



BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TOPLANTI TUTANAĞI

FR 3.8.1_01

TOPLANTININ;

NO : 2026-04

ADI	AKREDİTASYON KOMİSYONU	
TARİHİ	01.07.2026	
YERİ	Sağlık Bilimleri Fakültesi Toplantı Salonu	
<u>GÜNDEM</u>		
1. Ölçme-Değerlendirme Komisyonu tarafından değerlendirilen, 2025–2026 Eğitim-Öğretim Yılı Bahar Yarıyılı klinik uygulamalı derslerin Ölçme-Değerlendirme, Klinik Uygulama ve Sürekli İyileştirme Raporlarının görüşülmesi.		
<u>ALINAN KARARLAR - YAPILACAK FAALİYETLER</u>		
ALINAN KARARLAR		
Karar No:1		
Ölçme-Değerlendirme Komisyonu tarafından alınan kararların 2026-2027 Eğitim-Öğretim yılı sürecinde dikkate alınmasına,		
Karar No:2		
Bütünleşik ÖDR’nin öğrenci kimliği, kişisel veri, ham açık uçlu yanıt ve bireysel not içermeyen PDF sürümünün Bölüm Başkanlığı onayından sonra web sayfasında yayımlanmasına,		
Karar No:3		
Yayımlanan rapor bağlantısının bölüm kalite/akreditasyon kanıt listesine eklenmesine ve kurumsal arşivde Word-PDF sürümleriyle saklanmasına,		
Karar No:4		
Kararların gerçekleşme durumunun 2026-2027 Eğitim-Öğretim yılı sonunda aynı göstergelerle yeniden değerlendirilmesine		
oy birliği ile karar verildi.		
TOPLANTIYI YÜRÜTEN		
Prof. Dr. Aysel ÖZDEMİR Başkan	Dr. Öğr. Üyesi Nevin UTKUALP Başkan Yardımcısı	



BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TOPLANTI TUTANAĞI

FR 3.8.1_01

TOPLANTININ;

NO : 2026-05

ADI	AKREDİTASYON KOMİSYONU
TARİHİ	20.07.2026
YERİ	Sağlık Bilimleri Fakültesi Toplantı Salonu

GÜNDEM

- 1- Hemşirelik Bölümü HEPDAK kanıt envanterinde yer alan resmî web sayfaları ve PDF belgelerinin erişilebilirlik durumunun kontrol edilmesi; erişim sorunu bulunan kayıtların belirlenmesi; düzeltici faaliyetin tanımlanması ve TS 7.4 kapsamında izlenebilir bir kayıt oluşturulmasıdır,
- 2- 2023-2026 Öğretim Elemanı Profesyonel Gelişim ve Bilimsel Etkinliklere Katılım Bütünleşik İzleme Değerlendirme ve Sürekli İyileştirme Raporunun görüşülmesi.

ALINAN KARARLAR - YAPILACAK FAALİYETLER

YAPILAN GÖRÜŞMELER

Dayanak

Akreditasyon Komisyonunun 07.05.2025 tarihli ve 2025/01 sayılı toplantısında Akreditasyon Kanıt Belge Toplama Takvimi, Web Sayfasında Yayımlanacak Belgeler Listesi ve Komisyon Kanıt Kontrol Listesi incelenmiş; Kanıt Kontrol Listesinin standart ön inceleme aracı olarak kullanılması ve web yayımında gizlilik/veri güvenliği ilkelerinin gözetilmesi kararlaştırılmıştır. 01.07.2025 tarihli 2025/02 sayılı değerlendirmede standart arşivleme sistemi ile web belgelerinin yıllık gözden geçirilmesi yaklaşımı sürdürülmüştür.

Bütünleşik kayıt yaklaşımı

Bu tutanak iki kayıt düzeyini tek kanıt zincirinde birleştirir: (1) 54 bağlantının teknik erişim kontrolü ve (2) tespit edilen sorunun düzeltici faaliyet, yeniden kontrol ve kapanış izlemi. Aynı 54 kayıt ikinci kez sayılmamış; Ek 7.4.12/1 teknik kontrol listesi, Ek 7.4.12/2 düzeltici faaliyet kaydı ve Ek 7.4.12/3 yıllık kapanış/HEMSİS-ÖDR eşleştirme formu olarak yapılandırılmıştır. Ekran görüntüsü zorunlu ana kanıt olarak kullanılmamış; mevcut olduğunda yalnız destekleyici kanıt niteliğinde tutulacaktır.

