Streszczenie


Słowa kluczowe: rekrutacja, studia II-go stopnia, wstępny egzamin testowy.

Abstract

Candidates for second-cycle Master’s degree programmes at the Medical University of Warsaw (Warszawski Uniwersytet Medyczny – WUM) are graduates of first-cycle programmes in the same areas of study at WUM and other higher education institutions, with the exception of Public Health, where graduates of first-cycle programmes in other areas of study are admitted. In the year 2007, the results of the MCQ entrance examination were one of the criteria of admission to the second-cycle programmes in Dietetics, Physiotherapy and Public Health. Each examination consisted of 50 multiple choice questions allowing for only one good answer, in the relevant area of study. The analysis and comparative evaluation included the quality of the examination tools and the performance in three subgroups of candidates: graduates of WUM, graduates of other medical universities and graduates of non-medical higher education institutions. Differences in the performance reflecting the differences in the candidates’ preparation for the entrance examination were demonstrated. Using the fraction analysis of statistical evaluation of the results, causes of suboptimal quality and selectivity of the employed examination tools are presented.

Keywords: student recruitment; second-cycle Master’s degree programmes; MCQ entrance examination.

Wstęp

Zgodnie z realizującymi Deklarację Bolońską zapisami w ustawie Prawo o szkolnictwie wyższym (1), studia prowadzone wcześniej dla większości kierunków jako jednolite zostały rozdzielone na dwa cykle kształcenia: trzyletnia studia I-go stopnia kończące się uzyskiwaniem tytułu licencjata i dwuletnie studia II-go stopnia kończące się uzyskiwaniem tytułu magistra. W przypadku studiów dwustopniowych dyplom licencjata jest wystarczającą podstawą do uzyskiwania prawa wykonywania zawodu i korzystania z niego w zakresie co najmniej podstawowym, natomiast dyplom magistra może już tylko poszerzać posiadaną uprawnienia zawodowe, potwierdza jednak przygotowanie do
pracy naukowej. Wobec tego programy studiów I-go i II-go stopnia różnią się także tym, że podstawowa nauka zawodu musi być zakończona w programie studiów I-go stopnia, traktowanych jako studia zawodowe.

Zawarta w dokumentach dotyczących Procesu Bolońskiego i realizowana przez kraje członkowskie zasada mobilności studentów (2) wprowadziła między innymi możliwość kształcenia się na studiach II-go stopnia na podstawie dyplomu licencjanta uzyskanego na kierunku innym niż kierunek docelowy. Jednak z uwagi na specyfikę zawodów, do których przygotowuje uczelnia medyczna, w przypadku większości dwustopniowych kierunków prowadzonych na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym (WUM) obowiązuje wyłącznie kontynuacja. Oznacza to, że na takich kierunkach kandydować na studia II-go stopnia mogą wyłącznie osoby mające dyplom licencjanta uzyskany na tym samym kierunku studiów. Jednym wyjątkiem od takiej zasady jest kierunek zdrowie publiczne.

Zawarte w przepisach warunki kadrowe do prowadzenia studiów I-go stopnia stosunkowo łatwo spełnić. Wobec tego studia zawodowe na różnych kierunkach (także medycznych) uruchamiane są obecnie w wielu różnych uczelniach publicznych i niepublicznych, niezależnie od ich nazwy, tradycji oraz dotychczasowego profilu kształcenia. Przykładami mogą być: pielęgniarski w uczelni technicznej lub fizjoterapia w uczelni ekonomiczno-biznesowej. Natomiast obecnie uprawianie do prowadzenia studiów II-go stopnia na wymienionych kierunkach mają już głównie medyczne uczelnie publiczne.

