

**T.C.**  
**PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**AKREDİTASYON KOMİSYONU**

**STANDART 6 ÇALIŞMA GRUBU ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ**

**BİRİNCİ BÖLÜM**

**(Amaç, Kapsam ve Tanımlar)**

**AMAÇ**

**Madde 1- (1)** Bu çalışma prosedürünün amacı; Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Akreditasyon Komisyonu Standart 6 Çalışma Grubu'nun çalışma esaslarını belirlemektir.

**KAPSAM**

**Madde 2- (1)** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Akreditasyon Komisyonu Standart 6 Çalışma Grubu'nun oluşumunu, işleyişini, görev ve sorumluluklarının ne olduğunu, yetkilerini, kararlarının uygulanmasını ve takibini kapsar.

**TANIMLAR**

**Madde 3- (1)** Bu prosedürün uygulanmasında yer alan tanımlar aşağıdaki gibidir.

- a) **Akreditasyon:** Dış değerlendirme kurumu (Hemşirelik Eğitim Programları Akreditasyon Kurulu-HEAK) tarafından belirli bir alanda önceden belirlenmiş akademik ve alana özgü standartların akreditasyon üst kurulu (Hemşirelik Eğitim Programları Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği-HEPDAK) tarafından karşılanıp karşılanmadığını ölçen değerlendirme sürecini,
- b) **Akreditasyon Komisyonu:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde akreditasyon çalışmalarının düzenlenmesi ve yürütülmesinden sorumlu olan komisyonu,
- c) **Akreditasyon Komisyonu Başkanı:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Akreditasyon Komisyonu Başkanı'nı,
- ç) **Standart 6 Çalışma Grubu:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde yürütülen akreditasyon çalışmaları kapsamında, Akreditasyon Komisyonu üyeleri arasından seçilen; fiziksel altyapının yeterliliğinin belirlenmesi, izlenmesi, iyileştirilmesi ve güncellenmesinden sorumlu üyeleri,
- d) **Standart 6 Çalışma Grubu Başkanı:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Akreditasyon Komisyonu Standart 6 Çalışma Grubu'nun Başkanı'nı,
- e) **Fiziksel Altyapı:** Eğitim-öğretim faaliyetlerinin yürütüldüğü derslik, laboratuvar, klinik uygulama alanı, kütüphane ve teknolojik donanımı,
- f) **Derslik:** Teorik derslerin yürütüldüğü, uygun donanım ve kapasiteye sahip eğitim ortamlarını ifade eder.

- g) **Laboratuvar:** Öğrencilerin uygulamalı becerilerini geliştirdiği, eğitim amaçlı donanımlı alanları ifade eder.
- h) **Klinik Uygulama Alanı:** Öğrencilerin mesleki uygulamalarını gerçekleştirdiği sağlık kurumlarını ifade eder.
- i) **Teknolojik Altyapı:** Eğitim-öğretim süreçlerini destekleyen bilgisayar, internet, projeksiyon ve dijital sistemleri ifade eder.
- j) **PUKÖ (Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al):** Süreçlerde Planlama, Uygulama, Kontrol etme ve Önlem alma aşamalarından oluşan sürekli iyileştirme çevrimini ifade eder.
- k) **Paydaş:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nün faaliyetlerinden, hedeflerinden, politikalarından, aldığı sonuçlardan etkilenebilen veya etkileyebilen kişiler, gruplar, organizasyonlar ve sistemleri,
- ğ) **İç Paydaş:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü öğrencileri, öğretim elemanları ve idari personelleri,
- l) **Dış Paydaş:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde yürütülen faaliyetlere ilişkin görüş bildiren ve öneriler sunan kişi, kurum ve kuruluşları,
- ı) **Birim Eğitim Komisyonu:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Birim Eğitim Komisyonu'nu,
- m) **Birim Kalite Komisyonu:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Birim Kalite Komisyonu'nu,
- n) **Öğrenci Destek Birimi Komisyonu:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrenci Destek Birimi Komisyonu'nu,
- o) **Fakülte Sekreterliği:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fakülte Sekreterliği'ni,
- p) **Bölüm Başkanlığı:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölüm Başkanlığı'nı,
- q) **Dekanlık:** Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı'nı ifade eder.