Kontrol yöntemi ve kapsam

Kontrol, 20.07.2026 tarihinde envanterdeki 54 URL için HTTP GET isteğiyle, yönlendirmeler izlenerek ve her bağlantı için 20 saniye zaman aşımı uygulanarak gerçekleştirilmiştir. HTTP 200 ve 206 yanıtları erişilebilir kabul edilmiş; PDF bağlantılarında içerik türünün application/pdf olması ayrıca kontrol edilmiştir.

Sınır: Bu teknik kontrol, URL'nin yanıt verdiğini gösterir; belgenin içerik yeterliliği, imza/onay geçerliliği, güncelliği veya HEPDAK standardını tek başına karşıladığı anlamına gelmez.

Doğrulanmış sonuçlar

Gösterge	Sonuç	Değerlendirme
Toplam bağlantı	54	Envanter satırları 1-54
HTTP 200	45	Erişilebilir web sayfası/dosya
HTTP 206	8	Erişilebilir PDF; kısmi içerik yanıtı
Toplam erişilebilir	53	%98,15
HTTP 404	1	Düzeltilmesi gerekli

PDF bağlantısı	9	8 erişilebilir, 1 erişilemiyor
Doğrudan URL kaydı	3	3/3 erişilebilir
TS 7.4 bağlantısı	2	2/2 erişilebilir

4. TS 7.4 Özel Doğrulaması

No	Ek	Kanıt	HTTP	Sonuç
47	Ek 7.4.1	Kalite kanıt belgeleri[Bağlantı]	200	Erişilebilir
48	Ek 7.4.2	BUÜ Kalite Güvencesi Yönergesi[Bağlantı]	206	Erişilebilir PDF

5. Erişim sorunu ve düzeltici faaliyet

Envanter No 46 - TS.7.2 - Ek 7.2.1 - 2025–2026 Akreditasyon Komisyonu Faaliyet ve Değerlendirme Raporu bağlantısı canlı kontrolde HTTP 404 yanıtı vermiştir. Bu nedenle kayıt mevcut URL üzerinden erişilebilir değildir.

Erişilemeyen URL:

<https://www.uludag.edu.tr/dosyalar/hemsirelik/2026/2025%E2%80%932026%20%20AKRED%C4%B0TASYON%20KOM%C4%B0SYONU%20FAAL%C4%B0YET%20VE%20DE%C4%9ERLEND%20RME%20RAPORU.pdf>

1. Dosyanın resmî web alanına yeniden yüklenmesi veya güncel resmî URL'nin envantere işlenmesi.
2. Düzeltme sonrasında bağlantının yeniden kontrol edilmesi ve HTTP sonucu ile kontrol tarihinin kaydedilmesi.
3. Düzeltme tamamlanıncaya kadar tutanakta '54/54 erişilebilir' veya 'döngü tamamen kapatılmıştır' ifadesinin kullanılmaması.
4. İmzalı/onaylı asıl belgenin kurum içi arşivde saklanması; web sürümünün destekleyici yayımlama kanıtı olarak kullanılması.

PUKÖ eşleştirmesi

PUKÖ	Uygulama / Kanıt
Planla	07.05.2025 tarihli 2025/01 Akreditasyon Komisyonu kararıyla kanıt toplama takvimi, web yayım listesi ve standart kontrol yaklaşımı tanımlanmıştır.
Uygula	20.07.2026 tarihli 54 kayıtlık web/kanıt envanteri oluşturulmuş; 24.07.2026 tarihinde aynı set teknik olarak yeniden kontrol edilmiştir.
Kontrol Et	24.07.2026 tarihinde tekrar kontrollerinin yapılması
Önlem Al	HTTP 404 veren PDF için yeniden yayımlama/yeni URL tanımlama, sonrasında yeniden test ve kapanış kaydı; ayrıca yıllık tekrar kontrol ve HEMSİS/ÖDR eşleştirme kararı tanımlanmıştır.

