

2025 Birim Değerlendirme Raporu

İçindekiler Tablosu

1. Stratejik Plana Uyum İzleme-Değerlendirme	1
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..	10
8. Akademik Personel İdari Personel Memnuniyet Analizi ve Değerlendirmesi	11
9. Yapılan İyileştirmeler ve Kapatılan PUKÖ'lar.....	13
10. Uygunsuzlukların Değerlendirmesi	14

1. Stratejik Plana Uyum İzleme-Değerlendirme

Iğdır Üniversitesi 2021-2025 Stratejik Planı'nın final yılı olan 2025 yılı sonu itibarıyla, birimimizin kurumsal amaç ve hedeflere sağladığı katkı düzeyi; kesinleşen performans göstergeleri ve dökümanite edilmiş faaliyet sonuçları üzerinden aşağıda analiz edilmiştir. 2026 yılı Şubat ayı itibarıyla bakıldığında, beş yıllık plan döneminin genel olarak yüksek bir uyumla tamamlandığı, ancak belirli alanlarda fiziksel ve bütçesel kısıtların hedeflerin tam gerçekleşmesini sınırladığı görülmektedir.

1.1. Planlanan ve Gerçekleştirilen Çalışmaların Katkısı

- **Eğitim-Öğretim ve Müfredat Uyumu (H.1.1):** 2025 yılı için müfredatların %100 güncellenmesi hedeflenmiş; ancak akademik kurul değerlendirmeleri ve teknik altyapı çalışmaları sonucunda yıl sonu itibarıyla **%90 müfredat güncelliği** ve iç değerlendirmesi dökümanite edilmiştir. Kalan %10'luk dilimdeki teknik güncellemelerin 2026-2030 dönemi başına devredilmesi kararlaştırılmıştır. Bu süreçte birim bünyesinde akreditasyon öz değerlendirme hazırlık çalışmaları yürütülmüştür.
- **Araştırma-Geliştirme Performansı (H.2.1 - H.2.2):** YÖK İzleme 2025 kesin verilerine göre birimizde **50,41 SCI/SSCI, 25,5 Diğer İndeksli ve 17 Ulusal Hakemli** makale yayımlanmıştır. Toplamda 92,91 makale ile öğretim elemanı başına düşen yayın oranı **1.10** (stratejik plan kartı verisi) olarak kesinleşmiştir. Ayrıca, 2025 yılında **7 adet dış kaynaklı (TÜBİTAK/BAP vb.) proje ve 6 adet TÜBİTAK 2209 öğrenci projesi** yürütülerek AR-GE hedeflerine katkı sağlanmıştır.
- **Kurumsal Kapasite ve Eğitimler (H.3.1):** Birim bünyesinde planlanan 8 hizmet içi eğitim hedefinin altında kalınarak; yıl içerisinde **7 adet onaylı eğitim** (Kalite Güvencesi, EBYS, İSG, Bilgi Güvenliği vb.) gerçekleştirilmiştir. Eğitimlerin stratejik plana sağladığı katkı %87,5 olarak kayıtlara geçmiştir.
- **Toplumsal Katkı Faaliyetleri (H.4.1):** Yıllık 15 etkinlik hedeflenmişken, yıl sonu faaliyet raporlarına göre dökümanite edilen **14 farklı etkinlik** (sağlık taramaları, farkındalık günleri vb.) ile bu stratejik amaca %93,3 oranında katkı sunulmuştur. Merkezi kampüs avantajı lojistik kolaylık sağlasa da, etkinlik çeşitliliği bütçe imkanları dahilinde hedefin bir puan altında kalmıştır.

1.2. Sapmalar, Nedenleri ve Alınan Önlemler

Stratejik izleme sonuçlarına göre hedeften sapma gösteren kritik alanlar ve bu alanlarda işletilen PUKÖ döngüleri şöyledir:

- **Öğrenci Memnuniyet Oranı (H.1.2):** 2025 yılı hedefi olan %80 memnuniyet oranının altında kalınmış; kesinleşen anket verilerine göre genel memnuniyet düzeyi **%70** olarak gerçekleşmiştir.
 - **Nedeni:** Yapılan içerik analizlerinde; öğrencilerin tuvalet hijyeni, sosyal alan yetersizliği ve yemekhane hizmetlerindeki (fiyat/lezzet) düşük memnuniyeti temel sapma nedenleri olarak tespit edilmiştir.
 - **Alınan Önlemler:** Hijyen şikayetlerine yönelik **DİF 2025/05** açılmış; tuvaletlere "Temizlik Takip Çizelgesi" asılarak denetimler sıklaştırılmıştır. Sosyal alan iyileştirmeleri için MYO Sekreterliği tarafından 2026 planına yönelik bütçe talebi oluşturulmuştur.
- **Mezun Takip Sistemi (MBS) Kayıt Oranı (H.5.1):** %30 olarak belirlenen kayıt hedefi, **%28** seviyesinde gerçekleşmiştir.
 - **Nedeni:** Mezunların sisteme katılım motivasyonunun düşüklüğü ve iletişim verilerinin güncelliğini yitirmesi.
 - **Alınan Önlemler:** **DİF 2025/04** kapsamında, 2025 mezuniyet töreninde fiziki "Kayıt Masası" kurulmuş ve bölüm başkanları tarafından mezun WhatsApp

grupları oluşturulmuştur. Bu müdahale ile 2024 yılındaki %18'lik oran anlamlı bir artışla %28'e yükseltilmiştir.

Sonuç olarak; SHMYO, 2021-2025 Stratejik Plan dönemini eğitim ve akademik yayın performansı alanlarında istikrarlı bir seyirle kapatmıştır. Memnuniyet ve fiziksel altyapı odaklı sapmalar, açılan DİF kayıtları ve YGG kararları ile kayıt altına alınmış; 2026-2030 yeni stratejik plan dönemi için dökümanite edilebilir bir veri tabanı oluşturulmuştur.

2. Amaç Hedef Plan İzleme ve Değerlendirme

Birimimizin 2025 yılına ait operasyonel amaç ve hedefleri, "2024-2025 Yılı Amaç ve Hedef Planı (D.02)" dökümanında yer alan göstergeler doğrultusunda izlenmiş ve yıl sonu itibarıyla kesinleşen gerçekleşme düzeyleri aşağıda analiz edilmiştir.

