



Lilli Sippel, Tanja Kiziak, Franziska Woellert, Reiner Klingholz

Afrika demográfiai kihívásai

**A fiatal népesség egyetlen
esélye a fejlődésre**

Impresszum

Kiadó:

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung

Schillerstr. 59 10627 Berlin

Telefon: (030) 22 32 48 45

Telefax: (030) 22 32 48 46

E-Mail: info@berlin-institut.org

www.berlin-institut.org

A szerzői jog tulajdonosa

© Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, September 2011

A tanulmány eredeti címe:

Afrikas demografische Herausforderung

Wie eine junge Bevölkerung Entwicklung ermöglichen kann

A kiadványt szerzői jogok védik. Minden jog fenntartva, beleértve a sokszorosítás jogát, az egyes fejezetekre is.

Szerzők: Lilli Sippel, Tanja Kiziak, Franziska Woellert, Reiner Klingholz

Szerkesztők: Renate Wilke-Launer, Matthias Wein, Margret Karsch

A szakmai forrásanyagot Anne Goujon, Regina Fuchs, Erich Strieβnig, Samir K.C. und Wolfgang Lutz bocsátotta rendelkezésre.

Kiadványszerkesztő: Jörg Scholz, Köln (www.traktorimnetz.de)

A tematikus világtérképek a Lutum+Tappert DV-Beratung GmbH, Bonn, EasyMap programjával készültek.

A Berlin-Institut köszönetet mond Carola Ahlbornnak (DSW), Carmen Kommernek (DSW), Ines Possemeyernek (GEO) és Franziska Woellertnek (GIZ), valamint afrikai interjúpartnereiknek.

Magyar fordítás: © BOCS Alapítvány, 2011

A magyar kiadást lektorálta: Kun Irén

Szerkesztő: Simonyi Gyula

A magyar kiadást nyomtatta: EXTRA MÉDIA NYOMDA Kft., Székesfehérvár

ISBN:

TARTALOMJEGYZÉK

ELŐSZÓ - AMIKOR A NÖVEKEDÉS GÁTOLJA A FEJLŐDÉST	4
VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ	6
1. SOK GYEREK – EGY RIZIKÓFAKTOR?	8
2. A MAGAS SZÜLETÉSI ARÁNY KIZÁRJA A FEJLŐDÉST	16
3. AMI KISEBB CSALÁDOT EREDMÉNYEZ	39
4. ROADMAP A DEMOGRÁFIAI OSZTALÉKHOZ	55
5. AJÁNLÁSOK CSELEKVÉSI TERVHEZ	67
MÓDSZERTANI MEGJEGYZÉSEK	73
FORRÁSJEGYZÉK	74
SZÓJEGYZÉK	79

AMIKOR A NÖVEKEDÉS GÁTOLJA A FEJLŐDÉST

A gyermek örömforrás szülei számára, és nyereség a társadalomnak. Azonban ha túl sokan vannak, nagy gondot jelentenek a családnak és az egész államnak. Ez különösen a kevésbé fejlett országokra érvényes, főleg Dél-Ázsiára és Szubszaharai Afrikára. Ahol a gyermekek száma gyorsabban növekszik, mint azok a lehetőségek, amelyek biztosítják a felnövekvő generáció számára a szükséges iskolákat, egészségügyi intézményeket, vagy akár csak az élelmiszer-ellátást, illetve a fiataloknak munkahelyet, ott egy egész ország helyzete romlik meg.

Az ilyen országok a szegénység, fejletlenség, magas gyermekhalandóság – és magas gyermekszám ördögi körében vergődnek. Ebből nem tudnak minden további nélkül kilépni, hiszen ahol ma sok a fiatal, ott tovább fog növekedni a népesség: a fiatalok többsége az elkövetkező években családalapítási korbba lép. Az olyan országokban, mint Niger vagy Uganda, a népesség fele 15 év alatti. Egy régió demográfiai struktúrájának alapvető változása nagyon hosszú idő, hiszen azt a jelenlegi korstruktúra évtizedekre előre meghatározza.

A nagy népességnövekedésű szegény országoknak csak akkor van esélyük a fejlődésre, ha a növekedés lelassul, ha a születési ráták csökkennek. De mitől függ, hogy hány gyermek születik? Mely tényezők befolyásolják a gyermekvállalást?

Végül is egy önrendelkezéssel bíró egyének minden döntését szabadon és függetlenül kellene meghoznia, a gyermekszámra vonatkozóan is. A demográfiai átmenet, tehát a magas születési és halálozási ráták csökkenésének folyamata, amelyet a fejlődése során minden nemzet átélt, vagy át fog élni, így egy egyenjogúsító folyamat is: az életkörülmények javulásával, több személyi szabadsággal, valamint az oktatáshoz és tudáshoz való hozzáféréssel a gyermekáldás már nem sorsszerűen bekövetkező esemény, hanem sokkal inkább egy tudatos döntés. Az 1994-es kairói Világnépességi Konferencia megerősítette, hogy a saját utódok számának önálló eldöntése emberi jog.

Ennek az átmenetnek a megvalósulásához az egyik meghatározó faktor az oktatás – különösen a nők oktatása. Éppen ilyen fontos az egészségügyi ellátás is. Hiszen ahol sok gyermek fiatalon meghal, ott érthető, hogy az embereknek sok gyermekük születik, hogy megvédjék magukat a legrosszabb esettől. Az egészséghez hozzátartozik a családtervezés tudásának és eszközeinek elérhetősége is. Hiszen csak ezek segítségével képesek a fiatalok a felelős családtervezésre. Ám ma világszerte körülbelül 215 millió nő nem jut modern fogamzásgátló eszközökhöz, hiába szeretné elkerülni a terhességet.

A magas születési ráták csökkenése lehetőségeket nyújt a családok és az egész társadalom fejlődésére. Többet és jobban tudnak befektetni a fiatalok nevelésébe. Ennek hasznát látja a felnövekvő generáció, így a csökkenő gyermekszámból, az emelkedő képzettségi szintből és a növekvő termelékenységből mintegy előáll egy automatizmus.

Ezt az utat minden egykori szegény társadalom bejárta, amikor feltörekvő, majd iparosodott állammá fejlődött – az ázsiai tigris államok, majd később a latin-amerikaiak is. Még egy olyan nemzet is, mint Banglades, amely először az akkoriban úgynevezett fejlesztési segély reménytelen esete volt, ígéretes úton jár. Ezek az országok megmutatták, hogy nem léteznek reménytelen esetek. Miért is ne léphetnének erre az útra Szubszaharai Afrika államai? Feltéve, ha ehhez megkapják a kellő nemzetközi támogatást.

A fejlesztési együttműködésnek eddig alig volt esélye néhány, a Szaharától délre fekvő afrikai ország igen magas népességnövekedésével lépést tartani. Ezen államok közül néhányban a népesség alig 20 év leforgása alatt megduplázódott, egy ilyen helyzetet pedig még a gazdag országok sem tudnának kezelni. A fejlesztési együttműködésnek ezért az eddigiekhez képest sokkal jobban kellene koncentrálnia a fejlesztést meghatározó tényezőkre, tehát az oktatásra, az egészségre és a családtervezésre. Csak ezáltal javulhat a humánerőforrás, amely minden állam legfontosabb tőkéje.

Olyan fejlesztési politikára van szükség, amely az embert állítja a középpontba. Az oktatás révén képessé válnak az emberek gazdasági előmenetelüket egyengetni, ezáltal a társadalom jövőjéről gondoskodni. Ez éppen a nőkre érvényes leginkább, akik az oktatás révén a családban és a közösségekben is más státuszt érhetnek el. Ez támogatja az érdekérvényesítő képességüket – abban a kérdésben is, hogy mekkora legyen

leendő családjuk. Az oktatás nem csak a legjobb „fogamzágátlás”, hanem a nők és férfiak közti esélyegyenlőség megteremtésének legmegfelelőbb eszköze is.

A 8. millenniumi fejlesztési célt, amelyet az ezredfordulón az ENSZ adott közre, 2015-re kell teljesíteni: az éhínség és szegénység elleni küzdelemtől kezdve, a gyermek- és anyai halandóság csökkentésén és a HIV/AIDS-járvány visszaszorításán át, a nemek közötti egyenlőségig és minden gyermek alapfokú oktatásáig. Néhány ország, mint Thaiföld vagy Brazília messzemenően elérték a célokat. Mások, mint Burkina Faso vagy a Közép-afrikai Köztársaság, igen lemaradtak. Többek között azért sikertelenek, mert az erőteljes népességnövekedés majdnem ellehetetleníti a millenniumi fejlesztési céloknak akár csak megközelítését is.

Eddig nem hoztak létre 2015 utánra vonatkozó nemzetközi fejlesztéspolitikai napirendet. Ez azonban sürgőssé vált, mivel több országban még sok a teendő, és jó néhány feladatot még a korábbiak közül sem teljesítettek. A célokról szóló, folyamatban levő tárgyalásokon úgy a demográfiai aspektusokat, mint sok ország erős népességnövekedését az eddigiekhez képest sokkal inkább figyelembe kell venni, mint akadályozó tényezőt. Az 1994-es kairói Világnépesedési Konferencián meghatározott akcióprogramot sem szabad szem elől veszíteni, mert az akkor kitérített, családtervezésre, illetve az anyai és gyermekegészségre vonatkozó célokat csak részben érték el.

Mindenekelőtt a 2012-ben, az első ilyenhez hasonlóan Rio de Janeiróban sorra kerülő ENSZ Föld Csúcstalálkozó nem képzelhető el a népességnövekedés témája nélkül. A fő témák, mint a „Szegénység elleni küzdelem” és a

„Fenntartható fejlődés” közvetlenül kapcsolódnak ahhoz a kérdéshez, hogy milyen gyorsan növekszik a Földön élő emberek száma. Miután a legutóbbi, 2002-es johannesburgi Föld Csúcs záródokumentumaiban a népességnövekedést az USA Bush-kormányának nyomására nem említették meg, várható, hogy a téma a fejlesztési diskurzus középpontjába kerül. A fejlesztési együttműködés minden résztvevőjének meg kell értenie, hogy a Föld jövője az emberek tulajdonságaitól és képességeitől függ – mindenekelőtt az egészségüktől, a képzettségüktől és bekeszeretetüktől. A befektetés ezekben oldja meg a magas népességnövekedés problémáját is.

Hannover/Berlin/Bécs, 2011. augusztus

Renate Bähr
igazgató, Deutsche Stiftung
Weltbevoelkerung

Dr. Reiner Klingholz
igazgató, Berlin-Institut für Bevölkerung
und Entwicklung

Prof. Dr. Wolfgang Lutz
alapító igazgató, Wittgenstein Centre for
Demography and Global Human Capital
(IIASA, ÖAW-VID, WU-Wien)

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A demográfiai kérdések hiányos politikai megértése

A múltban a fejlesztési együttműködésben a népesedési kérdéseket elhanyagolták, pedig átfogó témaként gyakorlatilag minden szektorra hatással vannak. Az adományozó- és partnerországoknak, de nemzetközi szervezeteknek, civil szervezeteknek és a gazdaságnak is intenzívebben kellene foglalkoznia demográfiai kérdésekkel, és tematikus szövetségeket kellene létrehozniuk. Egyrészt az erőteljes népességnövekedés minden fejlődési problémát felerősít, másrészt egy népességstruktúra előnyös demográfiai változása kilátásba helyezi a fejlődés fellendülését és sok nemzetközi, globális probléma enyhítését eredményezi.

A népességnövekedés okai és következménye

A világ népessége elérte a hétmilliárdot és jelentősen növekszik, mint eddig – kb. 79 millió emberrel évente. Ez a növekedés nagyrészt a legkevesbé fejlett országokban történik.

Az ottani folyamatos népességnövekedés három tényezőre vezethető vissza: **egyrészt** a fejlődő országokban a nőknek jelentősen több gyermekük születik, mint a világ fejlett régióiban. **Másrészt** a fejlődő országok népessége a magas születési ráta miatt nagyon fiatal, ami azt jelenti, hogy a szülőképes korban levő nők száma nagyon magas és a jövőben még nőni fog. **Harmadrészt** a jobb egészségügyi ellátásnak és a jobb élelmezésnek köszönhetően a szegény régiókban is egyre magasabb az életkor.

Ebből többféle kockázat adódik és olyan tényezők, melyek akadályozzák a

fejlődést, mint a gyenge élelmiszerbiztonság, az egészségügyi és oktatási rendszerekre nehezedő nyomás, az infrastruktúra túlterheltsége vagy az erőforrások szűkössége – ami konfliktusokkal fenyeget.

A 103 mai és egykori fejlődő országra kiterjedő kutatásunkkal bizonyítható, hogy egyetlen ország sem fejlődött társadalmi-gazdasági szempontból anélkül, hogy vele párhuzamosan a születési ráták ne csökkentek volna. Egy ország fejlettségi állapota tehát szorosan összefügg a népességstruktúrájával.

Demográfiai kihívások Afrikában

A legtöbb és legnagyobb probléma fejlődéspolitikai szempontból jelenleg Szubszaharai Afrikában van. A világ 48 legkevesbé fejlett országából 33 Afrika e részén található. A régió egyúttal a legmagasabb születési rátákkal is kitűnik. 2050-ig a Szubszaharai Afrikában élők száma megduplázódhat, a század végére pedig a négyszeresére nőhet.

A népességnövekedés még nagyobb mértékű lehet, ha a fogamzásgátlás Szubszaharai Afrikában nem terjed el jóval nagyobb mértékben, mint jelenleg. A családtervezés modern eszközeinek használatában mindenek előtt Nyugat-Afrika marad el.

Ami kisebb családokhoz vezet

A népességnövekedés és a magas születési ráta nem a nagycsalád utáni vágynak köszönhető. A fő ok az, hogy a nőknek és a pároknak nincsenek tényleges lehetőségeik a kívánt családtervezéshez. Ha az emberek élhetnek a szexuális és reprodukció jogokkal, tehát ha a megelőzés eszközei rendelkezésre állnak, ha részesülnek

szexuális felvilágosításban, és ha a reprodukció egészségügyi és tanácsadó szolgáltatások ki vannak építve, akkor a születendő gyermekek száma az emberek kívánságának megfelelően jelentősen csökken. De ezzel a helyzettel még nem tekinthető megoldottnak. Ugyanis a fejlődő országokban a nők átlagosan kevesebb gyereket szeretnének, mint a férfiak, így az alacsonyabb gyermekszám mindenekelőtt a nők megerősítése által érhető el.

A születési ráták bizonyíthatóan csökkennek,

- ha a nők a családban és a társadalomban több hozzászólási jogot kapnak, és ha az anyaszerepen kívül számukra más alternatívák is megnyílnak.

- ha a lányok és nők szexuális felvilágosításban részesülhetnek, élhetnek a családtervezéssel és fogamzásgátlással.

- ha a lányok és a nők jobb képzésben részesülnek. Különösen az alapfokú oktatás után folytatott tanulmányok eredményezik, hogy később szülnének gyereket és aktívabban éljenek a családtervezés lehetőségeivel.

- ha új életperspektívák nyílnak, mint a vidékről városba költözés, a jobb kereseti lehetőség, vagy egy média által közvetített új családkép.

- ha csökken a gyerekhalandóság. Mert a párok csak akkor terveznek kevesebb utódot, ha gyermekeik életben maradási esélye növekszik.

A demográfiai fejlődés esélyei

Ha a halandóság és a termékenység csökken, akkor a fiatal népesség egy nemzetgazdaság motorjává válhat. Ezt mutatják az ázsiai tigrisállamok tapasztalatai. Elismerésre méltó fejlődésük kezdetén hasonló demográfiai helyzetben voltak, mint ma sok szubszaharai ország és az akkori fejlettségi állapotuk is hasonlóan rossz volt. Az ázsiai tigrisállamok fejlődésének fellendülését két alapvető változás tette lehetővé:

1 Demográfiai bónusz keletkezett, mert emelkedett a **keresőképes korosztályba tartozók száma az el-tartandó gyermekekhez és idősekhez képest**. Hogy egy ilyen előnyös korszerkezet kialakulhasson, a sok gyereknek és fiatalnak fel kell nőnie, a keresőképes korosztályban csökkennie kell a halálozási rátának, és a szaporodásnak is csökkennie kell, így a gyermek korosztályok (és a neveléssel járó leterheltség) kisebbek lesznek.

2 A demográfiai bónusz **demográfiai osztalékká** tudott alakulni, tehát egy nemzetgazdasági nyereséggé, mert a sok **keresőképes ember** valóban **kereső emberré** is vált. Ehhez az embereket képezni kell és munkahelyeket kell teremteni a számukra.

Az ázsiai tigrisállamok egyidejűleg fektettek be az oktatásba és a családtervezésbe és vitték végig a szükséges gazdasági reformokat és kezdeményezéseket. Ezen felül ezek a társadalmak felismerték, hogy a nők kereső munkája elengedhetetlen a gazdasági fejlődéshez és a képzés ehhez egy központi előfeltétel. Mindez együtt tette lehetővé a tigrisállamok sikereit.

Még ha a demográfiai osztalék koncepcióját a kulturális, politikai és gazdasági különbségek miatt nem is

lehet egyszerűen az ázsiai tigrisállamokról Szubszaharai Afrika országaira átvinni, a demográfiai osztalék útja az afrikai országok számára elvileg nyitva áll. Ehhez azonban a politikának kell megfelelő irányt vennie.

Központi kiindulási pontok

Amíg a termékenység és a halandóság, főleg a gyerekhalandóság Szubszaharai Afrikában ennyire magas marad, nem keletkezik demográfiai bónusz és ezért esélyük sincs egy gazdaságilag előnyös fejlődésre. A demográfiai bónusz eléréséhez legfontosabb kiindulási pont az egészségügybe, a családtervezésbe és az oktatásba való befektetés.

A nemzeti kormányoknak és a fejlesztési együttműködés különböző partnereinek feladatuk kellene kitzúnia **az egészségügyi szektorban**

- az egészségügyi rendszer erősítését
- az orvosi alapellátás fel- és kiépítését,
- a betegségek megelőzését egyszerű eszközökkel,
- gyermekek védőoltását célzó kampányokat,
- a szexuális és reprodukív egészségügy javítását,
- szexuális felvilágosítás biztosítását,
- a fogamzásgátló eszközökhöz való hozzáférés korlátainak ledöntését, az eszközök elérhetővé tételét mindenhol,
- jószolgálati nagykövetek megnyerését és a média bevetését az egészség és a megelőzés fontosságának elfogadása és megértése érdekében.

Az **oktatásnak** a fejlődésben játszott központi szerepét el kell ismerni. Ez készíti elő az utat a demográfiai bónusz kialakulásához, mert a népesség növekvő iskolázottsága csökkenti a halandóságot és a termékenységet, ezen

kívül emeli a humán erőforrás szintjét. Így válik az oktatás a demográfiai bónusz elérésének legfontosabb eszközévé. Ehhez szükséges

- az oktatásban a lányok esélyegyenlőségének biztosítása,
- különösképpen az alapfokú oktatást követő képzés kiépítése, ami mind a termékenység visszaesésében, mind pedig a gazdasági fellendülésben meghatározó,
- szakképzés kialakítása, ami híd az iskola és a munkavégzés között
- mikrohitel biztosítása a felnőtt nők oktatásának javításához és ezáltal a nők helyzetének megerősítéséhez. Ezzel egyidejűleg a vállalkozói tevékenységet is támogatják.

A humán erőforrást, ami az oktatás és a kisebb gyereklétszám által jelentősen javul, nemzetgazdaságilag is használhatóvá kell tenni. Ennek érdekében **munkahelyeket** kell teremteni. Meghatározó feladatok:

- produktív foglalkoztatási lehetőségek biztosítása férfiak és nők számára, emellett
- mindenekelőtt az alacsonyon képzett munkaerőt igénylő szakterületekbe befektetni, és
- egy későbbi lépésben, amikor a népesség képzettségi szintje növekedett, tudásigényes területeken állást biztosítani nagyobb értékteremtéssel.

Ha a formális foglalkoztatási szektor nő, **szociális biztosítási rendszert** kellene felépíteni. Ez által egyrészt tovább csökken a születési ráta, mert a gyerekek (szülei) időskori ellátásában már nem lesznek annyira fontosak, másrészt ez az első az ahhoz szükséges lépések közül, hogy a népesség hosszú távú idősödésére felkészüljenek.

1 SOK GYEREK – EGY RIZIKÓFAKTOR?

Afrika jelenleg a világ gazdaságilag leggyorsabban növekvő régiói közé tartozik. Egy idő óta számos kutató optimista képet fest a kontinensről, amely hosszú időn át csak háborúkról és éhínségről, maláriáról és AIDS-ről volt ismert a nemzetközi média számára. A gazdasági teljesítmény növekszik, és ezzel együtt a vásárlóerő és a középosztály is. Csupán egy évtized alatt majdnem meghétszereződtek a kontinensen a közvetlen külföldi befektetések.¹ A mezőgazdaság és a termelő iparágak mellett ma egyre több munkát kínálnak a szolgáltatóipari vállalkozások, de mindenekelőtt az építőipar. Afrika egyes országai között azonban hatalmas különbségek vannak. Míg például Ghána, Mozambik, Namíbia vagy Dél-Afrika a jelenlegi fellendülésből profitál, az eladósodott államokban, mint Szomália, Libéria vagy Eritrea, a gazdasági sikerek nyomára sem bukkanunk.

Az egyes országok jövőbeli fejlődését nem csak a beruházások, hanem a népesség szerkezete is meghatározza. Az országban élő fiatal és idős emberek számának, valamint a lakosok egészségi állapotának és képzettségének döntő jelentősége van. Tehát a fejlődés kevésbé függ az emberek abszolút létszámától, mint a népesség összetételétől és a rendelkezésre álló humán erőforrástól. A fejlődést gátolhatja, ha több gyermek születik, mint ahány iskolai férőhely van, vagy ha a népesség gyorsabban növekszik a gazdaságnál és az infrastruktúránál, és ezáltal túl kevés a munkahely.

Megosztott világ: a gyarapodás és a csökkenés között

A világ népessége mostanra elérte a 7 milliárdot, és ahogy eddig is, erőteljesen növekszik – 79 millióval évente, ami körülbelül napi 216 000 fő többletnek felel meg.⁰

Ez a növekedés túlnyomórészt a kevésbé fejlett országokban megy végbe. Azonban e csoporton belül is igen eltérő a szaporodás mértéke: míg a fejlődő országokban a népesség 1,2 százalékkal nő évente, addig a 48 legkevésbé fejlett országban 2,3 százalékkal. Ezáltal a népesség ott 30 éven belül megduplázódik.⁰

A szegény országok tartós népességnövekedése három tényezőre vezethető vissza:

Először is az emberek többsége a szegény régiókban a jobb egészségügyi ellátásnak köszönhetően tovább él. Így az átlagos várható élettartam például Kelet-Ázsiában az 1950-es évek kezdetén 42 évről időközben 75 évre ugrott.⁰ Másodszor a fejlődő országokban a nők sokkal több gyermeket szülnek, mint a világ fejlett régióiban. Például az asszonyonkénti átlagos gyermekszám az afrikai kontinensen 4,5, míg Európában csak 1,5.⁰ Harmadszor pedig a fejlődő országok népessége éppen a magas születési arány következtében igen fiatal. Egyedül a Szaharától délre fekvő országokban a népesség 42 százalékát alkotják a 15 évesnél fiatalabbak⁰ – ez azt jelenti, hogy a jövőben jóval több nő kerül termékeny korba. Még ha ezek az anyák átlagosan kevesebb gyermeket szülnének is, mint az ő anyáik, a népesség erőteljes növekedése tovább folytatódna.

Népesedés-előrejelzések – kiszámíthatóvá tenni a növekedést

A népesedés-előrejelzések fontos tervezési eszközök. A legismertebbek az ENSZ Népesedési Osztályának (UNPD – United Nations Population Division) előrejelzései, melyeket az egyes országokról és országcsoportokról dolgoztak ki.

A jövőbeni népesség nagysága és összetétele attól függ, hogyan változik az idők folyamán egyrészt a születési, másrészt a halálozási ráta. Ezek mellett különösen az egyes országokra vonatkozó előrejelzésekben játszik döntő, további szerepet a migráció. Ehárom nagytényezőre a legkülönbözőbb faktorkok hatnak: az orvosi ellátás, a lakosság képzettsége, a fogamzásgátló szerek elérhetősége, a gazdasági helyzet, polgárháborúk és még sok egyéb. Az ENSZ-forgatókönyvek feltételezései a három nagy tényező alakulásában csak a születési rátákat veszik figyelembe. Alapvetően abból indulnak ki, hogy azon országokban, melyekben az embereknek még sok gyermekük születik, a termékenységi ráta tovább csökken, mert ez a trend tapasztalható a többi országban is.

Az új empirikus adatok beépítése érdekében az előrejelzéseket rendszeres időközönként felülvizsgálják, ekkor alkalmanként a jövőre vonatkozó feltételezéseket is megváltoztatják. Így a legaktuálisabb, 2010. évi ENSZ-előrevetítésekben a jövőbeli termékenységet magasabbra becsülték, mint 2008-ban, és ezzel egyidejűleg az előrevetítési időszakot is kibővítették 2100-ig. Az ebben a tanulmányban idézett további számítások (különösen az IIASA/VID és a 4. fejezetben olvasható Futures Group számításai) a 2008. évi ENSZ-előrevetítéseken alapulnak. Ezért az egységesség érdekében az egész tanulmány során ezen előrejelzésekre hivatkozunk. Az alapvető megfigyelések és végkövetkeztetések azonban változatlanul érvényesek az újabb előrejelzésekre is.

Az ENSZ előrejelzései nem vitathatatlanok. Így például a szakemberek nem értenek egyet abban, hogy a termékenységi ráta milyen mértékben csökkent máig Kínában. Elképzelhető, hogy az ENSZ a kínai termékenységet túl magasra becsülte. Ha ez így van, akkor előrevetítéseik túl magasnak fognak bizonyulni, mert Kína a világ mai népességének kb. egyötödét adja.² Más kutatók viszont azon az állásponton vannak, hogy az ENSZ Afrikára vonatkozó előrejelzései túl alacsonyak, mivel az asszonyonkénti gyermekszám éppen a legszegényebb országokban nem tud olyan gyorsan lecsökkenni, mint ahogy azt az ENSZ feltételezi. Ezen

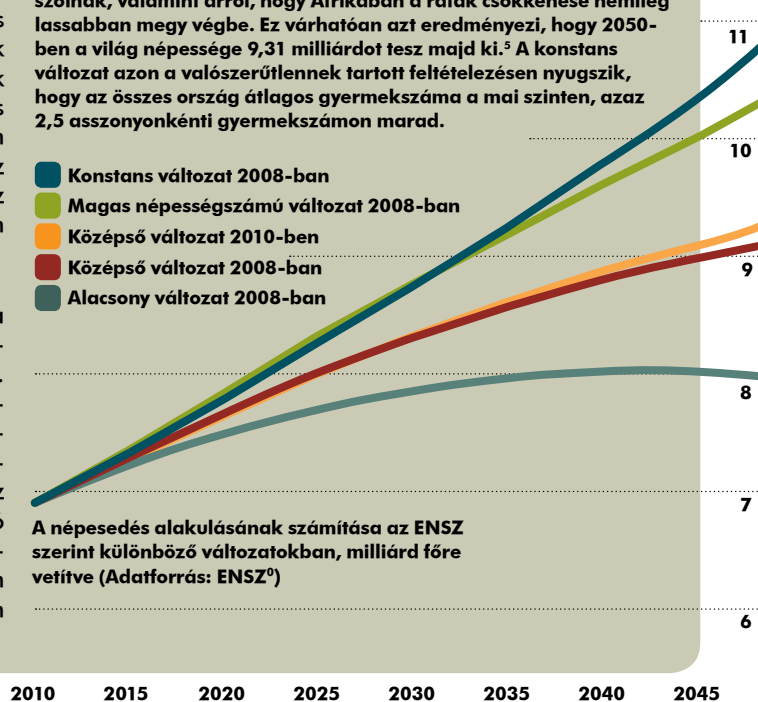
számítások alapján 2050-re a világ népessége inkább 11 milliára növekedne – tehát többre, mint azt az ENSZ a magasabb népességszámú változatban becsülte.³ Ez megerősíti azt a tényt, hogy a világ népességének és különösen a termékenységi rátának jövőbeli alakulása meglehetősen bizonytalan. Habár abból indulhatunk ki, hogy a ma még magas termékenységű országokban is hosszú távon csökkenni fog a termékenység, bizonytalan, hogy milyen gyorsan zajlik majd le ez a folyamat, és az is, hogy mi lesz ennek a változásnak a végkimenetele. Ez nem utolsó sorban a jövőbeni politikai prioritásokon és cselekvésen is múlik. A népesedési forgatókönyvek hasznos eszközök a politikusok segítségével, hogy politikai cselekvésük hatókörét felmérhessék.

Bizonytalan jövő

Az ENSZ az előrejelzések 3 változatát dolgozta ki, amelyek a termékenység jövőbeni alakulásának különböző feltevésein alapulnak. A középső egy 2008. évi számítás feltevésére épül, miszerint egy napon a világ összes országában az egy nőre jutó termékenységi ráta átlagosan 1,85 gyermekszámmal fog találkozni. A magasabb számú változat 0,5 gyermekszámmal többet vetít előre, az alacsonyabb számú változat 0,5 gyerekszámmal kevesebbet, ez átlagosan 1,35-2,35 asszonyonkénti gyermekszámmal felel meg. Leggyakrabban az ENSZ középső előrejelzését idézik, amely azt jelzi, hogy a világ népessége 2050-re eléri a megközelítőleg 9,15 milliárd főt.⁴ Az újabb, 2010-es előrejelzések 2,1 asszonyonkénti gyermekszámról szólnak, valamint arról, hogy Afrikában a ráták csökkenése némileg lassabban megy végbe. Ez várhatóan azt eredményezi, hogy 2050-ben a világ népessége 9,31 milliárdot tesz majd ki.⁵ A konstans változat azon a valószerűtlennek tartott feltételezésen nyugszik, hogy az összes ország átlagos gyermekszáma a mai szinten, azaz 2,5 asszonyonkénti gyermekszámon marad.

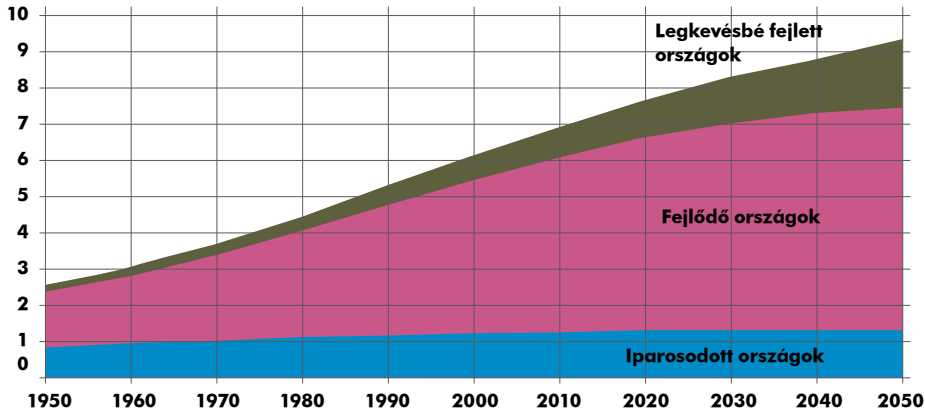
- Konstans változat 2008-ban
- Magas népességszámú változat 2008-ban
- Középső változat 2010-ben
- Középső változat 2008-ban
- Alacsony változat 2008-ban

A népesedés alakulásának számítása az ENSZ szerint különböző változatokban, milliárd főre vetítve (Adatforrás: ENSZ⁶)



Növekedés elsősorban a szegény országokban

A globális népesség egyre emelkedik, és eközben csökken a magasan fejlett országokban élő emberek száma: míg 1950-ben három emberből egy élt a nyugati iparosodott országokban vagy Japánban, addig ma csupán kb. ötből egy. Negyven év múlva előreláthatólag már csak hétből egy. Mindazonáltal elképzelhető, hogy addig sok, ma még feltörekvő ország a mai iparosodott országokhoz hasonló fejlettségi szintre jut el.



A világ népessége milliárd főben, a középső változat alapján, országtípusok szerint (Adatforrás: ENSZ⁹)

Ázsia a demográfiai óriásaival, Kínával és Indiával a világ legtöbb emberét tudhatja magáénak, ám százalékosan Afrika növekszik a leggyorsabban fiatal népességstruktúrája miatt. 2050-ig várhatóan szűk 2 milliárdra duplázódik Afrika lakossága. Ázsiában és Latin-Amerikában megközelítőleg 20 százaléknyi népességnövekedéssel számolnak – nagyjából szűk 1,1 milliárral illetőleg 140 millióval nő a népességük. Ezzel szemben Európa lakossága, egyedüli kontinensként 6 %-os népességcsökkenéssel, megközelítőleg 690 millió fő lehet.⁰ A globális népességnövekedés vége tehát ezen évszázad első felében még nincs kilátásban, még akkor sem, ha az utolsó évtizedekhez képest lelassult.