ALINAN KARARLAR

Karar No: 01- Erişilebilir olduğu doğrulanan 53 bağlantının mevcut adresleriyle korunmasına,

Karar No: 02- HTTP 404 veren TS.7.2 – Ek 7.2.1 bağlantısının sorumlu web birimine bildirilmesine; ilgili PDF'nin resmî web alanında yeniden yayımlanmasına veya güncel resmî URL'nin kanıt envanterine işlenmesine,



Karar No: 03- Düzeltme tamamlandığında 54 bağlantının tamamının yeniden kontrol edilmesine; yeni URL, HTTP sonucu, kontrol tarihi ve sorumlu bilgisinin Ek 7.4.12/2’de kapanış kaydı olarak işlenmesine,

Karar No: 04- Web bağlantıları kontrolünün her akademik yıl sonunda ve içerik/URL değişikliği sonrasında tekrarlanmasına,

Karar No: 05- Kontrol sonuçlarının Akreditasyon Komisyonu ve Bölüm Başkanlığı tarafından değerlendirilmesine; açık düzeltici faaliyet bulunması hâlinde kapanış doğrulanmadan “54/54 erişilebilir” veya “döngü kapatılmıştır” ifadesinin kullanılmamasına,

Karar No: 06- Düzeltmelerin önceki URL, yeni URL, teknik sonuç, tarih, sorumlu ve kapanış durumu ile kayıt altına alınmasına; ekran görüntüsünün yalnız mevcut ve gerekli olduğunda destekleyici kanıt olarak kullanılmasına; imzalı tutanak ile Ek 7.4.12/1–3’ün HEMSİS Kanıt Haritası ve ÖDR kanıt dizininde TS.7.4 ile ilişkilendirilmesine

Karar No: 07- 2026-2027 Eğitim-Öğretim Yılından itibaren Öğretim Elemanlarının Profesyonel Gelişim ve Bilimsel Etkinliklere Katılım Bütünleşik İzleme Değerlendirme ve Sürekli İyileştirme Raporunun hazırlanmasına ve her yıl hazırlanarak kayıt altına alınmasına

oy birliğiyle karar verilmiştir.

TOPLANTIYI YÜRÜTEN

Prof. Dr. Aysel ÖZDEMİR
Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Nevin UTKUALP
Başkan Yardımcısı



BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TOPLANTI TUTANAĞI

FR 3.8.1_01

TOPLANTININ;

NO : 2026-06

ADI	AKREDİTASYON KOMİSYONU
TARİHİ	24.07.2026
YERİ	Sağlık Bilimleri Fakültesi Toplantı Salonu

GÜNDEM

- 20.07.2026 tarihli resmî web/kanıt envanterindeki bağlantıların erişilebilirlik, güncellik, kanıt niteliği, dosyalama ve izlenebilirlik açısından değerlendirilmesi; 24.07.2026 teknik yeniden kontrol sonuçlarının kayda alınması; tespit edilen sorunların giderilmesi ve yıllık bağlantı kontrol mekanizmasının işletilmesinin görüşülmesi,
- Öğretim Elemanı Gelişimi 2023–2026 Öğretim Elemanı Profesyonel Gelişim Ve Bilimsel Etkinliklere Katılım Bütünleşik İzleme, Değerlendirme Ve Sürekli İyileştirme Raporunun görüşülmesi.

ALINAN KARARLAR - YAPILACAK FAALİYETLER

YAPILAN GÖRÜŞMELER

Dayanak

Akreditasyon Komisyonunun 07.05.2025 tarihli 2025/01 sayılı toplantısında Akreditasyon Kanıt Belge Toplama Takvimi, Web Sayfasında Yayımlanacak Belgeler Listesi ve Komisyon Kanıt Kontrol Listesi incelenmiş; Kanıt Kontrol Listesinin standart ön inceleme aracı olarak kullanılması ve web yayımında gizlilik/veri güvenliği ilkelerinin gözetilmesi kararlaştırılmıştır. 01.07.2025 tarihli 2025/02 sayılı toplantıda ise standart arşivleme sistemi ile yıllık web belgesi gözden geçirilmesi 20.07.2026 tarihinde gerçekleştirilmiş olup mekanizmanın işletilmesi benimsenmiştir.