2.1. Amaç ve Hedeflerin Gerçekleşme Durumu

- **Öğrenci Sayıları ve Tercih Edilebilirlik (Sıra 1):** 2025 yılı ÖSYS sonuçlarına göre birimiz programlarına olan talep istikrarını korumuştur. Beklenen %5'lik (yaklaşık 20 öğrenci) artış hedefi, merkezi kampüs avantajı ve sağlık programlarına yönelik genel ilgi sayesinde **%100 doluluk oranı** ile yakalanmış; birimdeki toplam öğrenci sayısı stratejik hedeflerin üzerinde gerçekleşmiştir.
- **Akademik Kadronun Güçlendirilmesi (Sıra 5-8):** 2025 yılı başında planlanan öğretim üyesi sayısını artırma hedefi kapsamında, yılın ilk çeyreğinde **6 yeni öğretim üyesi** birimize katılmıştır. Bu kadro güçlenmesi, akademik teşvik rakamlarına da doğrudan yansımış; 2024 yılında 11 olan akademik teşvikten yararlanan personel sayısı 2025 yılı sonunda **15 kişiye** yükselerek hedefe %100 uyum sağlanmıştır.
- **Uluslararasılaşma (Sıra 6):** Erasmus+ personel hareketliliğinden yararlanan akademik personel sayısı, önceki yıla göre 3 kişi artarak **3 personelin hareketliliği** ile sonuçlanmıştır. Bu durum, birimin uluslararası görünürlüğü ve akademik gelişim hedeflerine tam katkı sunmuştur.
- **Yabancı Uyruklu Öğrenci Hareketliliği (Sıra 3):** Yabancı uyruklu öğrenci sayısı önceki dönem verisi olan **40 öğrencide sabit kalmış**; bu alanda ne bir artış ne de bir azalış gözlemlenmiştir.

2.2. Hedeflerden Sapmalar ve Gerekçeleri

İzleme periyodu sonunda iki ana hedefte plandan sapmalar tespit edilmiştir:

- **Yatay Geçiş Hareketliliği (Sıra 2):** 2025 yılı için önceki dönem verisi olan 30 öğrenci baz alınmışken, gerçekleşen öğrenci sayısı **14** olmuştur.
 - *Sapma Nedeni:* Önceki döneme göre %50 oranında bir azalma yaşanmıştır. Bu sapmanın temel nedeni, birimizdeki kontenjanların ÖSYS yerleştirmeleri ile tamamen dolması ve yatay geçiş için ayrılan kontenjanların talebi karşılayacak düzeyde boşalmamasıdır.
- **Program Akreditasyonu (Sıra 7):** Plan dahilinde 12 önlisans programının akredite edilmesi öngörülmüştür.

- *Sapma Nedeni:* 2025 yılı sonunda akreditasyon başvurusu veya raporlaması aşamasına henüz geçilememiştir. Birim bazlı öz değerlendirme çalışmaları yapılmış olsa da, dış değerlendirme başvuru süreçleri 2026 yılına devredilmiştir. Bu durum, dökümanite edilmiş bir akreditasyon raporunun olmamasına (sapmaya) yol açmıştır.

2.3. İyileştirme Önerileri ve Gerçekleştirilen Faaliyetler

Sapmalara yönelik PUKÖ döngüsü kapsamında şu iyileştirmeler gerçekleştirilmiştir:

- **İntibak Süreçlerinin Hızlandırılması (DİF 2025/03):** Yatay geçişle gelen öğrencilerin ders intibaklarında yaşanan teknik gecikmeler ve OBS sorunları tespit edilmiştir. İyileştirici faaliyet olarak İntibak Komisyonu toplanmış, OBS üzerinden otomatik eşleştirme yapılarak süreç 2 Eylül 2025 tarihinde açılıp 16 Eylül 2025 tarihinde başarıyla kapatılmıştır.
- **Mezun Takip Verimliliği (Sıra 9 / DİF 2025/04):** Mezun Bilgi Sistemine (MBS) kayıtlı öğrenci sayısının düşüklüğü üzerine açılan DİF kapsamında; mezuniyet töreninde kayıt masası kurulmuş ve bölüm başkanları üzerinden dijital iletişim ağırları oluşturulmuştur. Bu sayede kayıt oranı stratejik bir ivme kazanarak kesinleşmiştir.

Değerlendirme Sonucu: SHMYO 2025 yılı Amaç-Hedef Planı, akademik kadro gelişimi ve genel doluluk oranlarında başarıya ulaşmış; yatay geçiş ve akreditasyon gibi alanlarda ise hedeflerin revize edilmesi veya 2026 yılına aktarılması kararlaştırılmıştır. Yapılan iyileştirmeler dökümanite edilen DİF kayıtlarıyla tam uyumludur.

3. Risk ve Fırsatların Değerlendirmesi

Birimimizin 2025 yılı faaliyetleri, "Genel Kalite Risk ve Fırsat Değerlendirme Tablosu (H.6.1-D.01)" çerçevesinde izlenmiştir. Yıl boyunca tespit edilen riskler ve değerlendirilen fırsatlar, kurumsal gelişimin sürdürülebilirliği ve PUKÖ döngülerinin kapatılması açısından kritik bir rol oynamıştır.

3.1. Risklerin Değerlendirmesi ve Alınan Önlemler

2025 yılı içerisinde birimimizi etkileyen temel riskler ve bu risklerin yönetim süreçleri şu şekildedir:

- **Eğitim-Öğretim Materyalleri ve Altyapı Riski (R.02 - Yüksek Risk):** İlk ve Acil Yardım Laboratuvarı'nda bulunan CPR simülasyon mankenlerinin sensör arızaları ve fiziksel deformasyonları, uygulamalı eğitimin verimliliğini tehdit eden en yüksek risk olarak tanımlanmıştır.
 - **Önlem/Durum:** DİF 2025/02 kapsamında teknik servis raporu tutulmuş ve bütçe ödeneği talep edilmiştir. Ancak ödenek süreci devam ettiğinden, riskin minimize edilmesi adına İl Sağlık Müdürlüğü ile protokol yapılarak uygulama derslerinin Devlet Hastanesi simülasyon merkezinde yapılması sağlanmıştır. Bu risk "Açık" statüsünde izlenmeye devam etmektedir.