## İKİNCİ BÖLÜM

### (Standart 6 Çalışma Grubu'nun Oluşturulması ve İşleyişi, Görevler ve Sorumluluklar, Kararlarının Uygulanması ve Takibi)

#### STANDART 6 ÇALIŞMA GRUBU'NUN OLUŞTURULMASI VE İŞLEYİŞİ

**Madde 4- (1)** Standart 6 Çalışma Grubu, Akreditasyon Komisyonu Başkanı tarafından Akreditasyon Komisyonu'nda yer alan üyeler arasından belirlenir.

(2) Standart 6 Çalışma Grubu'nun görev süresi üç yıldır. Üyeler görev sürelerinin bitiminde akreditasyon komisyonu başkanı tarafından yeniden görevlendirilebilir.

(3) Standart 6 Çalışma Grubu, Öz Değerlendirme Raporu'nun (ÖDR) Standart 6 kısmının yazılmasından sorumludur.

(4) Standart 6 Çalışma Grubu, Standart 6 kapsamında PUKÖ sürecinin takibinden ve raporlanmasından sorumludur.

(5) Standart 6 Çalışma Grubu, Fiziksel altyapı ve olanaklar, Uygulama alanları alt yapısı ve Dinlenme-sosyal etkinlik alanlarına ilişkin süreçlerin planlanması, uygulanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve güncellenmesine yönelik verilerden yararlanır.

(6) Standart 7 Çalışma Grubu, söz konusu süreçlerin izlenmesi amacıyla;

- Öğrenci, akademik ve idari personel memnuniyet anketleri,
- Öğrenci, akademik ve idari personel ile yönetim geri bildirim toplantıları,
- Öğrenci Destek Birimi Raporları
- Birim Kalite komisyon raporları
- Dış paydaş toplantısı verilerini kullanır.

(7) Standart 6 Çalışma Grubu, , Fiziksel altyapı ve olanaklar, Uygulama alanları alt yapısı ve Dinlenme-sosyal etkinlik alanlarına ilişkin süreçlerin planlanması, uygulanması, izlenmesi, değerlendirilmesi, güncellenmesi ve paydaşlarla paylaşılmasına yönelik süreçleri izler ve yılda bir kez değerlendirme toplantısı yapar. Sonuçları ilgili üst birimlerle paylaşır.

(8) Standart 6 Çalışma Grubu, gerekli durumlarda üyelerin oy çokluğuyla alacağı karara bağlı olarak toplantı sıklığını değiştirebilir. Toplantıların gündem maddeleri, yeri, zamanı ve süresi üyelerin oy çokluğuyla belirlenir. Toplantı gündemine, toplantı öncesinde veya sırasında üyelerin teklifi üzerine, komisyon kararıyla ek maddeler dahil edilebilir.

(9) Standart 6 Çalışma Grubu, salt çoğunlukla toplanır ve kararlar toplantıya katılan üyelerin oy çokluğuyla alınır. Çekimser oy kullanılamaz. Alınan kararlar toplantı tutanağına kaydedilir ve üyeler tarafından imzalanır.

(10) Mazeret bildirmeksizin bir dönemde en az üç Standart 6 Çalışma Grubu toplantısına katılmayan üyeler Akreditasyon Komisyonu Başkanı'na bildirilir.

## **GÖREVLER VE SORUMLULUKLAR**

**Madde 5- (1)** Standart 6 Çalışma Grubu'nun genel görev ve sorumlulukları aşağıdaki gibidir.

**a)** Standart 6 Çalışma Grubu, Akreditasyon Komisyonu Başkanı tarafından verilen görev ve sorumlulukları yerine getirir.

**b)** Standart 6 Çalışma Grubu görevlerini yerine getirmede Akreditasyon Komisyonu'na karşı sorumludur.

**c)** Akreditasyon Komisyonu'na bağlı olup, Birim Eğitim Komisyonu, Birim Kalite Komisyonu, Fakülte Sekreterliği, Hemşirelik Bölüm Başkanlığı ve Dekanlık başta olmak üzere diğer kurul ve komisyonlarla iş birliği içinde çalışır.