20.07.2026 tarihinde gözden geçirilen web belgesi kontrollerinin tekrardan ulaşılabilirliğinin kontrolü: Akreditasyon Komisyonu tarafından hazırlanan Kanıt Belge Toplama Takvimi ve Komisyon Kanıt Kontrol Listesi doğrultusunda programın resmî web kanıtları ve kanıt envanteri kontrol edilmiştir. Kontrol seti toplam 54 kayıttan oluşmaktadır:

- 26 standart web sayfası
- 16 dinamik web sayfası
- 9 PDF belge
- doğrudan URL kullanılması gereken 3 kayıt

Her kayıt; erişilebilirlik, içerik güncelliği, kanıt niteliği, dosyalama durumu, sorumlu birim ve son kontrol tarihi bakımından değerlendirilmiştir. 24.07.2026 tarihli teknik yeniden kontrolde 45 kayıt HTTP 200, 8 PDF kaydı HTTP 206 yanıtı vermiş; toplam 53 kayıt erişilebilir bulunmuş, 1 PDF kaydı HTTP 404 olarak kalmıştır. Ayrıntılı kontrol seti Ek 1’de gösterilmiştir.

Bulgular

- 20.07.2026 tarihli envanterde 54 kayıt bulunduğu doğrulanmıştır ve yeniden kontrolde 53/54 kayıt erişilebilir bulunmuştur (45 HTTP 200 + 8 PDF HTTP 206).
- TS.7.2/TS.7.4 ile ilişkili “2025–2026 Akreditasyon Komisyonu Faaliyet ve Değerlendirme Raporu” doğrudan PDF bağlantısı HTTP 404 yanıtı vermiştir. Bu kayıt açık düzeltici faaliyet olarak izlenecektir.
- Doğrudan URL kullanılması gereken üç kayıt yeniden kontrolde erişilebilir bulunmuştur; ilgili kayıtların gerçek ad/URL değerleri resmî envanterden Ek 1–Ek 2’ye birebir aktarılmalıdır.

4. Her kaydın erişim durumu, kanıt niteliği, dosyalama notu, sorumlu birim ve son kontrol tarihi kayıt altına alınmalıdır.

Gerçekleştirilen iyileştirmeler

- Doğrudan URL kullanılması gereken üç kayıt için doğrudan erişim yönteminin korunması ve yeniden kontrol sonucunun envantere işlenmesi.
- HTTP 404 veren Akreditasyon Komisyonu Faaliyet ve Değerlendirme Raporu için PDF'nin resmî web alanında yeniden yayımlanması veya yeni doğrulanmış doğrudan URL'nin tanımlanması; bu tamamlanıncaya kadar Akreditasyon Komisyonu resmî sayfasının destekleyici erişim noktası olarak kullanılması.
- Kontrol tarihi ile sorumlu komisyon/birim bilgisinin ilgili kayıt satırlarına eklenmesi.
- Web sayfası bağlantısının tek başına kanıt niteliği taşımadığı durumlarda ilgili karar/rapor PDF'si veya tarihli ekran görüntüsünün aynı kanıt paketiyle ilişkilendirilmesi.
- Düzeltilme sonrasında kırık bağlantının yeniden test edilmesi ve kapanış sonucunun Ek 2 ve Ek 4'te kayıt altına alınması.

PUKÖ eşleştirmesi

PUKÖ	Uygulama / Kanıt
Planla	07.05.2025 tarihli 2025/01 Akreditasyon Komisyonu kararıyla kanıt takvimi, web yayım listesi ve standart kontrol listesi oluşturulmuştur.
Uygula	20.07.2026 tarihli 54 kayıtlık web/kanıt envanteri oluşturulmuştur.
Kontrol Et	24.07.2026 tarihinde yeniden kontrolde 53/54 kayıt erişilebilir; 1 PDF bağlantısı HTTP 404 bulunmuştur. Doğrudan URL kategorisindeki 3 kayıt erişilebilir durumdadır.
Önlem Al	HTTP 404 veren PDF'nin yeniden yayımlanması/yeni URL ile değiştirilmesi, doğrudan URL kayıtlarının korunması ve yıllık tekrar kontrol kararı tanımlanmıştır.