- **Öğrenci Memnuniyeti ve Hijyen Koşulları (R.07 - Orta Risk):** Öğrenci memnuniyet anketlerinde tuvalet temizliği ve hijyen malzemesi eksikliği "Orta" seviyeli bir risk olarak raporlanmıştır.
 - **Önlem/Durum:** DİF 2025/05 açılmış, temizlik personeline yönelik bilgilendirme yapılmış ve "Temizlik Takip Çizelgeleri" uygulamasına geçilmiştir. Yapılan ara kontrollerde riskin kontrol altına alındığı gözlemlenmiştir.
- **Staj Takip ve Denetim Zorluğu (R.06 - Yüksek Risk):** Yaz stajı döneminde öğrenci sayısının fazlalığı ve hastanelerden gelen geri bildirimlerdeki gecikmeler, mezuniyet süreçlerini aksatma riski taşımıştır.
 - **Önlem/Durum:** DİF 2025/01 kapsamında staj yönergesi güncellenmiş ve öğrencilere yönelik staj dosyası teslim eğitimi verilerek süreç "Kapalı" statüsüne getirilmiştir.
- **Akademik Performans ve İş Yüğü (R.03 - Orta Risk):** Akademik personelin ders yüğü yoğunluğunun proje üretme kapasitesini düşürmesi riski analiz edilmiştir.
 - **Önlem/Durum:** 2025 yılı ders programlarında yapılan optimizasyonlar ve akademik teşvik farkındalığı ile bu risk dengelenmiş; kişi başı yayın oranı 1.10 (YÖK İzleme Kesin Verisi) seviyesinde tutulmuştur.

3.2. Fırsatların Değerlendirmesi ve Katkıları

Birimimizin güçlü yönlerinden beslenen fırsatlar, 2025 yılı stratejik hedeflerine ulaşılmasında itici güç olmuştur:

- **Merkezi Kampüs ve Toplumsal Katkı (F.05 - Yüksek Fırsat):** Okulun şehir merkezinde konumlanması, dış paydaşlarla erişimi kolaylaştırmış ve aktif öğrenci kulüpleri aracılığıyla toplumsal farkındalık faaliyetlerinde %20'lik bir hedef aşımı (15 hedef - 18 gerçekleşen) sağlamıştır.
- **Yüksek Tercih Edilebilirlik (F.03 - Çok Yüksek Fırsat):** Sağlık programlarına yönelik %100 doluluk oranı, nitelikli öğrenci profilinin birime kazandırılmasını sağlamıştır. Bu fırsat, Çift Anadal (ÇAP) ve Yandal programlarının planlanması için zemin hazırlamıştır.
- **Bölgesel Fonlar ve SERKA Destekleri (F.04 - Orta Fırsat):** Bölgesel kalkınma odaklı proje fonlarındaki artış bir fırsat olarak değerlendirilmiş; 2025 yılında **7 adet dış kaynaklı proje** ve **6 adet TÜBİTAK 2209 öğrenci projesi** dökümanite edilerek AR-GE altyapısına katkı sunulmuştur.
- **Kurumsal Akreditasyon (KAP) Süreci (F.01 - Yüksek Fırsat):** Üniversite genelindeki KAP süreci, birimde kalite dökümantasyon bilincini artırmış; görev tanımlarının güncellenmesi ve dijital arşivleme kapasitesinin geliştirilmesiyle kurumsal hafızanın korunmasına katkı sağlamıştır.

3.3. İzleme ve Değerlendirme Sonucu

2025 yılı risk ve fırsat yönetimi süreci, birimimizin operasyonel esnekliğini artırmıştır. Özellikle bütçe kaynaklı risklerde (manken arızası vb.) paydaş iş birlikleri ile çözüm üretilmesi,

kalite yönetim sisteminin "Risk Temelli Düşünme" prensibine uygun işlediğini kanıtlamıştır. 2026 yılı planlamasında, devam eden uygunsuzlukların (02 nolu DİF) kapatılması ve dijitalleşme fırsatlarının daha etkin kullanımı önceliklendirilecektir.

4. Eğitim Planı Değerlendirmesi

Birimimizin 2025 yılı eğitim faaliyetleri; akademik personel, idari personel ve öğrencilerin yetkinliklerini artırmak amacıyla "Y.7.2/3-D.02" nolu plan çerçevesinde yürütülmüştür. 2025 yılı, planlanan eğitimlerin ötesine geçilen ve özellikle "Düzeltilici İyileştirici Faaliyetler (DİF)" sonucunda ek eğitimlerin sisteme dahil edildiği bir yıl olmuştur.

4.1. Eğitim Planı Gerçekleşme Durumu Analizi

2025 yılı Stratejik Plan (H.3.1) hedeflerine göre birim bünyesinde **5 adet** kurum içi eğitim planlanmış; ancak gelişen ihtiyaçlar ve saptanan uygunsuzlukların giderilmesi amacıyla yıl sonunda toplam **5 adet onaylı eğitim** gerçekleştirilmiştir. Planın gerçekleşme oranı **%100** olarak kesinleşmiştir.

Gerçekleştirilen Temel Eğitim Faaliyetleri:

- **Akademik ve İdari Personel Odaklı:**
 - **EBYS ve Dijital Arşivleme Eğitimi (23.05.2025):** Birimdeki dökümantasyon hatalarını azaltmak amacıyla yapılmış, personel yüksek oranda katılım göstermiştir
 - **Kalite Güvencesi ve PUKÖ Bilgilendirme:** Üniversitenin KAP süreci doğrultusunda tüm akademik personele yönelik düzenlenmiştir.
 - **İSG ve Bilgi Güvenliği Eğitimi:** Yasal mevzuat ve kurumsal veri güvenliği kapsamında periyodik olarak tamamlanmıştır.
- **Öğrenci Odaklı:**
 - **İŞKUR Gençlik Eğitimi (30.04.2025):** Mezuniyet aşamasındaki öğrencilerin istihdam olanaklarını artırmak amacıyla İŞKUR iş birliği ile düzenlenmiştir.
 - **Yaz Stajı Bilgilendirme Eğitimi (DİF 2025/01 Dayanağı):** Dış paydaşlardan (Hastaneler) gelen disiplin ve dökümantasyon şikayetleri üzerine zorunlu olarak plana eklenmiş, stajyer öğrencilerin dosya düzenleme ve mesleki etik farkındalığı artırılmıştır.
 - **Yatay Geçiş ve İntibak Bilgilendirmesi (26.05.2025):** Birime yeni katılan öğrencilerin uyum sürecini hızlandırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

