

Sensorveiledning – ECON1710, høsten 2005

”Fasit” på stikkords form:

(fasiten gjelder en oppgave der også UK var med; dette er nå fjernet)

1a) Japan har lavest dødelighet på alle alderstrinn. Kuwait har høyest dødelighet blant de under 20 år og de over 70 år, men har like lav dødelighet som yrkesaktive i Japan (trolig pga. selektiv innvandring av menn til oljesektoren og oppbygging etter den første Gulfkrigen). CDR er lavest for Kuwait, høyest for UK. Her vil forhåpentligvis mange av studentene mistenke at CDR er lavest i Kuwait pga. ung aldersstruktur.

Direkte standardisert dødsrate for Japan, Kuwait og UK er hhv. 6,512, 9,694 og 9,013. Etter at det er tatt høyde for ulik aldersstruktur i de tre landene viser det seg at Kuwait hadde den høyeste dødeligheten, etterfulgt av UK og Japan. Standardisert CDR for Kuwait var mye høyere enn den ustandardiserte CDR. Dette må bety at den lave observerte CDR for Kuwait i stor grad var drevet av ung aldersstruktur. De standardiserte ratene for Japan og UK er noe lavere enn de ustandardiserte. Dette indikerer at disse landene har relativt gammel befolkning i forhold til USA.

1b) Geometrisk vekstrate fra 1774-1815: $((904777 / 736347)^{(1/41)} - 1) * 100 = 0,504\%$

1c) Fordoblingstid: $\text{LN}(2)/\text{LN}(1+0,504/100) = 138$ år, dvs. at befolkningen ville ha blitt dobbelt så stor i 1953.

2)

Bedre ernæring (iflg McKown m.fl.)

Bedre sanitærforhold/ boforhold/ personlig hygiene

Sterilisering/pasteurisering

Koppvaskine

(Skarlagensfeber mindre farlig)

Antibiotika kom senere. Lengre fødselsintervall senker i prinsippet spedbarnsdødeligheten, men ikke aktuell forklaring her.

3) Bakgrunn:

Kvinner vedvarende svak posisjon i forhold til menn i mange land

Nye helseproblemer: HIV

Erkjenner vedvarende helseproblemer: mødredødelighet/sykелighet + omskjæring + andre kjønns sykdommer

En del tidligere familieplanleggingstiltak har medført overgrep mot enkeltindivider.

Er ikke så overbevisende dokumentert at befolkningsvekst er uheldig for økonomi, miljø,....., mer overbevist om at det å få mange barn (flere enn man ønsker) er til ulempe for den enkelte familie

=>

Familieplanlegging i frivillighet, lagt under reproduktiv-helse paraply

Styrke kvinners autonomi

4) Det har skjedd en viss sosioøkonomisk utvikling – mer i noen land enn i andre. Derfor har fruktbarheten falt i flere av landene. Denne utviklingen kan tenkes å fortsette => lavere barnetallsønsker (det kan det skrives mye om) og reguleringskostnader. Det kan også tenkes at lavere fruktbarhet i noen land i seg selv senker fruktbarheten i andre land (eksport av vellykkede programmer, ser at andre drar fordel av lavere fruktbarhet, etc.)

Kanskje blir det en ekstra vilje, nasjonalt eller internasjonalt, til å sette inn familieplanleggingstiltak hvis den høye fruktbarheten vedvarer eller ikke faller særlig raskt – av frykt for konsekvensene eller fordi man allerede ser negative konsekvenser. Men man står overfor en rekke problemer med slike tiltak (få folk til å godta innblanding, nå ut til alle, senke menns mistenksomhet, kvinners forestillinger om bivirkninger, få "logistikken" til å fungere).

Det er en viss mulighet for at vedvarende høy fruktbarhet og dermed befolkningsvekst er så uheldig for landets økonomi etc (det bør de utdype litt) at dødeligheten går opp ("maltusiansk" respons). Dødeligheten er faktisk allerede på vei opp i flere land pga av AIDS og dette kan bli et økende problem - men ikke pensum i dette kurset. Utover dette er det grunn til å vente seg fall i dødelighet (stigning i e_0) pga den sosioøkonomiske utviklingen og helsetiltak utenfra.

Utvandring monner lite.

Virker i motsatt retning: Bedre behandling av kjønnssykdommer (evt kortere ammeperiode, som vi har sett tidligere) => høyere naturlig fruktbarhet spesielt i sentral-Afrika. Vil selvsagt bare monne dersom det er lite prevensjonsbruk.

Evt noe om demografisk treghet: Høy SFR framover selv med mye lavere fruktbarhet. På den annen side kan også SDR gå opp selv med senkede aldersspesifikke dødsrater hvis befolkningen eldes.