenli geri bildirim alınmaya başlanmış, sorunların çözümünde hızlanma sağlanmış ve bu çıktılar kalite iyileştirme planlarına başarıyla entegre edilmiştir.

Bu değerlendirmeler sonucunda, 2025 yılı içerisinde tespit edilen tüm uygunsuzlukların belirlenen süreler içerisinde kapatıldığı ve düzeltici faaliyetlerin birimin kalite standartlarına olumlu katkı sağladığı görülmektedir