4.2. Eğitimlerden Memnuniyet Analizi

Gerçekleştirilen eğitimlerin ardından katılımcılara uygulanan "Eğitim Değerlendirme Anketleri" ve "Öğrenci Memnuniyet Raporu" verilerine göre şu sonuçlara ulaşılmıştır:

- **Eğitim İçeriği ve Eğitimci Yeterliliği:** Katılımcıların (akademik/idari/öğrenci) sunulan eğitimin içeriğine ve eğitimcilerin yetkinliğine dair memnuniyet düzeyi **%88** ile yüksek seviyededir.
- **Eğitim Ortamı:** Eğitimlerin merkezi kampüs imkanları dahilinde 204 ve 206 numaralı dersliklerde yapılması lojistik kolaylık sağlamış; ancak bazı büyük gruplu öğrenci eğitimlerinde (Staj eğitimi gibi) fiziki alanın yetersizliğine dair geri bildirimler alınmıştır.
- **Eğitimin Faydası:** Özellikle **EBYS Eğitimi** sonrası dökümantasyon hatalarında %30 azalma gözlemlenmiştir; **Staj Eğitimi** sonrasında ise hastanelerden gelen dosya hatası bildirimleri minimum düzeye inmiştir. Bu durum, eğitimlerin hedefine ulaştığının somut bir kanıtıdır.

4.3. Sapmalar ve İyileştirme Önerileri

- **Sapma:** Eğitim planında yer alan bazı teknik eğitimlerin (Cihaz kullanım eğitimi vb.), bütçe ve dış uzman onayı beklenmesi nedeniyle planlanan tarihlerden 1-2 ay sarkmayla gerçekleştirildiği gözlemlenmiştir.
- **İyileştirme:** 2026 yılı eğitim planlamasında, dış paydaşlardan alınacak eğitimlerin termin sürelerinin daha esnek tutulması ve eğitim materyallerinin dijital ortamda (asenkron) paylaşılması için birim web sayfasında bir "Eğitim Arşivi" oluşturulması kararlaştırılmıştır.

Sonuç: 2025 Yılı Eğitim Planı, birimimizdeki PUKÖ döngülerini besleyen temel bir mekanizma olarak işletilmiştir. Özellikle uygunsuzlukların giderilmesine yönelik açılan **DİF 2025/01** nolu faaliyetin eğitimle kapatılması, kalite yönetim sistemimizin "Önleme" odaklı yaklaşımını doğrulamaktadır.

5. Danışma Kurulu Toplantı Tutanaklarında Alınan Kararlarının Değerlendirmesi

Birimimizin dış paydaş katılımı ve sektörle olan entegrasyonu, Danışma Kurulu ve Yönetimin Gözden Geçirmesi (YGG) toplantılarında alınan kararlar üzerinden izlenmektedir. 2025 yılı içerisinde alınan kararlar ve bu kararların uygulama sonuçları aşağıda dokümanite edilmiştir:

5.1. Sektörel Beklentiler ve Staj Süreçlerinin Disipline Edilmesi

- **Karar:** Dış paydaşlarımız olan İl Sağlık Müdürlüğü ve hastane yetkililerinin; stajyer öğrencilerin kılık-kıyafet yönetmeliğine uyumu ve staj dosyalarının zamanında teslim edilmemesi konusundaki şikayetleri üzerine 2025 yılı başında "staj denetimlerinin sıklaştırılması" kararı alınmıştır.
- **Uygulama ve Sonuç:** Bu karar doğrultusunda **DİF 2025/01** açılmış ve staj yönergesi güncellenmiştir. Öğrencilere yönelik düzenlenen "Staj Dosyası Teslim Süreci" eğitimi ile hatalı dosya oranlarında %40'lık bir azalma sağlanmış, hastanelerden gelen disiplin odaklı geri bildirimler minimize edilmiştir.

5.2. Eğitim Altyapısı ve Laboratuvar Standartlarının Korunması

- **Karar:** YGG toplantılarında, İlk ve Acil Yardım laboratuvarındaki simülasyon mankenlerinin (CPR mankenleri) sensör arızaları nedeniyle uygulama verimliliğinin düştüğü tespit edilmiş ve "teknik modernizasyon" kararı alınmıştır.
- **Uygulama ve Sonuç: DİF 2025/02** kapsamında teknik servis raporu hazırlanmış ve bütçe talebi oluşturulmuştur. Ancak bütçe onayı beklenirken eğitimin aksamaması için **İl Sağlık Müdürlüğü/Devlet Hastanesi** ile geçici bir protokol imzalanmıştır. Bu karar doğrultusunda uygulama derslerinin bir kısmı hastane bünyesindeki simülasyon merkezine kaydırılarak risk yönetilmiştir.

2.3. Mezun İlişkileri ve Kariyer Planlama

- **Karar:** Mezun Bilgi Sistemindeki (MBS) kayıtlı mezun oranının düşüklüğü (stratejik hedefin altında kalması), Danışma Kurulu toplantısında birim performansını olumsuz etkileyen bir unsur olarak değerlendirilmiş ve "mezun takip seferberliği" kararı alınmıştır.
- **Uygulama ve Sonuç: DİF 2025/04** açılarak mezuniyet töreninde fiziki kayıt masası kurulmuş ve her bölüm için mezun WhatsApp ağları oluşturulmuştur. Bu çalışma sonucunda sisteme kayıtlı mezun oranında önceki yıla göre anlamlı bir artış sağlanarak süreç kurumsallaştırılmıştır.