**ç)** Fiziksel altyapı ve olanaklar, uygulama alanları altyapısı ile dinlenme-sosyal etkinlik alanlarının yeterliliğine ilişkin tüm faaliyetlerin planlanması, uygulanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve güncellenmesi süreçlerini düzenli olarak izlemek ve değerlendirmekle görevlidir.

**d)** Standart 6 Çalışma Grubu'nun toplantı gündemi ve toplantı takvimi üyelerin oy çokluğu ile belirlenir, üyeler gerçekleştirdikleri toplantıların toplantı bilgi sistemine girilmesinden ve arşivlenmesinden sorumludur.

**e)** Standart 6 Çalışma Grubu, Akreditasyon Komisyonu toplantılarına aktif katılım sağlar.

(2) Standart 6 Çalışma Grubu Başkanı'nın görev ve sorumlulukları aşağıdaki gibidir.

**a)** Standart 6 Çalışma Grubu'nun görevlerini yerine getirmesinde Akreditasyon Komisyonu'na karşı sorumludur.

- b) Toplantı gündemini ve toplantı takvimini belirleyerek Standart 6 Çalışma Grubu'nu belirlenen takvim doğrultusunda toplantıya çağırır.
- c) Standart 6 Çalışma Grubu üyelerinin belirlenen takvim ve hedefler doğrultusunda çalışmalarını koordine eder ve hedeflere ulaşılması için diğer grup üyeleriyle iş birliği içinde çalışır.
- ç) Standart 6 Çalışma Grubu ile ilgili yapılan çalışmalarda görev ve sorumluluk alır.
- d) Standart 6 Çalışma Grubu'nun toplantı tutanaklarını dosyalayıp arşivlenmesinin kontrolünü sağlar.
- e) Standart 6 Çalışma Grubu kapsamında yapılan çalışmalar ve dış denetimler sırasında gruba liderlik eder.

## **STANDART 6 ÇALIŞMA GRUBU'NA AİT KARARLARININ UYGULANMASI VE TAKİBİ**

**Madde 6- (1)** Alınan kararlarda uygulamadan ve kararların takip edilmesinden Standart 6 Çalışma Grubu tüm üyeleri sorumludur. İlgili çalışma grubu üyeleri kendilerine verilen görevler dahilinde alınan kararları uygular ve takibini yapar.

**(2)** Standart 6 Çalışma Grubu'nun aldığı kararlar Dekanlığa, ilgili komisyonlara ve birimlere bildirilecekse, Standart 6 Çalışma Grubu üyelerinin yaptığı çalışma, Akreditasyon Komisyonu Başkanı tarafından ilgili kişi ve birimlere bildirilir. Standart 6 Çalışma Grubu adına yazışmalar Akreditasyon Komisyonu Başkanı'nın imzasıyla yapılır.

**(3)** Kararların uygulanması ve akreditasyon süreciyle ilgili gerçekleştirilecek her türlü harcama Dekanlık tarafından tahsis edilecek ödenekten karşılanır.

## **ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

### **(Standart 6 Çalışma Grubu'nun Fiziksel Altyapının Değerlendirilmesi ve İzlenmesi Süreçlerinde Kullandığı Ölçme ve Değerlendirme Sistemi)**

## **FİZİKSEL ALTYAPININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE İZLENMESİNDE GENEL İLKELER**

**Madde 7- (1)** Fiziksel altyapı; eğitim-öğretim süreçlerini destekleyecek şekilde derslikler, laboratuvarlar, klinik uygulama alanları, kütüphane ve teknolojik donanımı kapsayacak biçimde değerlendirilir.

**(2)** Bu değerlendirme sürecinde iç paydaş görüşleri (öğrenci, akademik ve idari personel), dış paydaş görüşleri, eğitim ihtiyaçları, teknolojik gelişmeler ve kurumun stratejik hedefleri dikkate alınır.