A fejlődés nyomain

A jóléti nyugati iparosodott országok is éltek át egykor erős népességnövekedési fázisokat. A kedvezőbb életkörülményeknek és az egészségügyi ellátás fejlődésének, valamint a higiénianak és a tiszta ivóvíznek köszönhetően a 19. század kezdete óta egyre kevesebb gyermek halt meg, míg az egy nőre jutó gyermekszám az első időkben magas maradt. A növekedés azonban lassabban zajlott, mint manapság a fejlődő országokban, mivel a házasságkötési korhatár magasabb volt és sok nőnek nem született gyermeke. Ezenkívül a népességnövekedés problémájának egy része exportra került, hiszen sok ember hagyta el a hazáját a jobb élet reményében. A 19. századi kivándorlási csúcsponton csupán egy évtized alatt az írek 14 százaléka hagyta maga mögött szülőhazáját. 1900 körül évente milliányi európai talált hazára az Újvilágban.⁵ Az iparosodással és városiasodással összefüggő társadalmi változás, amely a népesség emelkedő oktatási szintjével

járt együtt, és gazdasági növekedést hozott magával, végül a termékenységi ráták csökkenéséhez is vezetett. A magas halálozási és születési ráták csökkenését a tudomány **demográfiai átmenetnek** nevezi.

Ha a termékenység a demográfiai átmenet idején csökken, megváltozik a népesség korszerkezete. Kezdetben arányosan kevesebb gyermek születik, viszont több a keresőképes korú ember. Az idősebbek száma azonban még alacsony marad, és először akkor növekszik, amikor a keresőképes korúak népes csoportja fokozatosan idősödik. Egy társadalom annál produktívabb, minél kevesebb gyermekről és idős emberről kell gondoskodnia. Egy társadalom demográfiai változásának azon időszakát, amely a születésszám visszaesése és az előregezés között jelenik meg, **demográfiai bónusznak** nevezik. Ahhoz, hogy a bónuszt jól hasznosítsák, a keresőképes rétegnek képzettnak kell lennie, munkát kell találnia, valamint lehetőség szerint hosszú, termelő munkás éveket kell megélnie, mielőtt saját maga is idősé és eltartottá válik. Ha egy társadalomnak ez sikerül, a bónusz **osztalékok** eredményez. A siker kulcsát az oktatásba és a munkaerőpiacba fektetett energia jelenti.

A születésszám csökkenése és gazdasági fellendülés: Dél-Korea példája

50 évvel ezelőtt aligha gondolták a fejlődéskutatók, hogy a koreai háború által szétzúzott agrárország egyszer a 9. legnagyobb exportnemzetté növi ki magát, és a bruttó nemzeti összjövedelmet tekintve a világ 20 leggazdagabb nemzete közé fog tartozni.⁸

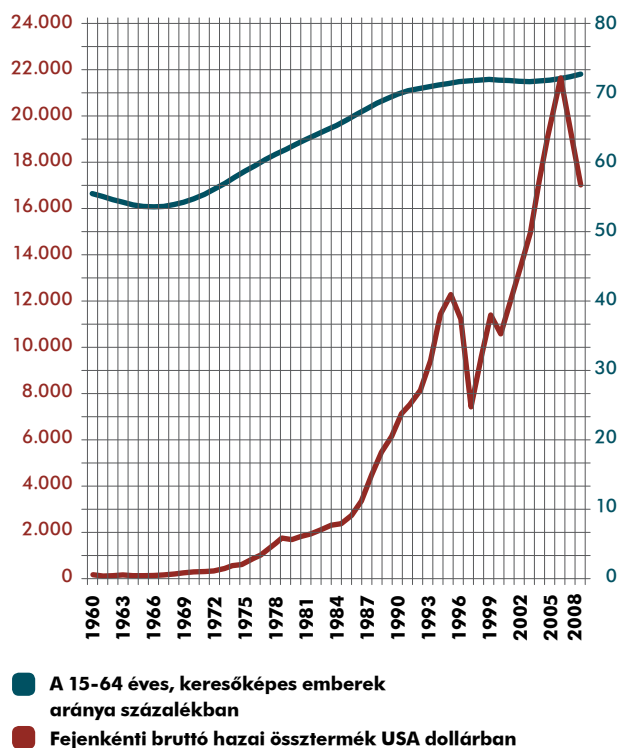
Ez a sikertörténet azzal kezdődött, hogy nagy hangsúlyt fektettek a népesség széles körének oktatására, valamint hatékony családtervezési politikát dolgoztak ki, amely a fogamzásgátlók elterjedését illetve az anyák és gyermekek egészségének javítását is magában foglalta.⁹ Ennek következtében drasztikusan csökkent a születési ráta. Míg egy, az 1960-as évek elején született dél-koreainak átlagosan 5 testvére volt, 25 évvel később ő maga legfeljebb 2 gyermek apjává vált, és csak egy-egy unokája született. Így 1970-től máig a 15-64 éves keresőképes népesség 35 millióra duplázódott, míg a fiatalabb korcsoport száma visszaesett.⁰ Dél-Korea tudta, hogy kell kihasználni ezt a demográfiai bónuszt, hiszen már idejekorán megfelelő képzést biztosított – a nőknek is –, és sikeresen integrálta őket a munkaerőpiacba.

A születések csökkenéséhez képest kicsit később kezdett növekedni Dél-Korea gazdasága, így egyre több tőke állt rendelkezésre. Ezt az állam az oktatási, az egészségügyi rendszer és az infrastruktúra további kiépítésére, valamint távolabbi régiók támogatására használta fel. Az egyre képzettebb lakosokkal bíró Dél-Korea érdekessé vált a magán- és külföldi befektetők számára is. A dél-koreai gazdaság növekedési rátái az elmúlt 30 évben átlagosan 6,3 százalékot értek el – az 1997-98-as ázsiai krízis és a 2008-as pénzügyi válság ellenére.¹⁰

A demográfiai bónusz ára a népesség idősödése. Mivel Dél-Koreában a termékenységi ráta az 1960-as és '70-es években olyan hirtelen esett vissza, mint sehol másutt, és a csupán 1,2 asszonyonkénti gyermekszáma az egyik legalacsonyabb a világon, ezért a népesség jelenleg itt idősödik a leggyorsabban. A 64 év feletti dél-koreaiak száma manapság 11 százaléknyi, de számítások szerint 2050-re akár 34 százalékra is emelkedhet.⁰ Egyre kevesebb fiatalnak kell majd ezen idős embereket eltartania. Erre fel kell készülnie az államnak, például időben ki kell dolgoznia a szociális biztosítási rendszereket, és gondoskodnia kell arról, hogy az emberek tovább maradhassanak egészségesek, szakképzettek és produktívak.

Ahol a munkavállalók meggazdagodtak

Dél-Koreában az 1960-as évek vége óta visszaeső gyermekszám a keresőképes lakosság növekedéséhez vezetett. Mivel a dolgozó lakosoknak viszonylag kevés fiatal kellett eltartania, olyan erőforrások szabadultak fel, amelyekből munkahelyet teremtettek és fejlesztették az oktatást. A fejenkénti bruttó hazai össztermék emelkedett, és az emberek még kevesebb gyermeket vállaltak, azonban többet áldoztak ezek oktatására.



(Adatforrás: ENSZ az eltartottsági rátáról⁰
World Bank a bruttó hazai össztermékről¹¹)

A mai tigrisállamok (Dél-Korea, Taiwan, Hongkong, Szingapúr) pontosan ezt a modellt követték. Az 1960-as és '70-es években jelentős összegeket fektettek az oktatásba és a családtervezésbe, amit egy erős gazdasági fellendülés követett, így a magas népességnövekedésű, szegény országok közül az alacsony termékenységű, jóléti államok közé emelkedtek.⁶ Becslések szerint a kelet- és dél-ázsiai gazdasági növekedés kerek egyharmada a demográfiai bónusz megfelelő kihasználásának köszönhető.⁷ E sikeres korszerkezethez társult az a pozitív hatás, amit a magasabb színvonalú oktatás és a gazdasági reformok tettek hozzá a gazdasági fellendüléshez.

A latin-amerikai kontinensen is sok állam ezt a fejlődési útvonalat járta be, még ha kevésbé látványos és eltérő sikerrel is. A katolikus egyház befolyása megnehezítette az aktív családtervezést, és néhány országban a gazdasági fejlődést belpolitikai konfliktus hátráltatta. Am manapság a nagy latin-amerikai államok legalább a feltörekvő országok közé tartoznak, és egyre jelentősebb szerepet töltenek be a globális közösségben.

A Szaharától délre eső afrikai országok más utakon járnak

Néhány kivételtől eltekintve Afrikában teljesen más a helyzet. Bár Észak-Afrikában kedvezőbben alakult a korszerkezet, a kevés munkahely miatt ez idáig nem sikerült kihasználni ezt a demográfiai bónuszt. Ezzel szemben a szubszaharai régió semmilyen bónuszt sem tudott a keresőképes rétegre alapozva kialakítani, mert a termékenységű ráta átlagosan öt gyerek asszonyonként és ezért a népesség összetételében máig a gyerekek és a fiatalok képezik a legnagyobb részt.⁰

Nem véletlen, hogy sok Szaharától délre eső ország a világ legszegényebb országai közé sorolható. A Világbank becslése szerint Szubszaharai Afrika lakosságának 73 százaléka kevesebb, mint napi két amerikai dollárból él.¹²

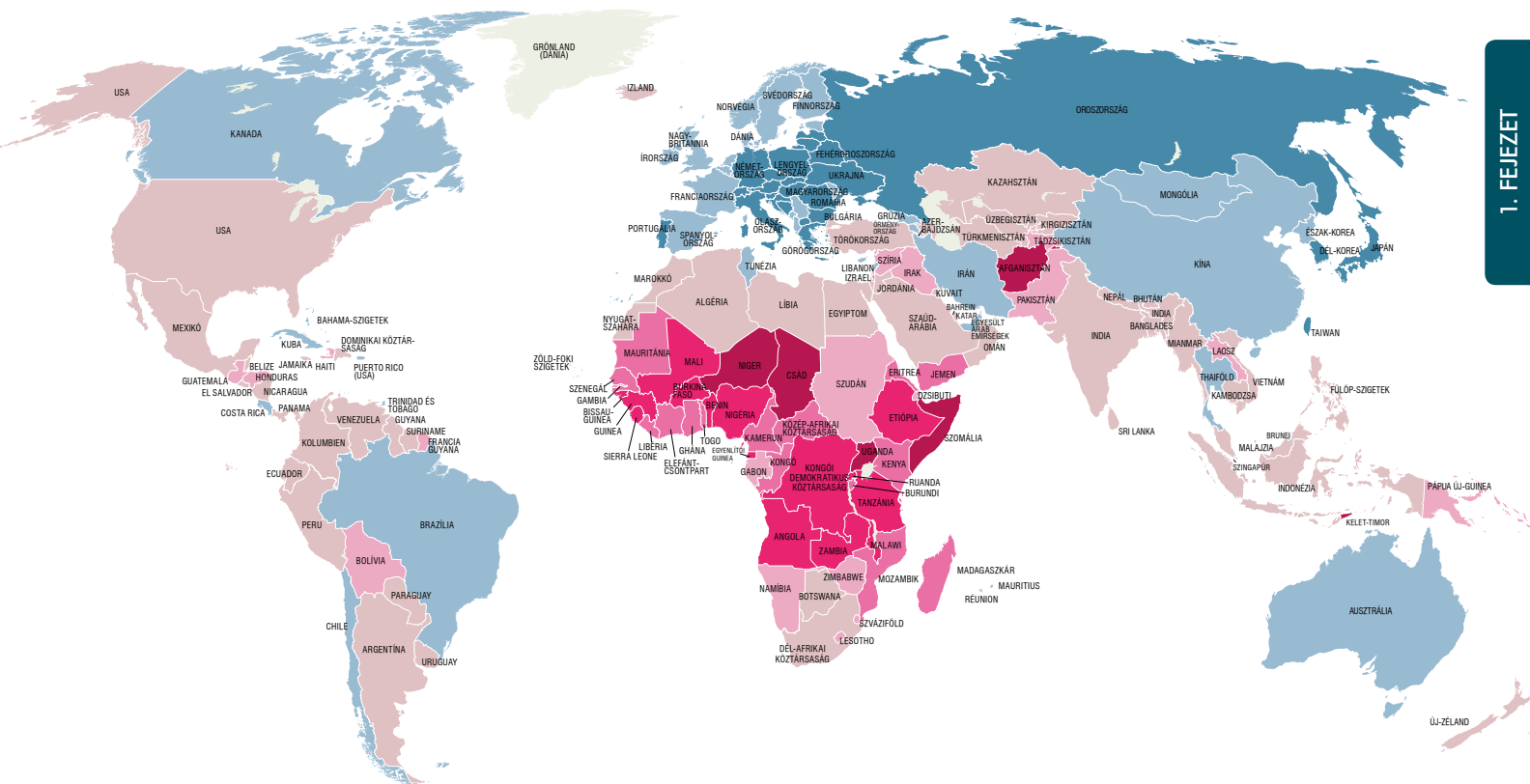
Az országok minden erőfeszítése és a nemzetközi közösség segítségével ellenére összességében nézve ebben a régióban a jövőben valószínűleg több szegény lesz, mint jelenleg. Az elmúlt évek viszonylag magas gazdasági növekedése és a fejlesztési együttműködési segélyek nem elegendőek a növekvő népesség ellátására. Ezt jól szemlélteti Csád példája. A Száhel-övezet országában átlagosan egy nőre jutó termékenységű ráta hat gyerek, ami az egyik legmagasabbnak számít a világon, valamint az ország népességnövekedési rátája is a legmagasabbak közé tartozik. Az elmúlt 20 évben a lakosság száma közel megduplázódott és most már 11 millió fölött van. Ez 2050-re a két és félszeresére, 27 millióra növekedhet.⁰ Ez a növekedés az egyébként is törékeny országnak túl nagy kihívás.

Hogyan fékezi a népességnövekedés a fejlődést

A magas termékenységű rátából és az ezzel együtt járó népességnövekedésből, valamint a fiatal népesség rendkívül magas részarányából különböző kockázati tényezők és fejlődési korlátok adódnak.¹³

Infrastruktúra. Éppen a vidéki régiókban gyakran már most sem elegendő az iskolák és az egészségügyi intézmények kínálata. A rendkívüli népességnövekedés kielezi ezt a problémát, mert nagyobb népesség mellett a tanárok, orvosok és más szolgáltatók iránti igény is növekszik. Mivel a vidéki élet gyakran nem kínál megfelelő perspektívát, ez felerősíti a városokba irányuló migrációt, amelyek egy része ezáltal megavárosokká növi ki magát. A megavárosok nehezen boldogulnak ezzel a népességtöbblettel, mert nekik úgyszintén hiányos az infrastruktúrájuk, kevés a lakhatási lehetőség, az ivóvíz és a legális munkalehetőség. Így a legtöbb bevándorló elsősorban a nyomornegyedekbe kerül.

Élelmiszerbiztonság. Habár világszerint elegendő élelmiszert termelnek – de nem mindig ott, ahol szükség van rá. A modern termesztési eljárásokkal elérhető természhozam-növekedés épp a nagy népességnövekedésű országokban nem jellemző. Becslések szerint 2080-ra a fejlődő országokban hozzávetőleg 90-125 millió fővel növekedhet az éhezők száma.¹⁴ A klímaváltozás tovább erősíti az élelmiszer-problémát.



Ahol nagycsaládok vannak

Míg összességében véve a legtöbb gyerek Ázsiában születik, az átlagosan egy nőre jutó gyerekek száma Szubzaharai Afrikában a legmagasabb. Ehhez társul a terhesség és a szülés magas egészségügyi kockázata, mert az anya- és gyermekhalandóság itt a legmagasabb a világon. Európa és Ázsia egyes országaiiban – nem úgy, mint Afrikában – fog a népesség, mert kevesebb gyerek születik, mint amennyi a szülők generációjának helyettesítéséhez szükséges.

Átlagosan egy nőre jutó gyerekek száma 2010-ben

- 1,5 alatt
- 1,5-2 között
- 2-3 között
- 3-4 között
- 4-5 között
- 5-6 között
- 6 és felett

(Adatforrás: ENSZ⁹)

Ez világszerte a fejlődő országokat érinti a legjobban, mindenek előtt a Szaharától délre fekvő régiókat. Pedig éppen a fejlődő országoknak van a legkevesebb esélyük az alkalmazkodásra. A hatásai ott lesznek a legerősebbek, ahol sok ember él korlátozott természeti forrásokból – mint például a Nilus-deltában. Előrejelzések szerint 2050-re csupán Afrikában 350 és 600 millió közötti ember élhet vízszükében.¹⁵

Környezet. Néhány régióban azért is csökken a mezőgazdasági termés-hozam, mert a termékeny talaj a rossz megművelési technika miatt erodálódik, vagy az öntözés miatt a talajvíz szintje süllyed és a talaj elszikesedik. Éppen emiatt van egyre több területre szükség ahhoz, hogy táplálni lehessen a növekvő népességet. Mivel a trópusi országokban a legnagyobb a népességnövekedés, főleg a fajokban gazdag esőerdők pusztulnak.¹⁶ Így az Amazonas menti esőerdő 1970 óta felületének 20 százalékát veszítette el.¹⁷ Egy további példa: A világ halállományának 80 százalékát, amiből több mint 2,9 milliárd ember táplálkozik, már ma a túlhalászat sújtja.¹⁸ Ezen kívül a környezetkímélő szennyvízkezelés is hiányzik, elsősorban az ipari szennyvizek okoznak problémát, melyek a fejlődő országokban többnyire tisztítatlanul kerülnek a folyókba és a tengerekbe, a helyi természetes élőhely ellehetetlenül, ami még nagyobb gondot jelent, ha a népesség tovább növekszik.

Nemzetbiztonság. Az életfontosságú erőforrások, mint a víz, a termékeny talaj egyre nagyobb hiánya megnövekedett konfliktusveszélyt rejt magában, és az országhatárokat átlépő menekülési és migrációs áradatot válthat ki. A menekültek és migránsok veszélyt jelenthetnek a biztonságra nézve, amennyiben befogadásuk a szomszédos országok számára túl nagy kihívás. Ezen kívül tanulmányok mutatják, hogy olyan országokban, amelyekben a fiatalok aránya túl magas, könnyebben fordulhat elő politikai zavargás vagy fegyveres konfliktus.¹⁹ A fiatal felnőttek, különösen a fiatal férfiak hajlamosak az erőszakra, ha nem látnak perspektívát, vagy nem biztosított számukra az oktatás és a munka. A legtöbb veszélyeztetett állam Afrikában és a Hindukus-hegység környékén van, tehát azokban a régiókban, ahol a legnagyobb a népességnövekedés.²⁰

Népességnövekedés - a mai fejlesztéspolitika egyik tabutémája

A népesedés dinamikája és a fejlesztési sikerek közötti sok összefonódást tekintve meglepő, hogy a nemzetközi fejlesztési együttműködés a témának jelenleg csak kevés figyelmet szentel.²¹ Ennek egyik oka az elkeserítő vita, hogy az állam beavatkozzon-e olyan magánügyekbe, mint a szaporodás kérdése, és ha igen, akkor hogyan. Feministák, népességpolitikusok és egyházak részben mind a mai napig összeegyeztethetetlen álláspontokat képviselnek.

A nemzetközi közösség már a hatvanas években felfigyelt a fejlődő országok erőteljes népességnövekedésére. A nyolcvanas évekig a figyelem csak a magas születési arányra irányult, amit csak a korlátozott természetes források és az éhezés aggodalma miatt szándékozott

csökkenteni. Sok fejlődő ország úgy vonta be a családtervezést a fejlesztési stratégiái közé, hogy a fogamzásgátló szereket könnyebben hozzáférhetővé tette. De voltak programok, amelyekhez olyan kényszerintézkedések kapcsolódtak, mint Kína szigorú „egy gyermek” politikája.²²

Néhány politikus és társadalmi szervezet megbotránkozott azon, hogy a fejlesztéspolitikai célok túlnyomórészt a családtervezési programokon alapultak. „A fejlesztés a legjobb fogamzásgátlás” hangzottak e csoport képviselői az ENSZ 1974-ben Bukarestben megrendezett Népesedési Világkonferenciáján. Egy olyan politikáért szálltak síkra, amelynek csupán a szociális és gazdasági fejlődést kell elősegítenie - a termékenység csökkenése aztán magától bekövetkezik. Az ötlet védelmezői maguk a többnyire szegény országokból származó politikusok és vallási vezetők voltak, akik a család-

Szexuális és reprodukatív egészség és jogok (SRHR)

A „szexuális és reprodukatív egészség és jogok” (Sexual and reproductive health and rights) fogalma emberi jogi megközelítésen alapul, melyet az 1994-es Kairói Világnépesedési Konferencián a nemzetközi népességpolitikában rögzítettek. A konferencia akcióprogramja a reprodukatív egészséget úgy definiálta, mint „a teljes értékű testi, lelki és szociális jó közérzet állapotát, a szexualitásra és a reprodukatív szervekre, azok feladatára és működésére vonatkozóan”.²⁸ Minden embernek joga, hogy kielégítő és mindenfajta veszélytől mentes szexuális élete lehessen, valamint szabadon dönthessen a gyermekvállalás idejéről és a gyermekek számáról.

Így a reprodukatív egészség először is a biztonságos, hatékony és megfizethető fogamzásgátló eszközökhöz való hozzáférést kívánja meg, másrészt a hozzájuk kapcsolódó információk elérhetőségét. Továbbá a reprodukatív egészséghez tartozik a terhesség és a szülés alatti és utáni egészségügyi ellátás – illetve az újszülöttek egészségügyi ellátása is. Harmadsorban magába foglalja az összes egészségügyi ellátást, mely a szexuális úton terjedő betegségek, valamint a nemi szervek megbetegedéseinek kezeléséért és megakadályozásáért felel. A közép-pontban egyéni jogok állnak, melyek szerint mindenkinek joga van a lehető legjobb egészségi állapothoz, és testi épség megtartásához, saját döntések meghozására és hogy ne legyen hátrányosan megkülönböztetve a nemi hovatartozása végett.

tervezési politika Nyugat által történő támogatását gyámkodásnak érezték. A résztvevők a konferencia végén mégis kibocsátották az ún. Világ Népesedési Akciótervet (World Population Action Plan), amelyben a családtervezéshez további fejlesztési intézkedéseket kapcsoltak.²³

A vita mégis folytatódott, és az 1984-ben Mexikóvárosban rendezett második Népesedési Világkonferencián éleződött ki. Az USA, a szabályozó állami népeséspolitikai addigi legnagyobb szószólója és pénzügyi támogatója teljesen kivonult erről a területről. Ronald Reagan elnök akkori kormánya a hazai abortuszellenesek nyomására ilyen módon reagált. Az utóbbiak azt követelték, hogy az USA minden olyan családtervezési és reprodukív egészség programból lépjen ki, ami az abortuszt még a legtágabb értelemben is megengedi. Az Egyesült Államok a Vatikánban és a konzervatív iszlám államokban talált erős szövetségeseire.²⁴

Az 1994-ben Kairóban megrendezett harmadik Népesedési Világkonferencia fontos mérföldkő a nemzetközi népeséspolitikában. A családtervezési lehetőségek nélkülözése felőli megközeletés (ld. 3. fejezet és a szöszedet) segített akkoriban, hogy a népeségügy területén dolgozó politikusok és a nők jogaiért küzdők közös nevezőre jussanak.²⁵ Demográfiai célkitűzések helyett a nők és férfiak egyéni jogai és szükségletei kerültek előtérbe. A népeségnövekedés témaköre eltűnt a politikai napirendből – már csak azért is, mert Ázsiában és Dél-Amerikában a születésszám erőteljesen visszaesett, Afrikában pedig a HIV/AIDS vírus pusztítása vonta magára a figyelmet. A kairói konferenciát a nemzetközi

nőmozgalom győzelmeként tartják számon. Az államközösségek kidolgoztak egy részletes akcióprogramot, mely a saját, szabad döntésen alapuló családtervezést, az anyák és gyermekek (reproduktív) egészségét, valamint a nők és férfiak egyenjogúságát helyezi középpontba.²⁶ Az adományozó országok átvállalták a költségek egyharmadát 2005-ig, ami 6,1 milliárd USA dollárt jelentett.²⁷ A ténylegesen rendelkezésre bocsájtott pénzék azonban jóval elmaradtak a várakozásoktól. A családtervezést ellenzők nyomása, akik végül az USA elnökét, George W. Bush-t is maguk mellé állították, túl nagyra bizonyult.

Ennél a témánál még mindig nem jutottak közös nevezőre a különböző csoportosulások, politikai irányzatok és kultúrkörök. Még a 2000-ben megrendezett ENSZ Millenniumi csúcstalálkozón sem ismerték fel a népeségdinamika jelentőségét, annak ellenére, hogy a 2015-re kitűzött fejlesztési célokban már mérhető kritériumokat fogalmaztak meg. Ha a szegénységet és éhínséget felére (MDG 1), és a gyermekhalandóságot pedig egyharmadával kell csökkenteni (MDG 4), akkor a fejlesztési törekvéseknek a népeségnövekedéssel is lépést kell tartaniuk. A millenniumi fejlesztési célok közt található egy-két egyezség a reprodukív egészség területéről, mint például a gyermek- és anyai halálozás csökkentése és a HIV/AIDS világjárvány megakadályozása. Olyan lehetőségekről azonban nem esik szó, amelyek a népeségnövekedést például a fejlődő országok fogamzásgátlási lehetőségeinek kiszélesítése révén fékeznék. Pedig éppen ez az erőteljes népeségnövekedés jelenti a legnagyobb veszélyt a millenniumi célok elérésében, mert mióta 2000-ben közzétették őket, a világ népesége megközelítőleg 15%-kal nőtt, 6,1 milliárdról 7 milliárdra.⁰

Új irányvonal szükséges

A jelen tanulmány ahhoz szeretne hozzájárulni, hogy a jövőben tényekre alapozottan és emberi jogi szempontból vitassák a népesedéspolitikai összefüggéseket. Ehhez egyrészt a népeségdinamika és a szocioökonómiai fejlődés közötti összefüggést tesszük elemzéseken keresztül világossá, másfelől részletesen megvizsgáljuk, hogy milyen faktorok hatnak a született gyermekek számára. Ki fog tűnni, hogy olyan intézkedések, amelyek különböző okokból megvalósításra érdemesek – legyen szó akár az oktatáshoz, fogamzásgátló szerekhez vagy egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájárásról, vagy a nők helyzetének megerősítéséről – csökkentik a termékenységi ráta értékét és megeremtik a demográfiai osztlék előfeltételét.

Ezen alapul az a követelés, mely szerint a demográfiai összefüggéseket fejlesztéspolitikai tervezésnél mindenképpen előtérbe kell helyezni. A fejlesztési együttműködés csak akkor lehet eredményes és tartós, ha megszületik az a felismerés, hogy mind az erőforrások szűkösségének, mind pedig az oktatás és egészségügy területén jelentkező kegyetlen konfliktusoknak és veszteségeknek az erőteljes népeségnövekedés az egyik oka. A megfelelő intézkedéseknek az emberek szükségleteihez kell igazodniuk.

2

A MAGAS SZÜLETÉSI ARÁNY KIZÁRJA A FEJLŐDÉST

Aki végigköveti azon országok útját, amelyek mezőgazdaságból élő társadalmakból modern államokká fejlődnek vagy fejlődtek, mint az ázsiai tigrisállamok Kelet-Ázsiában, a nagy feltörekvő országok: Kína, India, Indonézia és Brazília, vagy a kis államok, mint Mauritius vagy Trinidad és Tobago, azt fogja megállapítani, hogy az idők folyamán sok alapfeltétel gyökeresen megváltozott: a mai fejlődő országok közül sokan hosszú gyarmati időszakot tudnak maguk mögött, a hidegháború véget ért, és némelyik a hajdani szegény országok közül a jómódú országok sorába lépett a gazdag nyersanyagforrások következtében. A fejlődés semmiképpen sem zajlott azonos módon az egyes országokban, de egy közös vonás nagyon szembetűnő: a fejlődés során mindenhol csökkent az egy nőre jutó gyermekek száma. Fordítva is megfigyelhetjük, hogy lényegében minden országban, amelyek máig alig fejlődtek szocioökonómiai (társadalomgazdasági) szempontból, az asszonyonkénti gyerekszám magas maradt.

Igazolható-e azonban tudományos elemzésekkel a termékenység csökkenése és a felgyorsult fejlődés közötti szembetűnő összefüggés? A következő fejezet erre a kérdésre keresi a választ.

Egy egyszerű párhuzam ugyanis nem jelenti automatikusan, hogy a két tényező, a termékenység és a fejlődés között ok-okozati összefüggés állna fenn, mert nem minden egymással korreláló tényezőnek kell közvetlenül össze is függenie. Pontos vizsgálat szükséges annak felderítéséhez, vajon léteznek-e mégis olyan országok, melyek a magas gyermekszám ellenére jól fejlődnek.

A termékenység változása szerinti 4 klaszter

Első lépésként egy úgynevezett klaszterközponti elemzést végeztünk. E vizsgálat célja az volt, hogy a hasonló termékenységváltozású országokat csoportokba, tehát klaszterekbe gyűjtsük az egyezések és különbségek megállapítása céljából. A vizsgálatba 103 mai és egykori fejlődő ország adatait vontuk be az egy nőre jutó gyerekszámra vonatkozóan, mégpedig 1950 és 2010 között 5 évenkénti bontásban⁹. A termékenységi ráták minden országban csökkentek ebben az időszakban, gyakran ráadásul folyamatosan. Különbség van azonban az országok között a tekintetben, hogy milyen gyorsan csökkent a termékenységük, és hogy mikor kezdődött a csökkenés. A vizsgálat során négy tipikus termékenységcsökkenési-mintázat, azaz négy csoport rajzolódik ki: Az „A” csoportba tartoznak azok az országok, amelyekben korán, részben már 1950 előtt megkezdődött a kevesebb gyermek iránya. Ezen országok mai ter-

mékenységi mutatói az asszonyonkénti 2,1 gyerekszámú reprodukciós szintet (a szülők generációja szám szerinti megtartásának szintjét) éppen csak túllépi, vagy már alatta is vannak. A B klaszterben található az az országok, amelyekben a gyerekszám 1950-ben még egyértelműen magasabb volt, mint az A klaszterben, tehát amelyek később tértek rá a csökkenő termékenység útjára, és jelenleg az asszonyonkénti 2 gyermekszám felé közelítenek vagy már alája is kerültek ennek az értéknek. Összességében ezekben az országokban a termékenység igen meredeken esett vissza a vizsgált időszakban – egyes országokban manapság a nők gyakran csak harmadannyi gyermeket szülnek, mint az 1950-es években. A C klaszter országai még a változás közepén járnak, mivel a termékenység csökkenése később kezdődött meg, mint a B csoportban. Az asszonyonkénti átlagos gyermekszám az 1980-as évekhez képest néhol felére esett vissza vagy még tovább csökkent. Jelenleg kb. 3 az egy nőre jutó átlagos gyermekszám. Végezetül a D klaszterben a vizsgálati időszak első négy évtizedében szinte tartósan magas maradt termékenységi mutató. Mindenesetre 1990 óta ezen országok majdnem mindegyike is csökkenő gyermekszámot könyvelhet el. Ez azonban még mindig nagyon magas, négy és hét közötti gyermekszámot jelent asszonyonként.