5.4. İntibak ve Muafiyet İşlemlerinin Hızlandırılması

- **Karar:** Özellikle yatay geçişle gelen öğrencilerin ders intibaklarında yaşanan gecikmelerin öğrenci mağduriyetine yol açtığı Danışma Kurulu gündemine taşınmış ve "süreçlerin dijitalleştirilmesi" kararı alınmıştır.
- **Uygulama ve Sonuç: DİF 2025/03** kapsamında İntibak Komisyonu toplanmış, Öğrenci Bilgi Sistemi (OBS) üzerinde otomatik eşleştirme parametreleri tanımlanmış ve süreç 14 gün gibi bir sürede sonuçlandırılarak uygunsuzluk kapatılmıştır.

6. Öğrenci Genel Memnuniyet Analizi ve Değerlendirmesi

Birimimizde kalite güvence sisteminin bir parçası olarak uygulanan memnuniyet anketleri, doküman incelemesi ve nitel içerik analizi yöntemiyle değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları, öğrencilerimizin kurumsal aidiyet duygusunun akademik süreçlerde yüksek, ancak fiziksel ve sosyal destek hizmetlerinde iyileştirmeye açık olduğunu ortaya koymaktadır.

6.1. Memnuniyet Analizi ve Güçlü Alanlar

Anket maddeleri ve frekans yoğunlukları incelendiğinde, birimimizin öğrenci nezdindeki en güçlü alanları akademik etkileşim odaklıdır:

- **Akademik İletişim:** Öğrenciler; dekanlık, bölüm başkanlığı ve öğretim elemanlarına ders dışında da rahatlıkla erişebildiklerini, soru sorma ve tartışma ortamlarının teşvik edildiğini belirtmişlerdir.

- **Eğitim İçeriği:** Derslerin teorik açıdan yeterliliği ve sınavların dersin amacına uygunluğu, ankette en yüksek puanı alan (olumlu eğilim gösteren) maddeler arasındadır.
- **İdari Hizmetler:** İdari personelin öğrencilerle olan iletişimi ve sınav sonuçlarının makul sürede ilan edilmesi konularında memnuniyetin korunduğu gözlemlenmiştir.

6.2. Gelişime Açık Alanlar ve Memnuniyetsizlik Temaları

Analiz raporunda yer alan "Öğrencilerin En Az Memnun Olduğu Konular" başlığı altında şu kritik alanlar tespit edilmiştir:

- **Hijyen ve Temizlik:** Tuvalet ve lavaboların temizliği, anketlerde en sık tekrarlanan ve en düşük puanı alan memnuniyetsizlik temasıdır.
- **Sosyal ve Sportif İmkanlar:** Kampüs içerisindeki sosyal ortamların, dinlenme bölgelerinin ve spor alanlarının yetersizliği öğrencilerin sosyal yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.
- **Beslenme Hizmetleri:** Yemekhane yemeklerinin lezzeti, porsiyon miktarı ve kantin fiyatları; ekonomik koşulların da etkisiyle öğrenci geri bildirimlerinde "iyileştirilmesi gereken öncelikli alan" olarak öne çıkmıştır.
- **Teknik Altyapı:** İnternet (Wi-Fi) hizmetinin yetersizliği ve dijital kütüphane olanaklarına erişimde yaşanan güçlükler raporlanmıştır.

6.3. Uygulanan İyileştirmeler ve Öneriler

Birimimiz, anket sonuçlarında ortaya çıkan kronik sorunlara yönelik PUKÖ döngüsünü işleterek somut adımlar atmıştır:

- **Hijyen Odaklı Müdahale (DİF 2025/05):** Tuvalet temizliğine yönelik yoğun şikayetler üzerine "Temizlik Takip Çizelgesi" uygulamasına geçilmiş, temizlik personeli uyarılmış ve günlük kontroller birim sekreterliği düzeyinde sıklaştırılmıştır. Bu iyileştirme ile hijyen şikayetlerinde kısmi bir azalma sağlanmış olsa da sürecin sürekliliği izlenmektedir.
- **Kariyer ve Teknik Geziler:** Öğrencilerin kariyer gelişimi ve teknik gezi imkanlarının sınırlılığine yönelik talepleri doğrultusunda, **İŞKUR Gençlik Eğitimi (30.04.2025)** plana dahil edilmiş ve uygulanmıştır.

İyileştirme Önerileri:

1. **Fiziksel Alan:** Kampüs merkezi konumda olmasına rağmen sosyal alanların kısıtlılığı için dış paydaşlardan (Belediye/STK) destek alınarak butik dinlenme alanları oluşturulmalıdır.
2. **Beslenme:** Yemekhane ve kantin denetim komisyonu daha aktif işletilmeli, fiyat-performans dengesi gözetilmelidir.
3. **Dijitalleşme:** Bilgi İşlem Daire Başkanlığı ile koordine olunarak internet erişim noktalarının (AP) sayısı artırılmalı, teknik altyapı güçlendirilmelidir.

7. Öğretim Üyesi – Ders Değerlendirme Memnuniyet Analizi ve Değerlendirmesi

Birimimizde eğitim-öğretim kalitesinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla her dönem sonunda uygulanan ders değerlendirme anketleri, 2024-2025 Güz döneminde 8 farklı program bazında detaylıca incelenmiştir. Bu analiz, öğretim elemanlarının performansı ile derslerin içerik ve uygulama yeterliliğine dair öğrencilerin genel algısını yansıtmaktadır.

7.1. Program Bazlı Genel Memnuniyet Düzeyleri

Anket sonuçlarından elde edilen aritmetik ortalamalar (5 üzerinden), birim genelinde memnuniyetin "**Memnunum**" ve "**Çok Memnunum**" seviyeleri arasında yoğunlaştığını göstermektedir. Kesin veriler ışığında program bazlı memnuniyet sıralaması şu şekildedir:

Program Adı	Genel Memnuniyet Ortalaması (5.00 üzerinden)	Değerlendirme
Tıbbi Görüntüleme Teknikleri	4.90	Çok Yüksek
Optisyonluk	4.46	Yüksek
Evde Hasta Bakımı	4.46	Yüksek
Yaşlı Bakımı	4.42	Yüksek
İlk ve Acil Yardım	4.28	Yüksek
Çevre Sağlığı	4.15	İyi
Tıbbi Laboratuvar Teknikleri	3.82	Orta-İyi
Fizyoterapi	3.34	Gelişime Açık

7.2. Tematik Güçlü Yönler ve Başarı Alanları

Tüm programlar genelinde öğrencilerin en yüksek puanı verdiği (ortalaması 4.40 ve üzeri olan) ortak maddeler şunlardır:

- Derse Hazırlık:** Öğretim elemanlarının derslere hazırlıklı gelmesi ve ders süresini etkin kullanması (Örn: Yaşlı Bakımı ve Evde Hasta Bakımı programlarında tam puanlara yakın sonuçlar alınmıştır).
- İletişim ve Etkileşim:** Öğrencilerin sorularına verilen yanıtların tatmin ediciliği ve öğretim elemanlarının soru sormayı/tartışmayı teşvik etmesi.
- Müfredat Uyumu:** Sınavların, ödevlerin ve uygulamaların dersin amacına uygunluğu.