ALINAN KARARLAR

Karar 01. Bağlantı kontrolünün her akademik yıl sonunda ve gerekli görülen ara dönemlerde tekrarlanmasına,

Karar 02. Kontrol sonuçlarının Akreditasyon Komisyonu tarafından değerlendirilmesine ve kapanış durumunun tutanakla kayıt altına alınmasına,

Karar 03. HTTP 404 veren “2025–2026 Akreditasyon Komisyonu Faaliyet ve Değerlendirme Raporu” bağlantısının sorumlu web birimine bildirilmesine; PDF yeniden yayımlandığında veya yeni URL tanımlandığında aynı gün yeniden kontrol edilmesine,

Karar 04. Yapılan düzeltmelerin öncesi–sonrası durumuyla birlikte kayıt altına alınmasına ve kritik düzeltmeler için ekran görüntüsü tutulmasına,

Karar 05. Güncel kontrol raporunun HEMSİS Kanıt Haritası, ÖDR kanıt dizini ve standart adlandırma/sürüm kontrol sistemiyle ilişkilendirilmesine,

Karar 06. Açık düzeltici faaliyetin kapatılmasından sonra 54/54 erişim hedefinin yeniden doğrulanmasına; bir sonraki yıllık bağlantı kontrolünün 10.08.2027 tarihinde gerçekleştirilmesine

Karar 07. 2026-2027 Eğitim-Öğretim Yılından itibaren her yıl Öğretim Elemanlarının profesyonel gelişim ve bilimsel etkinliklere katılımının izlenmesine ve değerlendirilmesine

oy birliğiyle karar verilmiştir.

Tutanak ekleri

- Ek 1: 54 Bağlantıya Ait Kontrol Listesi
- Ek 2: Sorun Tespit Edilen Kayıtlar ve Yapılan Düzeltmeler
- Ek 3: Düzeltme Öncesi–Sonrası Ekran Görüntüleri
- Ek 4: Güncel Web/Kanıt Envanteri

TOPLANTIYI YÜRÜTEN

Prof. Dr. Aysel ÖZDEMİR
Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Nevin UTKUALP
Başkan Yardımcısı



BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TOPLANTI TUTANAĞI

FR 3.8.1_01

TOPLANTININ;

NO : 2026-01

ADI	Akreditasyon Komisyonu
TARİHİ	11.02.2026 - 10.00
YERİ	Sağlık Bilimleri Fakültesi Toplantı Salonu

GÜNDEM

1. Ölçme ve değerlendirme süreçlerinin program düzeyinde yapılandırılması
2. Ders bazlı ölçme-değerlendirme raporlarının standartlaştırılması
3. Ölçme-değerlendirme verilerinin PUKO döngüsü çerçevesinde izlenmesi

ALINAN KARARLAR - YAPILACAK FAALİYETLER

GÖRÜŞÜLEN KONULAR

Toplantıda; ders bazlı ölçme-değerlendirme uygulamalarının (ara sınav, final sınavı, uygulama ve beceri değerlendirmeleri) ortak bir raporlama sistemi içerisinde ele alınması, bu raporların Üniversite Bilgi Yönetim Sistemi (UKEY/OBS) üzerinden kayıt altına alınması ve elde edilen sonuçların program yeterlilikleri ile ilişkilendirilerek analiz edilmesi hususları görüşülmüştür. Sürecin Akreditasyon Komisyonu koordinasyonunda, ilgili komisyonların sorumluluk alanları doğrultusunda yürütülmesi ve izlenmesi gereği vurgulanmıştır (Bkz. Ek-2 ve Ek-3).