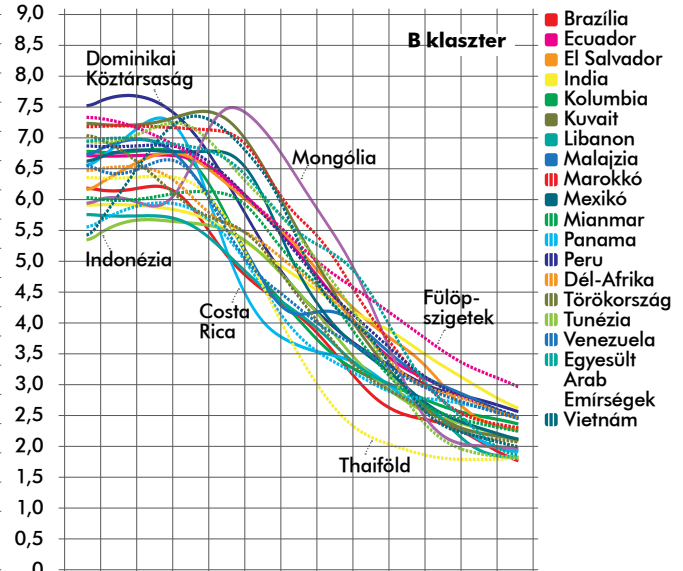
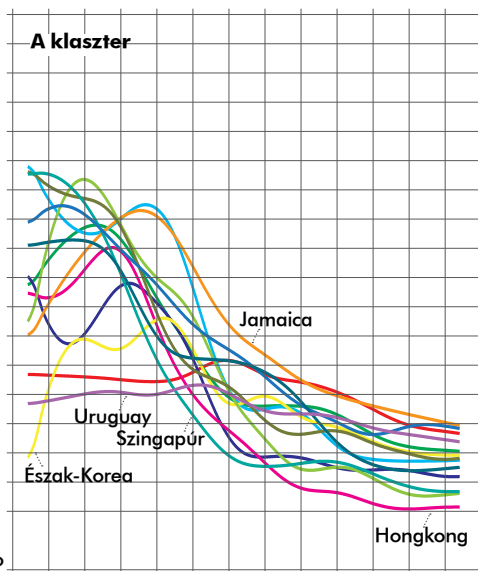
Egyre több a kicsalád

Az irány nyilvánvaló: az elmúlt 60 év folyamán világszerte csökkent az egy nőre jutó gyermekek száma – egy sor országban az eredeti értékek harmadára. Ha felosztjuk a vizsgált 103 országot a termékenység csökkenésének dinamizmusában tapasztalható hasonlóság alapján, akkor 4 különböző csoportot kapunk, amelyekben az egyes országok bizonyos esetekben erősen eltérnek a csoport közép-pontjától. Az A klaszterben az asszonyonkénti gyermekszám részben már a hatvanas években csökkent, és mára majdnem mindenhol 2,1 alatt van. A B és C klaszterben a vizsgálati idő kezdetekor a termékenységi ráta a legtöbb esetben még 6-8 gyermeket jegyzett, az utóbbi évtizedekben azonban ez jelentősen csökkent. A D klaszterben megközelítőleg négy évtizedes stagnálás után ez a fejlődés még csak a kezdeteknél tart.

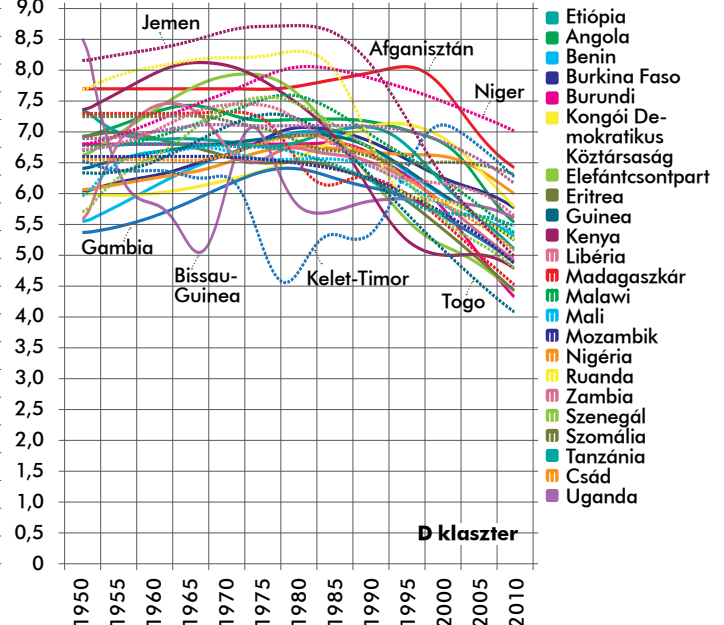
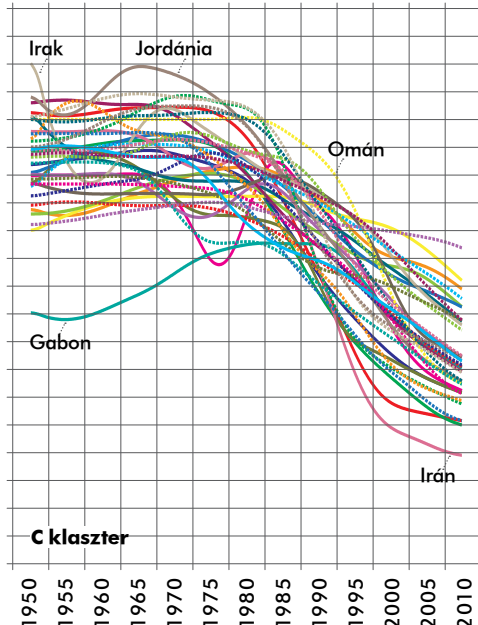
Az asszonyonkénti átlagos gyermekszám változása klaszterek szerint (Adatforrás: ENSZ^o)

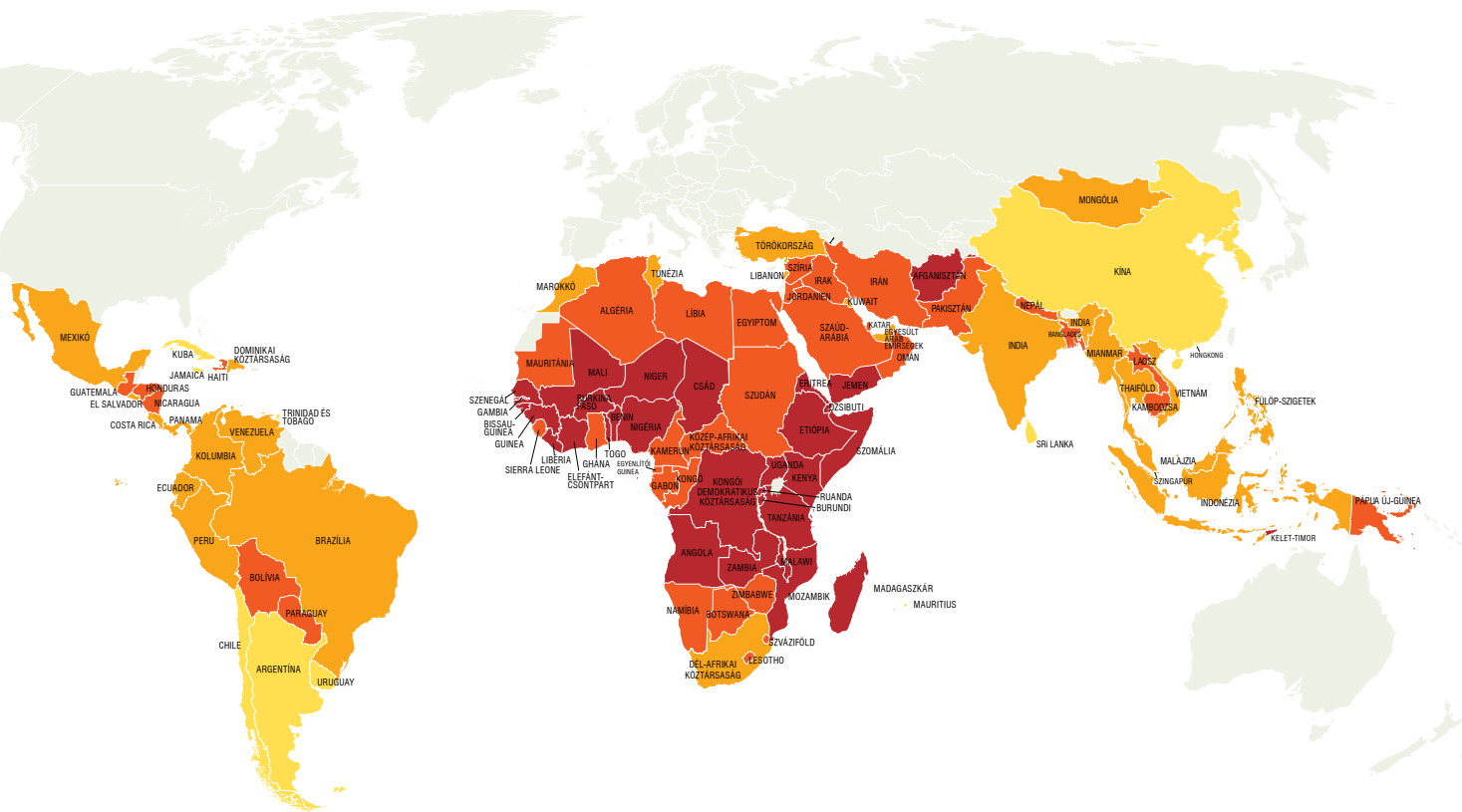
ÁBRA (grafikon) klaszter A, klaszter B, klaszter C, klaszter D

- Argentína
- Chile
- Kína
- Kuba
- Mauritius
- Sri Lanka
- Dél-Korea
- Trinidad és Tobago



- Egyiptom
- Algéria
- Banglades
- Bolívia
- Botswana
- Ghána
- Guatemala
- Haiti
- Honduras
- Kambodzsa
- Kamerun
- Katar
- Laosz
- Lesotho
- Líbia
- Mauritánia
- Namíbia
- Nepál
- Nicaragua
- Pakisztán
- Pápua Új-Guinea
- Paraguay
- Kongó Köztársaság
- Szaúd-Arábia
- Sierra Leone
- Zimbabwe
- Szudán
- Szváziföld
- Szíria
- Közép-afrikai Köztársaság





Az országok klaszterekbe sorolása a termékenységi ráták szerint, 1960-2009 évek alapján.

- A klaszter
- B klaszter
- C klaszter
- D klaszter

(Adatforrás: ENSZ^o)

Hasonló termékenységi minták halmozódnak a világ bizonyos régióiban

A termékenység globális csökkenése régióként általános minták szerint zajlott le. Szubzaharai Afrika nem csak a legmagasabb, hanem tartósan magas termékenységi rátákkal rendelkezik. (D klaszter). Kelet-Ázsiában és Dél-Amerika déli részén ezzel szemben korán csökkent a gyerekszám és manapság itt a legalacsonyabb (A klaszter). A későbbi, de itt is erős termékenységcsökkenést mutató államok mindenekelőtt Közép-Amerikában és Dél Kelet-Ázsiában találhatóak (B klaszter). Észak-Afrikától Nyugat-Ázsiáig (C klaszter) húzódik egy közepes szintű termékenységi sáv, amelyben ma átlagosan 3,4 gyermek jut egy nőre. A szürkével jelzett országokat nem vettük figyelembe a csoportok vizsgálatakor.

Két kérdés merül fel. Először is, vajon egy klaszter országai a hasonló termékenységi változások mellett további egyezéseket, pl. összehasonlítható gazdasági teljesítményt vagy hasonló oktatási ill. egészségügyi sikereket tudnak-e felmutatni. Másodsorban pedig különböznek-e a többi klaszter országaitól. Különböző fejlődési mutatók segítségével vettük igénybe a válaszadáskor. Az egyes mutatók, indikátorok, valamint jelentésük magyarázatát a következőkben találják. Az eredményeket pedig klaszterekre bontva közöljük.

A fejlődés mértékét jelző indikátorok és jelentéseik

Humán fejlődési index (Human Development Index)

Az ENSZ Fejlesztési Programja (UNDP) által kialakított index, amely az emberi fejlődés három alapvető területéről (egészség, iskolázottság, életszínvonal) tájékoztat. Számítása úgy történik, hogy a várható élettartamból, az átlagos és elvárható iskolában töltött évek számából, és az átlag egy főre jutó jövedelemből, mint mérőszámokból, egy indexértéket képeznek. A 0,788-as indexértékű országok nagyon fejlettnek minősülnek. A 0,677-es szintig az országok magasan fejlettnek, 0,488-ig közepesen fejlettnek, és minden ez alatti értékkel rendelkező állam alacsony fejlettségűnek számít. Az adatok az ENSZ emberiség fejlődéséről kiadott (Human Development Report) 2010-es jelentéséből származnak.¹

GAZDASÁG

Gazdasági növekedési ráta

A gazdasági növekedési ráta megadja, hogy hány százalékkal növekszik évente a bruttó hazai össztermék. Az erre vonatkozó adatok a legtöbb ország esetében 1961-től 2009-ig állnak rendelkezésre, mégpedig a Világbank adatbázisában.²

Egy főre jutó jövedelem

Az egy főre jutó jövedelem megmutatja, hogy egy ország lakosainak évente átlagosan mennyi jövedelem áll rendelkezésre. Nemzetközi viszonylatban ezek a számok jól összehasonlíthatóak, mert egységesen, minden országra vonatkozóan USA-dollárban teszik közzé. Az adatok a Világbankból származnak, és az 1962-2009-es időszakra állnak rendelkezésre.³

Gini-együttható

A Gini-együttható az egy országon belüli jövedelem-elosztásban felmerülő egyenlőtlenségeket méri. Többek között arra mutat rá, hogy az adott társadalom rendelkezik-e egy széles középréteggel, ahol a fizetés megközelítőleg azonos, vagy kevés gazdag

ember mellett magas a szegénységben élők száma. Az adatok az ENSZ 2010-es Human Development Reportból származnak, és a 2000-től 2010-ig tartó időszakra vonatkoznak.⁴

A szegénységi küszöb alatt élők aránya

Azon emberek százalékos aránya, akik naponta kevesebb, mint 1,25 USA-dollárból élnek, ami egy nemzetközi szinten használt mutató a szegénység kifejezésére. Az adatok az ENSZ 2010-es Human Development Reportból származnak, és a 2000-től 2008-ig tartó időszakra vonatkoznak.⁵

OKTATÁS

Minden oktatással kapcsolatos adat az International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA) / Vienna Institute of Demography (VID) számításain alapszik.⁶ Ezek nemek szerint, abszolút számokban állnak rendelkezésre az 1970-2010-es időszakról. A klaszterek kiértékelésénél a társadalom 20 és 64 év közötti korosztályát vették figyelembe. A jobb összehasonlítás végett a különböző képzettségi szintű emberek részarányát százalékokra számolták át (össztársadalmi szinten és nemek szerint is).

Iskolai végzettséggel nem rendelkezők

Azon emberek számát mutatja, akik semmiféle formális képzésben nem részesültek. Olyan személyek, akik vagy soha sem jártak iskolába, vagy az alapkülső iskolát még az első évben otthagyták. Éppen ezért ők valószínűleg sem olvasni, sem írni, sem számolni nem tudnak.

Alapkülső oktatásban résztvevők

Azon emberek százalékos aránya, akik az alapkülső oktatási intézményt több mint egy évig látogatták vagy alapkülső tanulmányukat befejezték. Feltételezhető róluk, hogy alapvető ismeretekkel rendelkeznek az olvasás és írás területén.

Középfokú oktatásban résztvevők

Azon emberek százalékos aránya, akik tanulmányaikat az alapkülső oktatás után a középfokú oktatásnak legalább az alsóbb osztályaiban befejezték. Valószínűleg jó ismereteik vannak az olvasás, írás és számolás

területén, illetve alapvető ismereteikkel rendelkeznek a természettudományi összefüggéseket illetően.

Felsőoktatásban résztvevők

Azon emberek százalékos aránya, akik egyetemi végzettséget szereztek, amely a Bachelor, Mester, Magiszter vagy doktori végzettséggel, illetve egy diplomával, illetve államvizsgával egyenértékű. *A hiányzó adatok miatt Afganisztán, Botswana, Irak, Jamaica, Jemen, Katar, Kuvait, Libanon, Líbia, Észak-Korea, Omán, Kelet-Timor, Pápua Új-Guinea, Szudán, Trinidad és Tobago, Venezuela és az Egyesült Arab Emírségek esetében az iskolázottsági helyzet nem felmérhető.*

EGÉSZSÉG

Várható élettartam

A várható átlagos élettartamból következtethetünk a népesség egészségi állapotára és az egészségügyi ellátás minőségére. Az adatok ENSZ-bebecsléseken alapulnak és az 1950-2010-es időszakra számolnak be.⁰

Tuberkulózis (TBC)

A TBC egy bakteriális tüdőbetegség, amely elsősorban fejlődő országokban jelentkezik, és halálos kimenetelű is lehet. Ahol sok a fertőzött beteg, ott hiányos az egészségügyi ellátás, mert ezt a betegséget a modern orvoslás tudja kezelni, és ezzel terjedését gátolni. A tuberkulózis előfordulását az Egészségügyi Világszervezet becsüli meg abszolút számokban 100.000 lakosra nézve.⁷

HIV/AIDS

Az AIDS egy olyan immungyengéséget okozó betegség, mely főként nemi érintkezés útján, vagy szülés ill. véréátömlesztés révén terjed. Leginkább a felnőtt, keresőképes népességet érinti, ezért akadályozza a fejlődést. A HIV/AIDS terjedését százalékban adják meg az országok 15 és 49 év közötti lakosságára vonatkozóan. Az adatokat, melyek a Világbank adatbankjából származnak, a UNAIDS (az ENSZ közös HIV/AIDS programja) és az Egészségügyi Világszervezet állapították meg a 2009-es évre vonatkozóan.⁸ A trópusokon előforduló malária betegség azért nem kerül említésre, mert a vizsgált államok közül nem mindegyik trópusi ország.⁸

REPRODUKTÍV EGÉSZSÉG

Újszülött halálozási ráta

Az újszülött halálozási ráta megadja, hogy 1000 születésből hány újszülött nem éri meg az egy éves kort. Az adatok az ENSZ becslésein alapulnak, melyek az 1950-2010-ig terjedő időszakra vonatkoznak.⁰

Anyai halálozási ráta

Az anyai halálozási ráta esetében azon halálozások számát számolják, amelyek a terhességgel vagy szüléssel állnak összefüggésben. Abszolút számokban adják meg 100.000 élveszülésre vonatkozóan. Az adatok az Egészségügyi Világszervezet, az UNICEF, a UNFPA (az ENSZ Népesedési Alap) és a Világbank becslésein alapulnak, az 1990-as, 1995-ös, 2000-es, 2005-ös és 2008-as évekre vonatkozóan.⁹

Legalább egyszer egészségügyi ellátásban részesült állapotos nők aránya

Ez a mérőszám százalékban méri, hogy a 15-49 éves nők közül hányan részesültek várandós állapotukban legalább egyszer egészségügyi gondozásban (orvos, ápoló, szülésznő vagy baba révén). Az adatokat az UNICEF bocsátja rendelkezésre.¹⁰ Ezek több forrásból származnak, mint például nemzeti statisztikák és a Demographic and Health Surveys (Demográfiai és Egészségügyi Felmérés) adataiból, különböző évekre vonatkozóan.¹¹ Mivel ezeket az adatokat nem gyűjtötték következetesen, csak irányadó szerepük van.

Képzett egészségügyi asszisztenciával lezajlott szülések aránya

Olyan szülések százalékos arányát mutatja, melyeket szakképzett személyzet, orvosok, ápolók vagy bábák vezetnek le. Az adatokat az UNICEF állította össze, az egészségügyi ellátásban részesült várandósokhoz hasonlóan. Ezért ennek az arányszámnak is korlátozott a kifejező ereje, és inkább csak irányadó értéket képvisel.¹²

EGYENJOGÚSÁG

A nemekre vonatkozó fejlődési index

Az ENSZ Gender-related Development Index (nemekre vonatkozó fejlődési mutató) arról tájékoztat, hogy az egyes országok milyen eredményt érnek el az egészség, az oktatás és a jövedelem területén. Az index figyelembe veszi a nemek közti különbséget. A 2007-es évre vonatkozik, a várható élettartam, a beiskolázási arány és az írástudók aránya, valamint a jövedelem alapján számítható ki.¹³

Jogi egyenlőség

A Világbank 2009-ben többek között vizsgálta, hogy a nők a közügyekben és a magánéletben ugyanazon jogi lehetőségekkel rendelkeznek-e, mint a férfiak. Ahol ez nem áll fenn, ahol a nőknek előbb férjüktől kell engedélyt kérniük, ott a nőknek kevesebb esélyük van alkalmazottként vagy vállalkozóként dolgozni. Az információk 128 országról elérhetők.¹⁴

Tulajdonhoz való jog

A Világbank ezen kívül 2009-ben ugyanezen 128 ország adatait vizsgálta, hol birtokolhatnak, felügyelhetnek, igazgathatnak és örökölhetnek földet és ingóságokat egyenlő mértékben a nők és a férfiak.¹⁵

POLITIKAI ÉS GAZDASÁGI KERETFELTÉTELEK

Az eladósodott országok indexe

A The Fund for Peace civil szervezet tizenkét szociális, gazdasági és politikai mutató alapján sorolja be az államokat. Azt mérik fel, hogy egy országot milyen mértékben fenyeget súlyos nemkívánatos folyamat vagy az állam szétesése. A lista csak kevés már szétesett államot tartalmaz. Egy pontozási rendszer alapján az országok négy osztályba sorolhatók: „törékeny”(alert), „veszélyeztetett”(warning), „mérsékelten stabil”(moderate) és „stabil”(sustainable).¹⁶ Az értékelés igen szigorú: a 177 vizsgált ország közül csupán 13 tartozik a legjobb, „stabil” kategóriába, mindegyikük OECD-tag. A „mérsékelten stabil” csoporthoz

sorolhatók olyan erős demokráciák is, mint az USA vagy Németország. A használt indexértékek 2010-ből származnak.

Politikai jogok és polgári szabadság

A polgári szabadságjogok és a politikai jogok tekintetében ezen tanulmány az amerikai Freedom House civil szervezet értékelésére támaszkodik, amely az egyes országokban érvényben lévő vélemény, gyülekezés, egyesülés, oktatás és vallásgyakorlás szabadsága, továbbá az esélyegyenlőség és a jogbiztonság értékeléséből ered. Ezenkívül az alapján is megítélik az országokat, hogy a választások szabadon és tisztességesen zajlanak-e, és a kisebbségek vagy ellenzék számára lehetséges-e a politikai érdekvédelem. Az országokat „szabadnak”, „részben szabadnak” és „nem szabadnak” minősítették. Az értékelések 2010-ből származnak.¹⁷

A felderített korrupció indexe

A Transparency International civil szervezet Corruption Perception Indexe (felderített korrupció indexe) méri fel, mennyire tartják korruptnak egy adott ország hivatalos szektorát (azaz a hivatalnokokat és a politikusokat). A korrupciót „személyes haszon érdekében elkövetett hatalommal való visszaélésként” definiálják. Az index a korrupció témájához kapcsolódó különböző tudományos elemzésekből tevődik össze, és kutatók valamint menedzserek 2009. június és 2010. szeptember közötti időszakból származó információin és becslésén alapszik.¹⁸

Kőolaj

A kőolaj meglete esélyt adhat a fejlődésre, mivel pénzt áramoltat az országba. Azonban probléma forrása is lehet a kőolaj – mégpedig akkor, ha a pénzt nem az ország fejlesztésére fordítják, hanem hatalmi harcokra használják vagy közvetlenül az uralkodó elit zsebébe vándorol. Kőolajtermelő országgént sorolta fel a BP kőolaj-statisztikája a következőket: Algéria, Angola, Argentína, Brazília, Csád, Ecuador, Egyesült Arab Emírségek, Egyiptom, Gabon, India, Indonézia, Irak, Irán, Jemen, Kamerun, Katar, Kína, Kolumbia, Kongói Köztársaság, Kuvait, Líbia, Malajzia, Mexikó, Nigéria, Omán, Peru, Szaúd-Arábia, Szíria, Szudán, Thaiföld, Trinidad és Tobago, Tunézia, Venezuela, Vietnam.¹⁹

Tengerparti földrajzi fekvés

Ha egy kontinens közepén fekvő ország földrajzi elhelyezkedéséből adódóan nem rendelkezik hajó kikötővel, nehézséges a bekapcsolódása a világpiacba. Különösen problémás, ha a szomszédos országokat háborúk és válságok sújtják. A klaszterelemzés keretein belül megfigyelt belső országok a következők: Afganisztán, Bhután, Bolívia, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Csád, Etiópia, Közép-afrikai Köztársaság, Laosz, Lesotho, Malawi, Mali, Mongólia, Nepál, Niger, Paraguay, Ruanda, Szváziföld, Uganda, Zambia, Zimbabwe.²⁰

A globális versenyképesség indexe

A Global Competitiveness Index egy adott ország gazdasági feltételeit értékeli. Három aljegyből tevődik össze, amelyek intézményi, infrastrukturális, szocio- és makroökonómiai, valamint további keretfeltételeket mérnek, ezek pedig a fennálló piac hatékonyságáról és innovációs lehetőségekről tájékoztatnak. Az aljegyek egy ország minden egyes fejlődési lépcsőfokában más súlyozással vesznek részt az összetételésben. Az adatok a 2010-2011. évi World Economic Forum tudósításából származnak.²¹

A mezőgazdaság részvétele a bruttó hazai termelésben

A mutató jelzi, hogy a bruttó hazai össztermék hány százalékát teszi ki az erdőgazdálkodás, a vadászat, halászat, földművelés és az állattenyésztés, ezáltal betekintést enged egy ország gazdasági rendszerébe. A számok a Világbank adatbankjából származnak és a 2009. évre vonatkoznak.²²

A városiasodás aránya

Az városiasodás aránya megmutatja, hogy az ország lakóinak hány százaléka él városokban. A fejlődő országokban inkább itt van lehetőség iskolai képzésre, egészségügyi szolgáltatások-ra, munkát találni vagy média-hozzáférésre, mintsem falvakban. Az adatok a 2010. évre vonatkoznak és az ENSZ becslésein alapulnak.⁰

NÉPESEDÉS

A népesség kor szerinti megoszlása

Egy népesség korszerkezetének leírásához e tanulmány egy ország korosztályokra bontott lakosságát veszi figyelembe. A jobb összehasonlíthatóság kedvéért százalékértékeket használunk. A megfigyelt korcsoportok: a 0-14 éves fiatalok, a jellemzően keresőképes 15-64 évesek, illetve a 65 évesek és afeletti. Az adatok az ENSZ 1950-2050-ig tartó időszakra vonatkozó becslésein és előrejelzésein alapulnak.⁰

Eltartottsági ráta

Az eltartottsági ráta jelzi, milyen magas azoknak a száma, akik elméletileg mások gondoskodására szorulnak (ld. Szójegyzék). A 15 év alattiak illetve a 64 év felettiak számát 100 keresőképes lakosra vetítve adtuk meg. A számok az ENSZ 1950-2010-ig tartó időszak becslésein alapulnak.⁰

Nehézkes adatgyűjtés

A fejlődő országokban problémás az adatgyűjtés. Konkrét számok ritkán állnak rendelkezésre. Mivel legtöbbször sem lakcímnnyilvántartó hivatalok, sem egyházi nyilvántartás nem létezik, az olyan eseményeket, mint születés, halálozás vagy esküvő csak kevés országban tartják nyilván. Emiatt a legtöbb adat csak becslés vagy egy adott trend folytatása – így a demográfiai adatok is, ha a legutóbbi népszámlálás régen történt.

Más indikátorokat a háztartásokban végzett, szűrőpróbaszerű kérdések alapján határoztak meg, majd kivétítették egy ország teljes népességére. Mivel az ilyen felmérések időigényesek és drágák, sok ország-

ban nem ismétlik rendszeresen, vagy hiányos adatokkal szolgálnak.

A számlálásokat és a kérdőívezést gyakran nem kellően képzett emberek végzik. Az adatokat feldolgozó, kezelő vagy gyűjtő személyek szükséges statisztikai tudása sokszor hiányos ahhoz, hogy adatok megfelelő minőségét garantálni tudják.

Míg az oktatási adatok viszonylag megbízhatóak, legalábbis ami a beiskolázási rátákat és az iskola elvégzését illeti, bizonytalanok a népesség egészségi állapotára, pl. HIV / AIDS-rátára vonatkozó adatok. A számok minősége attól is függ, hogy az emberek egyáltalán kapcsolatban állnak-e egészségügyi szakemberrel. A tényleges számok egyrésztől valószínűleg

jóval magasabbak annál, amit a meglévő értékek alapján feltételezünk – például nem minden beteg tud a betegségéről, vagy nem mindig állapítják meg helyesen a halálozások okát. Másrésztől viszont túl magas becslések is szóba jöhetnek, hiszen ezáltal több segély kérhető.

Az említett okok miatt jelen tanulmány eredménye – főként a szegényebb országokban – nem annyira a pontos fejlettségi szintet tükrözi, mint inkább egy biztosra vehető irányzatot. A jövőt tekintve reméljük, hogy az adatgyűjtés és -elemzés egyre fontosabbá válik, mivel következetes megoldási javaslatokat csak szilárd empirikus alapon tervezhetünk meg.

A klaszter: alacsony gyermekszám, magas fejlettség

Ebbe a klaszterbe 13 ország tartozik: Argentína, Chile és Uruguay Dél-Amerikából; Jamaica, Kuba, Trinidad és Tobago a karibi térségből; Hongkong*, Szingapúr, Dél-Korea és Észak-Korea, Srí Lanka és Kína Ázsiából; valamint az afrikai szigetország, Mauritius.

Az egy nőre eső átlagos gyerekszám napjainkban minden országban 2,1 alatt vagy éppen csak felette van. A termékenység 1950 és 1980 között a legtöbb országban igen meredeken esett, általában az egy nőre eső 4-6 gyerek-számról kevesebb mint 3-ra csökkent, és azóta is megmaradt ezen az alacsony szinten, a legtöbb ipari országhoz hasonlóan.

*1997 óta Hongkong, mint különleges közigazgatási terület a Kínai Népköztársasághoz tartozik. Az eltérő történelmi háttér miatt ebben a tanulmányban Kínától függetlenül elemezzük.

Magas fejlettségi szint

E korábbi fejlődő országok háromnegyede magas vagy igen magas értékelést kapott az ENSZ humán fejlesztési indexe alapján. Egyetlen más klaszterben sem értek el ilyen jó helyezést az országok ezen indexek, vagyis a jövedelem, iskolázottság és a várható élettartam tekintetében. Kivételt csak Kína és Srí Lanka képeznek közepes fejlettségükkel. Srí Lankán a hosszú polgárháború visszavetette illetve akadályozta az ország fejlődését. A világ legnépesebb országának, Kínának nehéz ellátnia bő 1,3 milliárd lakosát, ráadásul rendkívüli regionális különbségeket is át kell haladnia. Észak-Koreáról és Kubáról nincsenek adatok. Vessünk egy pillantást a további indikátorokra, hogy megtudjuk, mi jellemzi az A klaszter gazdaságát, oktatását és egészségi állapotát!

Erős gazdaság

Egy hosszabb időszakra visszatekintve megmutatkozik, hogy az úgynevezett ázsiai tigrisállamok, tehát Dél-Korea, Szingapúr és Hongkong gazdasága már az 1970-es években erősen növekedett. Az ázsiai krízis 1998-ban megfékezte a gyarapodást. Ám az országok hamar behozták a lemaradást, olyannyira, hogy ismét 9 %-os éves növekedési rátát értek el. Kína is hatalmas sikereket ünnepel: a népköztársaságban 1990 óta a növekedési ráta átlagosan több mint 10 %-ra rúg – mélyebbről indult ugyan is. Chilében és Mauritiuson viszont természetszerűen valamivel lassabban gyarapszik a gazdaság, mivel mindkét ország már korábban magasabb fejlettségi szintet ért el. Az indiai-óceáni szigetet azonban elérte, hogy gazdasága tovább fejlődjön és turizmusa nyereségessé váljon; Chile 2010 májusában második latin-amerikai államként Mexikó után tagja lett az OECD-nek.²³

Kuba és Észak-Korea különleges szerepet töltenek be ebben a klaszterben, mivel mindkét államot kommunista párt irányítja, amely meghatározza a gazdasági életet is. Tudomásunk szerint ezekben az országokban hiánygazdaság uralkodik.

Az A klaszter országainak kb. $\frac{3}{4}$ -e a közepesen magas vagy a magas jövedelmű országok közé számít. Az államok mégis erősen különböznek az egy főre jutó jövedelem tekintetében: egy szingapúri polgár 2009-ben átlagosan 37 220 dollárt keresett egy évben, megközelítőleg annyit, mint egy japán, míg Srí Lanka lakosainak átlagosan csak 1 990 dollár jövedelmük volt. A Gini-együttható szerint, amely a jövedelmek közötti egyenlőtlen eloszlást számolja, a szegények és gazdagok közötti szakadék elsősorban Dél-Amerikában nagy. Különlegesen nagy szegénység uralkodik még Kínában és Srí Lankán, ahol a népesség mintegy 15 %-ának kell megélnie kevesebb, mint napi 1,25 dollárból. A klaszter más országaiban – a rendelkezésre álló adatok alapján – ez a sors a népesség kevesebb mint 2 %-át sújtja.