Przepisy przywołanej ustawy nakazują jednakowo traktować dyplom licencjanta, niezależnie od uczelni, w jakiej został uzyskany. W takim przypadku kandydatom na studia II-go stopnia na WUM mogą być absolwenci różnych uczelni, w których program nauczania na studiach I-go stopnia na danym kierunku jest realizowany w różny sposób. Wobec tego jednakowe oceny końcowe nauczania, wykazane w suplementach dyplomów licencjanta kandydatów na studia II-go stopnia, nie muszą odpowiadać jednakowemu poziomowi uzyskanej wiedzy i zdolności umiejętności. Z tych powodów uznano, że kwalifikacja na studia II-go stopnia na WUM nie może być sprowadzona wyłącznie do konkursu dyplomów, natomiast powinna uwzględniać także wyniki egzaminu wstępnego z zakresu co najmniej minimum programowego nauczania na studiach I-go stopnia na kierunku docelowym. Na tych kierunkach, na których obok studiów stacjonarnych II-go stopnia prowadzone są także studia niestacjonarne – żacze, na WUM obowiązują ta-}

kie same kryteria merytoryczne kwalifikacji na obie formy studiów.

W roku 2007 jednym z kryteriów przyjęć na studia II-go stopnia na każdym z trzech kierunków: dietetyka, fizjoterapia i zdrowie publiczne, był egzamin wstępny, który zgodnie z założeniem powinien weryfikować jakość przygotowania do studiów II-go stopnia w zakresie swoistych dla każdego kierunku zagadnień z programu nauczania na studiach I-go stopnia. W przypadku fizjoterapii była to trzecia kolejna rekrutacja uwzględniająca wyniki egzaminu wstępnego, w przypadku zdrowia publicznego – druga, a w przypadku dietetyki – pierwsza. Wobec tego wydaje się uzasadnione podjęcie próby porównawczej oceny jakości przeprowadzonych egzaminów wstępnych jako uczelnianych kryteriów selekcji kandydatów.

Cel

Celem niniejszej pracy była ocena jakości zastosowanych testów egzaminacyjnych jako narzędzi selekcji oraz jakości przygotowania grup kandydatów do egzaminu wstępnego w rekrutacji w 2007 roku na studia II-go stopnia na kierunkach dietetyka, zdrowie publiczne i fizjoterapia.

Materiał i metody

Wszystkie trzy egzaminy wstępne na studia II-go stopnia miały postać testu wyboru z czterema wariantami odpowiedzi, z których tylko jedna była prawidłowa. Każdy egzamin składał się z 50 zadań. W egzaminie na kierunek fizjoterapia ostateczna liczba ocenianych zadań wynosiła 49, ponieważ już podczas egzaminu unieważniono jedno zadanie. Liczba wersji testu (różniczących się kolejnością tych samych zadań) wynosiła 2 na kierunku dietetyka i fizjoterapia oraz 3 na kierunk zdrowie publiczne.

Analizowano wyniki egzaminów wstępnych ogólnie oraz z uwzględnieniem grup zależnych od uczelni, w której kandydaci uzyskali dyplom licencjanta. Wyróżniono podstawowe trzy kategorie kandydatów: „absolwenci WUM”, „absolwenci innych uczelni medycznych” oraz „absolwenci innych uczelni”. W przypadku kandydatów na kierunek zdrowie publiczne dodatkowo wyróżniono kategorię „inne kierunki studiów”. Różne i zwykle małe liczebności absolwentów poszczególnych uczelni innych niż WUM uzasadniają jedynie zbiorcze traktowanie tych kategorii. Dla umożliwienia porównania egzaminów różnych kierunków, tam gdzie to możliwe, zadania testowe pogrupowano w grupy zadań związane z nauczaniem podstawowym, kie-
wynkowym i zawodowym. Spośród wymienionych trzech kierunków, obecnie tylko na kierunku dietetyka nie są prowadzone studia niestacjonarne – zaoczne. Wobec tego dla zapewnienia podstawowego podobieństwa porównywalnych zbiorów kandydatów na różne kierunki studiów, w niniejszej analizie uwzględniono wyłącznie kandydatów na studia stacjonarne.

Spośród licznych parametrów, służących do opisu i oceny jakości narzędzi egzaminacyjnych oraz jakości wyników egzaminowania, wskazanych przez Niemierkę (3), wybrano takie, które mogą być przydatne do porównywania jakości różnych treściowo egzaminów wstępnych o podobnej objętości stosowanych w naborze na różne kierunki studiów, to znaczy: wyniki minimalne, średnie i maksymalne, medianę, rozkłady częstości wyników, wskaźniki łatwości i mocy różnicującej zadań, wskaźnik tzw. rzetelności testu.