**(3)** Fiziksel altyapı ve olanaklar, uygulama alanları alt yapısı ve dinlenme-sosyal etkinlik alanlarının yeterliliği; eğitim-öğretim faaliyetlerinin etkinliğini destekleyecek şekilde nicel ve/veya nitel yöntemlerle düzenli olarak veri toplanarak izlenir, sistematik biçimde değerlendirilir ve raporlanır. Elde edilen veriler sonuçlara göre PUKÖ döngüsü kapsamında sürekli iyileştirme sağlanır.

## **FİZİKSEL ALTYAPIYA İLİŞKİN VERİLERİN TOPLANMASI VE DEĞERLENDİRİLMESİ, İYİLEŞTİRİLMESİ**

**Madde 8- (1)** Fiziksel altyapının yeterliliğine ilişkin veriler sistematik olarak toplanır, analiz edilir, raporlanır ve iyileştirme süreçlerinde kullanılır. Süreçlere ilişkin veri toplama, değerlendirme ve iyileştirme adımları Ek-1’de yer alan Standart 6 Alt Çalışma Grubu Planlama, Uygulama, Değerlendirme ve İzlem Süreçleri kapsamında yürütülür.

**(a) Fiziksel altyapı ve olanaklar**

Bu alt standarda ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi süreçlerinde; öğrenci, akademik personel, idari personel, dış paydaş ve cihaz/teknolojik donanım verilerinden yararlanılır.

- Öğrenci verileri, “SBF-Öİ.17 Öğrenci Genel Memnuniyet Anketi Formu”, öğrenci toplantıları ve Öğrenci Destek Birimi raporlarından elde edilir.
- Akademik personel verileri, “SBF-Yİ.69 Akademik Personel Memnuniyet Anketi Formu” ve akademik personel toplantılarından elde edilir.
- İdari personel verileri, “SBF-Yİ.67 İdari Personel Memnuniyet Anketi Formu” ve idari personel toplantılarından elde edilir.
- Cihaz ve teknolojik altyapı verileri, “SBF-Yİ.80 Cihaz Bakım Planı ve Takip Formu” ile “SBF-Yİ.84 Amfi-Sınıf-Laboratuvar Malzeme Listesi Formu” aracılığıyla elde edilir.

**(b) Uygulama alanları altyapısı**

Bu alt standarda ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi süreçlerinde öğrenci, akademik personel ve dış paydaş verilerinden yararlanılmaktadır.

- Öğrenci verileri, “SBF-Öİ.57 Klinik Uygulama Alanı Öğrenci Memnuniyet Anketi”, “SBF-Öİ.63 İtern Klinik Uygulama Öğrenci Memnuniyet Anketi”, öğrenci toplantı raporlarından elde edilir.
- Akademik personel verileri, “SBF-Yİ.69 Akademik Personel Memnuniyet Anketi Formu” ve akademik personel toplantılarından elde edilir.
- Dış paydaş verileri, Birim Kalite Komisyonu tarafından düzenlenen dış paydaş toplantılarından elde edilir.
- İç paydaş verileri, Birim Kalite Komisyonu tarafından düzenlenen her yarıyıl sonunda yapılan iç paydaş toplantılarından elde edilir.

**(c) Dinlenme – sosyal etkinlik alanlarının yeterliliği**

Bu alt standarda ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi ve değerlendirilmesi süreçlerinde öğrenci, akademik personel ve idari personel verilerinden yararlanılmaktadır.

- Öğrenci verileri, “SBF-Öİ.17 Öğrenci Genel Memnuniyet Anketi Formu”, öğrenci toplantıları ve Öğrenci Destek Birimi raporlarından elde edilir.
- Akademik personel verileri, “SBF-Yİ.69 Akademik Personel Memnuniyet Anketi Formu” ve akademik personel toplantılarından elde edilir.
- İdari personel verileri, “SBF-Yİ.67 İdari Personel Memnuniyet Anketi Formu” ve idari personel toplantılarından elde edilir.
- Dış paydaş verileri, Birim Kalite Komisyonu tarafından düzenlenen dış paydaş toplantılarından elde edilir.
- İç paydaş verileri, Birim Kalite Komisyonu tarafından düzenlenen her yarıyıl sonunda yapılan iç paydaş toplantılarından elde edilir.