Nagy sikerek az oktatásban

Az elmúlt negyven évben az A klaszter országai szép sikereket értek el az oktatás területén: mindenhol csökkent azok száma, akik soha nem jártak, vagy csak általános iskolába jártak – azok száma pedig, akik középiskolában vagy egyetemen tanultak, folyamatosan emelkedik. Így időközben minden vizsgált országban – egyedül Észak-Koreáról, Jamaicáról, Trinidadról és Tobagóról nincsenek adataink – a 20-64 évesek legalább 91 %-a járt bizonyos ideig általános iskolába. Az ilyen korú népesség 62-94 %-a az általános iskola után is képezte magát. Szingapúrban

és Dél-Korában él a legtöbb diplomás, a lakosság több mint 30 %-a. A klaszter ezen országaiiban a nők általában ugyanolyan jól képzettek, mint a férfiak.

Egészséges népesség

A magas fejlettségi szint az egészség területén is megmutatkozik. Az átlagos várható élettartam folyamatosan emelkedik, és Észak-Korea, Trinidad és Tobago kivételével minden országban 70 év felett van. Bár a tuberkulózis (tbc) még mindenütt előfordul, de a megbetegedés kockázata többnyire alacsony. Kelet-Ázsiában és Srí Lankán gyakoribb a betegség, mint a latin-amerikai államokban. A többi klaszter országaival összevetve a betegek száma azonban ott is alacsony, 100 000 lakosból kevesebb mint százán betegednek meg. Csak Észak-Koreában magasabb a számuk, 300 beteget jegyeznek. A HIV/AIDS-járvány alig jelent akadályt a klaszter országainak fejlődésében: a népesség kevesebb, mint 2 %-a fertőzött.

Garantált egészségügyi segítség a szülésnél

Bár nem minden ország reprodukcióval egészséggel kapcsolatos adatai állnak rendelkezésre – a magasban fejlett

városállamok, Hongkong és Szingapúr adatai sem – kiindulhatunk abból, hogy az ellátásban alig akad hiány. Az 1980-as évek közepe óta 1000 újszülöttről általában 30 vagy kevesebb hal meg egyéves kora előtt. Az anyai halandóság viszonylag alacsony a 100 000 szülő nőre vetített 9-89 halálessel. Az egyetlen kivétel Észak-Korea, ahol az egészségügyi ellátás más területei is kívánnivalót hagynak maguk után, emiatt 100 000 szülés alatt 250 kismama hal meg. Majdnem minden terhes kismamát legalább egyszer egészségügyi ellátásban részesítenek és a szülésnél szakképzett személy segít.

A nők és férfiak nagymértékben egyenlők

A nők és férfiak közötti egyenjogúság az A klaszter országaiiban jól rendezett. Az ENSZ fejlesztési programjának nemekre vonatkozó fejlődési indexe alapján, amely a nők egyenjogúságát mutatja meg a gazdaság, oktatás és egészségügy területén, a klaszter országai nemzetközi viszonylatban kimagasló eredményeket érnek el. Leginkább Hongkong jeleskedik, amely a nemzetközi rangsorban a nyugat-európai Görögország és Ausztria között található.

A nők hat országban (Argentínában, Uruguayban, Szingapúrban, Dél-Koreában, Hongkongban és Kínában) rendelkeznek törvény szerint ugyanazokkal a jogokkal, mint a férfiak, ami a nyilvános és magán eseményeken való részvételt és együttműködést illeti. Ezekben az országokban a nőknek ugyanolyan tulajdonjogaik is vannak, mint a férfiaknak. Ez azt jelenti, hogy a férfakkal azonos mértékben birtokolhatnak földet vagy anyagi javakat, rendelkezhetnek ezek fölött, vagy örökölhetnek. Chilében, Jamaicán és Srí Lankán a tulajdonlás és a kapcsolattartás szempontjából a nők hátrányos helyzetűek – a fennmaradó négy országról nincsenek adataink.

Annál jobb sorsa van a nőknek, minél kevesebb gyerekük van

A nemekre vonatkozó fejlődési index mutatja, milyen mértékben részesülnek ugyanabban a bánásmódban a nők, mint a férfiak a gazdaság, oktatás és az egészség területén. Ahol a nőket ritkábban részesítik hátrányos megkülönböztetésben a férfiakhoz képest – az A és B klaszter országaiiban –, ott a születési ráta alacsony. Megfordítva: ha a nők akadályozottak önálló életük kiépítésében, a születésszám ennek megfelelően megugrik. Minél magasabb a GDI, annál nagyobb a férfiak és nők közötti esélyegyenlőség.

Az országok száma klaszterek szerint a nemekre vonatkozó fejlődési index (GDI) szerinti helyezés alapján 2007-ben, a rendelkezésre álló adatok alapján. (Adatforrás: UNDP²⁴)

	A klaszter	B klaszter	C klaszter	D klaszter
Nagyon magas GDI ($\geq 0,900$)	2	0	0	0
Magas GDI (0,899 – 0,800)	5	10	4	0
Közepes GDI (0,799 – 0,500)	4	13	24	5
Alacsony GDI ($< 0,500$)	0	0	2	21

Politikai stabilitás

Az A klaszter legtöbb országa politikai szempontból nagymértékben stabil. Srí Lanka és Észak-Korea azonban az eladósodott országok között van: a hermetikusan elzárt Észak-Korea a 19., míg Srí Lanka a 25. helyen áll. A polgárháború 2009. májusi befejezése óta a fennmaradó emberi jogi problémák ellenére a helyzet stabilizálódott: az előző évi index alapján a szigetország még a gyengébb, 22. helyet foglalta el.

Az országok politikai jogait és a polgári szabadságot tekintve az A klaszterből csupán Kínát, Kubát és Észak-Koreát sorolta a a Freedom House szervezet a „nem szabad” országok közé. A Kínához tartozó Hongkongról nem áll rendelkezésre adat. A Transparency International civil szervezet szerint az országok felében komoly probléma a korrupció. Viszont a klaszterhez tartozó Szingapúr a világ egyik legkevésbé korrump országa Új-Zéland és Dánia mellett.

Jó versenyképesség

Az A klaszter országaiban a gazdasági feltételek viszonylag jók. Mindenesetre feltűnő, hogy csupán három állam – Kína, Argentína, valamint Trinidad és Tobago – rendelkezik kőolajjal. Ugyanakkor minden országnak van hozzájárulása tengerparthoz, ami az áruk olcsó szállítása szempontjából kedvező.

A globális versenyképesség indexe többek között értékeli a jogi szabályozást, a meglévő infrastruktúrát, a munkaerőpiacot, a népesség képzettségét, valamint a pénzügyi piacot és a technikai fejlődést. Szingapúr a 3. helyet foglalja el a 139 ország között. Hongkong, Dél-Korea, Kína és Chile is a ranglétra felső harmadában található. A fennmaradó 6 ország kicsivel rosszabbul teljesít – ez főképp Jamaicára érvényes, ahol elsősorban a bűnözés, a gazdaságtalan közigazgatás és a korrupció hátráltatja a gazdaságot. Kubáról és Észak-Koreáról nincsenek adatok, ám a szocialista központi kormányzás miatt mindkét országot nagymértékben kiszorult a világpiacon.

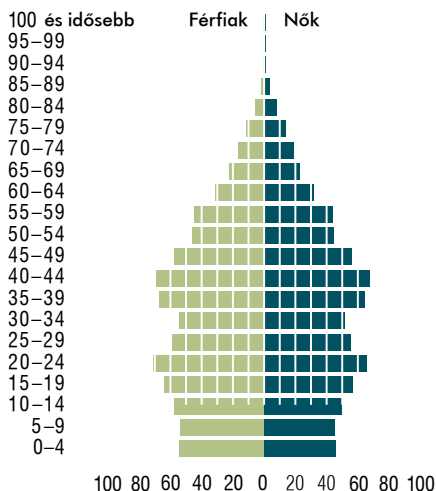
A klaszter ipari és szolgáltató társadalmának életében a mezőgazdaság már nem játszik jelentős szerepet. Részesedése Kínában és Sri Lankán a legmagasabb, a bruttó hazai összterméknek több mint 10 %-a, Észak-Korea, Szingapúr és Hongkong adatai hiányoznak. Mivel a gazdasági élet elsősorban a városban zajlik, a városiasodás mértéke szolgál információkkal arról, hogy a népesség hány százaléka él a piacok és a potenciális gyári munkaadók közelében. Hongkong és Szingapúr városállamai mellett Argentínában és Uruguayban a legmagasabb ez az arány: 90 % fölötti. Trinidad, Tobago és Sri Lanka lakossága a csoport többi országával ellentétben még vidéken él. Itt csak minden hetedik ember él városban.

A demográfiaileg kedvező lehetőségek egyre fogyatkoznak

Amint a pozitív fejlődés mutatja, az A klaszter országai nyilvánvalóan tudták, hogyan használják ki a demográfiai bónuszt. A klaszter demográfiai kiindulási helyzete jelenleg még mindig kedvező. A népesség 63-76 százaléka 15-64 év közötti keresőképes ember, és legalább elméletileg a társadalom produktív részéhez tartoznak. Azonban már nem sokáig marad fenn ez a pozitív arány, mivel ezen emberek közül sokan 40 éves kor felett járnak, ezzel túl vannak dolgozó életük felén. A 64 év feletti aránya időközben 7-14 százalék közé emelkedett, olyan magasra, mint semelyik más klaszterben sem. Számuk a legtöbb országban már több mint 30 éve fokozatosan növekszik. Tehát nem sok idő maradt a demográfiai osztalék kihasználására, mivel ez a kedvező időszak hamarosan lezárul. Ezzel kapcsoltan a tigrisállamoknak, azaz Hongkongnak, Szingapúrnak és Dél-Koreának, valamint egyre inkább Kínának is a következő problémával kell szembenéznie: ezekben az országokban alig élnek fiatalok, akik az össznépeség elöregedését megállíthatnák. Hongkongban például a lakosoknak csak 11,5 százaléka 15 év alatti. Ez olyan kevés, mint sehol másutt a világon. Latin-Amerika országai és Srí Lanka ezzel szemben lassabban öregszik. Jelenleg a népesség több mint 20 százaléka 15 évesnél fiatalabb. Összességében az A klaszter országai számára kihívást jelent, hogy a jövőben az erős idősödés mellett is tartani tudják magas fejlettségi szintjüket.

Az idősödés útján

Az A klaszterben a keresőképes korúak vannak többségben, ez nagy gazdasági erőt jelent országuknak. Mivel az adatok szerint még kevés a nyugdíjas és tovább csökken a gyerekszám, a demográfiai-lag kedvező időszak még tart. Az ipari országokhoz hasonlóan azonban fel kell készülniük a népesség hirtelen elöregedésével járó csökkenő számú keresőképes lakosságra.



Az adott korosztályhoz tartozó személyek száma millió főben, a klaszter összes országában 2010-ben (Adatforrás: ENSZ^o)

SZINGAPÚR PÉLDÁJA

Fordulat a népességpolitikában

Szingapúr városállam 4,8 millió lakost számlál, ezzel lakosainak száma 1950 óta csaknem ötszörösére nőtt. Akkoriban a nők átlagosan 6,4 gyermeket hoztak világra. De már az 1970-es évek közepén 2,1 asszonyonkénti gyermekszámot ért el a reprodukciós szint. Szingapúr ezzel a demográfiai átmenet folyamatát jelentősen lerövidítette. A halálzási ráták gyorsan és erősen csökkentek, a várható élettartam jelenleg 81 év – az időközben elsőosztályúvá vált egészségügyi ellátás miatt is. A halálzás csökkenéséhez csatlakozó, szokatlanul gyors termékenységcsökkenést elsősorban két tényező segítette elő: a kormány családtervezési programja, valamint az oktatáspolitikai sikerek.

Jelenleg az egy nőre jutó átlagos termékenység 1,27 gyermek, ez még a németországi értéknél is alacsonyabb. A kormány az 1980-as évek óta születést támogató politikát folytat, de hiába próbálja ellensúlyozni ezt a tendenciát. A régi szlogent: „Hagyjátok abba kettőnél!” újraírták: „Legyen 3 vagy több, ha bírjátok!”, és a nagycsaládosok támogatására adókedvez-

ményt vezettek be.²⁵ Hogy Szingapúr népessége az alacsony termékenység ellenére nő, a bevándorlásnak köszönhető: az ENSZ becslései alapján csak 2010-ben 76 000-en települtek be.^o A legtöbb ázsiai bevándorló szemében Szingapúr vonzó cél, mert a városállam több szomszédos országot megelőzött a nemzetközi rangsorban. Például az ENSZ humán fejlettségi index esetén Szingapúr 169 állam közül a 27. helyet foglalja el. A globális versenyképesség indexén Szingapúr a harmadik, közvetlenül Svájc és Svédország mögött. Am az oktatáspolitikában is úttörő szerepet játszik az ország. A Pisa-felmérésben 2009-ben Szingapúr az 5. helyen végzett Shanghai, Dél-Korea, Finnország és Hongkong mögött.²⁶ Az akadémiai irányultságú oktatási rendszerben a 20-64 év közötti népesség 33 %-a szerzett felsőfokú végzettséget.

A demográfiai kihívást az idősödő és igen idős emberek számának növekedése jelenti. 2050-re a lakosok harmada 65 év feletti lehet. Ha az ország a továbbiakban is ennyire intenzíven fejleszti az oktatást, és bevándorlókat vonz a környező országokból, akkor az elért fejlettségi szint tartható marad az elöregedés ellenére is.

B klaszter: kevés gyerek, középmagas fejlettségi szint

A B klaszterhez 25 ország tartozik, közülük számosan az amerikai kontinensről valók: Brazília, Costa Rica, Dominikai Köztársaság, Ecuador, El Salvador, Kolumbia, Mexikó, Panama, Peru és Venezuela. Ezen kívül nyolc ázsiai ország: India, Indonézia, Malajzia, Mianmar, Thaiföld, a Fülöp-szigetek, Mongólia és Vietnám; három arab állam: Kuvait, Libanon, az Egyesült Arab Emírségek; valamint Törökország is ide tartozik. Afrikából csupán három ország került ebbe a klaszterbe: Dél-Afrika, Marokkó és Tunézia.

A B klaszterre az átlagosan egy nőre jutó 2,3 gyerek termékenységi ráta jellemző, ez kevéssel az egyszerű reprodukciós szint fölött van, így nem sokkal magasabb, mint az A klaszterben. Értéke a thaiföldi 1,8 gyerek és a fülöp-szigeteki 3 gyerek között mozog. Az A klasztertől eltérően itt 1950-ben négy gyerekkel volt magasabb a szaporodási ráta és lassabban csökkent.

Az országok száma klaszterenként az 1 főre eső jövedelem kategóriáinak megfelelően a Világbank szerint 2009-ben, a rendelkezésre álló adatok alapján (Adatforrás: World Bank²⁸⁾)

	A klaszter	B klaszter	C klaszter	D klaszter
Magas jövedelem: 12.195 USA dollár / fő felett	4	0	1	0
Középmagas jövedelem: 3.946 és 12.195 USA dollár / fő között	5	13	7	0
Közepesen alacsony jövedelem: 996 és 3.945 USA dollár / fő között	2	9	15	5
Alacsony jövedelem: kevesebb mint 996 USA dollár / fő	0	0	9	22

Középmagas fejlettségi szint

A 25 állam közül Brazília, India, Mexikó és Dél-Afrika tartozik a feltörekvő országok közé, továbbá a sikeres tigrisállamok második generációja: Indonézia, Malajzia, Thaiföld és a Fülöp-szigetek. Tíz ország áll közepes fejlettségi szinten, az országok fele pedig magasan fejlettnek számít. Csak Mianmar sorolható az alacsony fejlettségű országok közé, Libanonról pedig nem állnak rendelkezésre adatok. Ezért a B klaszter országai a humán fejlettségi index alapján megállapított fejlettségi szint alapján az A klaszter országai mögött vannak.

Vegyes gazdasági mérleg

A B klaszter országainak gazdasági teljesítménye vegyes képet mutat. Míg kb. az országok felében a 2008-as gazdasági válság utáni évben gazdasági visszaesés volt, a másik felében növekedést értek el. A legerősebb 9 százalékos növekedés Indiában és Libanonban volt. Kuvaitról és Mianmarról nem állnak rendelkezésre adatok. Az egy főre eső jövedelem a B klaszter országaiban szélesebb skálán mozog, mint az A klaszterben, azonban a legtöbb országban kb. 10 éve jelentősen növekszik. A Világbank szerint kilenc állam esik a közepesen alacsony jövedelem kategóriájába, 13 a közepesen magas jövede-

lem kategóriájába és egyetlen ország sem sorolható a magas ill. alacsony jövedelmek kategóriájába – habár Kuvaitról, az Egyesült Arab Emírségekről és Mianmarról nem állnak rendelkezésre aktuális adatok. A 2009-es évben Venezuela lakosainak évi kb. 10.000 USD/fő jövedelme számít a legmagasabbnak. A klaszter skálájának másik végén a vietnámi átlagosan éves 1.000 USD/fő áll. Az egy főre jutó jövedelem szempontjából így a világ legszegényebb 25 százalékához tartoznak. A Gini-együttható szerint főleg Dél-Afrikában és a latin-amerikai országokban oszlik el nagyon egyenlőtlenül a jövedelem. Dél-Afrika népessége 26 százalékának kevesebb, mint napi 1,25 USD-ből kell gazdálkodnia, ami valószínűleg elsősorban a feltörekvő országokhoz képest magas munkanélküliséggel ma-

Különbségek a klaszterekben az egy főre eső jövedelem alapján

A tendencia szerint azokban az országokban magasabb az egy főre eső jövedelem, ahol alacsonyak a születési ráták. Így az A és B klaszter legtöbb országában magas ill. közepesen magas az egy főre jutó jövedelem. A C és D klaszter országaiban, ahol a termékenység kevésbé, vagy egyáltalán nem csökkent, az egy főre jutó éves jövedelem rendszerint kevesebb, mint 4.000 USD. Kivételt képeznek a gazdag „olajállamok”. A C klaszterben a magas jövedelmet Szauz-Arábia lakosai érik el.

gyarázható.²⁷ A szegénység aránya csak Indiában és Indonéziában magasabb. A klaszter legtöbb országában azonban a szegénység jelentősen kisebb szerepet játszik. Így azok aránya, akik kevesebb, mint napi 1,25 USD-ből élnek Mexikóban csak négy százalékot, Braziliában pedig csupán öt százalékot tesz ki. Mianmarról, Kuvaitról, az Egyesült Arab Emírségekről és Libanonról nincsenek adatok.

Nagy előrelépések az oktatásban

Az A klaszterhez hasonlóan az országok itt is előrelépéseket tettek az oktatás területén. A 20 és 64 év közötti iskolai végzettséggel nem rendelkező emberek aránya az ezredfordulóig jelentősen csökkent, és most már a legtöbb országban egy relatív alacsony 10 százalékos szinten van, azonban India és Marokkó kivételt képeznek: itt a 20 és 64 év közötti népesség 35 százaléka sosem járt iskolába. A klaszteren belül az utóbbi 40 évben nőtt azoknak az aránya, akik az általános iskola után további képzésekben részesültek. Thaiföldtől és Marokkótól eltekintve minden országban – ahol van erre adat – a népesség legalább 30 százaléka járt felsőbb iskolába, sőt Malajziában és Mongóliában ez az arány 60 százalék vagy annál több. Az iskolai oktatás minősége azonban néhány országban, mint pl. Dél-Afrikában még sok kívánnivalót hagy maga után.²⁹

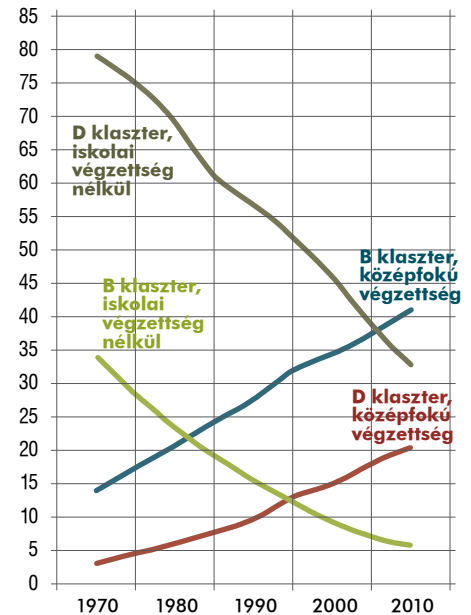
Különösen sikeresek – főleg a felsőoktatás terén – a Fülöp-szigetek, Mongólia és néhány közép-amerikai ország. Ezekben a helyeken a 20 és 64 év közötti korosztályból időközben több nő szerzett egyetemi diplomát, mint férfi. A férfi dominanciájú társadalmakban viszont – mint Tunézia, Marokkó, India és Törökország – jelentős a nők negatív megkülönböztetése az oktatásban.

Oktatási eredmények a különböző szinteken

A B és D klaszter országában jelentősen csökkent a képzettség nélküliek aránya, miközben a felsőbb iskolákban tanulók aránya egyenletesen növekszik. A B klaszterben most már majdnem minden gyereknek van esélye tanulni, és sok országban a 20 és 64 év közötti lakosok több mint 40 százaléka legalább egy felsőbb iskolát is végzett. A D klaszterben ezzel szemben – főként a magas népességnövekedés – megnehezíti az egész országra kiterjedő képzési eredmények elérését, és így a képzettség nélküliek száma sokkal magasabb. Ezen felül a D klaszter majdnem minden országában az emberek kevesebb, mint a fele rendelkezik középfokú iskolai képzettséggel.

Jó orvosi ellátás

A B klaszterben a lakosság egészségügyi állapota viszonylag jó. Az A klaszterhez hasonlóan a várható átlagos élettartam a legtöbb államban 70 év felett van. Kivételt képez Dél-Afrika, Mianmar, India, Mongólia és Thaiföld. Dél-Afrikában a várható átlagos élettartam a közelmúltban a magas HIV/AIDS ráta miatt néha még csökkent is és így csak 52 év. A népesség 18 százaléka fertőzött, ami az egyik legmagasabb arány világszerte. Ennek megfelelően a tuberkulózisos megbetegedések száma is magas – 100.000 lakosból 970 körüli a megbetegedések száma, mert a HIV/AIDS gyengíti az immunrendszert, így további fertőző betegségek elterjedését segíti elő. Ennek ellenére a klaszter más országában a HIV/AIDS járvány az emberek csupán csekély részét érinti és tuberkulózis is ritkán fordul elő, csupán még néhány ázsiai országban.



Az iskolai végzettséggel nem rendelkező ill. középfokú iskolát végzett 20 és 64 év közöttiek aránya korosztályonként és klaszterenként, a klaszterek átlagértéke százalékban (Adatforrás: IIASA³⁰)

A szülések túlnyomó részben képzett egészségügyi asszisztenciával zajlanak

A reprodukív egészségügyi szolgáltatásokkal való ellátás a B klaszter egyes országainak nehézséget okoz, de összességében sokkal jobb a helyzet, amint a C és D klaszterekben. Így a csecsemőhalandóság a legtöbb országban nem lépi túl az 1000 születésenkénti 20 halálesetet. Az anyai halandóság tekintetében pedig a 100.000 szülésre eső 100 haláleset sok esetben az A klaszter országaihoz hasonlóan alacsony. Csúpan Dél-Afrikában, Mianmarban, Indonéziában és Indiában jelentősen magasabb, ahol 200 halále-

set történik 100.000 szülésenként. A 25 országból 20-ban a leendő anyák több mint 80 százaléka részesül legalább egyszer a terhesség alatt egészségügyi ellátásban és a szülések több mint 80 százaléka szakszerűen el van látva. Jelentős problémák vannak azonban Indiában, ahol szülés esetén a nők 47 százaléka nem számíthat szakképzett segítségre.

Különbségek az esélyegyenlőségben

Az országok több mint egyharmadának – főleg latin-amerikai államok – nemekre vonatkozó fejlődési mutatói magasak. A fennmaradó országok értékei nemzetközi összehasonlításban a középmezőnyben mozognak. A klaszter sereghajtói jelentősen alacsonyabb értékekkel India, Marokkó és Dél-Afrika. Ecuadorról és Mianmarról nem állnak rendelkezésre adatok.

Jogi vonatkozásban a klaszter legtöbb országában a nők és a férfiak egyenlők. Ugyanolyan tulajdonjogok biztosítottak a nők számára, a hivatalokkal és a privát szervezetekkel ugyanolyan egyszerűen kapcsolatba tudnak lépni és egyeztetni, mint a férfiak. Kivételt képeznek az arab államok, továbbá Malajzia, Indonézia és a Fülöp-szigetek.

Vegyes politikai eredmények

A klaszter országainak politikai keretfeltételei különbözőek: egyfelől az összeomlott államok mutatója szerint az A klaszterhez hasonlóan csak két törékeny ország tartozik ide, Mianmar és Libanon. Másrészt azonban csak Costa Rica, Panama és az Egyesült Arab Emírségek számítanak némiképp politikailag stabilnak. A többi 20 ország állami működőképességében veszélyeztetett. A Freedom House szerint ugyanúgy, mint az A klaszterben az országok többsége politikailag szabad ill. részben szabad. Problémát jelent azonban a klaszter legtöbb országában a korrupció, az országok közül a legkisebb mértékben Costa Ricában és az Egyesült Arab Emírségekben.

A versenyképesség széles skálán mozog

A gazdasági keretfeltételek is vegyesek a klaszter államaiban. A külkereskedelemre kedvező hatással van, hogy Mongólián kívül minden országnak van óceáni kikötője. Az országok több mint a fele kőolajat termel ki. A napi kétmillió hordó feletti mennyiséggel Mexikó, az Egyesült Arab Emírségek, Kuvait, Venezuela és Brazília termeli ki a legtöbb kőolajat. A legjobb politikai és intézményes feltételei a nemzetközi versenyre az ázsiai tigrisállamok második generációjának – Malajzia, Thaiföld és Indonézia – valamint Tunéziának, Kuvaitnak és az Egyesült Arab Emírségeknek van. Ezek az országok a globális versenyképesség mutatója szerinti rangsor felső harmadában foglalnak helyet. Ezzel szemben nagyobb deficitel rendelkezik Ecuador, a Dominikai Köztársaság és Mongólia, amely államokban főleg a korrupció és egy nem megfelelően működő bürokrácia gátolja

a nemzetközi versenyképességet. A katonai ellenőrzés alatt álló Mianmarról nem állnak rendelkezésre adatok.

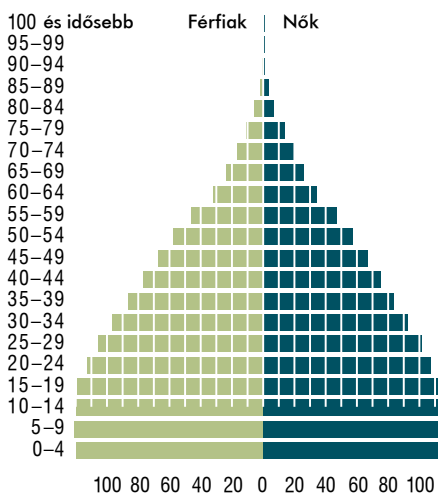
A mezőgazdaság ebben a klaszterben is csak egy csekély részét teszi ki a bruttó hazai összterméknek (GNP). 21 ország rendelkezésre álló adatai alapján ez az arány 20 százalék fölötti értékkel Vietnámban és Mongóliában a legmagasabb. Vietnámon, Indián, Mianmarron és Thaiföldön kívül legalább a népesség fele városokban él. Különösen a kis területű Kuvaitra jellemző 98 százalékos rátával a városiasodás.

A demográfiai ablak nyitva áll

A B klaszter országainak jó fejlődési lehetőségei vannak, mert a kedvező időszak küszöbén állnak, amikor a demográfiai bónusz kihasználható. Az 1970-es évek óta folyamatosan nő a keresőképesek aránya, miközben a 15 év alattiak aránya csökken, és ma többnyire 30 százalék alatt van. Az Öböl-országokban – Kuvait és az Egyesült Arab Emírségek – a népesség különösen nagy része, 74 ill. 80 százaléka van keresőképes korban. Azonban az A klaszterhez hasonlóan a jövőben ez a kedvező korszerkezet megváltozhat, ha a keresőképeseek viszonylag nagy népességcsoportja idősödik. Sok országban már 2015-től a 64 év fölöttiek száma jelentősen növekedni fog. Ez az arány ma az Egyesült Arab Emírségek 1 százaléka és Thaiföld majdnem 8 százaléka között mozog. Ezért az A klaszter után ebben a klaszterben a második legidősebb a népesség.

Előnyös korszerkezet

A B klaszter népessége számára ideálisak a feltételek a demográfiai bónusz kihasználására: még alig van nyugdíjas és már nem sürgetik a munkaerőpiacot a leendő korosztályok egyre népesebb tömegei. Ha az országok a nagy létszámú keresőképes népességnek elegendő munkahelyet tudnak biztosítani, akkor nem áll semmi a pozitív, dinamikus gazdasági fejlődés útjába.



Az egyes korosztályokba tartozó személyek száma a klaszter minden országában, millióban megadva 2010-ben
(Adatforrás: ENSZ^o)

MEXIKÓ PÉLDÁJA

Vidéki szegénység magas gazdasági teljesítmény mellett

A feltörekvő ország, Mexikó gazdasági teljesítménye a közel 875 milliárd USD bruttó hazai össztermékkel (GDP) Latin-Amerikában Brazília után a legerősebb. Ezzel Mexikó a világ 15 legnagyobb nemzetgazdasága közé sorolható a bruttó hazai összterméket (GDP) figyelembe véve.³¹ OECD-tagországgként a világ hetedik legnagyobb kőolajtermelője³² és a 20 legnagyobb import-export nemzet közé tartozik.³³ Ugyanakkor az összes export 80 százaléka az USA-ba megy, ezért Mexikó gazdasági jóléte a nagy szomszédtól függ. A gazdasági válság erősen visszavetette a gazdasági növekedést, de azóta az ország már ismét megerősödött.³⁴

A 110 millió mexikói kb. 65 százaléka keresőképes korban van. A 20 és 64 év közöttiek csupán 6 százaléka képzettség nélküli, valamint 40 százalékuk rendelkezik középiskolai végzettséggel. Mexikónak ezért nagy esélye van a demográfiai bónuszból hasznot húzni. Habár a szükséges gazdasági és politikai reformokra nem marad korlátlanul sok idő, mert 2035-re a keresőképes népesség aránya csökkenhet, míg az idősek aránya addigra megduplázódhat. Az egyik legnagyobb kihívás abban rejlik, hogy a nagyszámú szegény

népességet a gazdaságba integrálják. Bár az egy főre eső jövedelem az elmúlt 10 évben megduplázódott, ebből a fellendülésből nem profitált az egész népesség. A jövedelem nagyon egyenlőtlenül oszlik el: bár a mexikóiak csupán 4 százaléka él kevesebb, mint napi 1,25 USD-ból, a lakosság 47 százaléka szegénynek számít a nemzeti szegénység definíciója alapján, amit egy ország hivatalai a nemzeti adottságok alapján határoznak meg.³⁵ Mexikóban a vidéki népesség esetén - az össznépesség majdnem negyede - a legnagyobb a szegénység kockázata, az itt élő népességnek több mint a fele szegény.³⁶

Az Oportunidades fejlesztési programmal, amiből közel 5 millió háztartás profitál, a mexikói kormány már ambiciózus és részben igen sikeres erőfeszítéseket tett a szegénység visszaszorítására. A rászoruló családok segélyt kapnak, amennyiben teljesítenek bizonyos feltételeket, mint pl. a gyerekek rendszeres iskolába járatása.³⁷ Amennyiben a kormány a demográfiai fejlődést használni és sikeresen alakítani akarja, a szegénység elleni küzdelemben fenntartható eredményeket kell elérnie. Többet kell tennie az egyenlőtlen jövedelem-eloszlás ellen, és a szerkezeti veszélyeken - mint a drokartellek fenyegető hatalma - úrrá kell lennie.

C klaszter: Csökkenő gyermekszám, közepesen fejlett állapot

35 ország követi a C klaszterre jellemző termékenység alakulását. Ezek közül az észak-afrikai államok: Egyiptom, Algéria és Líbia; az ázsiai államok: Banglades, Kambodzsa, Laosz, Nepál, Pakisztán és Pápua Új-Guinea; az arab országok: Irán, Irak, Jordánia, Katar, Omán, Szaúd-Arábia és Szíria; valamint latin-amerikai országok: Bolívia, Haiti, Honduras, Guatemala, Nicaragua és Paraguay. Szubszaharai Afrika ide tartozó államai: Botswana, Gabon, Ghána, Kamerun, Kongói Köztársaság, Lesotho, Mauritánia, Namíbia, Sierra Leone, Zimbabwe, Szudán*, Sváziföld, valamint a Közép-afrikai Köztársaság.