7.3. Gelişime Açık Alanlar ve Sapma Analizi

Analizler, birim genelinde memnuniyet yüksek olsa da bazı programlarda ve temalarda iyileştirme ihtiyacı olduğunu göstermektedir:

- **Fizyoterapi ve Tıbbi Laboratuvar Teknikleri:** Bu programlarda ortalamanın birim genelinde altında kalması (3.34 ve 3.82), ders materyallerinin güncelliği veya uygulama süreçlerindeki teknik kısıtlarla (Örn: İlk ve Acil Yardım'da manken deformasyonu sorunu gibi) ilişkilendirilmektedir.
- **Materyal Yeterliliği:** Bazı derslerde kullanılan görsel ve yazılı materyallerin (sunumlar, notlar vb.) daha dikkat çekici hale getirilmesi gerektiği düşük puanlı maddeler arasında yer almıştır.

7.4. Ders Süreçlerinin İyileştirilmesine Yönelik Değerlendirmeler

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda 2025 yılı bahar dönemi ve sonrası için şu iyileştirmelerin yapılması kararlaştırılmıştır:

1. **Düşük Skorlu Programlara Odaklanma:** Memnuniyet düzeyi birim ortalamasının altında kalan programların (Fizyoterapi vb.) bölüm başkanları ile görüşülerek, ders süreçlerinde karşılaşılan aksaklıkların (altyapı, ders notu, yöntem vb.) tespiti için alt komisyon kurulacaktır.
2. **Dijital Materyal Desteği:** Öğrencilerin "materyal güncelliği" konusundaki talepleri doğrultusunda, öğretim elemanlarının ders içeriklerini zenginleştirmesi için Uzaktan Eğitim Merkezi (UZEM) ile koordineli eğitimler planlanacaktır.
3. **KVKK ve Şeffaflık:** Anket sonuçları, öğretim elemanlarına kişisel verileri koruyarak (öğrenci kimlikleri gizli tutularak) "Birim Performans Geri Bildirimi" olarak iletilecek ve PUKÖ döngüsü kapsamında öz değerlendirme yapımları teşvik edilecektir.

Sonuç: Iğdır Üniversitesi SHMYO, öğretim elemanı performansında %80'in üzerinde bir başarı oranına sahiptir. Mevcut sapmalar, bütçe kısıtları ve fiziksel altyapı sorunlarından kaynaklanmakta olup; bu durum ilgili birimlerin risk planlamalarına dahil edilmiştir.

8. Akademik Personel İdari Personel Memnuniyet Analizi ve Değerlendirmesi

Birimimizde kalite güvence sisteminin sürdürülebilirliği, personelin çalışma koşullarından duyduğu memnuniyetin periyodik olarak ölçülmesiyle sağlanmaktadır. 2025 yılı değerlendirme süreci kapsamında, 38 personelin (15 Kadın, 23 Erkek) katılımıyla gerçekleştirilen anket verileri, birimimizin kurumsal aidiyet ve yönetsel süreçlerdeki başarısını, fiziksel altyapıdaki ise iyileştirme ihtiyacını ortaya koymuştur.

8.1. Genel Memnuniyet ve Kurumsal Aidiyet

Anket sonuçlarına göre, personelimizin kurumsal aidiyet duygusu ve birim yönetimine olan güveni en güçlü alanlarımızı oluşturmaktadır:

- **Kurumsal Aidiyet:** Personelin %100'e yakın bir oranı "Kendisini Meslek Yüksekokulunun bir parçası olarak görmekte" ve akademik hayatını devam ettirmek için SHMYO'yu tekrar tercih edeceğini belirtmektedir. Genel memnuniyet düzeyi "Yüksek" kategorisinde sabitlenmiştir.

- **Yönetişim ve Etik:** Birim yöneticilerine (Müdür, Müdür Yardımcıları) ulaşılabilirlik, yönetim kararlarında liyakate uyulması ve personelin görüşlerine başvurulması konularında memnuniyet düzeyi yüksektir.
- **Çalışma Ortamı:** Ofis ortamının aydınlatma, ısıtma ve temizlik standartları ile ofis araç-gereçlerinin yeterliliği personel tarafından olumlu değerlendirilmektedir.

8.2. Tespit Edilen İhtiyaçlar ve İyileştirme Alanları

Personel geri bildirimleri ve anketlerin detaylı analizinde, memnuniyetin "Orta" ve "Düşük" seviyeye gerilediği, dolayısıyla müdahale gerektiren alanlar şu şekilde sıralanmıştır:

- **Fiziksel ve Sosyal Altyapı (En Düşük Memnuniyet):**
 - **Otopark Sorunu:** Personel memnuniyetinin **en düşük** olduğu alan otopark kapasitesidir. Kampüs alanındaki araç park yerlerinin yetersizliği kronik bir şikayet konusu olarak raporlanmıştır.
 - **Yemekhane Hizmetleri:** Personel yemekhanesinin hem mekan genişliği hem de sunulan yemeklerin kalite ve miktar açısından yeterliliği **"Orta"** düzeyde değerlendirilmiş; iyileştirme talepleri ön plana çıkmıştır.
- **Motivasyon ve Ödüllendirme:**
 - Personelin akademik ve idari performansının (yayın, proje, başarılı iş süreçleri) izlenmesi ve somut bir şekilde ödüllendirilmesi/teşvik edilmesi konuları geliştirilmesi gereken alanlar olarak tespit edilmiştir.
- **Kafeterya ve Kantin:** Hizmet kalitesi ve fiyat dengesi personelin beklentilerini tam olarak karşılamamakta, "Orta" düzeyde bir memnuniyet seyretmektedir.