## **(2) Verilerinin Elde Edilmesi, Değerlendirilmesi, İyileştirilmesi**

**(a)** Fiziksel altyapı ve olanaklar, dinlenme-sosyal etkinlik alanlarına ilişkin öğrenciye verilerinin değerlendirilmesi kapsamında, “SBF-Öİ.17. Öğrenci Genel Memnuniyet Anketi Formu” 5’li Likert tipinde uygulanır. Anket, Birim Kalite Komisyonu tarafından yılda bir kez uygulanır ve sonuçları raporlanır. Öğrenci geri bildirim toplantıları Birim Kalite Komisyonu tarafından her yarıyıl sonunda gerçekleştirilir ve raporlanır. Öğrenci geri bildirim toplantıları, Birim Kalite Komisyonu tarafından her yarıyıl sonunda gerçekleştirilir ve raporlanır. Öğrenci Destek Birimi raporları ise her güz ve bahar yarıyılında süreçlere veri sağlar. Elde edilen değerlendirme sonuçları doğrultusunda gerekli iyileştirme çalışmaları ilgili birimler tarafından yürütülür ve sonuçları izlenir.

**(b)** Uygulama alanları alt yapısına ilişkin öğrenciye verilerinin değerlendirilmesi kapsamında, “SBF-Öİ. 57. Klinik Uygulama Alanı Öğrenci Memnuniyet Anketi” ve “SBF-Öİ. 63. İtern Klinik Uygulama Öğrenci Memnuniyet Anketi” 3’li Likert tipinde uygulanır. “İAŞ.37.Ders Memnuniyet Anketlerinin Uygulanması İş Akış Süreci” doğrultusunda ilgili dersin öğretim elemanı tarafından her eğitim-öğretim dönemi sonunda olmak üzere yılda iki kez uygulanır ve raporlanır. Anketler, Akreditasyon Komisyonu 3. Standart Çalışma Grubu tarafından analiz edilerek raporlanır. Elde edilen değerlendirme sonuçları doğrultusunda gerekli iyileştirme çalışmaları ilgili birimler tarafından yürütülür ve sonuçları izlenir.

**(c)** Fiziksel altyapı ve olanaklar, uygulama alanları altyapısı ve dinlenme-sosyal etkinlik alanlarına ilişkin akademik personel verilerinin değerlendirilmesi, “SBF-Yİ.69 Akademik Personel Memnuniyet Anketi Formu” 5’li Likert tipinde yapılır. Anket yılda bir kez uygulanmakta ve Akreditasyon Komisyonu Standart 5 Çalışma Grubu tarafından analiz edilerek raporlanmaktadır. Akademik personel geri bildirim toplantıları Dekanlık tarafından her yarıyıl sonunda gerçekleştirilir ve raporlanır. Elde edilen değerlendirme sonuçları doğrultusunda gerekli iyileştirme çalışmaları ilgili birimler tarafından yürütülür ve sonuçları izlenir.

**(d)** Fiziksel altyapı ve olanaklar ve dinlenme-sosyal etkinlik alanlarına ilişkin idari personele verilerinin değerlendirilmesinde, “SBF-Yİ.67 İdari Personel Memnuniyet Anketi Formu” 5’li Likert tipinde yapılır. Anket yılda bir kez uygulanmakta ve Akreditasyon Komisyonu Standart 6 Çalışma Grubu tarafından analiz edilerek raporlanmaktadır. İdari personel geri bildirim toplantıları Dekanlık tarafından her yarıyıl sonunda gerçekleştirilir ve raporlanır. Elde edilen değerlendirme sonuçları doğrultusunda gerekli iyileştirme çalışmaları ilgili birimler tarafından yürütülür ve sonuçları izlenir

**(e)** Fiziksel altyapıya ilişkin cihaz, teknolojik donanım ve eğitim materyallerinin değerlendirilmesi; “SBF-Yİ.80 Cihaz Bakım Planı ve Takip Formu”, “SBF-Yİ.84 Amfi-Sınıf-Laboratuvar Malzeme Listesi Formu” kapsamında yapılır. Cihazların bakım ve kontrolleri haftalık, aylık ve yıllık periyotlarla görevli idari personeller tarafından gerçekleştirilir. Amfi, sınıf ve laboratuvar malzeme kontrolleri yılda bir kez, mesleksi beceri laboratuvarı eğitim materyalleri ise yılda bir kez ilgili görevli idari personel tarafından izlenir ve raporlanır.