A C klaszterben az egy nőre eső átlagos gyermekszám közel 3. A legtöbb gyermek – 5 gyermek asszonyonként – Sierra Leonében jön világra. Csak az Iráni Köztársaság átlagos gyermekszáma csökkent 2,1 alá, amihez a nemzeti családtervezési program nagyban hozzájárult.³⁸ A klaszter átlagos termékenységi rátája – 6 gyermek – 1950-ben a B klaszteréhez hasonlóan magas volt, de csak az 1980-as évek vége óta csökken, azaz megközelítőleg 10 évvel később, mint a B klaszterben. 2000 óta pedig már csak lassan csökken.

*Bár a Dél-szudáni Köztársaság 2011. 07. 09. óta független állam, értékelése Szudánnal összevonva történik, mivel az adatok a vizsgált időszakban csak az egykori teljes államterületre vonatkozólag állnak rendelkezésre.

Közepesen fejlett állapot

A C klaszter országainak fejlettségi szintje viszonylag széles spektrumot ölel fel. Az olajtermelő, arab országok, Katar, Líbia, Szaúd-Arábia, Irán, Algéria, de Jordánia is az ENSZ humán fejlettségi indexe szerint magas, illetve nagyon magas fejlettségi szinten van, a szegényebb ázsiai országok, Banglades, Nepál és Pápua Új-Guinea, valamint sok afrikai ország és Haiti viszont alacsony szinten. A latin-amerikai országok fejlettségi szintje a kettő között van. Összesen 15 állam számít közepesen fejlettnak. Ez azt jelenti, hogy a gazdaság, az oktatás és az egészségügy területén csak mérsékelten teljesítenek. A háború sújtotta Irak és Omán az indexen nincs értékelve.

Szórványos gazdasági eredmények

A legnagyobb gazdasági növekedéssel Katar rendelkezik, közel 9 százalékkal. A klaszter alján a pénzügyi válság által különösen sújtott latin-amerikai országok találhatóak, negatív növekedési rátával. A Világbank adatai alapján 15 országban közepesen alacsony az egy főre jutó átlagjövedelem, 9 országban pedig kevesebb, mint 1.000 USA dollár. Hét országban – köztük a gyémántexportáló Botswanában és Namíbiában – közepesen magas az átlagjövedelem. A legmagasabb, 17.000 USA dollár éves átlagjövedelem Szaúd-Arábiában van, körülbelül annyi, mint a Cseh Köztársaságban. A klaszter sereghajtói Zimbabwe és Sierra Leone évi 400 USA dollár egy lakosra jutó jövedelemmel. Katarra, Ománra és Haitire vonatkozólag nincs adat. A Gini-együttható, ami a lakosságon belüli egyenlőtlen jövedelemelosztás mértékét méri, Afrika déli országaiban és Latin-Amerikában különösen magas. Sváziföldön, a Közép-afrikai Köztársaságban, Nepál-

ban, Haitin, a Kongói Köztársaságban és Sierra Leonén a lakosok több mint felének 1,23 USA dollárból kell naponta megélnie.

Nagy különbségek az oktatásban

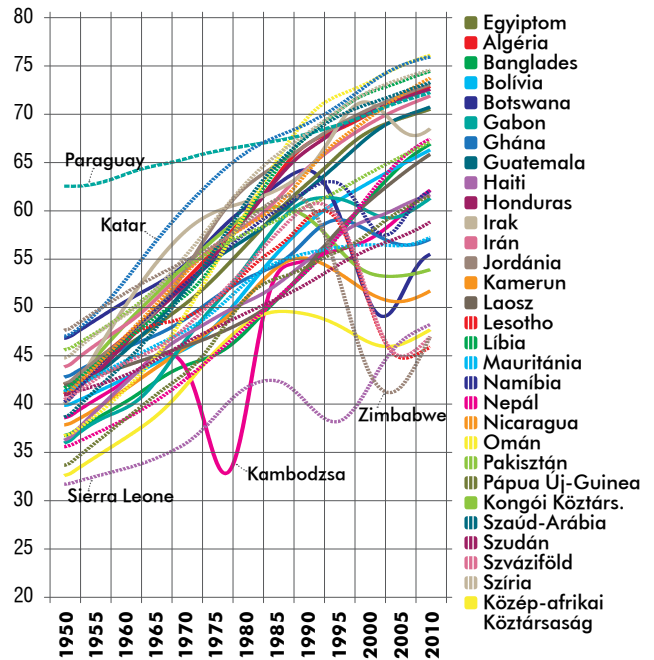
Az utolsó 40 évben a C klaszterben is csökkent az iskolai végzettséggel nem rendelkezők aránya, miközben az alapfokú iskolát követő képzést végzők aránya emelkedett. Részleteiben azonban nagy különbségek vannak az egyes országok között. Így például Bolíviában és Egyiptomban a 20 és 64 éves kor közötti lakosság 20 százalékának van főiskolai végzettsége. Viszont a Namíbiában élők háromnegyedének az általános iskolával véget ér az oktatás, de legalább a népességnek ez a korosztálya kivétel nélkül részesült belőle és egy minimális alapfokú képzettséggel rendelkezik. Oktatás szempontjából Sierra Leonében a legrosszabb a helyzet, ahol a 20 és 64 év közöttiek 63 százaléka sohasem járt iskolába. Pakisztánban, Algériában és Nepálban a nők különösen hátrányos helyzetben vannak az oktatás terén.

Az egészségügyi ellátás hiányosságai

Az erős lemaradás az egészségügyi szektorban is látható. Míg a várható életkor a klaszter 13 országában 70 év fölött van, és ezzel olyan magas, mint az A és B klaszter legtöbb országában, öt államban az átlagéletkor még az ötven évet sem éri el. Az alacsony várható életkor Sváziföldön, Lesothóban, Zimbabweben, a Közép-afrikai Köztársaságban és Sierra Leonében a magas HIV/AIDS aránnyal függ össze. A több mint 20 százalék HIV/AIDS fertőzött arány Sváziföldön, Lesothóban és Botswanában a legmagasabb a világon. Mivel a betegség Afrika déli részén olyan mértéket ért el, mint sehol máshol, és a legtöbb ország a C klaszterben található, a HIV/AIDS itt nagyobb problémát jelent, mint a többi klaszterben. A tuberkulózis elsősorban a HIV/AIDS betegséggel együtt lép fel, tehát szintén Afrika déli részén. De a dél-ázsiai országokban is a 100.000 lakosra jutó 100 és 400 közötti TBC-s betegek aránya viszonylag magas, ami a hiányos orvosi ellátásra és nem kielégítő higiénia utal. Az arab államokban viszont a betegség alig terjedt el.

A várható átlagos élettartam növekszik – de nem mindenhol

Míg a C klaszter legtöbb országában – mint ahogy egyébként szinte mindenütt a világon – a várható átlagos élettartam a fejlődés során növekszik, addig Afrika déli országaiban – mindenképp Zimbabweben, Lesothóban, Botswanában és Sváziföldön az utóbbi tíz évben jelentősen visszaesett. Ennek fő oka a HIV/AIDS terjedése. A fertőzötteknek gyakran nem jut elég gyógyszer, ezért a megbetegedett emberek hamar meghalnak. A várható átlagos élettartam visszaesése a 70-es években Kambodzsában az ország történelmével kapcsolódik össze: mindössze négy év alatt több mint egy millió lakos esett a Vörös Khmer rémuralom áldozatává – az akkori népesség 21 százaléka.³⁹



A születéskor várható átlagos élettartam (Adatforrás: ENSZ⁹)

A reproduktív egészség akadályai

A reproduktív egészségügyi ellátás terén a klaszter heterogén arculata tovább folytatódik. Bár a csecsemőhalandóság az 1950-es évek óta csaknem minden államban folyamatosan csökken, az arány mégis erősen ingadozik: a Katar Emírség ezer születésre jutó nyolc halálesetétől a Közép-afrikai Köztársaság és Sierra Leone közel 100 halálesetéig. Az anyai halandóság ebben a klaszterben Afrikában a legnagyobb. Itt sok országban 100.000 szülés közül több mint 500 eset jár az anya halálával, Sierra Leonében pedig kb. 1.000. Viszont az arab országokban alacsonyabb, mert az olyan országok, mint Katar, Irán, Jordánia és Omán viszonylag sikeresek a várandós anyák gondozása és a szülés levezetése terén. Ebből a szempontból nagy hiányosságok vannak Nepálban, Laoszban, Pakisztánban és Haitin. Nepálban például csupán a szülések alig 19 százaléka

történik szakszerű levezetéssel, és Laoszban a várandós anyáknak csak 35 százaléka vesz részt szülés előtti egészségügyi vizsgálaton.

Az esélyegyenlőség hiányosságai

A nők egyenjogúsága terén a klaszter több országában rossz a helyzet, bár a nemekre vonatkozó fejlődési index a fejlettebb arab államokban jobb értékeket mutat, mint az afrikai és szegényebb ázsiai országokban. Ez mégis mindenképp a nők magas várható életkorának köszönhető, amit a viszonylag jó orvosi ellátással tudnak elérni. Amennyire a rendelkezésre álló adatokból megállapítható, a nők Nepál és Mauritánia kivételével ugyanolyan tulajdonjogokkal rendelkeznek, mint a férfiak, mégis 23 ország közül csak kilencben van számukra ugyanolyan lehetőség gazdasági szempontból szabad élet kialakítására.

Politikai akadályok

Az A és B klaszterek országaihoz képest a C klaszter országai politikailag kevésbé stabilak. Az eladósodott országok mutatója szerint Szudánnal, Zimbabwével, Irakkal, a Közép-afrikai Köztársasággal, Pakisztánnal, Haitivel, Bangladesssel, Kamerunnal, Nepállal, Sierra Leonével, a Kongói Köztársasággal és Iránnal számolva, 12 törekeny állam van. 21 további állam működőképessége van veszélyben. Csak Omán és Katar tekinthető valamennyire stabil országnak. A 35 országnak több mint felét, szám szerint 19-et a Freedom House politikailag nem szabad államnak minősíti. A klaszter legtöbb országában a korrupció nagy problémát jelent.

Különbségek a versenyképesség területén

A gazdasági keretfeltételek a klaszter legtöbb országában inkább rosszak. Bár összesen 13 ország szállít kőolajat – többek között az OPEC államok Szaúd-Arábia, Irán, Irak, Algéria, Líbia és Katar –, de az államok egynegyedének nincs tengerpartja, ami megnehezíti a kijutást világpiacra, vagy drágábbá teszi azt. Az államok több mint fele, amelyeknél elérhetőek az adatok, a globális versenyképesség indexén rosszul teljesítenek. Ezek az országok a lista alsó harmadán foglalnak helyet. A legtöbb országban az infrastruktúra problémái, a korrupció, és a hatékonyságot nélkülöző bürokrácia jelentik a legfőbb akadályokat, és jelentősen csökkentik a gazdasági versenyképességet. Az arab országok az indexen viszont jó eredményt érnek el: Katar, Szaúd-Arábia és Omán a 17., 21. és 34. helyet foglalják

el, és ezáltal olyan gazdaságilag sikeres országokat közelítenek meg, mint Ausztrália vagy Luxemburg. Haitire, Pápua Új-Guineára, Gabonra és Laoszra vonatkozólag nincsenek adatok.

Az országok harmadában, amelyeknek az adatai rendelkezésre állnak, a mezőgazdaság nem játszik komoly szerepet. Csak kevesebb, mint 10 százalékkal, csupán kis mértékben járulnak hozzá a bruttó hazai össztermékhez. Mindazonáltal néhány ország, mint Kambodzsa, Nepál, Pápua Új-Guinea bruttó hazai össztermékének több mint 30 százaléka származik a mezőgazdaságból, a Közép-afrikai Köztársaság és Sierra Leone esetében ez 50 százalék. Ezekben az országokban inkább a föld a meghatározó, amit az alacsony városiasodási arány is kifejez. Az említett országokban a lakosságnak több mint a fele falvakban él, míg a magasan fejlett Öböl-országokban Omántól Katarig a lakosság több mint 70 százaléka városokban él.

A demográfiai ablak kinyílik

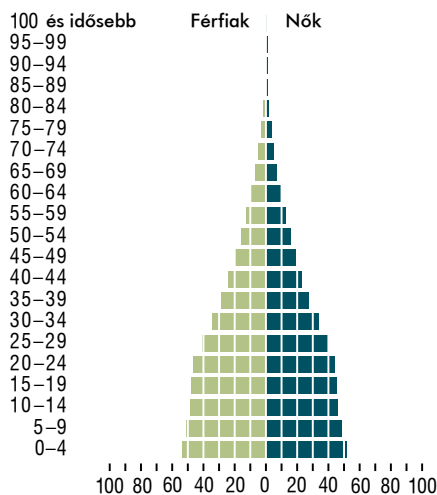
Demográfiai szempontból a jövőbeli gazdasági fejlődéshez kedvezőek a keretfeltételek, mert a klaszter országai számára a demográfiai bónusz időszak most kezdődik. Az 1980-as évekbeli születésszám-csökkenés következtében az 1990-es évek közepe óta emelkedik a keresőképes népesség aránya. Ez az emelkedés a 2030-as évekig folytatódik, a magas születésszámú korosztály csak azután éri el a nyugdíjas kort. Ami az életkorszerkezetet illeti, a C klaszter a többi klaszter között helyezkedik el: Az A és B klaszter lakossága idősebb, a D klaszteré sokkal fiatalabb. A keresőképes emberek részaránya szintén a középmezőnyben helyezkedik el: a D klaszterben a sok fiatal miatt általában alacsonyabb, az A és B klaszterben ellenben még magasabb, de a lakos-

ság ott a jövőben erőteljesen idősödni fog. A klaszter átlagos középmezőnye mindenesetre félrevezető, mert az egyes országok életkorszerkezete erősen különbözik. Így a klaszter afrikai országai az arab államokhoz képest sokkal fiatalabbak. Sierra Leone, Guatemala, Kamerun, Irak, a Közép-afrikai Köztársaság és a Kongói Köztársaság esetében a lakosság 40 százaléka 15 évesnél fiatalabb. Ezek az országok jóval később érik el a demográfiai bónusz csúcspontját, mint például Irán vagy Algéria, ahol a népességnek csak kb. 25 százaléka tartozik ebbe a korosztályba. A világ legkedvezőbb életkorszerkezetével jelenleg Katar rendelkezik: itt 100 keresőképesnek átlagosan csak 21 idősebbet vagy fiatalabbat kell eltartania. A keresőképes népesség jó része azonban olyan vendégmunkásokból áll, akik család nélkül jöttek az országba. Viszont Irakban, Guatemalában és néhány afrikai országban az arány meglehetősen kedvezőtlen: Zimbabwében 100 keresőképesre 77 idősebb vagy fiatalabb nem keresőképes zimbabwei jut, ami nem utolsósorban annak tulajdonítható, hogy minden évben zimbabwiek százezrei hagyják el az országukat politikai zavargások vagy gazdasági válsághelyzet miatt – 40 százalékuk főiskolai végzettséggel.⁴⁰

Az utánpótlás biztosított, az idősök száma kevés

A C klaszter népességének átlagos életkora viszonylag fiatal. Ha a termékenység tovább csökken, és az állam hangsúlyt fektet az oktatásra és a munkahelyek biztosítására, akkor ezek az országok középhosszú távon jó fejlődési eséllyel rendelkeznek. A népesség idősödése a C klaszterben még nem jelent problémát.

Az egyes korosztályok létszáma millióban megadva a klaszter országaiban 2010-ben (Adatforrás: ENSZ⁹)



D klaszter: Sok gyermek, kismértékű fejlődés

A D csoportba 30 ország tartozik, melyek közül csupán 3 nem része Fekete-Afrikának: Afganisztán, Jemen és Kelet-Timor. A D csoport afrikai államai így a következők: Angola, Etiópia, Burkina Faso, Burundi, Elefántcsontpart, Eritrea, Gambia, Bissau-Guinea, Guinea, Kenya, Kongói Demokratikus Köztársaság, Libéria, Madagaszkár, Malawi, Mali, Mozambik, Nigéria, Niger, Ruanda, Zambia, Szenegál, Szomália, Tanzánia, Csád, Togo és Uganda.

Bár ez a második legnagyobb klaszter, az egyes államok termékenysége viszonylag sajátos módon fejlődött. Ma a klaszter ezen országaiban egy nő átlagosan 5,4 gyermeket szül, de ezek az értékek Nigerben 7 körül, Togóban pedig 4 körül ingadoznak. A termékenység ezzel évtizedek óta szinte változatlanul magas, és csak a 90-es évek óta tapasztalható lassú csökkenés. Korábban, 1950 és 1980 között, még részben nőtt is a gyermekszám, például Gambiában, a Kongói Demokratikus Köztársaságban és Burkina Fasóban.

ALGÉRIA PÉLDÁJA

A kőolajbőség ellenére magas a munkanélküliség a fiatalok körében

Algéria gazdasági mérlege vegyes képet mutat. Az évezred elején a növekedési ráta átlagos értéke stabilan 4,5 százalék volt, és a munkanélküliség aránya 2009-ig a megközelítőleg 30 százalékról 10 százalékra csökkent.⁴¹ A kőolaj a legfontosabb exporttermék, az ország Nigéria után Afrika legnagyobb kőolajtermelője.⁴² Miután 2008-ban Európában az olajkereslet visszaesett, és az olaj ára is csökkent, megmutatkozott, hogy Algéria gazdasága mennyire ettől a nyersanyagtól függ: 2009-ben a gazdaságnövekedési ráta 2,1 százalék volt. 2011-re azonban ismét 4 százalékos növekedést jósolnak.⁴³

A termékenység, ami 1980-ban majdnem 7 gyermek volt asszonyonként, ma stabilan 2,3 gyermeknél tart. Még ha jelenleg lényegesen kevesebb gyermek is születik, Algéria népessége továbbra is erőteljesen növekszik, mert sok 1980-as években született algériai hozzávetőleg most éri el azt a kort, hogy családot alapít. A 35 millió algériainak megközelítőleg a fele 25 évnél fiatalabb. A 20 éves kor alattiak 23 százaléka munkanélküli⁴⁴, bár a fiatal férfiak és nők 80 százaléka még középiskolai végzettséggel is rendelkezik. Itt látszik, mint Észak-Afrika és Közel-Kelet sok országában, hogy az oktatás nem nyújt garanciát a fejlődéshez.

Az ország jövőbeni fejlődése attól függ, hogy a kormánynak sikerül-e sok fiatalot a munkaerőpiacra beintegrálni. Hiszen ha a fiatalok számára nincs perspektíva, és hosszú távú munkanélküliség fenyegeti őket, ez szociális fe-szültséget és erőszakos konfliktust válthat ki, mint az már 2011 eleje óta Észak-Afrikában tapasztalható.⁴⁵

Alacsony fejlettségi szint

Fejlettségi szintjüket tekintve a csoport országai az előbbiekhöz hasonlóan csak kis eltérést mutatnak. Az ENSZ emberi fejlődés indexe szerint egyik állam sem magasán fejlett, sőt majdnem mindegyik alacsonyan fejlett besorolást kapott. Egyetlen kivétel Kelet-Timor, közepes fejlettségi szintjével. Szomáliáról és Eritreáról, mint bukott államokról nincs adat.

Csekély gazdasági sikerek

Mint minden más klaszterben, az országok gazdasági ereje változó: így például Etiópia és Malawi gazdasága a 2009-es esztendőben 8-9 %-kal nőtt, míg Madagaszkár, Csád és Guinea gazdasága romlott. A 30-ból 22 ország – a Világbank adatai szerint – alacsony jövedelmű, majdnem az országok felében nem éri el az átlag egy főre jutó éves jövedelem az 500 USA-dollárt. Csak öt államnak, köztük az olajtermelésben érintett Angolának és Nigériának sikerült bejutnia a közepesen alacsony jövedelmű országok közé. Burundiban az átlagpolgárok éves szinten 150 USA dollárral rendelkeznek, ezzel Burundi világvizonylatban a legalacsonyabb jövedelmű országnak számít. 2005 óta sok országban a javulás tendenciái mutatkoztak az egy főre jutó jövedelem tekintetében. A klaszter csúcsán Angola áll 3 750 dolláros egy főre jutó éves jövedelemmel.

A Gini-együttható szerint a jövedelmek a legtöbb országban egyenlőtlenül vannak elosztva. Amíg egy felső, elit réteg nagyon is jó körülmények között él, addig a társadalom széles rétegei szegénységben tengődnek. Mindenekelőtt Angolában, Libériában és Zambiában érzékelhetőek számottevően a különbségek. 27-ből 10 országban, melyekről megfelelő adatok állnak rendelkezésre, a népesség fele kevesebb mint 1,25 dollárból él naponta. Tanzániában, Libériában és Burundiban ez a népesség 80%-át érinti. A D csoport fogja össze tehát a világ legszegényebb országait.

Nagy hiányosságok az oktatásban

A csoportokat összehasonlítva az oktatás területén is a D csoport eredményei a leggyengébbek. Bár a 20 és 64 év közöttiek körében az iskolai végzettséggel nem rendelkezők száma itt is csökkent, és a felsőoktatásban résztvevők száma a 90-es évek óta emelkedett, az egyes országok közti különbségek mégis nagyok. Nigerben és Etiópiában az említett korcsoport majdnem 70 %-a nem rendelkezik semmiféle iskolai képzettséggel, ezzel szemben a Kongói Demokratikus Köztársaságban majdnem felük rendelkezik érettségivel. A kilenc országot együttvéve a lakosság 20 és 64 év közé eső részének több mint fele sosem járt iskolába. Ennek megfelelően a felsőoktatás is rosszul néz ki: a felsőoktatásban résztvevők száma csak Nigériában és Kenyában haladja meg a 10%-ot. Majdnem az összes államra igaz, hogy a fiúknak jobb esélyeik vannak bármely képzettségi szinten, mint a lányoknak.

Rossz egészségügyi ellátás

A népesség egészségügyi állapotát tekintve is rosszabb a D klaszterbeli országok megítélése, mint más csoport országai. A közepes várható élettartam csak öt ország esetében haladja meg a 60 évet, és kilenc esetben 50 év alá esik. A csoport legtöbb országában 100 000 lakosra 100-500 tuberkulózissal fertőzött embert számolnak – ez nemzetközi viszonylatban elég magas szám. A 13, 5 %-os HIV/AIDS arányával Zambia a leginkább veszélyeztetett zóna, de más afrikai országban, mint például Mozambikban, Malawiban, Ugandában, Kenyában és Tanzániában is nagy problémát jelent a járvány. Itt a megbetegedési arány 6-12% közé esik.

Bábák hiánya

A reprodukív egészségellátásban is jelentős hiány tapasztalható. Bár az újszülötti halálozás majdnem minden országban 60 év óta folyamatosan csökken, nyolc ország még mindig magas értékekkel rendelkezik e téren, ezek esetében 1000-ból 100 halálesetet regisztrálnak. A világon Afganisztán rendelkezik a legmagasabb értékekkel az újszülötti halálozást tekintve. Itt 1000 gyermekből 152 nem éli meg az egy éves kort. Négy országban – Afganisztán, Szomália, Csád és Bissau-Guinea – 100 000 születés esetében 1000 anyai halálozás történik a terhesség vagy a szülés komplikációiból adódóan. Az anyai halálozás ezzel itt a legmagasabb a négy klaszter közül. Főleg Etiópiában, Afganisztánban és Csádban ijesztő a helyzet, ahol a születések 15%-a zajlik orvosi asszisztenciával, és (a fenti országokra lebontva) a várandósok mindössze 28%, illetve 16%, valamint 39%-át vizsgálták meg legalább egyszer a szülés előtt. Ezzel szemben Gambiában és Ruandában a várandósok több mint 95%-ban legalább egyszer részesültek egészségügyi ellátásban, és a Kongói Demokratikus Köztársaságban és Beninben a születések 74 %-a történik orvosi asszisztencia mellett.

A nők kevesebbet érnek a férfiaknál

Ami a női egyenjogúsítást illeti, a D csoport adatai szintén nagyon rosszak. Az ENSZ nemek szerinti fejlődésindexe szerint a nők a férfakkal szemben az oktatást, várható élettartamot és a jövedelmet illetően a klaszterben mindenhol jelentős hátrányban vannak. Niger és Afganisztán rendelkezik messze a legrosszabb indexértékekkel világszerte. Angola, Szomália, Togo és Kelet-Timor esetében ezt az indexet nem számolták ki.

Életet adni és eközben meghalni

Szubszaharai Afrika több országában, pl. Maliban, Eritreában vagy Gambiában 1990-hez képest kevesebb nő hal meg terhesség következtében. Más országokban viszont növekedett a halálozási arány.

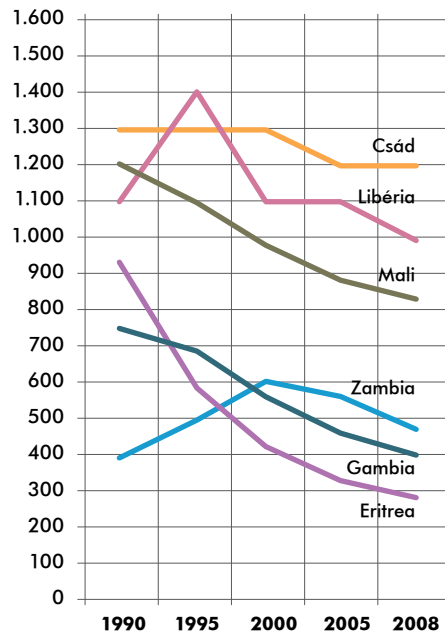
Az anyai halálozás arányának növekedése valószínűleg a HIV/AIDS terjedésével van összefüggésben, mivel a fertőzött nők esetében gyakrabban lép fel komplikáció a terhesség alatt vagy a szülés közben, mint egészséges nők esetén. A 90-es években elsősorban Afrika déli részén, többek között Zambiában terjedt el ez az immunitást gyengítő betegség.

Egy másik ok lehet, hogy a törékeny országokban, mint pl. Libériában az egészségügyi ellátás a háborúban vagy konfliktushelyzetben összeomlik: az orvosok elvándorolnak, a segélyszervezetek pedig visszahúzódnak. Ehhez társult még, hogy a Világbank és a Nemzetközi Valutaalap Strukturális Alkalmazkodási Programja révén a fejlődő országok kevesebb pénzt tudtak egészség- és oktatási politikára felhasználni.

A jogi egyenjogúsításra vonatkozóan a nők csak Angolában és Etiópiában rendelkeznek a férfiakhoz hasonló lehetőségekkel, hogy az életüket gazdasági szempontból szabadon alakítsák. A Kongói Demokratikus Köztársaságban és Togóban a nőknek kevesebb tulajdonjoguk van, mint a férfiaknak. Tíz országban egyáltalán nem vizsgálták a női egyenjogúsítást, így ezekről nem lehet biztos kijelentéseket tenni.

Nehéz politikai helyzet

Egyik klaszterben sem olyan rosszak a politikai körülmények, mint a D csoportban. Egyik ország sem stabil politikailag az eladósodott államok indexe szerint.



Az anyai halálozás aránya: 100.000 születésre eső halálozások száma
(Adatforrás: World Bank⁴⁶)

19 ország törékeny, tehát közvetlenül az összeomlás szélén áll. A fennmaradó 11 is veszélyeztetett helyzetben van. Csak két államot – Benint és Malit – nyilvánította a Freedom House politikailag szabadnak. A korrupció mindenütt óriási probléma.

Erősen korlátozott versenyképesség

A gazdasági fejlődési feltételeket tekintve sincs jó helyzetben a D csoport. Bár Nigéria, Angola, Jemen és Csád földgázt termel, a bevételek nem jutnak el egyik országban sem a helyi lakossághoz. Összesen 11 állam nem rendelkezik saját nyílt tengeri kikötővel, ezáltal a világgpiachoz való hozzáférése korlátozott. A globális versenyképesség indexét tekintve a 20 állam, melyek esetében becslések állnak rendelkezésünk-

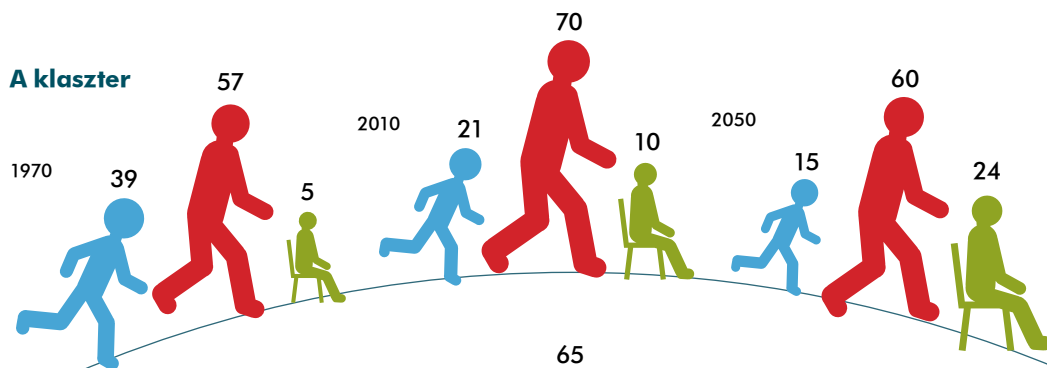
re (kivéve Ruanda és Gambia értékeit), nagyon rossz eredményt értek el – ezek mind a rangsor utolsó harmadában foglalnak helyet.

Kilenc ország esetében a mezőgazdaság még több mint egynegyedét teszi ki a bruttó hazai összterméknek – mindazonáltal csak az országok feléről állnak rendelkezésre aktuális adatok. Etiópiában ez teszi ki a bruttó hazai össztermék közel 50%-át, és ezzel a legfontosabb gazdasági ágazatnak számít. Ennek megfelelően ezekben az államokban kismértékű a városiasodás. Egyedül Libéria, Angola és Gambia rendelkezik jelentős városi lakossággal, ezekben az országokban a népesség több mint fele él városban.

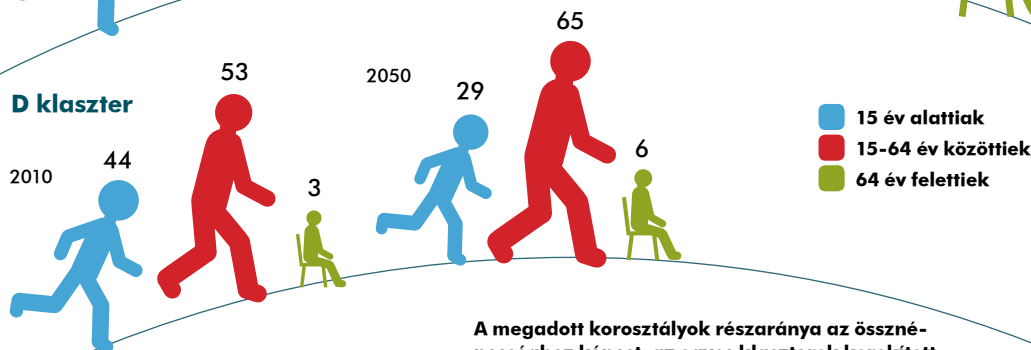
A demográfiai ablak még csukva

A demográfiai bónusz időszaka a D csoport országaiiban még nem kezdődhetett meg. Ezért a fejlődéshez szükséges feltételek jelenleg kedvezőtlenek. A klaszter országai rendelkeznek világszerte a legfiatalabb népességgel, és alig találunk idős embereket. Bár a késői, évezredforduló óta jelentkező születésszámvisszaeséseknek köszönhetően a keresőképesek aránya valamelyest emelkedett, az eltartottsági ráta a sok fiatal miatt még mindig nagyon magas. Nigerben, mely a világon a legfiatalabb népességgel rendelkezik, a lakosok fele 15 év alatti, és 100 keresőképes emberre 109 lakos jut, akik ellátásra szorulnak. Burundiban a demográfiai bónusz ezzel szemben lassan közeledik. Itt a népesség közel 60%-a keresőképes korban van, és az eltartottsági ráta úgy alakul, hogy 70 támogatásra szorulóra jut 100 keresőképes ember, ami a többi csoport országaiival összehasonlítva még így is nagyon magasnak számít.