Łatwość zadań testowych zastosowanych w egzaminach omawianego typu jest definicjonana jako udział (%) prawidłowych odpowiedzi wśród wszystkich odpowiedzi udzielonych. Łatwość optymalna prawidłowo funkcjonującego (różnińującego) zadania testowego powinna przyjmować wartości w zakresie od 40% do 60%. Zadania o łatwości poniżej 40% określone są jako trudne, a zadania o łatwości powyżej 60% — jako łatwe. Wskaźnik mocy różnicującej zadania testowego określa (w pewnym uproszczeniu) jego przydatność do statystycznego odróżnienia tych, którzy wiedzą, od tych, którzy zгадują. Moc różnicująca zadania jest optymalna, gdy wskaźnik przyjmuje wartości w przedziale od 0,2 do 0,4, natomiast ujemna wartość tego wskaźnika jest przeważnie wskazaniem do unieważnienia zadania. Wskaźnik rzetelności testów, o zmierności od 0 do 1, obliczono wg wzoru 20 Kudera-Richardsona (KR20). W przypadku omawianego typu egzaminów wstępnych wskaźnik rzetelności testu określa ich spójność, czyli wewnętrzną zgodność, ale jego wartość jest także związana z liczbą zadań testu. Przyjmuje się, że dla egzaminów o objętości 100 zadań, zawierających zadania omawianego typu, KR20 powinien przyjmować wartości nie mniejsze niż 0,7.

Wyniki i dyskusja

Zróżnicowaną w odmienny sposób strukturę zbiorów kandydatów na omawiane studia pokazano w tabeli (Tab. 1). W zbiorach kandydatów na każdy z trzech kierunków, najliczniejszą grupę stanowili absolwenci WUM. Na kierunku zdrowie publiczne absolwenci innych kierunków byli znacznie liczniejsi od absolwentów kierunku zdrowie publiczne, a wśród absolwentów WUM, poza absolwentami zdrowia publicznego reprezentowani byli absolwenci 7 innych kierunków kształcenia. W kategorii „inne uczelnie medyczne”, wśród kandydatów na dietetykę byli absolwenci 3 uczelni, a wśród kandydatów na fizjoterapię — 6. W kategorii „inne uczelnie” wśród kandydatów na zdrowie publiczne oraz wśród kandydatów na fizjoterapię byli absolwenci 9 uczelni.

Tab. 1. Charakterystyka liczności grup kandydatów na trzy kierunki studiów stacjonarnych II-go stopnia oraz liczba osób na 1 miejsce

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kierunek studiów</th>
<th>Dietetyka</th>
<th>Zdrowie Publiczne</th>
<th>Fizjoterapia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Liczba osób ogółem, które przystąpiły do egzaminów wstępnych</td>
<td>98</td>
<td>236</td>
<td>287</td>
</tr>
<tr>
<td>Liczba kandydatów na studia stacjonarne</td>
<td>98</td>
<td>162</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>W tym:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>— absolwenci WUM</td>
<td>81</td>
<td>143</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>— absolwenci innych UM*</td>
<td>17</td>
<td>-</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>— absolwenci innych uczelni</td>
<td>-</td>
<td>19</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>W tym:</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>— absolwenci docelowego kierunku</td>
<td>98</td>
<td>31</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>— absolwenci innego kierunku</td>
<td>-</td>
<td>131</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Liczba osób na 1 miejsce (konkurencja)</td>
<td>2,45</td>
<td>1,1</td>
<td>1,98</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* WUM — Warszawski Uniwersytet Medyczny, UM — uczelnie medyczne

Omawiane kierunki znacznie różniły się pod względem konkurencji, czyli stosunku liczby kandydatów do liczby miejsc w limicie przyjęć. Różnily się także pod względem wpływu wyniku egzaminu na punktację kwalifikacyjną. Dla dietetyki i zdrowia publicznego wynik egzaminu przeliczano jako 1/3 punktów, a na fizjoterapii stanowił on 80% punktów kwalifikacyjnych.