8.3. İyileştirme Önerileri ve Planlanan Faaliyetler

Anket verileri doğrultusunda 2026 yılı stratejik plan hazırlıklarına dahil edilmek üzere şu iyileştirme önerileri sunulmuştur:

1. **Otopark Düzenlemesi:** Yapı İşleri ve Teknik Daire Başkanlığı ile koordineli olarak personel araç giriş-çıkış ve park alanlarının kapasitesinin artırılması için teknik çalışma başlatılacaktır.
2. **Yemekhane Denetimi:** Yemek kalitesinin artırılmasına yönelik olarak Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı'na (SKS) personel geri bildirimleri raporlanacak ve yerinde denetimler sıklaştırılacaktır.
3. **Performans Teşvik Sistemi:** Akademik teşvikten yararlanan personel sayısının 11'den 15'e çıkması olumlu bir gelişme olsa da, birim içinde "Yılın Başarılı Personeli" gibi sembolik ödüllendirme mekanizmalarının kurulması kararlaştırılmıştır.
4. **Dijital Hafıza ve İSG:** Anketlerde orta düzeyde kalan dökümantasyon hatalarını önlemek için EBYS eğitimleri periyodik hale getirilecek; iş sağlığı ve güvenliği kapsamında fiziksel ortam riskleri (R.01) izlenmeye devam edilecektir.

Sonuç: Iğdır Üniversitesi SHMYO personeli, kurumun vizyonunu ve yönetim tarzını sahiplenmektedir. Tespit edilen sosyal ve fiziksel eksiklikler, birim dışı paydaşlarla (SKS, Yapı İşleri vb.) çözülmesi gereken alanlar olup, 2026 yılı risk yönetimi dökümanlarına "İyileştirilecek Alanlar" olarak işlenmiştir.

9. Yapılan İyileştirmeler ve Kapatılan PUKÖ'lar

Birimimizde kalite kültürü, sadece uygunsuzlukların giderilmesi değil, aynı zamanda paydaş geri bildirimleri ve risk analizleri üzerinden "sürekli iyileştirme" prensibiyle işletilmektedir. 2025 yılı içerisinde dökümanite edilen ve sonuçlandırılan temel iyileştirme faaliyetleri şunlardır:

9.1. Dış Paydaş Odaklı İyileştirmeler (Staj ve Disiplin)

- **Dayanak:** Uygunsuzluk No: 01 / DİF No: 2025/01.
- **İhtiyaç/Uygunsuzluk:** İl Sağlık Müdürlüğü ve hastanelerden gelen; öğrencilerin staj dosyalarını geç teslim etmesi ve kılık-kıyafet yönetmeliğine uyum konusundaki aksaklık bildirimleri.
- **PUKÖ Döngüsü:**
 - **Planla:** Staj yönergesinin güncellenmesi ve bilgilendirme eğitiminin planlanması.
 - **Uygula:** 15.04.2025 tarihinde DİF açılmış; tüm öğrencilere "Staj Dosyası Teslim Süreci ve Mesleki Etik" eğitimi verilmiştir.
 - **Kontrol Et:** Eğitim sonrası hastanelerden gelen disiplin şikayetleri izlenmiş ve dosya teslim tarihlerine uyum kontrol edilmiştir.
 - **Önlem Al:** Süreç rutin hale getirilmiş ve DİF 15.05.2025 tarihinde **KAPATILMIŞTIR.**

9.2. Hizmet Sunumu ve Dijitalleşme İyileştirmeleri (İntibak Süreci)

- **Dayanak:** Uygunsuzluk No: 03 / DİF No: 2025/03.
- **İhtiyaç/Uygunsuzluk:** Yatay geçişle gelen öğrencilerin ders intibaklarında yaşanan teknik gecikmeler ve buna bağlı öğrenci mağduriyetleri.
- **PUKÖ Döngüsü:**
 - **Planla:** İntibak Komisyonunun toplanması ve dijital çözüm arayışı.
 - **Uygula:** Öğrenci Bilgi Sistemi (OBS) üzerinde otomatik ders eşleştirme parametreleri tanımlanmış ve komisyon süreçleri hızlandırılmıştır.
 - **Kontrol Et:** 02.09.2025 tarihinde açılan faaliyetin çıktıları kontrol edilmiş, süreçlerin 14 gün içinde tamamlandığı görülmüştür.
 - **Önlem Al:** Manuel hata payı minimize edilerek süreç 16.09.2025 tarihinde **KAPATILMIŞTIR.**

9.3. Stratejik Hedef Odaklı İyileştirmeler (Mezun Takip - MBS)

- **Dayanak:** Uygunsuzluk No: 04 / DİF No: 2025/04.
- **Fırsat/Uygunsuzluk:** Mezun Bilgi Sistemine (MBS) kayıtlı mezun oranının stratejik hedeflerin (%30) altında kalması (%18).
- **PUKÖ Döngüsü:**
 - **Planla:** Mezuniyet döneminde fiziksel ve dijital katılım kanallarının oluşturulması.
 - **Uygula:** Mezuniyet töreninde "Kayıt Masası" kurulmuş ve bölüm WhatsApp grupları üzerinden dijital formlar paylaşılmıştır.
 - **Kontrol Et:** Kayıt sayılarında %40'lık bir artış (Hacim bazlı) ve oran bazında %28'e ulaşım dökümanite edilmiştir.
 - **Önlem Al:** Her mezuniyet dönemi için "Kayıt Masası" uygulaması standartlaştırılmış ve 30.06.2025 tarihinde DİF **KAPATILMIŞTIR.**

9.4. Fiziksel Ortam ve Hijyen İyileştirmeleri

- **Dayanak:** DİF No: 2025/05.
- **Risk/İhtiyaç:** Öğrenci memnuniyet anketlerinde tuvalet hijyeni ve temizlik malzemesi eksikliğine yönelik gelen yoğun şikayetler.
- **PUKÖ Döngüsü:**
 - **Planla:** Temizlik denetim mekanizmasının yeniden yapılandırılması.
 - **Uygula:** Temizlik personeli uyarılmış ve tuvaletlere günlük "Temizlik Takip Çizelgeleri" asılmıştır.
 - **Kontrol Et:** MYO Sekreterliği tarafından yapılan günlük kontrollerle hijyen standartlarının sürekliliği test edilmiştir.
 - **Önlem Al:** Denetimler birim sekreterliğinin rutin iş akışına dahil edilerek 12.10.2025 tarihinde süreç **KAPATILMIŞTIR**.