A klaszter



D klaszter



■ 15 év alattiak
■ 15-64 év közöttiek
■ 64 év feletti

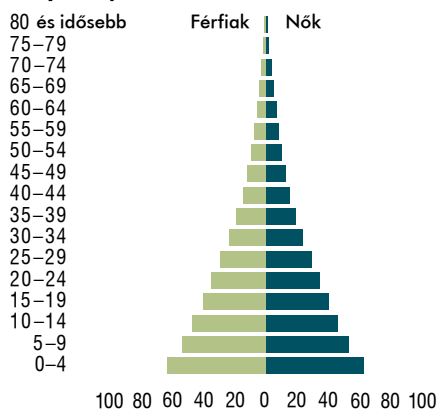
A megadott korosztályok részaránya az összné-
pességhez képest, az egyes klaszterek kerekített
átlagértékei alapján.
(Adatforrás: ENSZ^o)

A jövő fejlődési lehetőségei

Az A klaszter országainak 40 évvel ezelőtti korszerkezete meglepő hasonlóságot mutat a D klaszter országainak jelenlegi korszerkezetével. Az A klaszter országainak időközben sikerült az egykori fejlődő országok közül a feltörekvő ill. iparosodott országok közé emelkedni. Hogy a D klaszter - ma nagyon szegény - országai az A klaszter országainak fejlődési útját tudják-e járni, attól függ, hogy a születések száma csökken-e, és mennyire sikerül a sok keresőképés korú embert képezni és számukra munkalehetőséget teremteni. Az A klaszter országainak ezzel szemben arra kell felkészülniük, hogy az idősek aránya a népességben 2050-ig megduplázódik. Ehhez új koncepcióra van szükségük.

Nehézkes gyarapodás

A piramis klasszikus formája azt mutatja, hogy ennek a klaszternek az országai még a demográfiai átmenet kezdetén vannak. Ennek következtében a népességyarapodás rendkívül nagymértékű. A legtöbb országban 2050-ig a népesség több mint duplájára növekszik. A termékenység csökkenése nélkül ezeknek az országoknak aligha van esélye a fejlődésre.



Az egyes korosztályok létszáma millióban megadva a klaszter országaiban 2010-ben
(Adatforrás: ENSZ^o)

TANZÁNIA PÉLDÁJA

Rossz egészségügyi ellátás, meglehetősen nehézkes hozzájutás a fogamzásgátló szerekhez

Tanzánia egyike a világ legszegényebb országainak. Az ENSZ Fejlesztési Programja szerint a népesség 89%-a itt kevesebb mint 1,25 dollárból él. Az emberek háromnegyede vidéken él, de a mezőgazdaság csak az egyharmadát teszi ki a bruttó hazai összterméknek.⁴⁷ A humán fejlettségi index szerint jelenleg az ország a 148. helyen áll, és ezzel az alsó harmadban van. A várható élettartam 57 év, és majdnem minden tizedik gyermegről elmondható, hogy nem éli meg az öt éves kort. A tuberkulózis és a HIV/AIDS széles körben elterjedt, ami az ország rossz egészség-

ségügyi ellátásából adódik: minden 50.000 lakosra jut 1 orvos.⁴⁸

Csak az újszülöttek 43%-a részesül képzett személyzet, tehát ápolók, szülésznők / bábák vagy orvos általi ellátásban. A nők átlagosan 5,5 gyermeket szülnek, és közben 0,8 százalékos eséllyel vannak halálozásnak kitéve. Csak minden ötödik 15 és 49 év közötti nő védekezik modern családtervezési módszerekkel, mint például tablettával, óvszerrel vagy spirállal. Rengeteg nő szenved hiányt fogamzásgátló szerekben, olyanokról van itt szó, akik védekeznének, de nincs rá lehetőségük. Sok a nemkívánt terhesség és azok aránya, akik higiéniai és egészségügyi szempontból komolyan kétségbe vonható körülmények között estek át abortuszon, valószínűleg nagyon magas.⁴⁹ Az adatok egy tudományos felmérésből származnak, ahol a megkérdezett tanzániai nők

Szembetűnő összefüggések áttekintése

A csoportok kiértékelésekor néhány összefüggés világosan kirajzolódott:

Gazdaság. A gazdasági fejlődés általában a termékenység csökkenésével jár együtt. Ez világosan látható az egy főre jutó jövedelem példáján, ami az alacsonyabb termékenységet mutató klaszterekben sokkal magasabb, mint a többi csoport esetében.

Oktatás. A népesség iskolai végzettsége általában ott magasabb, ahol a gyermekek száma csökkent. A magasabb termékenységi mutatójú országokban az oktatás alacsony színvonalú. Ezekben az országokban gyakran a két nem helyzete is nagyon eltérő.

több mint 60%-a nyilatkozott ilyen jellegű abortuszról.⁵⁰

A súlyosan eladósodott Tanzánia évtizedek óta előnyben részesített ország az állami és privát fejlesztési együttműködésben. 2008-ban az ország 2,3 milliárd amerikai dollár állami fejlesztési pénzt kapott.⁵¹ Ebből körülbelül 13 százalék jutott a szexuális és reprodukció egészségügyi szolgáltatásra, a HIV/AIDS elleni küzdelmet is beleértve.⁵² Összehasonlítva más Szubszaharai Afrikához tartozó országgal ez egy igen magas arány, de ez a pénzüsszeg eddig még Tanzániában sem elegendő ahhoz, hogy a millenniumi fejlesztési célokban látványos előrelépést lehetne elérni. A 4-es és 5-ös számú célokban, a gyermeki és anyai halálozás csökkentésében az ország még semmilyen említésre méltó sikert nem ért el.⁵³

Egészségügy. Ugyanezt látjuk az egészségügy területén: Ahol a termékenység alacsony, ott a várható életkor általában magas, míg a magas termékenységű országokban gyakran nagyon alacsony. A reprodukció egészségügyet tekintve a legnagyobb hiányosságok a legmagasabb termékenységi mutatóval rendelkező országokban vannak.

Esélyegyenlőség. A termékenység ott magas, ahol a nők a hétköznapi életben a szocioökonómiai és jogi területen hátrányos megkülönböztetésben részesülnek. Amikor a nők a férfiakhoz hasonlóan jó képzettséggel rendelkeznek, és a gazdasági életben részt vehetnek, gyakran kevesebb gyermeket vállalnak.

Politikai stabilitás. Kedvező politikai keretfeltételek viszont nem feltétlenül hozhatók kapcsolatba a termékenység csökkenésével. Törékeny államokban, amelyeket minden tekintetben a biztonság, perspektívák és a rend hiánya jellemez, a termékenység többnyire magas. De ott is, ahol a termékenység alacsony, előfordul, hogy tekintélyelvű kormány van hatalmon, mint például Észak-Koreában, Kínában és Kubában.

Versenyképesség. Az alacsonyabb termékenységű klaszterek a magas termékenységűekével szemben jobb gazdasági feltételekkel rendelkeznek: A legmagasabb termékenységű D csoport országai közül a globális versenyképesség mutató alapján egyik sem tud jól teljesíteni. Mindazonáltal úgy tűnik, hogy a földrajzi helyzet is fontos szerepet játszik. Az A és B csoportban csak egyetlen szárazföldi állam található, vagyis amelyik nem rendelkezik nyílt tengeri kikötővel. Viszont a D csoportban tizenegy szárazföldi ország található.

Az olaj szerepe. Bár az olajtermelő államok az egyes klaszterekben viszonylag jó eredményt érnek el, és az olajexportból származó bevételeknek köszönhetően a humán fejlettségi in-

dex szerint a legtöbb esetben közepes vagy magas fejlettséget mutat, mégis a kőolaj sem az összes népréteget érintő szocio-ökonómiai fejlődést, sem a termékenység csökkenését nem garantálja – így az alacsony termékenységű A csoportban csak három olajexportáló ország található. Néhány olajtermelő országban, mint például Jemen, Irak, Nigéria vagy Angola az olajkereskedelem bevételeiből nem a polgárok, hanem csak egy befolyásos, szűk kör részesedik. Ráadásul fennáll a veszély, hogy a meggazdagodást célzó politika „elfelejt” az olajiparon kívüli munkahelyekre beruházni. Vannak viszont olyan olajtermelő államok, mint az Egyesült Arab Emírségek, Kuvait és Katar, amelyek nagy sikereket tudnak felmutatni az oktatás és az egészségügy területén. Ilyen körülmények között a termékenységi ráta is nagymértékben csökkent.

Városiasodás. A földből élő, gyakran tradicionális társadalmakban – ahol a bruttó hazai össztermék nagy része a mezőgazdaságból származik – szülik a nők világszerte a legtöbb gyermeket. Ahol a lakosság nagy része városokban él, ott a termékenység viszont inkább alacsony.

Összegzés: A fejlődés csökkenti a gyermekek számát – és viszont

A négy csoport összehasonlítása alapján látható, hogy a termékenység visszaesésének mértéke és egy ország jelenlegi fejlettségi szintje összefügg egymással. Egyes kivételek az összképet nem kérdőjelezik meg: Ha az A és a B klaszter néhány országának gazdasági teljesítőképességével problémák vannak, mint például Észak-Koreában, Kubában vagy Mianmarban, az a mindenkori történelem, az ottani politikai rezsim és a szabad gazdaság hiányának számlájára írható.

A kérdés – termékenység-visszaesés vagy társadalmi-gazdasági fejlődés volt-e előbb – pusztán a klaszterelemzés alapján nem válaszolható meg. A sikeres tigrisállamok története arra enged következtetni, hogy a két fejlődési folyamat hatott egymásra. A saját család nagyságának korlátozására irányuló kívánság latens módon már jelen volt, vagy jobb oktatással és új gazdasági perspektívákkal fel lehetett ébreszteni. A családtervezésre irányuló ajánlatok lehetővé tették az igények megvalósítását, így az utódok száma csökkent. Ezáltal a családban és az állami oldalon több pénz maradt az egészségre, táplálkozásra és a tanulásra. Mivel az egyéni kibontakozási lehetőségek növekedtek, ez még tovább csökkentette gyermekvállalási igényt. A gazdasági keretfeltételek tovább javultak, így a családok és az állam gondoskodhatott arról, hogy a legifjabb generáció egészségesebben és magasabb képzettséggel nőhetett fel, ami további gazdasági növekedéshez járult hozzá.

A klaszterelemzés alapján egy dolgot általánosítani lehet: egyetlen állam sem tudott a termékenység csökkenése nélkül társadalmi és gazdasági szempontból fejlődni. Így az A klaszterben található a demográfiai osztalékkal rendelkező legfejlettebb országok, amelyekben a termékenységi ráta már a korai időszakban jelentősen csökkent, és most Európához hasonlóan alacsony. A B és C klaszterben, ahol a termékenységi ráta szintén csökkent, ha különböző időpontokban és más-más szinten is, a fejlettségben előrehaladás ismerhető fel, bár országonként eltérő mértékben. Ezekben az országokban éppen most a legfontosabb, hogy a demográfiai bónuszt a lehető legjobban kihasználják, mert az életkor szerinti összetétel jelenleg kedvező. A tartósan magas születési arányú D klaszter a gazdaságilag szegény és nagyon szegény országokat foglalja magába – három ország

kivételével (Elefántcsontpart, Kenya és Nigéria) mindegyik a világ legkevesbé fejlett országaihoz tartozik. Demográfiai bónuszt itt még nem értek el, mert a lakosság többsége még nagyon fiatal. A sok fiatal azonban elméletileg nagy fejlődési potenciált jelent, mert egy idő után keresőképes korba fognak jutni.

Hogyan zárkozhat fel a sereghajtó Szubszaharai Afrika?

Fejlesztéspolitikai szempontból nézve Szubszaharai Afrikában van a legtöbb és legnagyobb probléma. A Szaharától délre fekvő régió 42 országa közül 27 a D klaszterbe tartozik, ahol a legmagasabb a termékenység, ezzel egyidejűleg pedig a legkomolyabb fejlődési nehézségekkel küzd. A terület 13 további állama a C klaszter tagja, azonban a klaszter többi országához képest inkább gyengék. Csak a Dél-afrikai Köztársaság feltörekvő országgént, valamint a turistaparadicsom Mauritius érte el, hogy a csökkenő termékenység által a B, illetve az A klaszterbe kerüljön, továbbá a fejlettségi index szerint is erősebbnek bizonyuljon. A dél- és észak-afrikai országok a többi afrikai országhoz viszonyítva előrébb állnak a termékenység-csökkenés és a fejlettség tekintetében. Idővel világossá vált, hogy az A és B klaszter államaira elismerésre méltó fejlődésük kezdetekor hasonló demográfiai kiinduló helyzet volt jellemző, mint egyes D klaszter belső országokra manapság, illetve akkori fejlettségi állapotuk is közel azonos volt. A már említett fejlődésük az előrelátó politikai vezetésnek köszönhető, amely az oktatásba és a családtervezésbe is investált, emellett pedig a szükséges gazdasági reformokat és kezdeményezéseket is bevezette. Továbbá ezen társadalmak felismerték, hogy a nők foglalkoztatása elengedhetetlen a gazdasági fejlődés elősegítéséhez, ehhez viszont lényeges feltétel az oktatás.

Elvileg még akkor is nyitva áll az afrikai országok előtt a demográfiai osztalék kapuja, ha kulturális, politikai és gazdasági eltérések miatt az ázsiai tigrisállamok demográfiai osztalék koncepciója nem vonatkoztatható teljes egészében a szubszaharai afrikai államokra. Ha mind az oktatásban, mind a munkalehetőségek terén a fejlesztés a megfelelő irányba indul el, akkor a termékenység csökkenése esetén érezhetően javulni fognak a mai szegény országok fejlődési kilátásai.

Erőszak, korrupció és rossz vezetés esetén lehetetlen élni a demográfiai osztalék előnyeivel. Egy működő államapparátusnak, hatékony közigazgatásnak és effektív kormányvezetésnek meg kell teremtenie a szükséges egészségügyi, oktatási és munkaerőpiaci feltételeket ahhoz, hogy a születésszám visszaesése fejlődési ugráshoz vezessen. A termékenység-csökkenés önmagában tehát nem garantálja a szocioökonomiai fejlődést. Azonban egyik előfeltétele, mivel tartósan magas születési ráták mellett stagnál a fejlődés folyamata. A klaszteranalízis megerősíti ezt a feltevést, hiszen látható, hogy eddig egy olyan ország sem volt képes tartósan fejlődni, amelyiknek magas volt a termékenysége. Azonban milyen körülmények között csökken a termékenység? A 3. fejezet ennek jár utána.

3

AMI KISEBB CSALÁDOT EREDMÉNYEZ

Hogy egy párnak hány gyermeke születik, szorosan összefügg az ideális gyerek számról alkotott uralkodó elképzeléssel. Ezt az elképzelést sok társadalmi körülmény befolyásolja, amelyeket a következőképpen körvonalazhatunk: Mennyire meghatározóak a hagyományok, amikor a család fennmaradásáról, nagyságáról és összetartásáról van szó? Mit figyelhetünk meg a közvetlen környezetünkben? Az embereknek semennyi, kevés vagy sok gyermekük van? Mennyire használják a gyerekeket munkaerőnek vagy időskori biztosításnak? Hány gyermeket bír egy pár eltartani? A társadalmi és a gazdasági megfontolások igen erősen formálják azt, ami első látásra egy személyes és érzelmek által meghatározott döntés: a saját gyermek vállalását. Gyakran azonban semmilyen racionális mérlegelés nem áll e mögött, még csak egy tudatos folyamat sem, amikor a gyermekszületést sorsszerűként elviselik ill. magától értetődően elfogadják. Végül pedig a szexualitás természetére egy sajátos, vágyvezérelt dinamika jellemző, ami miatt egy heteroszexuális kapcsolatban csak akkor nem fogannak gyermekek, ha a pár egyik tagja meddő, vagy tudatosan használják a rendelkezésre álló fogamzásgátlók valamelyikét.

Aki a gyermekszámot csökkenteni és az erőteljes népességnövekedést fékezni akarja, annak tudatában kell lennie a társadalmi normákból, hatalmi viszonyokból, személyes álmokból,

érzésekből és szexuális vágyból font háló egészségének. Bármilyen jól megapozott és szükséges is a népességnövekedés fékezése, az intim szférát és az egyes ember(ek) döntési szabadságát tiszteletben kell tartania. Tehát csak közvetve szabad hatást gyakorolni e téren, úgy hogy vagy a kapcsolati hálók bizonyos pontjain ér el változást, vagy a döntések szintjén próbál meg befolyással lenni. A kényszerintézkedések, melyek a népességpolitika történelmében (a születésszám növelése ill. újabban fékezése érdekében) előfordultak, nem egyeztethetők össze az alapvető emberi jogokkal.

Az erős népességnövekedés enyhítése érdekében úgy tudja hasznossá tenni magát a politika, hogy él a képzettségi szint emelkedésének, a jobb egészségbiztosításnak, a gazdaság fejlődésének, valamint a nemek közti esélyegyenlőségnek egymásra és a termékenységre gyakorolt hatásával. A demográfiai kutatás eredményei azt mutatják, hogy a nők kevesebb gyermeket szülnek, ha életkörülményeik javulnak.

A népességpolitikának mindenekelőtt azokat kellene meghallgatnia, akik a legközvetlenebbül érintettek a gyermekszámban: a nőket. Ha ezt a fejlődő országok asszonyai maguk határozhatnák meg és valóra válthatnák álmaikat, akkor kevesebb gyermeket szülnének, mint jelenleg. Végül pedig a nők egyedül hordozzák a várandósság fizikai terheit, és nagyon is tisztában vannak egészségügyi hatásaival és kockázataival.

A terhesség mint a test és az élet veszélyeztetője

A fejlődő országokban még ma is a terhesség veszélyezteteti leginkább a nők egészségét. A terhesség és a szülés alatti komplikációk elsősorban a 18 évnél fiatalabb és a 35 évnél idősebb nők körében lépnek fel, valamint azoknál, akik rövid időn belül szülnék újra, vagy akiknek már több gyermekük van. A hiányosan táplálkozó, HIV/AIDS fertőzött, tüdőgyulladásban vagy maláriában szenvedő nők számára a terhesség ugyancsak magas rizikófaktor hordoz. Szülés alatti problémákat okoz ezek mellett a még mindig elterjedt nemiszerv-csonkítás.¹

Világviszonylatban a Szubszaharai Afrikában fekvő régiókban a legmagasabb az anyai halálozás. A Közép-afrikai Köz-társaságban, Malawiban, Csádban és Sierra Leonében 100 000 szülés során több mint 1 000 szülő nő meghal.³ S mivel ezek országokban jelenleg egy átlagos nő legalább 6 gyermeket szül, minden 17. nő szülésbe hal bele.

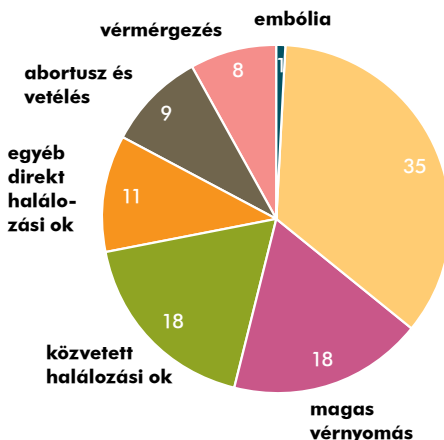
A legtöbb, terhesség és szülés alatt elszenvedett haláleset és egészségügyi károsodás egyszerű eszközökkel megelőzhető vagy mérsékelhető lenne. A problémás szülések egyik következménye, a fekély, kisebb műtéttel orvosolható lenne. A reproduktív egészséggel kapcsolatos szolgáltatások kínálata sok fejlődő országban

A nemi szerv csonkítása

Bizonyos országokban, különösen Kelet- és Nyugat-Afrikában a nők 90 %-át megcsonkították. A rendkívül fájdalmas rituálé során, amelyet a lányokon valamikor a születés és a pubertás között hajtanak végre, a külső nemi szerveket részben vagy teljesen eltávolítják. Ez fizikailag és lelkileg is káros: fertőzések, krónikus fájdalmak, vagy lelki megrázkódtatás gyakran keserítik meg a nők mindennapjait. A terhességek sok esetben komplikációval végződnek, többször akár halállal vagy károsodással – az anya vagy a gyermek részéről –, ha a művelet a csonkítás után összevarrják.

Ezt a gyakorlatot nemzetközileg évtizedekkel ezelőtt törvényen kívül helyezték. Néhány államban jogilag megtiltották a szörnyű rituálét. Ennek ellenére még ott is gyakran folytatják, mivel mélyen beépült a kulturális szokásokba. A nők engednek a társadalmi nyomásnak, hiszen lányaik házassági esélyeit tartják szem előtt, a csonkítást végző nők pedig védik üzleti lehetőségeiket. Csak azoknak a kulturálisan érzékeny felvilágosító intézkedéseknek lehet hosszan tartó hatásuk, amelyeket az egész társadalomnak címeznek, beleértve a helyi és vallási vezetőket, és a csonkítást végzőknek más jövedelmi forrást kínálnak fel.²

gyakran teljesen elérhetetlen – azért is, mert ott a nők a férfiakkal szemben hátrányos helyzetűek, és emiatt az ő egészségmegőrzésüket kevésbé finanszírozzák. A fejlődő országokban még manapság is a leendő anyák csupán kb. fele részesül egészségügyi ellátásban a szülés előtt, alatt és után – és még ők sem a kellő mértékben.⁴



A nők halálának okai

Évente 260 000 nő hal bele világszerte a szülés előtti, alatti, vagy közvetlen utáni komplikációkba.⁶ Ezen halálesetek közül sok megelőzhető lenne, ha a szülésnél jelen lenne egészségügyileg képzett személy, hiszen a szülésznők és nővérek képesek például megállítani az erős vérzést, amely miatt a halálesetek több mint egyharmada következik be. A közvetlen halálzási okok közé tartozik a kúrterhesség, vagy az orvosiilag szükséges, de el nem végzett, illetve rosszul sikerült császármetszés. A közvetett halálzási okokat az olyan betegségek jelentik, mint a malária, HIV/AIDS, valamint a szívbetegségek, amelyek a terhesség alatti halál kockázatát jelentősen emelik.

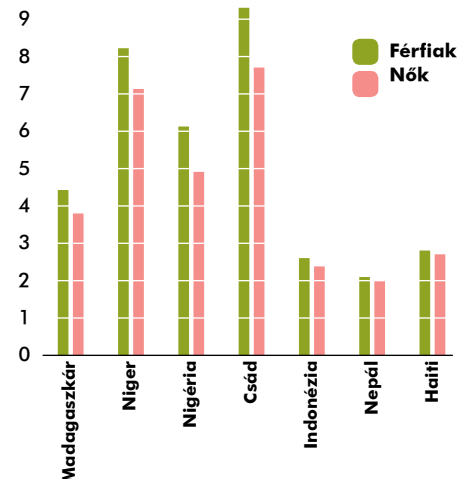
Az anyai elhalálzási okai a fejlődő országokban, százalékban megadva 1997/2007 (Adatforrás: ENSZ⁵)

A nők kevesebb gyermeket szeretnének, mint a férfiak

Afrika és Ázsia sok tradicionális társadalmában a férfiak társadalmi elismertsége és befolyása a gyermekei számával együtt növekszik. A gyermek terheit azonban elsősorban a nők viselik: egyrészt egészségügyi szempontból, másrészt pedig az utód gondozásában is. Ezen körülmények között nem meglepő, hogy a fejlődő országok asszonyai jelentősen kevesebb gyermeket szeretnének, mint amennyit szülnék – és mint amennyit a férfiak akarnak. Csádban és Nigerben például a gyermektelen férfiak és nők véleménye a vállalandó gyermekek számáról még csak eggyel tér el a statisztikák szerint. Viszont minél több gyermeke van egy párnak, annál nagyobb a különbség, amennyivel a nő kevesebb gyereket szeretne, mint a férfi.⁷

A kívánt gyermekek száma a nőknél sokkal kevesebb

A nők és férfiak véleménye gyakran eltér az ideális családnagyságról. A fejlődő és feltörekvő országokban élő férfiak általában több gyermeket akarnak, mint a nők, mivel a nők tisztában vannak a terhességgel járó nehézségekkel és egészségügyi kockázatokkal, ezért ők kevesebb gyermekre vágnak.



Kívánt gyermekszám a (még) gyermektelen férfiak és nők körében, különböző éveken (2004-2009) (Adatforrás: Demographic and Health Surveys⁸)

Erős nők: a nemek közötti egyenlőség biztosítja az alacsonyabb gyermekszámot

Az egész világon nők milliói nem rendelkezhetnek szabadon saját testük és gyermekeik száma felett. Ez főként a patriarchális társadalmakra érvényes, ahol a férfi szavának és akaratának nagyobb súlya van, sőt gyakran ez a meghatározó. Ahol egy férfi határozza meg, hogy mit tehet egy nő, ott gyakran hiányos a nők tudása a teherbeesésről és a fogamzásgátlásról. De még ha tud is ezekről, akkor is sokszor nem tudja keresztülvinni az akaratát. Amíg a nők nem kapnak az anyai szerep mellett más alternatívát, addig óriási társadalmi nyomás nehezedik rájuk.

Az anyaság mint egyetlen életfeladat

A férfi és nő szerepéről alkotott elképzelések kultúrkörönként és koronként változnak, mégis az egész világon hagyományosan a nő kötelessége az anyaság volt. Sok társadalomban ez a szerep semmit, vagy csak alig változott, és még mindig az anyaságot, különösen egy fiúörökös világra hozatalát tekintik a nők központi életfeladatának.

A lányokat már korán felkészítik az anyaságra, amit gyakran már fiatalon vállalniuk kell. Közel 40, dél-ázsiai és afrikai országban az ott végzett legutóbbi reprezentatív felmérés alapján a 18 évesnél fiatalabb nők egyharmada, vagy ennél is több élt házasságban vagy házasságszerű kapcsolatban.⁹ Csádban, Nigerben és Bangladesben a 15 éves lányok egyharmada tartós kapcsolatban él.¹⁰ Általában a szülők választják ki

gyermekük házastársát. A korai házasságot vagy együttélést pedig sok esetben hamar az első terhesség követi, emiatt a fiatalok terhességi rátája ezen országokban igen magas. A legkevésbé fejlett országokban 1000 lány közül 121 szül 15-19 éves korában.⁰

Sok országban a menyasszony a házasság után elhagyja gyermekkori családját, és férje családjának hierarchiájába kell beilleszkednie, ott dolgozik új családjá többi tagjával. Saját szülei ezek után nem támogathatják többé. Ebből következik, hogy a kislányok hátrányos helyzetűek lesznek, mivel a szülők szempontjából nem érdemes

taníttatni lányukat, hiszen a majdani házasság során az iskoláztatás hosszú távú előnyeit a vőlegény családja élvezi. Jó példa erre India: ott a feleség tradicionálisan a férj családjával él együtt. Az új családban az anyós szava a döntő, és a fiatal meny csak akkor kap beleszólást, ha hozzájárul a család továbbviteléhez, és fiúgyermeket hoz a világra. Így sok nő számára a gyermekek jelentik az egyetlen lehetőséget a figyelem és tisztelet kivívására, mind a saját családjukban, mind pedig a társadalomban.

Fiatalon házasodni

A kiskorúak házassága, amely sok országban bevett gyakorlat – részben ott is, ahol törvény szabályozza a házasságkötés alsó korhatárát – az ENSZ emberi jogi egyezményébe ütközik, mivel a házasfelek kibontakozását erősen korlátozza.¹¹ A lányok számára például az iskolába járás legkésőbb az esküvővel véget ér, hiszen a továbbiakban a családról és a háztartásról kell gondoskodniuk.

Több társadalomban, például a nepálban főleg a szegény családok házassítják igen korán a lányokat, mert – bár a lányok besegítenek a családi munkálatokba – gyakran anyagi tehernek tekintik őket. Ha a fiatal menyasszonynak elegendő kevesebb hozományt vinnie, ez egy újabb anyagi érv a korai kiházásításra.¹²

A lányok egészségét veszélyezteti, ha röviddel az esküvő után megszületik az első gyermek, főleg, ha alultáplált vagy még nem felnőtt a kismama. A 15-19 évesek körében a terhesség és szülés alatt fellépő komplikációk vezetnek a halálozási okok listáját. Az anyai halandósági ráta közöttük kétszer magasabb, mint a 20-24 évesek között. Ha a lányok még a 15. életévüket sem töltötték be, jelentősen megnő a halálozási kockázat.¹³

Az újszülött életkilátásai is sokkal rosszabbak, ha az anya nagyon fiatal. A már 13-14 évesen anyává vált lányoknak gyakran nemcsak saját személyiségfejlődésükről kell lemondaniuk, hanem idejekorán gondoskodniuk kell valakiről és felelősséget kell vállalniuk – ezek olyan feladatok, amelyhez a lányok túl fiatalok és felkészületlenek.

Több beleszólási jog: kevesebb gyermek

Különböző tanulmányok kimutatják, hogy az átlagos gyermekszám csökken, ha a nők több beleszólási jogot kapnak a családban. Tanzánia északi részén például azok a nők, akiknek a legapróbb háztartásbeli munkához is férjük beegyezését kell kérniük, sok gyermeket tartanak ideálisnak. Azok a nők, akik egyenrangúak a háztartási feladatokat illetően, a kevesebb gyermeket részesítik előnyben.¹⁴ Ománban a nagyobb döntési szabadsággal rendelkező nők később szülik meg első gyermeküket, és a szülések közötti is hosszabb idő telik el, mint az alacsonyabb önrendelkezéssel bíró nők esetében. Azon asszonyoknak, akik engedélykérés nélkül hagyhatják el házukat, kevesebb gyermekük van, mint azoknak, akik nem mozoghatnak szabadon.¹⁵

A gyermekek számát azonban nemcsak a nők családon belüli, hanem elsősorban a társadalmon belüli egyenjósága határozza meg, és már több alkalommal bizonyítást nyert, hogy a népességgpolitikának több szempontból is a nőket kell a középpontba helyezni. A nők csak akkor képesek megvalósítani a kisebb család utáni vágyukat, ha átfogóan erősödik a helyzetük. A Women's empowerment célja, hogy a nők több autonómiához és döntési szabadsághoz jussanak, valamint hogy megváltozzanak a jelenlegi hatalmi viszonyok. A nőknek ugyanazokkal a jogokkal, kötelességekkel és lehetőségekkel kellene rendelkezniük, mint a férfiaknak.¹⁶

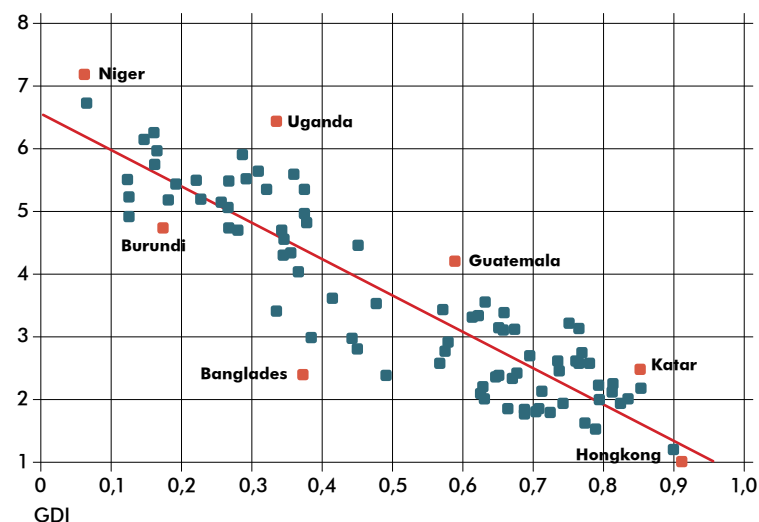
A nemek közti egyenlőség az egyik legfontosabb eszköz a reprodukciós magatartás megváltoztatásához.¹⁷ Például a termékenységi ráták annál magasabbak, minél alacsonyabb a Gender-related Development Index (GDI), amely többek között a nők és férfiak társadalmon belüli egyenjóságát méri. Niger rendelkezik a világon a legalacsonyabb GDI-értékkel, egyúttal pedig a világ legmagasabb termékenységi mutatójával.

A nemek közötti egyenlőtlenség magas gyermekszámhoz vezet

Ha hiányzik a nők családon és társadalmon belüli egyenjósága, akkor jelentősen több utódjuk születik. Ez a tendencia különféle tényezőkre vezethető vissza: a nők kevésbé tudják érvényesíteni párjukkal szemben a gyermekek számára vonatkozó elképzeléseiket, valamint korlátozottan, vagy egyáltalán nem jutnak fogamzásgátló szerekhez. A hiányos iskolai képzés és a munkalehetőség hiánya ezenkívül azt eredményezi, hogy a nők számára csak az anyaság marad. Mindazonáltal az ország általános életkörülményei is hatással vannak a kívánt gyermekszámra. Ezek a tényezők befolyásolják a GDI értékét.