Przedstawiona w tabeli (Tab. 2) statystyka podstawowa egzaminów pokazuje, że w ocenie na podstawie wyniku średniego najtrudniejszy okazał się egzamin na zdrowie publiczne, a najłatwiejszy

**Tab. 2. Wskaźniki ogólnej oceny statystycznej egzaminów wstępnych na studia stacjonarne II-go stopnia dla trzech kierunków studiów**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kierunek studiów</th>
<th>Dietetyka</th>
<th>Zdrowie Publiczne</th>
<th>Fizjoterapia</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Wynik najwyższy (punkty)</td>
<td>42</td>
<td>39</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Wynik najszybszy (punkty)</td>
<td>20</td>
<td>14</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Wynik średni (punkty)</td>
<td>30</td>
<td>23</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Median</td>
<td>30</td>
<td>24</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Odchylenie standardowe</td>
<td>5,01</td>
<td>4,50</td>
<td>5,47</td>
</tr>
<tr>
<td>Współczynnik rzetelności (KR20)</td>
<td>0,66</td>
<td>0,52</td>
<td>0,70</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* odchylenie standardowe określa rozrzut wyników testowania, jednakże w przypadku braku rozkładu normalnego, odchylenie standardowe może dawać błędna interpretację średnią wyników testu

Rozkład częstości wyników we wszystkich analizowanych egzaminach różniły się od rozkładu normalnego (Ryc. 1). Zakresy zmienności wyników były znacznie węższe od całkowitej liczby zadań, a w testach na kierunki zdrowie publiczne i fizjoterapia główne zakresy zmienności były dodatkowo zawężone. Spowodowało to znaczną obniżenie zdolności dyskryminacyjnej egzaminu na fizjoterapię w środkowym przedziale zakresów zmienności punktacji, najistotniejszym wobec konkurencji rekrutacyjnej na tym kierunku (Tab. 1).

Odnosili brak wyników poniżej 12 punktów i 11 punktów w egzaminach odpowiednio na kierunki: zdrowie publiczne i fizjoterapia oraz poniżej aż 20 punktów w egzaminie na dietetykę, co można by uznać jako prawidłowe, jeżeli założono, że określoną część zadań powinni rozwiązać wszyscy zdający. W obszarze wyników maksymalnych egzaminy wstępne okazały się dość trudne dla ogółu kandydatów na dietetykę i zdrowie publiczne. Skutkiem tego całkowity (teoretycznie 100%) zakres różnicowania kandydatów obejmujący 76% skali dla egzaminu na fizjoterapię, został zawężony do 44% w przypadku dietetyki oraz do 50% w przypadku zdrowia publicznego.

Zaniżone częstości wyników w zakresie 35-49 punktów w egzaminie na dietetykę pokazują, że okazał się on trudny dla większości kandydatów. W egzaminie na kierunku zdrowie publiczne zaniżone częstości wyników w zakresie 29-39 punktów, przy najniższym wyniku maksymalnym sugerują, że ten egzamin okazał się bardzo trudny dla większości kandydatów. Wydaje się, że dla możliwości pełnego wykorzystania funkcji selekcyjnej egzaminu wstępnego należy tak dobrać zadania pod kątem ich trudności, aby zmienność wyników obejmowała możliwie najszerzej zakres skali punktacji egzaminacyjnej.

Porównanie na poziomie różnic rozkładu częstości wyników w wyróżnionych grupach kandydatów na każdy kierunek pokazuje, że ogólny poziom przygotowania do egzaminu wstępnego absolwentów WUM był nieco wyższy w porównaniu z absolwentami innych uczelni. W przypadku egzaminu na zdrowie publiczne, spośród absolwentów różnych kierunków najlepiej przygotowani byli absolwenci studiów I-go stopnia na tym samym kierunku. Na kierunku fizjoterapia absolwenci WUM byli lepiej przygotowani od absolwentów innych uczelni medycznych, a także w porównaniu do absolwentów uczelni innych niż medyczne (w obszarze nielicznych wyników powyżej 33 punktów znaleźli się wyłącznie absolwenci Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego). Natomiast na kierunku dietetyka selekcyjność egzaminu nie była niska, ponieważ kandydaci najlepiej oraz najgorzej przygotowani do egzaminu wystąpili tylko wśród absolwentów WUM (kandydaci z pozostałych uczelni lokowali się w grupie o średnim poziomie przygotowania).