ALINAN KARARLAR:

1. Hemşirelik Bölümü akreditasyon süreci kapsamında, ölçme ve değerlendirme süreçlerinin HEPDAK standartları doğrultusunda bütüncül biçimde yürütülmesine karar verilmiştir (Bkz. Ek-1), (Görev ve sorumluluklar EK:2))
2. Ders bazlı ölçme-değerlendirme faaliyetlerinin; ara sınav, final sınavı, uygulama ve beceri değerlendirmeleri dâhil olmak üzere ortak bir raporlama sistemi içerisinde ele alınması benimsenmiştir (Bkz. Ek-3).
3. Ders yürütücülerinin hazırlayacağı ders bazlı ölçme-değerlendirme raporlarının, belirlenen standart formatta hazırlanarak Üniversite Bilgi Yönetim Sistemi (UKEY/OBS) üzerinden kayıt altına alınmasına karar verilmiştir (Bkz. Ek-4).
4. Ölçme-değerlendirme sonuçlarının ders düzeyinde ve program yeterlilikleriyle ilişkili biçimde analiz edilmesine; bu analizlerin akreditasyon kanıt dosyalarında kullanılacak yazılı belgeler hâline getirilmesi kararlaştırılmıştır (Bkz. Ek-4).
5. Ölçme-değerlendirme süreçlerinin Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem A1 (PUKO) döngüsü çerçevesinde yürütülmesine; elde edilen sonuçların ilgili komisyonlar (Eğitim-Öğretim Komisyonu, Klinik Uygulama Komisyonu, Ölçme-Değerlendirme Komisyonu) ile paylaşılmasına karar verilmiştir (Bkz. Ek-5).
6. Ders değerlendirme sürecine ilişkin geliştirilen belge ve raporların öğretim elemanları ile paylaşılması; gerekli bilgilendirme ve rehberliğin Akreditasyon Komisyonu koordinasyonunda yürütülmesine karar verilmiştir (Bkz. Ek-6).
7. Tüm bu süreçlerin, Hemşirelik Bölümü akreditasyon başvurusu kapsamında sürekli iyileştirme kanıtı olarak kullanılmasına oy birliği ile karar verilmiştir (Bkz. Ek-7).

KANIT VE EKLER

Ek-1: Sürecin Dayanağı ve Kapsamı

Bu ek, Hemşirelik Bölümü ölçme ve değerlendirme süreçlerinin hangi yasal, kurumsal ve kalite güvencesi çerçevesine dayandığını ve sürecin kapsamını tanımlamak amacıyla hazırlanmıştır.

Söz konusu süreç;

- HEPDAK Standart 2 (Program Çıktıları) ve Standart 4 (Ölçme ve Değerlendirme),
- Hemşirelik Bölümü Akreditasyon Komisyonu kararları,
- Bölüm kalite güvencesi ve sürekli iyileştirme politikaları doğrultusunda yürütülmektedir.

Kapsam dâhilinde; ders bazlı ölçme-değerlendirme uygulamaları (ara sınav, final sınavı, uygulama ve beceri değerlendirmeleri), program yeterlilikleri ile ilişkilendirilmekte; elde edilen sonuçlar program düzeyinde analiz edilerek sürekli iyileştirme süreçlerine girdi sağlamaktadır.

Ek-2: Süreçte Görev Alan Birimler ve Sorumlulukları

Bu süreçte görev alan birimler ve temel sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir:

- **Akreditasyon Komisyonu:** Sürecin planlanması, koordinasyonu, izlenmesi ve akreditasyon kanıtlarının oluşturulmasından sorumludur.
- **Ölçme-Değerlendirme Komisyonu:** Ölçme verilerinin analiz edilmesi, raporlanması ve sonuçların program yeterlilikleri ile ilişkilendirilmesinden sorumludur.
- **Eğitim-Öğretim Komisyonu:** Ders çıktıları ile program yeterlilikleri arasındaki uyumu değerlendirmek ve gerekli müfredat iyileştirme önerilerini geliştirmekle sorumludur.
- **Klinik Uygulama Komisyonu:** Uygulama ve beceri değerlendirme süreçlerinin izlenmesi ve klinik uygulamalara yönelik iyileştirme alanlarının belirlenmesinden sorumludur.
- **Ders Yürütücüleri:** Ders bazlı ölçme-değerlendirme uygulamalarını yürütmek ve standart rapor formatına uygun raporları hazırlamakla sorumludur.