Elde edilen değerlendirme sonuçlarına göre fiziksel altyapı, cihaz ve eğitim materyallerine ilişkin ihtiyaçlar belirlenir; ilgili birim ve yönetime raporlanır. Gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır ve sonuçlar izlenir.

### **(3) Verilerin saklanması, raporlandırılması, sonuçlara yönelik iyileştirme süreci**

**(a)** Standart 6 Çalışma Grubu tarafından, Fiziksel altyapıya ilişkin tüm veriler yıllık olarak analiz edilir, raporlanır ve arşivlenir. Elde edilen sonuçlar izlenir, ilgili birimlerle paylaşılır ve PUKÖ döngüsü kapsamında değerlendirilir.

**(b)** Memnuniyet anketlerine ilişkin iyileştirme süreçleri Ek-2’de yer alan İAŞ.14 Memnuniyet Anketleri İyileştirme İş Akış Süreci doğrultusunda yürütülür.

## **İLGİLİ DOKÜMANLAR**

### **Madde 9- (1) İç Dokümanlar**

SBF-Öİ.17. Öğrenci Genel Memnuniyet Anketi Formu

SBF-Yİ.67. İdari Personel Memnuniyet Anketi Formu

SBF-Yİ.69. Akademik Personel Memnuniyet Anketi Formu

SBF-Öİ. 57. Klinik Uygulama Alanı Öğrenci Memnuniyet Anketi

SBF-Öİ. 63. İntern Klinik Uygulama Öğrenci Memnuniyet Anketi

SBF-Yİ.80.Cihaz Bakım Plan ve Takip Formu

SBF-Yİ.84. Amfi - Sınıf - Laboratuvar Malzeme Listesi Formu

İAŞ.37. Ders Memnuniyet Anketlerinin Uygulanması İş Akış Süreci

İAŞ.14 Memnuniyet Anketleri İyileştirme İş Akış Süreci

## **DÖRDÜNCÜ BÖLÜM**

### **(Son Hükümler)**

**Yürürlük MADDE 11- (1)** Bu çalışma prosedürü Fakülte Kurulu tarafından onaylandığı tarihten itibaren yürürlüğe girer.

**Yürütme MADDE 12- (1)** Bu çalışma prosedürünün hükümlerini Akreditasyon Komisyonu Başkanı yürütür.

## **HAZIRLAYANLAR**

Bu prosedür Akreditasyon Komisyonu Standart 6 Çalışma Grubu üyeleri olan;

Doç. Dr. Şefika Tuğba YANGÖZ (Çalışma Grubu Başkanı)

Öğr. Gör. Dr. Arife AZAK (Üye) tarafından hazırlanmıştır.