9.5. Eğitim Altyapısı - Risk Yönetimi (Manken Deformasyonu)

- **Dayanak:** Uygunsuzluk No: 02 / DİF No: 2025/02.
- **Risk:** İlk ve Acil Yardım simülasyon mankenlerinin deformasyonu nedeniyle uygulama derslerinin aksama riski.
- **Durum:** Bu iyileştirme faaliyeti kapsamında teknik servis raporu tutulmuş ve bütçe talebi yapılmıştır. Eğitim sürecinin kesintiye uğramaması için **İl Sağlık Müdürlüğü ile protokol** yapılarak laboratuvar kullanımı hastaneye kaydırılmıştır. Faaliyet "DEVAM EDİYOR" statüsündedir; ancak geçici çözümle risk kontrol altına alınmıştır.

10. Uygunsuzlukların Değerlendirmesi

Birimimizde 2025 yılı içerisinde gerçekleştirilen iç tetkik, dış paydaş geri bildirimleri ve öz değerlendirme çalışmaları sonucunda toplam **4 ana uygunsuzluk** ve **5 düzeltici/iyileştirici faaliyet (DİF)** kayıt altına alınmıştır. 2026 yılı Şubat ayı itibarıyla bu faaliyetlerin 4'ü başarıyla kapatılmış, 1'i ise bütçe süreçlerine bağlı olarak izlemeye alınmıştır.

10.1. Uygunsuzlukların Dağılımı ve Kaynak Analizi

Tespit edilen uygunsuzluklar, birimin farklı süreçlerinden kaynaklanmış olup dökümanite edilen veriler şu şekildedir:

- **Dış Paydaş Kaynaklı (No: 01):** Stajyer öğrencilerin dosya teslim tarihlerine uymaması ve hastanelerden gelen disiplin şikayetleri.
- **Öz Değerlendirme Kaynaklı (No: 02):** İlk ve Acil Yardım Laboratuvarı CPR mankenlerindeki sensör arızası ve fiziksel deformasyon.
- **Öğrenci/İç Paydaş Kaynaklı (No: 03 ve 05):** Yatay geçiş intibak süreçlerindeki gecikmeler ve tuvalet hijyeni şikayetleri.
- **Stratejik Hedef Kaynaklı (No: 04):** Mezun Bilgi Sistemine (MBS) kayıtlı mezun oranının hedeflerin altında kalması.

10.2. Uygulanan Faaliyetlerin Sonuçları ve Kapatılan Kayıtlar

DİF Takip Listesi ve formları ile uyumlu olarak kapatılan uygunsuzlukların sonuçları şöyledir:

- **DİF 2025/01 (Staj Süreci):** 15.04.2025 tarihinde açılan faaliyet kapsamında staj yönergesi güncellenmiş ve öğrencilere "Staj Dosyası Teslim Süreci" eğitimi verilmiştir. 15.05.2025 tarihinde faaliyet doğrulanarak **KAPATILMIŞTIR**. Bu iyileştirme ile hastanelerden gelen şikayetlerde anlamlı bir azalma sağlanmıştır.
- **DİF 2025/03 (İntibak İşlemleri):** Yatay geçiş intibaklarında yaşanan gecikmeler üzerine 02.09.2025 tarihinde açılan kayıt, Öğrenci Bilgi Sistemi (OBS) üzerindeki teknik düzenlemeler ve komisyonun hızlı çalışmasıyla 16.09.2025 tarihinde **KAPATILMIŞTIR**.
- **DİF 2025/04 (Mezun Takip):** Stratejik plan hedeflerine katkı sağlamak amacıyla 20.05.2025 tarihinde başlatılan faaliyet; mezuniyet töreninde "Kayıt Masası" kurulması ve dijital ağların (WhatsApp) aktif kullanımıyla 30.06.2025 tarihinde **KAPATILMIŞTIR**. Kayıt sayısında hacimsel olarak %40 artış sağlanmıştır.
- **DİF 2025/05 (Hijyen):** Öğrenci şikayetleri sonrası 11.10.2025 tarihinde başlatılan temizlik denetimleri ve "Takip Çizelgesi" uygulaması, ertesi gün doğrulanarak rutin iş akışına dahil edilmiş ve **KAPATILMIŞTIR**.

10.3. Devam Eden Uygunsuzluklar ve Risk Yönetimi

- **DİF 2025/02 (Eğitim Altyapısı):** 10.03.2025 tarihinde İlk ve Acil Yardım Laboratuvarı'ndaki manken arızaları için açılan faaliyet **"DEVAM EDİYOR"** statüsündedir.
 - **Mevcut Durum:** Teknik servis raporu tutulmuş, Strateji Geliştirme Daire Başkanlığından ödenek talep edilmiştir.
 - **Alınan Önlem:** Eğitim-öğretim sürecinin kesintiye uğramaması için İl Sağlık Müdürlüğü ile yapılan protokol çerçevesinde laboratuvar derslerinin hastane simülasyon merkezinde yapılması sağlanmıştır. Bu durum, bütçe kısıtlarına rağmen eğitimin sürekliliği açısından önemli bir risk yönetimi örneğidir.

10.4. Sonuç ve Değerlendirme

2025 yılı uygunsuzluk yönetimi süreci, birimizin PUKÖ döngüsünü dürüst ve şeffaf bir şekilde işlettiğini göstermektedir. Uygunsuzluk Takip Formu'ndaki (H.8.7.D.04) tüm kayıtlar, DİF Takip Listesi (Y.10.2-D.01) ile tam uyumludur. Tespit edilen uygunsuzlukların %80'inin (4/5) kapatılmış olması, kalite güvence sisteminin operasyonel verimliliğini kanıtlamaktadır. Açık kalan 02 nolu kayıt, 2026 yılı bütçe döneminde öncelikli olarak takip edilecektir.