Az asszonyonkénti átlagos gyermekszám és az egyenjóság közötti összefüggés, a nemekre vonatkozó fejlődési index (GDI) alapján, 2007-ben (Adatforrás: Átlagos gyermekszám: ENSZ⁰, GDI: UNDP¹⁸)

Átlagos gyermekszám asszonyonként



A nők többoldalú hátrányos megkülönböztetése

Néhány előrelépés ellenére a fejlődő és feltörekvő országokban jelenleg is több területen is hátrányban vannak a nők:

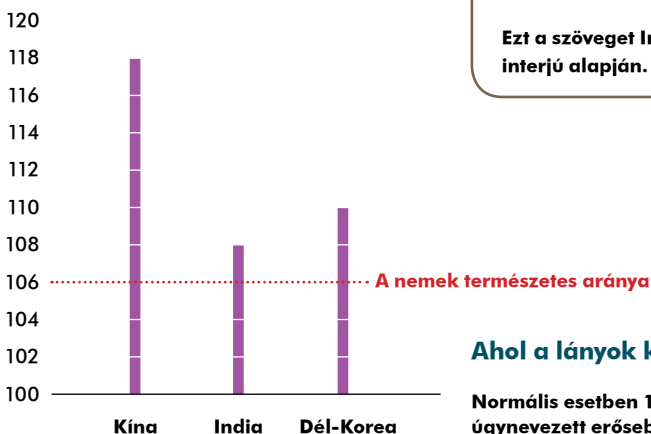
Mivel az egyes családok számára a fiúgyermek jelentősége nagyobb, a szegény családok lányai kevesebbet kapnak enni, és ritkábban oltatják be őket, mint fiútestvéreiket. Ezáltal a lányok nagyobb eséllyel halnak meg. India egyes részein, Kínában és Dél-Koreában a magzat neme miatt elvégzett abortusz törvénytelen gyakorlata okozza a fiútöbbséget. A leendő anyák kihasználják a magzat nemét megmutató modern eszközöket, és elvetetik lánymagzatukat.

A nem megfelelő egészségügyi infrastruktúra miatt a nők számára

nem mindig és nem kellő mértékben érhető el a reprodukív egészséggel és a családtervezéssel kapcsolatos szolgáltatások. Előfordul, hogy ezeket szándékosan megakadályozzák, akár a család, akár maga az egészségügy diszkriminatív hozzáállásával. Így hiába szeretnének, nem tudnak védekezni a nem kívánt terhesség ellen. Amíg a nők nem tervezhetik teherbe esésüket, addig egy igen alapvető területen gátolják őket saját életük irányításában. A Women's Empowermenthez (a nők megerősítéséhez) ezért az is hozzátartozik, hogy megfelelő mértékben és könnyen hozzáférhető legyenek a családtervezéssel kapcsolatos információk és eszközök.²⁰

Sok fejlődő és feltörekvő országban a nők és a lányok még mindig hátrányos

helyzetben vannak az oktatás területén. Például Beninben a 20–64 év közöttiek korosztályában az alapfokú tanulmányok után feleannyi nő járt iskolába, mint férfi. Libériában pedig feleannyi nő fejezi be felsőfokú tanulmányait, mint férfi.²¹ A legutóbbi Világoktatási Közlöny (Education For All Global Monitoring Report) aggodalomra ad okot, mivel a nemek közötti egyenlőtlenség várhatóan a közeljövőben sem mindenütt fog változni, hiszen sok országban manapság is több fiú vesz részt az oktatásban, mint lány.²² A Kongói Demokratikus Köztársaságban 100 fiú mellett mindössze 56 lány tanul tovább, Csádban csupán 41.²³ Amint azt a későbbiekben láthatjuk, a nők, illetve anyák megfelelő oktatása hozzájárul a család boldogulásához és az ország fejlődéséhez. Eddig viszont a nőknek ritkábban volt lehetősége olyan munkát végezni, amellyel anyagi függetlenséget érthettek volna el.



A nemek aránya a születéskor, a megszületett fiúgyermek száma 100 lánygyermekre vetítve, az ENSZ középértéke szerint (Adatforrás: ENSZ²⁰)

Négy nő és kéttucat gyermek

ESETTANULMÁNY

Peter Lolnak keresztény neve van, négy felesége és vagy kéttucat gyermeke. Hogy pontosan mennyien vannak, éppoly kevésbé tartja számon, mint saját korát. De azt tudja, hogy a szomszéd falu elöljárójának kétszer annyi felesége van, mint neki.

Peter Lol hazája Délnyugat-Etiópia Gambella szövetségi állama. Az alföldet szavanna és erdők alkotják, extrém a forróság és gyéren lakott a terület. A malária és a Guinea-féreg igen elterjedt. A környék egyike a legfejletlenebb országoknak.

Lol az anuak nemzetséghez tartozik, akik család-klánokban élnek. Félnomád parasztként a száraz időszakban családjával együtt a Baro folyó partjára költözik, az esős időszakban pedig a magasabban fekvő területekre. A felmérés időpontjában néhány kerek szalmakunyhóban tartózkodik a családjával együtt, mintegy két kilométerre a folyótól, Közvetlenül egy kavicsos út, a környék egyetlen útja mellett élnek. A legközelebbi helység – amely a régió fővárosa, Gambella – kb. 50 km távol fekszik. Csak ott található orvos és üzletek.

A kunyhók körüli terület helyenként mocsaras. Az ivóvizet a közeli pocsolóvízből, száraz időszakban a folyóból nyerik. A család kukoricával, hallal és vadon termő növényekkel táplálkozik. Jövedelmük nincsen. A főként meztelenül járkáló gyermekek hasa rendkívül puffadt, a nők pedig nagyon soványak, csak Lol néz ki megfelelően tápláltnak. A gyermekek a kunyhókban jönnek világra orvosi segítség nélkül, Peter Lol „isten ajándékát” látja bennük, nem használ fogamzásgátlót. A házasságkor 20 év, a hozomány 25 szarvasmarha. Iskolaként a közeli fa funkcionál, melynek árnyékában a gyermekeket négy évig oktatják.

Ezt a szöveget Ines Possemeyer, a Geo riportere írta egy 2010 novemberében készített interjú alapján.

Ahol a lányok kevesebbet érnek

Normális esetben 100 lány mellett 106 fiú születik. A természet ezzel kompenzálja, hogy az úgynevezett erősebbik nem az első életévben egészségügyileg gyengébb, ezáltal magasabb a halálzási kockázata. Ahol azonban a szülők a fiúgyermeket részesítik előnyben, a nemek aránya megváltozhat: a terhesség alatti diagnosztika ma már lehetővé teszi a magzat nemének meghatározását – így például Indiában a törvényi tiltás ellenére a lánymagzatokat elvetetik, mivel a lányokat a család tehernek tekinti.¹⁹ Hosszú távon a nemek közötti kiegyensúlyozatlan arány társadalmi problémákhoz vezet. Legkésőbb akkor, amikor a milliárdnyi, házasságkorba kerülő indiai és kínai férfi számára nem lesz elegendő nő, az aránytalanság társadalmi feszültséget idéz majd elő.

A tizenévesek tankötelezettsége: főként a nők továbbtanulása csökkenti a születésszámot

Az oktatás az, ami előkészíti a fejlődés útját, és mind a férfiak, mind a nők számára egyaránt fontos (lásd a 4. fejezetet). Egy ország szóban forgó termékenységi rátáját azonban elsősorban a nők oktatási színvonala befolyásolja. Kevésbé jelentős a kívánt és megszületett gyermekek számát tekintve a férfiak iskolázottsága.²⁴

A nők továbbtanulása: később és nagyobb korkülönbséggel született utódok

A kutatók messzemenőig egyetértenek abban, hogy a nők középfokú oktatása gyakorolja a legnagyobb hatást a termékenységre.²⁵ Az kevésbé egyértelmű, hogy kevesebb gyermeke születik-e azon nőknek, akik csupán alapképzésben vehetnek részt. Az általános iskolát végzett fülöp-szigeteki nők körében az átlagos gyermekszám például 4,5 – ugyanolyan magas, mint az iskolázatlan nők esetében. Angolában viszont az alapképzésben részt vett nőknek átlagosan 6 gyermekük születik, kettővel kevesebb, mint az iskolázatlanoknak.²⁶

Néhány országban kivesszik a lányokat az iskolából, hogy házasodhassanak, de az oktatás idejének növekedésével szerte a világon kitolódik a házasságkötés kora is. Törökországban 1997 óta 5 év helyett 8 év az iskolakötelezettség hossza, így feleannyi 12-14 éves lány köt házasságot.²⁷ Kenyában az 1990-es évek végén a középfokú végzettséggel rendelkező nők statisztikai átlagban két és fél évvel később léptek házasságra, mint az iskolai végzettséggel nem rendelkező nők.²⁸

A hosszabb iskolai képzésnek köszönhetően sok nő felnőttként szüli első gyermekét, nem kiskorúként házasodva valószínűleg 15 évesen. Ezzel lerövidül a teherbeesési lehetőség időszaka is. Emellett a jobban képzett nők több időt hagynak két szülés között.²⁹ Mindkét ok oda vezet, hogy nekik kevesebb gyermekük születik, mint azon társaiknak, akik egyáltalán nem, vagy csupán általános iskolába jártak. A Fülöp-szigeteken például az általános iskola elvégzése után még rendszeresen iskolába járó nőknek átlagosan három gyermeke születik, Angolában pedig csak két-három.³⁰

A középfokú végzettséggel rendelkező nők összességében kevesebb utódot szeretnének, mint a kevésbé képzettek.³² Rendszerint tisztában vannak azzal is, hogyan valósítsák meg gyermekszüléssel kapcsolatos terveiket, mivel a fogamzásgátlásról és a teherbeesésről jól vagy kielégítően tájékozottak.³³ Ez mutatkozik meg a modern fogamzásgátló eszközök iránti keresletben és azok használatában. Végül soron a jobban képzett nők szélesebb tudása hozzájárul ahhoz, hogy kevesebb nem kívánt terhesség jöjjön létre.³⁴

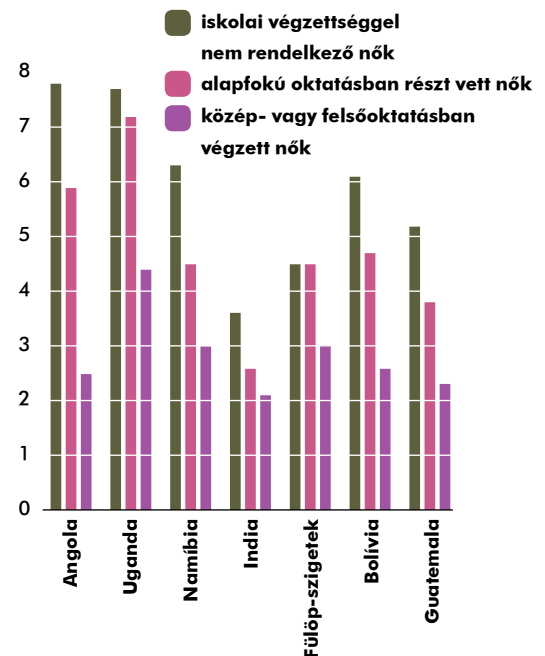
A jól képzett anyáknak kevesebb gyermeke születik

Az egész világon kevesebb gyermeke születik az iskolázott nőknek, mint a nem iskolázottaknak. Ez főként azokra a nőkre érvényes, akik az általános iskola után továbbtanultak. A munkából adódó lehetőségek az anyaszerpen kívül más alternatívát is mutatnak számukra. Ezenkívül rendelkeznek a családtervezéssel kapcsolatos információkkal és annak modern eszközeivel is, ezáltal maguk képesek szabályozni gyermekeik számát és a szülések között eltelt időt is.

Azonban nemcsak a fogamzásgátlásról szerzett ismeretek miatt születik kevesebb gyermeke a magasabban iskolázott nőknek. Az oktatás a párválasztást is befolyásolja. A jobban képzett nők rendszerint hasonlóan képzett férjre keresnek maguknak, vagy egyedülállóként gyermektelenek maradnak.³⁵ A választott férfiak ezenkívül nyitottabbak és toleránsabbak. Emiatt a házasságban a jól képzett nőknek a tendenciák alapján több beleszólási és döntési lehetőségük van.³⁶

Az utód is élvezzi az anyák oktatásának hasznát

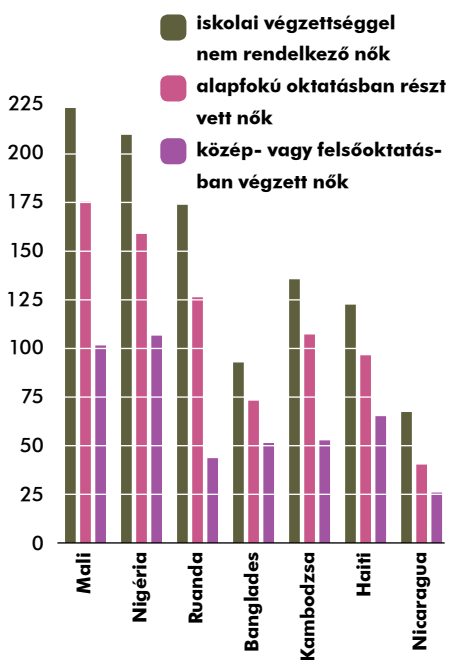
A nők oktatásának helyzete nem csak a gyermekek számát, hanem azok jólétét is befolyásolja. Egy olyan gyermek kevesebb testvére van, inkább jár iskolába, mint az, akinek sok testvére van, sőt, a hivatalosan képzetlen nőkhöz



Asszonyonkénti átlagos gyermekszám a képzettség szerint, különböző éveken (2005-2008 között) (Adatforrás: Demographic and Health Surveys³¹)

képest a gyermekként oktatásban részt vett nők erősebben ragaszkodnak saját gyermekük iskoláztatásához is.³⁷

Elsősorban azonban a gyermek egészsége függ az anyák oktatásától. Így például a csecsemők túlélési esélyeit jobban befolyásolja az anya képzettsége, mint hogy mennyire uralkodik jólét a háztartásban.³⁸ Az írni-olvasni tudó anyák gyakrabban oltatják be gyermekeiket és ügyelnek a tiszta ivóvízre, hiszen többet tudnak a betegségekről és a higiéniaról, mint képzetlen nőtársaik. A továbbtanult nők tájékozottabbak a HIV/AIDS vírus anyáról gyermekre való terjedéséről, következképpen a megelőzési módokról is. A 2011. évi Világoktatási Közlöny szerint Szubszaharai Afrikában évente 1,8 millió gyermekkel kevesebb halna meg, ha a gyermekhalandóság a középfokú végzettséggel rendelkező nők gyermekeinek halálozási rátájára csökkenne.³⁹



Öt éves koruk előtt meghalt gyermekek száma, 1000 főben megadva, az anya képzettsége szerint, különböző években (2005-2008 között) (Adatforrás: Demographic and Health Surveys⁴⁰)

Négy gyermek tanítója és édesanyja

ESETTANULMÁNY

Branda Mwenza⁴¹ Uganda fővárosa, Kampala elővárosában él a férjével. 48 éves és 5 gyermeket hozott világra, akik közül egy malária áldozatává vált. A legkisebb gyermek születése után sterilizáltatta magát. Amikor Branda Mwenza először esett teherbe 22 évesen, az átlagos gyermekszám Ugandában hét volt – azóta ez a szám alig változott, még mindig hat gyermek feletti.⁰

A házaspár elejétől fogva nem akart több gyermeket, mint amennyit el tud tartani. Az „el tud tartani” annyit jelent, hogy a gyermeket oktatni tudják, és félre tudjanak tenni számára megtakarított pénzt, hiszen az oktatás és az anyagi jólét kiemelkedően fontos a családjukban. Branda Mwenza és a férje is középfokú képzettséggel rendelkeznek. Branda Mwenza jelentősen hozzájárul a család jövedelméhez. Általános iskolai tanítónőként dolgozik, esténként pedig egy kis boltot vezet, hogy kiegészítse jövedelmét. Mind a három idősebb gyermeke egyetemre járt, a legfiatalabb még iskolás.

A fontos kérdésekben közösen dönt a házaspár. Így például együtt döntöttek el, hány gyermeket szeretnének, és a család pénzügyi lehetőségeit is megtárgyalják. Szubszaharai Afrikában nem magától értetődő ugyanis, hogy a nők pénzügyi és fogamzásgátlási kérdésekhez hozzászólhatnak, mivel itt tradicionálisan patriarchális és hierarchikus a háztartások berendezkedése.⁴²

Az ugandai körülményekhez képest jók az életfeltételek: van tiszta ivóvíz és a közelben orvos. Branda Mwenza orvosi ellátásban részesült várandóssága alatt, és minden gyermekét kórházban hozta világra. Jobb jövőt kíván gyermekeinek: minőségi oktatásban részesüljenek, viszonylag magas jövedelmet szerezzenek, és saját telkük legyen, hogy házat tudjanak építeni rá.

Ez a szöveg a Stiftung Weltbevoelkerung munkatársa, Carmen Kommer 2010 novemberi interjúja alapján készült.

A jól képzett anyák gyermekei egészségesebbek

Főként az anya képzettségétől függ, hogy a szegényebb országokban a gyermek megéri-e az ötéves kort. Minél tovább járnak iskolába a nők, annál inkább ismerik az olyan megelőző intézkedéseket, mint a védőoltások, higiénia és egészséges táplálkozás. Aki tud olvasni, könnyebben képes tájékozódni. Azon gyermekek halálozási kockázata a legalacsonyabb, akiknek anyja az általános iskola után tovább tanult. Ezen anyáknak a tendenciák szerint kevesebb gyermekük is születik, mint a kevésbé képzetteknek. Az egyke gyermekről ezért megfelelőbben tudnak gondoskodni, és a kisebb családokban kevesebb felé kell elosztani az élelmi-szert, orvosságot és az iskoláztatásra fordított anyagiakat is.

Egészséges gyermekek: ha kevesebb gyermek hal meg, kevesebb is születik

Történelmi viszonylatban az iparosodott országok demográfiai átmenetének ideje alatt összefüggés mutatkozik meg a csecsemő- és gyermekhalandóság, valamint a születési ráta között: elsőként a jobb higiénia, a több védőoltás és a tisztább ivóvíz következtében kevesebb gyermek halt meg, majd később csökkent a születési ráta.⁴³

Időközben sok fejlődő országban javultak a gyermekek életkörülményei. A malária gyógyszere és a kanyaró, tetanusz vagy a pneumokokkusz elleni védőoltás, ami a bakteriális tüdőgyulladás kórokozója, életmentőnek bizonyultak. A mosdóhigiéniai termékek és a tiszta ivóvíz segítségével csökkenni kezdtek a hasmenéses megbetegedések, melyek még manapság is a gyermekhalálozás 14 %-át idézik elő.⁴⁴ Ennek ellenére Szubszaharai Afrikában minden hetedik gyermek meghal az ötödik születésnapja előtt. 2010-ben 4,5 millió gyermek nem érte meg az ötéves kort – ez az egész világon hasonló korban elhunyt gyermekeknek kb. a fele.⁰

Ha nem tudható előre, hány gyermek marad életben, a szülők rendszerint sok gyermeket szeretnének, hogy legalább néhány gyermekük biztosan felnőjön.⁴⁶ Gazdaságilag sok fejlődő országban a gyermekek és fiatalok még manapság is plusz munkaerőt jelentenek, továbbá valamiféle biztosítékot a szülők időskori ellátására – mivel a legtöbb fejlődő országban nem létezik állami társadalombiztosítás.

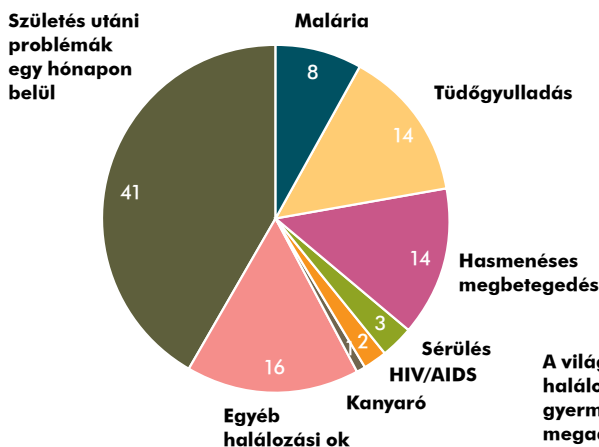
Egy Etiópia vidéki részsein készített tanulmányban például megfigyelhető, hogy több gyermeket szültek azok az

anyák, akiknek egy gyermekük meghalt, mint azok a nők, akiknek egy sem, bár az esküvő előtt mindkét csoport ugyanannyi gyermekre vágyott.⁴⁸

A gyermekhalandóság viszont nem csak a gyermekszámot befolyásolja, hanem a születek között eltelt időt is. Ghánában az 1990-es évek végén a gyermeküket szülés után elvesztő nők átlagosan 23 hónap múlva már születték a következő gyermeküket, tehát 13 hónappal korábban estek ismét teherbe, mint azok a nők, akiknek életben maradt a gyermekük. Kenyában a két csoport közötti különbség 6 hónap.⁴⁹ Mindemellett éppen a születek közt eltelt rövid idő is hozzájárul a magas csecsemő- és anyai halandósághoz.

Ami a gyermekek halálát okozza

A legtöbb gyermekhalál elkerülhető lenne, ha rendelkezésre állna tiszta ivóvíz, szűnyogháló, védőoltások és gyógyszerek. Gyakran a megfelelő táplálkozás sem megoldható: a világon meghalt gyermekek mintegy egyharmada azért betegszik meg, mert szervezetük a hiánytáplálkozás következtében legyengült. Az újszülöttek szakszerű ellátásának hiányát mutatja, hogy a halálesetek 41 %-át születés utáni komplikációk okozzák.

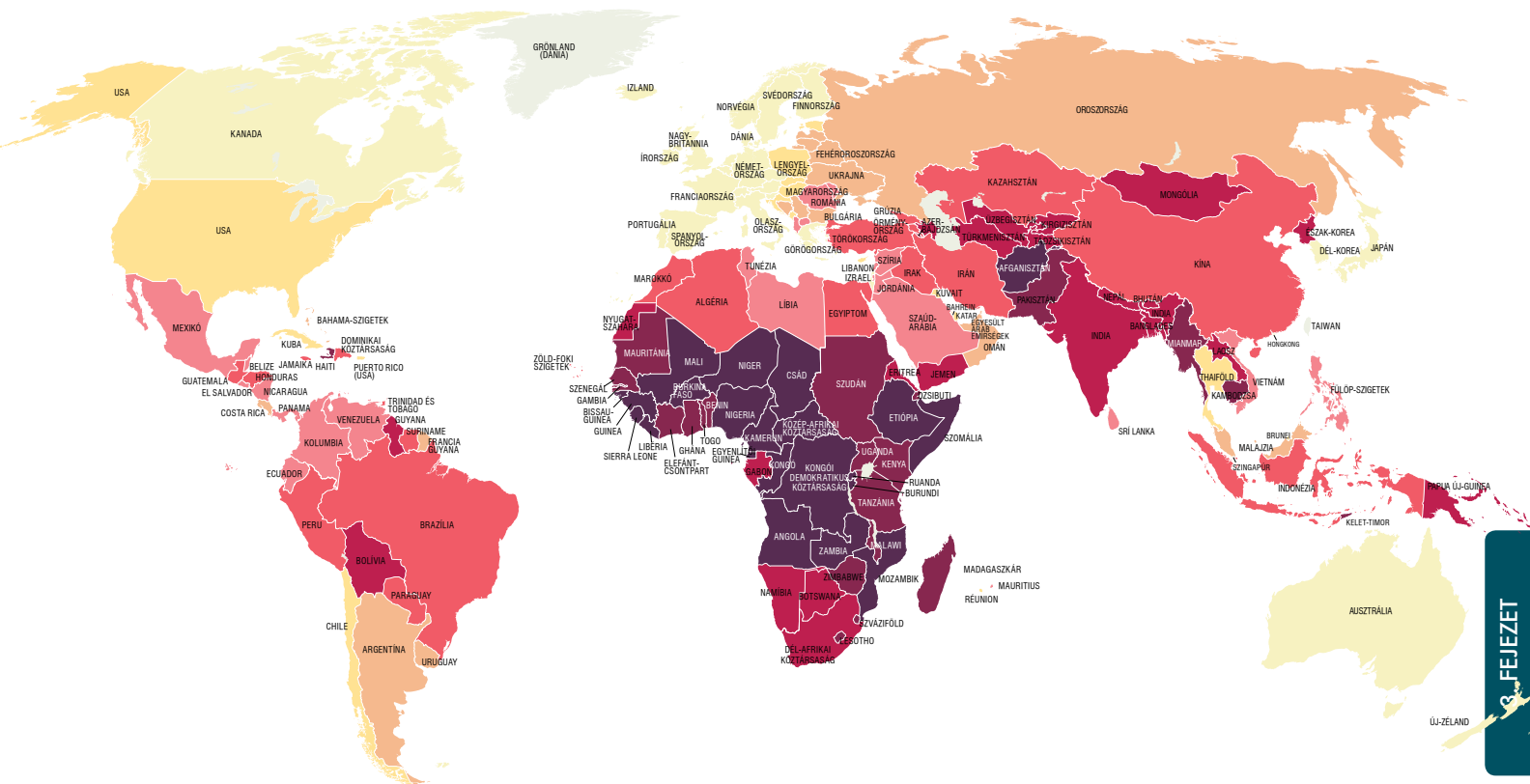


Több csecsemő marad életben, ha javul a reprodukív egészség

Világszinten a gyermekhalálok közel 40 %-a az újszülöttek egy hónapos kora előtt következik be. A Guttmacher Intézet – egy civil szervezet, amely kutatás, képzési lehetőségek és lobbitevékenység révén a szexuális és reprodukív egészségért küzd – szerint az elhunyt gyerekek száma 3,2 millióról 1,5 millióra csökkenne, ha a reprodukív egészséggel kapcsolatos szolgáltatások és a családtervezési eszközök elérhetőek lennének.⁵⁰

Hogy mennyire fontos a szakszerű ellátás a születés előtt és után az újszülöttek számára, az abban nyilvánul meg, hogy a legtöbb haláleset a baba életének első hetében következik be. Ezek közül is 25-50 % a szülést követő 24 órán belül történik. A leggyakoribb halálok a koraszülés, fulladás általi halál, az anya szülés közbeni halála, illetve a fertőzések – mint tüdőgyulladás, tetanusz vagy hasmenés.⁵¹ A közvetlen orvosi ellátás mellett a terhesség alatti egészségügyi felvilágosítás is javítja a túlélési esélyeket. Megtanítják az anyákat például arra, hogy a szoptatás által megelőzhetőek az újszülött hasmenéses

A világon bekövetkezett gyermekhalálozások 2008-ban, 5 év alatti gyermekek körében, százaléokban megadva (Adatforrás: ENSZ⁴⁷)



Ahol rövid az élet

A gyermekhalandóság felére csökkentése egyike a Millenniumi Fejlesztési Céloknak, amelyek elérésére a nemzetközi közösség 2015-re kötelezte magát. 1990 óta az 5 év alattiak halálzási rátája egyharmaddal csökkent világszerte. A legnagyobb sikereket Észak-Afrika, Latin-Amerika, a karibi, valamint az ázsiai államok érték el. Szubszaharai Afrikában azonban további erőfeszítések szükségesek, hogy a gyermekek egészségesen nőhessenek fel.⁴⁵

Az 1000 élve született gyermekre jutó, 5 év alatt elhunyt gyermekek száma 2010-ben

- 6 fő alatti
- 6-9 fő
- 10-15 fő
- 16-24 fő
- 25-39 fő
- 40-79 fő
- 80-119 fő
- 120 vagy több fő

(Adatforrás: ENSZ⁴⁶)

és egyéb betegségei, illetve rávilágítanak a védőoltások szükségességére is.

A felvilágosítás emellett a családtervezés és a fogamzásgátlás szempontjából is lényeges, mivel számos kockázatos terhesség fordul elő, amelyek fokozzák a csecsemőhalandóságot. Gyakran például túl korán, alacsony súllyal vagy komplikációk között születnek a gyerekek, ha az anya a szüléskor még 20 évesnél fiatalabb. A gyermek túlélési esélyei a szülések között eltelt idővel is összefüggnek. Ha a nő a szülés után legalább 2 évet vár a következő terhességgel, tovább tudja szoptatni az idősebb gyermekét, a következő gyermek számára pedig előnnyel jár, ha az anya testileg felépül az előző terhességből. Így kétszeresére nőnek a következő gyermek túlélési esélyei.⁵²

A reprodukív egészségre vonatkozó szolgáltatások elérése döntő szerepet játszik a HIV/AIDS járvány visszaszorításában. Csak 2009-ben 370 000 gyermek és 15 év alatti fiatal fertőződött meg a vírustól világszerte – legtöbbször saját anyjától kapta el a betegséget a szülés folyamán.⁵³

A reproduktív egészséggel kapcsolatos szolgáltatások és a nők

A reproduktív egészségre vonatkozó szolgáltatások nem csak az újszülöttek életét mentik meg. Döntően hozzájárulnak ahhoz is, hogy az anyák egészségügyi ellátása javul, és az anyai halandóság csökken, amint ezt az 5. millenniumi fejlesztési cél is tervbe vette. Minden jel szerint az 5. cél van a leginkább elhanyagolva, az utóbbi évek sikeres eredményei ellenére is: 1990-2008 között az anyai halandóság 65 %-kal csökkent.⁵⁴ A Guttmacher Intézet szerint az összes, terhességgel és szüléssel összefüggő női halálestet több mint kétharmada megelőzhető lenne a szolgáltatások és családtervezési eszközök megfelelőbb biztosításával.⁵⁵

Több vagy kevesebb szülés a HIV miatt?

A tudósok körében vitatott, vajon hat-e, és hogyan a HIV/AIDS járvány a termékenységre. Néhány kutató olyan, a betegség hatására kialakult viselkedésbeli változásokban bíz, mint az óvszer rendszeres használata, kevesebb nemi élet, ritkább partnersere, illetve a fiatalok körében később kezdett nemi aktivitás.⁵⁶ Mindezek eredményeként a HIV/AIDS által erősen fertőzött országokban a betegség hatására kevesebb gyermek születhetne. Dél-Afrikában például a HIV-pozitív nők gyakrabban használnak óvszert, mint az egészséges asszonyok, és nem szeretnék több gyermeket szülni, miután értesültek betegségükről.⁵⁷ Ez azonban nem mindenhol és nem általánosan mondható el. Egy nigériai kórházban végzett felmérés alapján a megkérdezett 262 HIV-fertőzött férfi és nő közül a többség

szeretne (további) gyermeket,⁵⁸ továbbá egy hasonló, északkelet-brazíliai tanulmány szerint a 229 megkérdezett HIV-pozitív brazil nő közül 91 szülné még (további) gyermeket a betegsége ellenére is.⁵⁹

A várt termékenység-csökkenés helyett a HIV/AIDS esetleg meg is állítja, illetve akár kiindulási állapotra is visszafordíthatja a demográfiai átmenet folyamatát: a halálozási ráták újból

emelkednének, és ezzel együtt a születési ráták is. Hiszen ha a szülők a HIV/AIDS-járvány miatti magasabb újszülött-halálozási kockázattal számolnak – ugyanis látják, hogy a környezetükben egyre több fiatal betegszik meg –, valószínűleg több gyermeket szeretnének, hogy az esetleges veszteséget kompenzálják.⁶⁰

Egy HIV-fertőzött özvegy

ESETTANULMÁNY

Az 51 éves Herriet Kazimbu⁶¹ Caprivi-Zipfel egy kis falujában él Namibia észak-keleti részén. Bár a falu távol esik a főúttól, a következő város pedig 120 km-re található, mégis több ivókúttal, egy általános iskolával, egészségügyi intézménnyel, üzletekkel, templomokkal, valamint egy állami mezőgazdasági tanácsadó irodával is rendelkezik a helység. Áramszolgáltatás viszont nincsen a faluban, és az esős időszakban nehezen járhatóak az utak. A faluban élő 850 ember nagyrészt abból él, amit a földjeiken megtermelnek, valamint az állatokból: szarvasmarhából, kecskéből és tyúkokból. A lakóházakat agyagból építik, a tetőt szalmából; csak kevesek engedhetik meg maguknak a hullámlemez tetejű házat.

Herriet Kazimbu családjának nem sok tulajdona van: néhány tyúk, egy kisebb kukoricaföld, és egy kevés zöldség jelenti a megélhetési forrást. Emellett a szomszéd földeken segítenek a jövedelem kiegészítése végett. Így fedezik a gyermekek iskoláztatási költségeit, a vízhasználat járulékait, illetve egy pár további élelmiszert.