Ujawniły się znaczne różnice w zakresie kompozycji egzaminów ze względu na udział zadań o średnim stopniu łatwości (Tab. 3). Związka w egzaminach na dietetykę i fizjoterapię, udział zadań o łatwości optymalnej okazał się zbyt skromny, a udział zadań łatwych (poza zdrowiem publicznym) nadmierowy. Natomiast, zwłaszcza na zdrowiu publicznym, udział zadań trudnych wydaje się zbyt duży.

### Tab. 3. Skład egzaminu ze względu na stopień łatwości zadań

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zakresy wskaźnika „latawość” zadań</th>
<th>Liczba zadań w egzaminie na kierunku</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Dietetyka</td>
</tr>
<tr>
<td>0-19 (bardo trudne)</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>20-39 (trudne)</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>40-60 (atomyalne)</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>61-80 (łatwe)</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>81-100 (bardo łatwe)</td>
<td>13</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Zbyt niska moc różnicująca (wskaźnik poniżej 0,2) ujawniła się w 34% zadań testu na dietetykę, w 32% zadań testu na zdrowie publiczne oraz w 28% zadań na fizjoterapię. Jedną z przyczyn takiej sytuacji była stwierdzona dla wielu zadań całkowita nieatracykcyjność niektórych nieprawidłowych wariantów odpowiedzi. Takie zadania stają się łatwiejsze niż planowano z powodu zmniejszenia się liczby działających wariantów odpowiedzi. Należy także podkreślić, że zadania bardzo łatwe i bardzo trudne mają często z tego właśnie powodu niską moc różnicującą.

Prawidłowo skonstruowany egzamin wstępny, obejmujący różne przedmioty nauczane na studiach I-go stopnia, powinien cechować się wyrównanym poziomem i rozkładem łatwości zadań w zakresie poszczególnych przedmiotów lub/i dających się wyróżnić grup tematycznych. Ujawniły się nieprawidłowości w zakresie kompozycji grup tematycznych (Tab. 4). Dla kierunku dietetyka (Tab. 4A) w teście ujawniła się znaczna dysproporcja w rozkładzie trudności zadań między np. należącymi do różnych grup tematycznych przedmiotami „biochemia” i „kliniczny zarys chorób” (nadmiernie łatwe), a „technologia potraw” (nadmiernie trudne). Udział zadań na optymalnej łatwości był zbyt mały we wszystkich trzech wyróżnionych grupach tematycznych, a w zakresie nauczania zawodu udział zadań trudnych był zdecydowanie zbyt duży. W teście dla kierunku zdrowie publiczne (Tab. 4B) zadania z zakresu „promocja zdrowia” okazały się nadmierne łatwo w porównaniu z zadaniami z przedmiotów „podstawy statystyki” i „zdrowie publiczne w praktyce”, które były nadmiernie trudne. Ogólnie, udział zadań trudnych w poszczególnych przedmiotach tego testu był albo zbyt duży (8 przedmiotów), albo żaden (dwa przedmioty). Podobne do opisanych powyżej nieprawidłowości w doborze trudności zadań w zależności od grupy tematycznej ujawniono także w teście dla kierunku fizjoterapii (Tab. 4C).