Ek-3: Süreç Takvimi

Ölçme ve değerlendirme süreci akademik dönem esas alınarak aşağıdaki şekilde planlanmıştır:

- **Dönem Başı:** Ölçme araçlarının ve ders bazlı rapor formatlarının öğretim elemanları ile paylaşılması
- **Dönem İçi:** Ara sınavlar, uygulama ve beceri değerlendirmelerinin gerçekleştirilmesi
- **Dönem Sonu:** Final sınavlarının yapılması ve ders bazlı ölçme-değerlendirme raporlarının hazırlanması
- **Dönem Sonrası:** Komisyonlar tarafından analizlerin yapılması, sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme önerilerinin oluşturulması

Ek-4: Kullanılacak Kanıt Türleri

Bu süreç kapsamında aşağıdaki belgeler akreditasyon kanıtı olarak kullanılmaktadır:

- Ders bazlı ölçme-değerlendirme raporları

- Program yeterlilikleri ile ilişkilendirilmiş analiz tabloları
- Komisyon değerlendirme ve izleme raporları
- PUKO döngüsüne dayalı iyileştirme kararları
- Üniversite Bilgi Yönetim Sistemi (UKEY/OBS) kayıtları

Ek-5: PUKO Döngüsü ile İlişkilendirme

Ölçme ve değerlendirme süreci Planla–Uygula–Kontrol Et–Önlem Al (PUKO) döngüsü çerçevesinde yürütülmektedir:

- **Planla:** Ölçme araçları, rapor formatları ve değerlendirme ölçütleri belirlenmiştir.
- **Uygula:** Ölçme–değerlendirme uygulamaları dersler ve klinik uygulamalar kapsamında gerçekleştirilmiştir.
- **Kontrol Et:** Elde edilen veriler komisyonlar tarafından analiz edilerek program yeterlilikleri ile ilişkilendirilmiştir.
- **Önlem Al:** Analiz sonuçlarına dayalı olarak iyileştirme kararları alınmış ve ilgili komisyonlara iletilmiştir.

Ek-6: İzleme ve Geri Bildirim Mekanizması

Sürecin etkinliği Akreditasyon Komisyonu tarafından izlenmektedir. Komisyonlardan gelen raporlar düzenli olarak değerlendirilmekte; gerekli görülen durumlarda ek analiz, revizyon ve iyileştirme talep edilmektedir.

Elde edilen geri bildirimler;

- ders yürütücülerine,
- ilgili komisyonlara,
- bölüm yönetimine iletilerek bir sonraki akademik dönemde yapılacak düzenlemelere girdi sağlamaktadır.

Ek-7: Son karar

Bu ekler, Hemşirelik Bölümü ölçme ve değerlendirme süreçlerinin sistematik, izlenebilir ve belgelenebilir biçimde yürütüldüğünü göstermek amacıyla hazırlanmış olup; ilgili toplantı tutanağının ayrılmaz bir parçasıdır ve akreditasyon kanıt dosyasında kullanılmak üzere düzenlenmiştir.

Bu tutanak ve ekleri, Hemşirelik Bölümü ölçme ve değerlendirme süreçlerinin planlı, izlenebilir ve belgelenebilir biçimde yürütüldüğünü göstermek amacıyla hazırlanmıştır olup, akreditasyon kanıt dosyasının ayrılmaz bir parçasıdır.

TOPLANTIYI YÜRÜTEN

Prof. Dr. Aysel ÖZDEMİR
Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Nevin UTKUALP
Başkan Yrd.



TOPLANTININ;

NO : 2026-02

ADI	AKREDİTASYON KOMİSYONU
TARİHİ	09.03.2026 - 11.00
YERİ	Sağlık Bilimleri Fakültesi Toplantı Salonu

GÜNDEM

1. Hemşirelik Bölümü tarafından yürütülen **Akran Yönderlik (Mentörlük) Programı Değerlendirme Raporunun** incelenmesi
2. Programın öğrenci destek mekanizmaları kapsamında değerlendirilmesi
3. Program çıktılarının akreditasyon standartları ile ilişkilendirilmesi
4. Raporun akreditasyon kanıtı olarak kabul edilmesinin görüşülmesi

ALINAN KARARLAR - YAPILACAK FAALİYETLER

Fakülte Kalite Komisyonu tarafından iletilen **Akran Yönderlik (Mentörlük) Programı Değerlendirme Raporu** Akreditasyon Komisyonu üyeleri tarafından incelenmiştir.