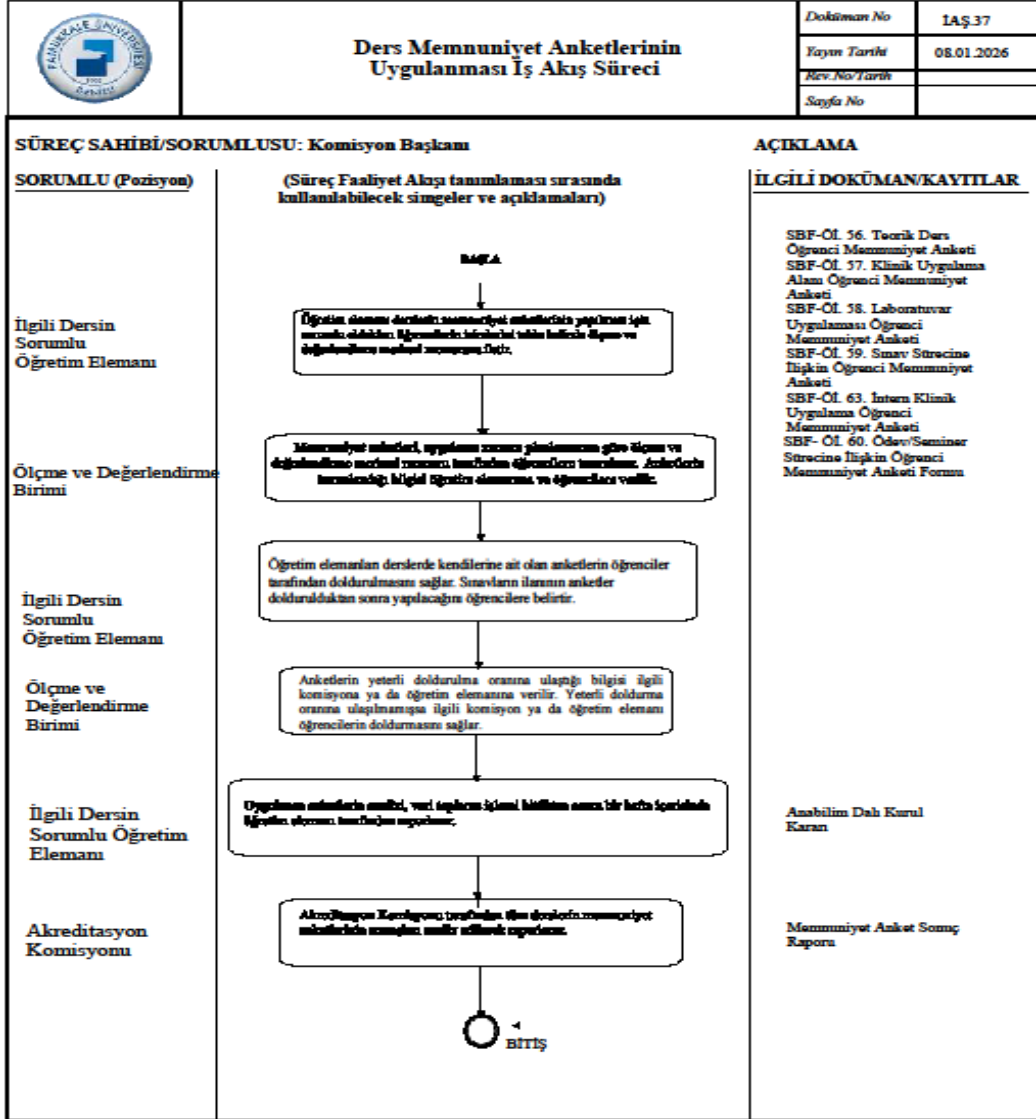
## EKLER

### Ek- 1. Standart 6 Alt Çalışma Grubu Planlama, Uygulama, Değerlendirme ve İzlem Süreçleri

Alt standart	Süreç Aşaması	Hedef Grup / Veri Kaynağı	Ölçüm Aracı /Yöntem	Sıklık	Sorumlular
Fiziksel Altyapı ve Olanaklar	Planlama, uygulama, değerlendirme ve izleme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Öğrenci</li> <li>Akademik personel</li> <li>İdari personel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SBF-Öİ.17. Öğrenci Genel Memnuniyet Anketi Formu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yılda bir kez (mayıs-haziran ayı)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Birim Kalite Komisyonu</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Öğrenci toplantıları</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Her yarıyıl sonu olmak üzere eğitim-öğretim yılında 2 kez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Birim Kalite Komisyonu</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Öğrenci Destek Birimi Raporları</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Her güz ve bahar olmak üzere eğitim-öğretim yılında 2 kez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Öğrenci Destek Birimi</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>SBF-Yİ.69. Akademik Personel Memnuniyet Anketi Formu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yılda bir kez (aralık ayı)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Akreditasyon Komisyonu Standart 5 Çalışma grubu</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Akademik personel toplantıları</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Her yarıyıl sonu olmak üzere eğitim-öğretim yılında 2 kez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dekanlık</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>SBF-Yİ.67. İdari Personel Memnuniyet Anketi Formu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yılda bir kez (aralık ayı)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Akreditasyon Komisyonu Standart 6 Çalışma grubu</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>İdari personel toplantıları</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yılda bir kez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dekanlık</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>SBF-Yİ.80.Cihaz Bakım Plan ve Takip Formu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bakım ve takip programına göre haftalık, aylık, yıllık</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Görevli idari personel</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>SBF-Yİ.84. Amfi - Sınıf - Laboratuvar Malzeme Listesi Formu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yılda bir kez (eğitim öğretim yılı sonunda)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Görevli idari personel</li> </ul>