### Tab. 4. Łatwość zadań testu wg grup tematycznych lub przedmiotów

#### A. Kierunek dietetyka

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupa tematyczna zadań</th>
<th>Liczba zadań</th>
<th>Udział (%) zadań</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>łatwych</td>
<td>optymalnych</td>
</tr>
<tr>
<td>Nauczanie podstawowe</td>
<td>9</td>
<td>55,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Nauczanie kliniczne</td>
<td>23</td>
<td>60,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Nauczanie zawodu</td>
<td>18</td>
<td>33,3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Medycyna Dydaktyka Wychowanie, Vol. XI, No. 9/2008 39
B. Kierunek zdrowie publiczne (nie grupowano przedmiotów z uwagi na odmienną specyfikę programu studiów)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupa tematyczna zadań</th>
<th>Liczba zadań</th>
<th>Udział (%) zadań latych</th>
<th>optymalnych</th>
<th>trudnych</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Promocja zdrowia</td>
<td>3</td>
<td>100</td>
<td>--</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>Ekonomia</td>
<td>4</td>
<td>25</td>
<td>25</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Prawo w ochronie zdrowia</td>
<td>7</td>
<td>43</td>
<td>14</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Zarządzanie jakością</td>
<td>5</td>
<td>--</td>
<td>60</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Farmakoekonomika</td>
<td>4</td>
<td>25</td>
<td>25</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Podstawy statystyki</td>
<td>6</td>
<td>--</td>
<td>17</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>Ochrona środowiska</td>
<td>6</td>
<td>17</td>
<td>33</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Finansowanie w ochronie zdrowia</td>
<td>6</td>
<td>17</td>
<td>33</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Zdrowie publiczne w praktyce</td>
<td>6</td>
<td>--</td>
<td>33</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>Żywienie człowieka</td>
<td>3</td>
<td>33</td>
<td>67</td>
<td>--</td>
</tr>
</tbody>
</table>

C. Kierunek fizjoterapia

<table>
<thead>
<tr>
<th>Grupa tematyczna zadań</th>
<th>Liczba zadań</th>
<th>Udział (%) zadań latych</th>
<th>optymalnych</th>
<th>trudnych</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nauczanie podstawowe</td>
<td>10</td>
<td>20</td>
<td>40</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Nauczanie kliniczne</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
<td>66</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Nauczanie zawodowe</td>
<td>22</td>
<td>15</td>
<td>25</td>
<td>60</td>
</tr>
</tbody>
</table>

W dwóch spośród trzech grup tematycznych udział zadań trudnych był nadmiarowy. Należy podkreślić, że liczba zadań w zakresie różnych przedmiotów lub grup tematycznych nie musi być jednakowa, natomiast powinna wynikać z zaplanowanego wpływu poszczególnych obszarów wiedzy na kierunkowy efekt selekcyjny egzaminu. Należy jednak zauważyć, że średnia łatwość różnych grup tematycznych testu nie jest wystarczającym wskaźnikiem, gdyż może okazać się podobna pomimo odmiennego rozkładu łatwości zadań w tych grupach, co ma wpływ na jakość całego egzaminu.

Dopiero merytoryczna analiza treści zadań oceńnianych egzaminów pozwoliłaby ustalić, w jakim stopniu ich łatwość/trudność dla zdających (zależnie od miejsca ukończenia studiów I-go stopnia) oraz moc różnicująca wynikły z zakresu i sposobu realizacji odpowiednich tematów w programach nauczania, a w jakim stopniu z niewłaściwego opanowania materiału przez samych kandydatów.

Wobec znacznego zróżnicowania przedmiotowego egzaminów oraz niedużej ich objętości (50 zadań) uzyskany współczynnik KR20 (Tab. 2) wydaje się zbryt niższy jedynie w przypadku kierunku zdrowie publiczne.

Analizowane egzaminy zbyt słabo różnicowały kandydatów zależnie od kierunku i/lub miejsca ukończenia studiów pierwszego stopnia, w zakresie wiedzy oczekiwanej u kandydatów, traktowanej jako kierunkowa dla studiów II-go stopnia na WUM. Wydaje się konieczna taka modyfikacja profilu omawianych egzaminów, aby poprzez precyzyjny dobór tematyki i konstrukcji zadań poprawić selekcyjność egzaminowania. Jedynie w przypadku dietetyki wykazane tu niedoskonałości egzaminu wstępnego można tłumaczyć brakiem wcześniejszych doświadczeń, ponieważ jedynie tu egzamin przeprowadzono po raz pierwszy.

Szczególnie na kierunku zdrowie publiczne, ale także na kierunku dietetyka wydaje się uzasadnione rozważenie zwiększenia wpływu wyniku egzaminu wstępnego na punktację kwalifikacyjną tak, aby to właśnie wynik egzaminu stanowił najsilniejsze kryterium selekcji kandydatów.

Piśmiennictwo

1. Ustawa Prawo o szkolnictwie wyższym, z dnia 27 lipca 2005 r. (Dziennik Ustaw Nr 164, poz. 1365).