Yapılan incelemede program kapsamında:

3.sınıfta öğrenim gören 157 öğrenciden gönüllü olan 96 öğrencinin mentör olarak programa katıldığı, 1sınıfta öğrenim gören 122 öğrenciden 96 öğrencinin menti olarak mentörlerle eşleştirildiği,

- Toplam **96 mentör–menti çifti oluşturulduğu,**
- Program kapsamında gerçekleştirilen görüşmelere **192 öğrencinin aktif olarak katıldığı**

belirlenmiştir.

Mentör–menti görüşmelerinde elde edilen veriler incelendiğinde görüşmelerin ağırlıklı olarak:

- akademik ders süreçleri
- klinik uygulamalar
- üniversiteye uyum
- sınavlara hazırlık süreçleri

üzerine yoğunlaştığı görülmüştür.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirmede söz konusu programın öğrencilerin akademik ve sosyal uyum süreçlerini destekleyen önemli bir uygulama olduğu ve öğrenci destek mekanizmaları kapsamında akreditasyon standartları ile uyumlu olduğu kanaatine varılmıştır.

ALINAN KARARLAR

1. Hemşirelik Bölümü tarafından yürütülen **Akran Yönderlik (Mentörlük) Programının** öğrencilerin öğrenme süreçlerini destekleyen önemli bir uygulama olduğu değerlendirilmiştir.
2. Program kapsamında hazırlanan **Akran Yönderlik Programı Değerlendirme Raporunun akreditasyon kanıtı olarak kabul edilmesine** karar verilmiştir.



3. Söz konusu programın akreditasyon standartları kapsamında özellikle **öğrenci destek mekanizmaları ve öğrenme süreçlerinin desteklenmesi** başlıkları ile ilişkilendirilmesine karar verilmiştir.
4. Programın sürdürülebilirliğinin sağlanması ve düzenli olarak izlenmesi önerilmiştir.

TOPLANTIYI YÜRÜTEN

Prof. Dr. Aysel ÖZDEMİR
Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Nevin UTKUALP
Başkan Yardımcısı



BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
TOPLANTI TUTANAĞI

FR 3.8.1_01

TOPLANTININ;

NO : 2026-03

ADI	AKREDİTASYON KOMİSYONU
TARİHİ	10.03.2026 - 11.00
YERİ	Sağlık Bilimleri Fakültesi Toplantı Salonu

GÜNDEM

1. Fakülte Kalite Komisyonu tarafından iletilen **Uygulamalı Dersler Oryantasyon Süreci Değerlendirme ve İzleme Raporu'nun** incelenmesi
2. Raporun HEPDAK akreditasyon standartları kapsamında değerlendirilmesi
3. Kanıt dosyasına eklenmesi

ALINAN KARARLAR - YAPILACAK FAALİYETLER

Fakülte Kalite Komisyonu tarafından iletilen **Uygulamalı Dersler Oryantasyon Süreci Değerlendirme ve İzleme Raporu** Akreditasyon Komisyonu tarafından incelenmiştir.

Raporda;

- Uygulamalı derslerde ders başlangıcı oryantasyon toplantılarının düzenli olarak gerçekleştirildiği,
- Öğrencilerin klinik ve saha uygulamalarına yönelik süreçler hakkında bilgilendirildiği,
- Oryantasyon toplantılarına öğrenci katılım oranlarının yüksek olduğu

belirlenmiştir.

Bu faaliyetlerin **HEPDAK Standart 4.2 (Öğrenme ortamlarının planlanması)** ve **Standart 4.3 (Öğrenci öğrenme sürecinin desteklenmesi)** kapsamında önemli bir kanıt oluşturduğu değerlendirilmiştir.

ALINAN KARARLAR

1. Söz konusu raporun **HEPDAK akreditasyon sürecinde kanıt olarak kullanılmasına,**
2. Raporun **Ek-K4.3 kanıt dosyası** olarak akreditasyon dosyasına eklenmesine,
3. Oryantasyon süreçlerinin her dönem izlenmeye devam edilmesine

oy birliği ile karar verilmiştir.

TOPLANTIYI YÜRÜTEN

Prof. Dr. Aysel ÖZDEMİR Başkan	Dr. Öğr. Üyesi Nevin UTKUALP Başkan Yardımcısı	
-----------------------------------	---	--