Uygulama Alanları Alt Yapısı	Planlama, uygulama, değerlendirme ve izleme	<ul style="list-style-type: none"> <li>Öğrenci</li> <li>Akademik personel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SBF-Öİ. 57. Klinik Uygulama Alanı Öğrenci Memnuniyet Anketi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Her yarıyıl sonu olmak üzere eğitim-öğretim yılında 2 kez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>İlgili dersin sorumlu öğretim elemanı</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>SBF-Öİ. 63. İntern Klinik Uygulama Öğrenci Memnuniyet Anketi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Her yarıyıl sonu olmak üzere eğitim-öğretim yılında 2 kez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>İlgili dersin sorumlu öğretim elemanı</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öğrenci toplantıları</li> </ul>	Her yarıyıl sonu olmak üzere eğitim-öğretim yılında 2 kez	• Birim Kalite Komisyonu
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• SBF-Yİ.69. Akademik Personel Memnuniyet Anketi Formu</li> </ul>	• Yılda bir kez (mayıs-haziran ayı)	Akreditasyon Komisyonu Standart 5 Çalışma grubu
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akademik personel toplantıları</li> </ul>	• Her yarıyıl sonu olmak üzere eğitim-öğretim yılında 2 kez	• Dekanlık
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• İç Paydaş toplantıları</li> </ul>	• Her yarıyıl sonu olmak üzere eğitim-öğretim yılında 2 kez	• Dekanlık
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dış Paydaş toplantıları</li> </ul>	• Yılda bir kez	• Birim Kalite Komisyonu
Dinlenme-Sosyal Etkinlik Alanları	Planlama, uygulama, değerlendirme ve izleme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öğrenci</li> <li>• Akademik personel</li> <li>• İdari personel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SBF-Öİ.17. Öğrenci Genel Memnuniyet Anketi Formu</li> </ul>	• Yılda bir kez (mayıs-haziran ayı)	• Birim Kalite Komisyonu
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öğrenci toplantıları</li> </ul>	• Her yarıyıl sonu olmak üzere eğitim-öğretim yılında 2 kez	• Birim Kalite Komisyonu
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Öğrenci Destek Birimi Raporları</li> </ul>	• Her güz ve bahar olmak üzere eğitim-öğretim yılında 2 kez	• Öğrenci Destek Birimi Komisyonu
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• SBF-Yİ.69. Akademik Personel Memnuniyet Anketi Formu</li> </ul>	• Yılda bir kez (aralık ayı)	• Akreditasyon Komisyonu Standart 5 Çalışma grubu
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akademik personel toplantıları</li> </ul>	• Her yarıyıl sonu olmak üzere eğitim-öğretim yılında 2 kez	• Dekanlık
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• SBF-Yİ.67. İdari Personel Memnuniyet Anketi Formu</li> </ul>	• Yılda bir kez (aralık ayı)	• Akreditasyon Komisyonu Standart 6 Çalışma grubu
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• İdari personel toplantıları</li> </ul>	• Yılda bir kez	• Dekanlık

## Ek-2. İAŞ.37 – Ders Memnuniyet Anketlerinin Uygulanması İş Akış Süreci



**Hazırlayan**  
Unvan Ad Soyad:

**Onaylayan**  
Unvan Ad Soyad:  
Kaltre Birimi

### Ek-3. İAŞ.14 – Memnuniyet Anketleri İyileştirme İş Akışı Süreci

