

Eksamen 2012, Grunnkurs i demografi Econ 1710

«FASIT» PÅ STIKKORDS FORM

Oppgave 1

- a) Oppsummere en rekke aldersspesifikke dødelighetsrater eller -sannsynligheter for å kunne sammenligne dødelighet over tid eller mellom ulike land i form av ett tall (forventet levealder).
- b) 10,89 det holder med 1 desimal.
- c) Kandidatene bør skjønne at radiks l_0 var satt lik 100000. Dermed viser l_{75} at sannsynligheten for å overleve til alder 75 er 69,8 % for et tenkt kull som opplever dødelighet i samsvar med dødsratene som ligger til grunn for dødelighetstabellen. L_{75} forteller oss at dødelighet mellom alder 75 og 76 er lav – av 69800 75-åringer overlever rundt 67000 til alder 76.

Oppgave 2

- a) Se pensum
- b) Når dødelighet blant kvinner i reproduktiv alder er høy (ikke-vestlige land) bør man bruke NRT. Ellers (vestlige land) holder det med BRT.

Oppgave 3:

- a) Hvorvidt man er i parforhold + sannsynlighet for å få barn gitt at man er i parforhold, som er bestemt av utsatt eggøsning pga amming*, sterilitet, sannsynlighet for å unnfange gitt eggøsning og ikke steril (avh. bl.a. av samleiefrekvens), sannsynlighet for spontanabort. CE definerer tilbud som overlevende barn, slik at barnedødelighet blir en relevant faktor ikke bare gjennom *. Slik er det ikke gjort på forelesning. Må ha forståelse for at studentene kan surre med dette.
- b) Fallende barnetallsønsker pga industrialisering, urbanisering, høyere utdanningsnivå, og lavere barnedødelighet (av disse og andre grunner) – men forventes ikke å utdype dette. Dermed gap mellom tilbud og etterspørsel. Men tyr ikke til regulering før gapet er tilstrekkelig stort i forhold til reguleringskostnadene, dvs prevensjon må være tilgjengelig og akseptert. Det tar tid før denne biten er «på plass» for store grupper av befolkningen. Høyere utdanningsnivå bidrar. I tillegg er nok sekulariseringen en svært viktig faktor.

Oppgave 4

Mindre autonomi for kvinner i nord (som ikke primært skyldes at de muslimer) gir høyere tilbud (spesielt pga tidlig giftermål), høyere barnstallsønsker/etterspørsel (bl.a. pga høyere alternativkostnader, mer behov for gutt, mer behov for barn generelt som sikkerhet mot skilsmisse og for å få respekt, lite å si forhold til mannen, som kan ønske flere barn), og

høyere reguleringskostnader (relatert til bl.a. mulighet til å oppsøke helsesenter, kommunikasjonen med mannen). Se ytterligere detaljer hos Mason. Det er også et lavere utdanningsnivå (både som resultat av og årsak til mindre autonomi). Dette påvirker også tilbud, etterspørsel og reguleringskostnader, og stort sett med positiv effekt på fruktbarheten (pga bl.a. barn kostbare pga skolegang og mindre aktuelle som arbeidskraft, alternativkostnader, preferanse for annen bruk av tid/penger?, kunnskap om prevensjon, men lengre ammeperiode og mulig negative effekt av lav inntekt). Nord og sør er ikke så ulike mht andre indikatorer på sosioøkonomisk utvikling.

Afrika: Kommet kortere mht utdanning, urbanisering, industrialisering. Noen tilleggsfaktorer pekt på av Caldwell: religion (forfedres makt), lavere kortsiktige kostnader ved barn (men også mindre langsiktige goder) pga «fostering», kvinnens interesser ikke tilstrekkelig vektlagt (altså lav grad av autonomi på visse felt også her), svakere familieplanleggingsprogram (mindre frykt for befolkningsvekst, nasjonale myndigheter mindre legitimitet, praktiske problemer, katolisk motstand).

Oppgave 5

Det har vært stor bekymring for befolkningsvekst i India og sterk vektlegging av å løse problemet gjennom sterilisering. i) Sterilisering dekker selvsagt ikke behovet for prevensjon hos alle grupper, og dette blir i økende grad innsett. ii) Tiltakene har av mange blitt sett på som uakseptable fra et menneskerettsperspektiv (avstraffelse av de som ikke lar seg sterilisere eller alle i et område som ikke når steriliseringsmålene eller andre mål satt opp for å skape lavere fruktbarhet). Økende motstand mot slike tiltak. iii) Slike «overgrep» blir ekstra urimelige hvis de som får mange barn, lider under dette selv, mens det er få negative konsekvenser for andre (gjennom lavere økonomisk vekst, miljøforringelse – kan evt skrive litt om dette, men det står lite i pensum). På 1990-tallet ble det mer støtte for et slikt «mikroperspektiv» i den internasjonale debatten, og det ble på ICPD 1994 en enighet om familieplanleggingstiltak bygd på frivillighet og som del av bredere satsing på reproduktiv helse (også påvirket av argumentasjon ang menneskerettigheter og økt erkjennelse av vedvarende problemer innen reproduktiv helse, begge med et visst fokus på undertrykking av kvinners interesser). Disse ideene (som indiske politikere/intellektuelle for øvrig har vært med på å utvikle) påvirker også den indiske politikken – gjennom initiativ fra politikere/NGOs og litt press utenfra. Fokus på frivillighet; bort fra kvoter; men visse belønningsordninger. Se Donaldson for detaljer.