Herriet Kazimbu 15 évesen ment férjhez, éppen a 8 éves általános iskola befejezése után. Családját ma 5 gyermek és 4 unoka alkotja. Férjét, hatodik gyermekét, valamint egy vejét az immunrendszert legyengítő betegség, a HIV/AIDS által vesztette el. Hivatalos becslések szerint Caprivi térségének fertőzöttségi aránya eléri a 36 %-ot, a tényleges adatok valószínűleg ennél is magasabbak.⁶² Maga Herriet Kazimbu is HIV-pozitív, azonban rendszeresen szedi az ingyenesen elérhető gyógyszereket, ezért viszonylag jónak mondható az egészsége.

A HIV/AIDS elleni küzdelemnek köszönhetően Caprivi régiójában sokak számára természetes a családtervezés – ami a betegség terjedését azonban alig fékezi. Óvszer mindenhol kapható. A nem kívánt terhességek ellen a nők általában injekcióval védekeznek, amelyet a falu egészségügyi intézményében ingyenesen szerezhetnek be.

Ezt a szöveget Franziska Woellert írta egy 2011 januárban folytatott interjú alapján.

A családtervezés elérhetősége: csökkenő gyermekszám, kevesebb nem kívánt terhesség

Egyedül a reprodukív egészséggel kapcsolatos szolgáltatások csökkentik a leendő anyák és csecsemőik megbetegedési vagy halálozási kockázatát, mégpedig elég jelentősen, de igazán hatékonyan csupán akkor, ha a családtervezés lehetősége biztosított és élnek is vele. Ellenkező esetben nem szabályozható megbízhatóan a terhességek között eltelt idő hossza. A modern fogamzásgátló eszközökhöz való akadálytalan hozzáférés az egészségi állapot javulása mellett a termékenységi ráták csökkenését is szolgálja. A fejlődő országokban 2008-ban 186 millió nő lett terhes, ebből mintegy 40 % akaratan kívül. Ez azt jelenti, hogy az asszonyok tulajdonképpen már nem akartak (több) gyermeket, vagy a következő terhességgel még 2 évet vártak volna.⁶³

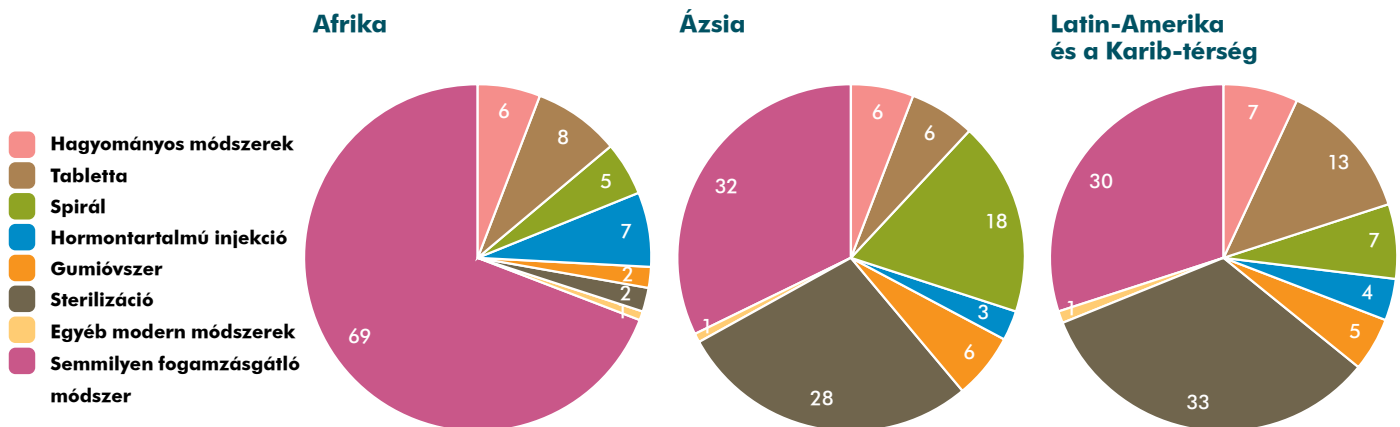
E 186 millió terhességből nem mind végződött a gyermek megszületésével. 28 millió esetben vetéléssel, további 35 millió esetben abortusszal fejeződött be a terhesség. Az utóbbi időben az abortusz hozzájárul a termékenységi ráták csökkenéséhez – azonban igen magas áron, mivel 2008-ban mintegy 20 millió abortuszt végeztek el veszélyes körülmények között, kockáztatva ezzel a nők egészségét és életét.⁶⁵

Az egyes országok és szervezetek terhesség-megszakításhoz való hozzáállása manapság is igen eltérő, mivel különböző nézetek ütköznek egymással, és nagyon szenvedélyesen síkra szállnak az igazukért a felek, amikor a nő önren-

delkezési joga és a még meg nem született élet kioltásának lehetősége kerül mérlegre. Nem kétséges, hogy jobb megelőzni a nem kívánt terhességet, mint megszakítani. A családtervezési eszközök akadálytalan elérhetősége bizonyíthatóan csökkenti az abortuszok számát⁶⁶ – teljesen megszüntetni viszont nem lehet a fogamzásgátló módszerek hibaszázaléka, vagy amiatt, hogy egyáltalán nem használnak fogamzásgátló módszereket, illetve orvosi indokok miatt. Becslések szerint ott csökkent egy gyermekkel a termékenységi ráta, ahol a nők számára biztonságos terhesség-megszakítást tesznek lehetővé.⁶⁷

Melyik fogamzásgátló módszert használják?

A világon a fogamzóképes nők 35 %-a semmilyen fogamzásgátló módszert nem alkalmaz. A hagyományos módszerek esetében a nők a férfiak együttműködésére vannak utalva. Ez kevésbé eredményes, hiszen a gyermekek számának korlátozása kevésbé a férfiak igénye, mint a nőké. Az afrikai kontinensen különösen magas a fogamzásgátlót nem használó nők aránya. Pedig többségük nem akar terhes lenni. A védekezés alacsony aránya inkább arra enged következtetni, hogy sok afrikai nő számára csupán korlátozottan elérhetőek a fogamzásgátló módszerek. Latin-Amerikában és a Karib-térségben, valamint Ázsiában azonban igen elterjedtek a modern módszerek. Azok a nők, akik nem szeretnék több gyermeket, gyakran döntenek a sterilizáció mellett. Ennek megfelelően alacsonyabb a termékenység, mint Afrikában. Mind az ázsiai, mind pedig a latin-amerikai nők átlagosan valamivel több, mint 2 gyermeket szülnek, ezzel szemben az afrikaiak több mint négyet.⁹



Fogamzásgátló módszerek százalékban megadva, 15-49 éves, házas asszonyokra vetítve 2008-ban, a világ területei szerint (Adatforrás: Population Reference Bureau ⁶⁴)

A családtervezés nélkülözésének megszüntetése

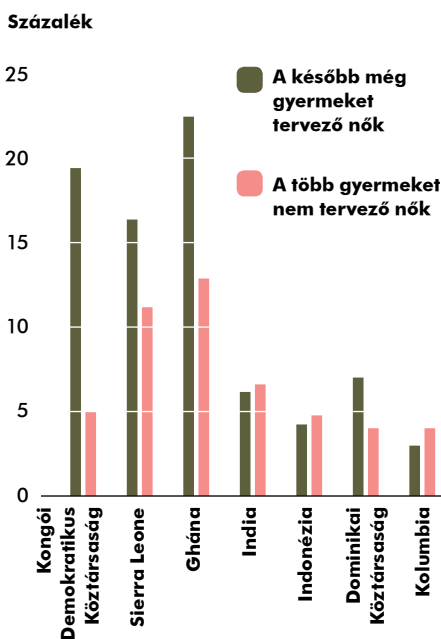
A fejlődő országokban 2008-ban létrejött 186 millió terhesség közül végül 123 millió végződött szüléssel. Ebből a 123 millió gyermekből közel egy negyede, 30 millió nem kívánt terhességből jött a világra.⁶⁸ Sok országban a magas születési ráták egyáltalán nem a nagycsalád utáni vágy hozadékai. Épp ellenkezőleg: részben arra vezethetők vissza, hogy a nők és a párok számára hiányoznak az egyébként kívánt családtervezés hatékony lehetőségei.

A fejlődő országokban 2008-ban 215 millió nő számára, akik az adott időszakban nem akartak terhesek lenni, nem állt rendelkezésre modern fogamzásgátló módszer, mint pl. az antibébi tablettá, a gumióvszer vagy a spirál. A családtervezés nélkülözése – tehát a fogamzásgátlók hiánya az egyébként védekezni kívánó nők esetében – a szegény, vidéki régiókban a legégetőbb, és elsősorban olyan nőket érint, akik viszonylag fiatalok, szegények és alacsony iskolázottságúak. Azok a nők, akik a következő terhességet mindössze késleltetni kívánják, kétszer olyan gyakran igénylik a fogamzásgátlást, mint azok a nők, akik egyáltalán nem akarnak (több) gyereket, mivel utóbbiak esetében szóba jön a sterilizáció is.⁷⁰

A családtervezés nélkülözése vélhetően ennél sokkal magasabb, mivel a felmérésekbe olyan nőket vonnak be, akik házasságban, illetve házasságszerű kapcsolatban élnek.⁷¹ A hajadonok, főleg a fiatal lányok a mintavételkor nem kerülnek bele a megkérdezettek körébe.

Sok fejlődő országban nem életszerű, hogy az adatgyűjtés során a fogamzásgátlással és a reproduktív egészséggel kapcsolatos interjúkat általában férjes asszonyokkal folytatják le. Azért nem életszerű, mert bár a fiatal nők manapság ritkábban házasodnak tizenéves

korban, mint 20 évvel ezelőtt, az első nemi aktus ideje alig változott azóta.⁷² Az első szexuális tapasztalatokat tehát az esküvő előtt szerzik meg. Úgynevezett „morális” megfontolásokból a még hajadon nők számára a nemi felvilágosítás és a fogamzásgátló szerek elérhetősége még inkább korlátozott, mint a férjes asszonyok számára. Habár a tőlük megkövetelt önmegtartóztatás távol áll a valóságtól és sokan kritizálják ezt a követelést, mégis gyakran úgy állítják be, mintha ez lenne az egyedüli lehetőség a terhesség elkerülésére, illetve a nemi úton terjedő betegségek elleni védelemre.⁷³ A nemi felvilágosítás és a fogamzásgátló szerek hiánya nem csak a fiatalok körében magas HIV/AIDS rátákból tűnik ki, hanem a tizenéves terhességek nagy számából is.



A (modern és hagyományos) fogamzásgátló módszerek nélkülözése azon reproduktív korú nők körében, akik később még szeretnének gyermeket, valamint akik már nem akarnak (több) gyermeket, 2005-2010 közötti különböző években. (Adatforrás: Demographic and Health Surveys⁶⁹)

Pakisztán és Banglades összehasonlításából látszik, hogy az átlagos gyermekszám igen erősen függ a családtervezés elérhetőségétől. Amikor 1971-ben Banglades függetlenné vált Pakisztántól, mindkét országban azonos elképzelések éltek a család ideális méretétől, és azonosak voltak a termékenységi ráták is, nevezetesen átlagosan 7 gyermek asszonyonként.⁰ Míg Bangladesben a következő évtizedekben kiépítették a családtervezési szolgáltatást és a szegények számára is elérhetővé tették, addig Pakisztánban nem törekedtek erre – időnként be is tiltották a családtervezést. Ez ahhoz vezetett, hogy az 1990-es évek közepén Pakisztánban kétszer többen nélkülöztek a fogamzásgátló lehetőségeket, mint Bangladesben, ami óriási különbségeket eredményezett a gyermekszámokban: míg Bangladesben a nők 1995-ben egész életükre kiveitve átlagosan 3,6 gyermeket szültek, addig Pakisztánban átlagosan 5,3-at.⁰ Időközben fokozatosan közelíteni kezd egymáshoz a két ország átlagos gyermekszáma, mivel Pakisztánban az 1990-es évek közepe óta javult a családtervezési program – habár a pakisztáni csökkenő termékenységi rátákért az illegálisan végzett abortuszok is felelősek.⁷⁴

Amikor hiányzik a fogamzásgátlás

A fogamzásgátlók nélkülözési mértékének becslését közvélemény-kutatásokból nyerték, amelyekben többek között arról kérdezték a nőket, hány gyermeket szeretnének még, illetve milyen fogamzásgátló módszereket használnak. Akkor lép fel a fogamzásgátlás igénye, amikor egy termékeny nő összességében nem akar több gyermeket, illetve a következő terhességgel legalább 2 évet várna. És akkor nélkülözi a családtervezés lehetőségét, ha ennek ellenére nem védekezik. Definícióként változik, de a hagyományos módszert használó nő fogamzásgátlási igényét is megoldatlannak tekinti például a Guttmacher Intézet. A tanulmány keretein belül ebben az összefüggésben mindig a „modern fogamzásgátló szerek nélkülözése” kifejezést használjuk. A grafikonon a családtervezés nélkülözése viszont azon nőkre vonatkozik, akik sem modern, sem pedig hagyományos fogamzásgátlót nem használnak.

A tablettának köszönhető munkavállalási esélyek

ESETANULMÁNY

Diana Kombo⁷⁵ egy kis házban él Délkelet-Kenya egyik falujában férjével és 4 gyermekükkel. Saját magukat sem a szegények, sem a gazdagok körébe nem sorolja. Televíziójuk és hűtőszekrényük nincsen. A legközelebbi piac három órára található. Diana Kombo hetente egyszer sétál el oda, hogy élelmisszert vásároljon. Ilyenkor több mint 6 órát van úton, mivel a családnak nincs elegendő pénze buszra vagy taxira. A legközelebbi kórház 20 kilométerre fekszik. A faluban orvos nem dolgozik.

Viszont van a faluban egy általános, sőt egy középiskola is. A két idősebb gyermek – egy tízéves lány és egy hétéves fiú – általános iskolába jár. Hároméves lányuk óvodás; a legkisebb egyéves és otthon van. Diana Kombo reméli, hogy egy napon gyermekei majd egyetemen tanulnak. Ő maga is elvégezte a középiskolát, és gyermekekre felügyel. Igen büszke a munkájára, hiszen így hozzájárul a család jövedelméhez. A falujában lakó nők számára nem természetes a munkavállalás. Diana Kombo számára azért lehetséges, mert saját maga határozhatta meg következő terhessége idejét.

A fogamzásgátlás lehetőségéről abban a kórházban hallott, amelyben a négyből 3 gyermekét világra hozta. A második gyermeke után kezdett el védekezni, mégpedig hormontartalmú injekcióval. Mivel ezt a szervezete nem tolerálta, átváltott az antibébi tablettára, amelyet ma is használ. A tablettákat gyógyszerárban szerzi be, ahol a gyógyszerész a havi ciklusát is dokumentálja.

Egy csomag átszámítva 27 eurocentbe kerül havonta. Előfordul, hogy nehéz előteremtteni az erre fordítandó összeget, mivel a jövedelme attól függ, mennyit tudnak fizetni neki a szülők. A család bevétele, amelynek nagy részét buszsofőrként dolgozó férje teremti elő, havonta 72 euro körül mozog. Anyagi kérdésekben a házaspár közösen dönt, és a fogamzásgátlás igen fontos Diana Kombo számára.

Mivel a tabletták segítségével úgy szervezhette meg életét, ahogy neki megfelelt, Diana Kombo megpróbál más falubeli nőket is meggyőzni erről a fogamzásgátló módszerről. Sokan azonban szkeptikusok.

Diana Kombo elégedett gyermekei számával. Véleményük szerint a 4 gyermek sem nem sok, sem nem kevés. A 4 gyermek a falu közösségében is jónak mondható. A házaspár még nem tudja, hogy teljes-e a család a legfiatalabb kislánnyal. Elképzelhetőnek tartják, hogy később vállalnak még egy gyermeket.

Ez a szöveg Carola Ahlborn, a Stiftung Weltbevoelkerung munkatársa által 2011 januárjában készített interjú alapján jött létre.

Megváltozott életformák: az új életkilátások kisebb családot eredményeznek

Az életkörülmények változása gyakran a család nagyságára is hatást gyakorol. Az elvárosiasodás folyamata, illetve a tömegmédiával közvetített életstílus megváltoztatja a gyermekek számáról alkotott egyéni nézőpontot is. A sokgyermekes, hagyományos életmódok lassacskán jelentőségüket veszítik.

Város-vidék különbségek a gyermekek számában

A fejlődő és feltörekvő országok népességének nagy része manapság városi központokban lakik. Az utóbbi években egyre többen hagyták el vidéki otthonukat, a szükség és a vidék nyújtotta korlátozott lehetőségek miatt, a jobb városi élet reményében: munkalehetőségben, pénzben, iskola és egészségügyi intézmények elérhetőségében bízva. Többről van szó, mint lakóhely-változtatásról, ugyanis a városi élet sok újat hoz magával, és másfajta túlélési technikákat és magatartásformákat követel.

A történelmi fejlődés azt mutatja, hogy a falusi-paraszti életből a modern városi életbe való társadalmi átalakulás része a demográfiai átmenetnek, amelyben a magas halálozási és születési ráták is csökkennek.⁷⁹ A mai fejlődő és feltörekvő országokban a tudósok több mint fél évszázada észlelik, hogy a városok és falvak termékenységi rátái eltérőek.⁸⁰ A hagyományos, vidéki területeken a termékenységi ráta mindig magasabb, mint a városokban. Etiópiában például a falusi régiókban a nők átlagosan 6 gyermeket szülnek – a városban ezzel szemben csak 2,4-et. Ghánában egy falubeli nő átlagosan 5 gyermeket szül, egy városi csak hármat. Haitin, Sierra Leonében és Szenegálban

Városiasodás

Majdnem 3,5 milliárd ember él városban világszerte. Ez a világ népességének felét teszi ki. Sosem volt ilyen magas a városban lakók aránya.⁷⁶ A városok népessége leginkább a fejlődő országokban nő. A városok elsősorban azért nőnek, mert a fiataloknak gyermeke születik, másodsorban pedig a bevándorlás következtében. Sok bevándorló a városok nyomornegyedébe kerül – 2030-ig a nyomornegyedek lakóinak száma elérheti a 2 milliárd főt világszerte.⁷⁷

Sehol másutt nem növekszik a városi népesség olyan gyorsan, mint Afrikában. Itt a városban élő emberek száma megkétszereződött az elmúlt 20 év folyamán. Ma kb. 413 millió afrikai lakik városban. Ez 2030-ra vélhetően 761 millióra emelkedik, 2050-re mintegy 1,2 milliárdra, ami az afrikai népesség 62 %-át jelentené.⁷⁸

Az urbanizáció egyrészt fejlődési lehetőséget rejt, hiszen ahol nagy a népsűrűség, ott könnyebben elérhetőek az egészségügyi szolgáltatások, valamint az állami képzési lehetőségek. Másrészt sok város a maga erősen emelkedő lakosságával a túlterheltség jeleit mutatja. Az infrastruktúra fejlődése ritkán tud lépést tartani a népesség fejlődésével, kevés például a lakóház, az iskola, illetve a működő csatornahálózat.

is átlagosan két gyermekkel születik több a falvakban, mint a városokban.⁸¹

A város-falu különbség többek között az e fejezetben tárgyalt változásokkal magyarázható. A városokban több lehetősége van a lakóknak az oktatásra és az orvosi ellátásra, ennek köszönhetően a csecsemő- és gyermekhalandóság alacsonyabb, mint a falvakban. A nők általában később mennek férjhez, és gyakrabban használnak modern fogamzásgátló eszközöket. Így például a modern módszerekkel védekező nők aránya Zambia városaiiban duplája a falubeliekének.⁸³ A

nők egyenlősége is előrehaladottabb a városokban, mint faluhelyen, ami nem utolsó sorban abból adódik, hogy a városi nőknek több lehetőségük van saját jövedelemhez jutni.

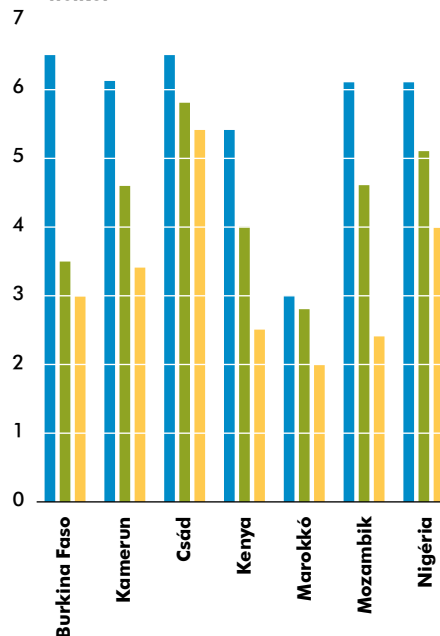
A városokban kevesebb a gyermek

A fejlődő országokban egyértelműen különbözik a városi élet a hagyományos falusi élettől. A társadalmi felemelkedésért folytatott küzdelem, a modern fogamzásgátlók könnyebb elérhetősége és a tipikus középosztálybeli család, amelyet a reklámok és a televízió kétyermekesnek ábrázol, hozzájárulhatnak a család ideális méretének átértékelődéséhez. Emellett sok városi gyermek inkább anyagi megterhelést jelent, mintsem gazdasági hasznot hozna a családnak. Emiatt a városokban alacsonyabb a gyermekszám, mint a falvakban. Valójában a városokban is megmutatkoznak a szegénység okozta különbségek, mivel a nyomornegyedek átlagos gyermekszáma magasabb a jómódú városi területekénél.

A nők pénzkereseti lehetősége csökkenti a termékenységet

A városban a nők könnyebben találnak fizetett munkát, mint a falvakban. Ez több szempontból is befolyásolja a gyerekszámot: először is a terhesség és szülés során anyagi kiadások, úgynevezett alkalmi költségek keletkeznek, másodsorban a nő döntési szabadságot kap, mivel a falun uralkodó hierarchikus csalárendszer a városban fokozatosan elsorvad, harmadszor pedig a nők a saját jövedelemnek köszönhetően könnyebben be tudják szerezni a fogamzásgátló eszközöket, amelyek ráadásul a városban elérhetőbbek.

■ falusi lakóhelyek
■ városi nyomornegyedek
■ városi lakóhelyek nyomornegyed nélkül



Lakóhely szerinti egy nőre eső átlagos gyermekszám 2003-2004-ben
(Adatforrás: UNFPA⁸²)

Régóta ismeretes, hogy a nők foglalkoztatottsága és a gyermekszám összefügg. A dél- és délkelet-ázsiai területen ott a legalacsonyabb a termékenység, ahol a legjobban képzettek és foglalkoztatottak a nők.⁸⁴ Latin-Amerikában a termékenység és a nők kereső tevékenysége közötti összefüggést szintén különböző tanulmányokban vizsgálták. A jobban képzett, biztos munkahellyel rendelkező nők, valamint a városban élő nők általában kevesebb gyermeket szülnek, mint az alulfizetett, nem hivatalos munkát végző, valamint a falun élő nők.⁸⁵

Afrikában is befolyásolja a gyermekszámot, hogy a nők rendszeres jövedelemmel rendelkeznek-e például irodai vagy gyári munkából adódóan, vagy hivatalon kívüli szolgáltatást, például hajvágást vagy ruhavarrást vállalnak. Mindenesetre ezt sugallja egy tanulmány, amely 1500 dakari (Szenegál fővárosa) és loméi (Togo fővárosa) nő adatközlésén alapul. A statisztika kimutatta, hogy a munkahelyen alkalmazott nőknek átlagosan kevesebb gyermekük van, mint az önállóan vagy nem dolgozóknak. A tanulmány szerzői szerint ez abból adódhat, hogy a biztos munkahellyel rendelkező nők a terhességgel kockáztatják állásukat.⁸⁶ A tartós állásban dolgozó nők azonban jobban képzetek is – ebben a viszonylatban pedig az alacsony gyermekszám közvetlenül az iskolázottsággal állítható párhuzamba.

Hogyan változik a gyermekek szerepe?

Nem csak a nők foglalkoztatottsági esélyei változnak, hanem a gyermekek munkaerejének jelentősége is átalakul. A fejlődő országok falvaiban élő gyermekeknek be kell segíteniük a munkába, hogy működjön az élet. Szarvasmarhát őriznek, takarmányt és tűzfát gyűjtenek, illetve vizet hordanak. Munkaerejük akkor veszít jelentőségéből, ha intenzív mezőgazdaság folyik, ha a kétkezi munkát gépekkel helyettesítik. Ez esetben a sok gyermek a szülők számára gazdaságilag egyre kevésbé hasznos. Azokban a társadalmakban, amelyek a mezőgazdaságban régóta használnak ekét, a termékenységi ráták alacsonyabbak, mivel a gyermekek a földművelésben csak kevés szerephez jutnak.⁸⁷

A gyermekek munkaerejének a városokban is csak korlátozott haszna van. Bár képesek hozzájárulni a család bevételeihez, ha rágógumit árulnak az utcán, vagy az anyának segítenek a piaci árusítóhelyen vagy egy kifőzdében. Ugyanakkor a városi gyermekek hamar anyagi terhet rónak a családra, mivel a falubelihez hasonló önellátó gazdálkodás nem lehetséges, tehát az élelmiszert és a szolgáltatásokat meg kell vásárolni.

A városban élő szülők hajlanak arra, hogy kevesebb gyermeket vállalnak, viszont az egyes gyermekek jövőjére többet áldoznak. Figyelemmel kísérik, hogy az oktatás milyen felemelkedési esélyt rejt magában, és nagy hangsúlyt fektetnek arra, hogy gyermekük a lehető legjobb iskolai képzésben részesüljön – nem egyszer azt is remélve, hogy utódaik több pénzt fognak majd keresni, és idős szüleiket anyagilag támogatni fogják.

A tömegmédiá a kis család ideálját közvetíti

A nyomtatott sajtó, a rádió és a televízió nem csak leképezik a társadalmat. Fel is erősítik a társadalmi változásokat, sőt, el is indíthatják azokat. Mindenekelőtt a reklámpar és a népszerű televíziós sorozatok közvetítik a vonzónak tartott „modern” életforma mintáit. A szórakoztató adások és reklámblokkok mellett különböző formátumú műsorokat is adnak, amelyek célzottan a nők jogairól, egészségügyi témákról, az oktatás értékéről, illetve a családtervezésről informálnak, akár saját szerkesztésű, akár szponzorált rövid reklámfilm keretein belül. Az állami és a kereskedelmi médian felül alternatív médiumok is elérhetők, például „közösségi rádiók”, amelyekben az életkörülményeket tematizálják és változtatási módszereket dolgoznak ki. Az internet, valamint az időközben egyre elterjedtebb mobiltelefon kiegészítő és interaktív lehetőséget nyújtanak a különböző témák megtárgyalására.

A latin-amerikai és dél-ázsiai térségben a szappanoperák és televíziós novellák már régebb óta propagálják a kiscsalád ideálját, hol explicit kifejezve, hol implicit burkolva. Mivel a nézők a sorozatokban látott példaképeket irányadónak tekintik, a televíziós szerepek által bemutatott modelleket a való életbe is átültetik. Brazíliában például azokon a területeken, ahol fogható az adás, csökkent a gyermekszám. A szappanoperák a falvak lakóinak egy városi, magasabb életstílust mutattak be, felkínálva ezzel egy új irányvonalat.⁸⁸ Tanzániában egy rádiós szappanopera vételi körzetében emelkedett az óvszert használók aránya.⁸⁹ Nepálban pedig a nők a rádióműsorok hatására bátrabban beszéltek férjükkel a fogamzásgátlásról.⁹⁰

Mit tehet a politika?

Ebben a fejezetben bemutatjuk, hogy igen sok tényező befolyásolja a termékenységi rátákat. Ezek a faktorok több-éféleképpen kapcsolódnak egymáshoz, és kölcsönösen hatnak egymásra. A nők számára több lehetőség adódik például munkába állni, ha megalapozott iskolai képzésben vettek részt. A nők oktatása és munkába állása azonban feltételezi azt a társadalmi tudatosságot, hogy ezek hasznos, illetve szükséges dolgok. És megfordítva: az oktatás és a foglalkoztatottság hozzájárul a nők szerepének változásához és egyenjogúságához. Továbbá az elérhető családtervezés megköveteli egyéni szinten a cselekvési szabadságot, valamint állami oldalon az előkészületeket, hogy a fogamzásgátló szerek és a rájuk vonatkozó tájékoztatás rendelkezésre álljanak. A valós egyenjogúság csak a családtervezés által realizálódhat, hiszen a családtervezés lehetővé teszi az utódok számának, illetve a terhességek között eltelt időnek az önálló szabályozását. Gyakran ez a feltétele annak, hogy a nők fizetett munkát vállaljanak, saját jövedelemre tegyenek szert, ezáltal pedig a családon belül több beleszólási jogot, a társadalmon belül pedig jobb státuszt nyerjenek el. Hogy a párok hajlandók legyenek kevesebb utódot vállalni, az egyes gyermekek túlélési esélyeit is növelni kell. Ehhez jobb egészségügyi ellátás, a védőoltásokhoz való hozzájutás lehetősége szükséges, a magas csecsemőhalandóság miatt pedig mindenekelőtt a reprodukció egészségügyi szolgáltatások kiépítése. Ezek nem csak az újszülöttek és a leendő anyák számára válnak, hanem az idősebb testvéreknek is – mivel ha az anya a terhesség következtében meghal, akkor az összes, már meglévő gyermekének túlélési esélyei is csökkennek. A gyermekek jólétét

tekintve az anya iskolázottsága is döntő szerepet tölt be, ami befolyásolja a család kívánt nagyságát is. A csökkenő termékenységhoz hozzájáruló, további jótékony tényezők egymásra hatása egyszerűen leírható.

Egy egészen alapvető tendencia figyelhető meg a teljes hálózatban: ha az emberek, főként a nők számára javulnak az életkörülmények, akkor csökken a gyerekszám. A magas termékenységi ráták majdnem minden esetben összefüggnek a szegénységgel,⁹¹ és az eredményes népességpolitikai intézkedések e kettő csökkenését segítik. A népességpolitika célja ne az legyen, hogy növeljék a lakosok számát, hanem az emberek jólétét összességében javítsák.

Az alacsony gyermekszám a nők pozíciójának erősítésével érhető el. A közelmúltban a népességpolitika ezt nem eléggé tartotta szem előtt. A népességnövekedés megfékezése iránti igyekezetében újra és újra elhamarkodott intézkedéseket és/vagy nyomást alkalmazott. Az államilag kiszabott kvóta-programok Indiában az 1970-es, Peruban az 1990-es évek években kényszersterilizálásokhoz vezettek.⁹² Kína egy-gyermek-politikája szintén alapvető emberi jogokat sértett,⁹³ ugyanis évtizedekig előírta a párok számára a család méretét és kényszerintézkedéseket alkalmazott. Ezzel a háttérrel érthető, hogy a népességpolitikának miért van még manapság is rossz hírneve a fejlesztési együttműködésben.

Ennek következtében az, hogy a magas népességnövekedés problémát jelent-e, sokáig tabutéma volt. Az a tény, hogy a népességnövekedés csökkentése az országok javát is szolgálhatná, feledésbe merült. Arra a felismerésre alapozva, hogy a termékenységi ráták az életminőség javulása által, és önkéntes alapon csökkenthetők, a kérdés ma teljesen új alapokon vitatható meg, és ez a tanulmány ehhez kíván hozzájárulni. A magas termékenységi ráták és az alacsony gazdasági-társadalmi fejlettségi szint közötti összefüggést a 2. fejezetben mutattuk be. A következő fejezetek rámutatnak a központi jelentőségű termékenységi rátát befolyásoló tényezőkre.

4

ROADMAP A DEMOGRÁFIAI OSZTALÉKHOZ

A legtöbb fejlesztési programban a magas népességnövekedést legfeljebb mellékesen említik meg. Pedig a projektek sikere legtöbbször közvetlenül összefügg a demográfiai fejlődéssel, tehát azzal, hogy milyen gyorsan növekszik a népesség, vagy hogyan oszlanak meg a korcsoportok. A fejlesztési projektek csökkenthetik a magas népességnövekedést, azonban fordítva a népességnövekedés a fejlesztési erőfeszítéseket le tudja rombolni. Így például az a szály sújtotta Nigerben az éhezők részaránya 1992 és 2005 között végül is tíz százalékponttal csökkent, 38-ról 28 százalékra – ami első ránézésre jelentős siker. De a magas népességnövekedés ezt relativvá teszi: hiszen Nigerben ugyanebben az időszakban az emberek létszáma több, mint 64 százalékkal nőtt,⁰ így az éhező emberek összlétszáma háromról négy millióra növekedett.¹

Egy súlyos, tartós népességnövekedés a fejlődést nagyon is akadályozni tudja. A szegény országok számára pedig lehetetlenné teszi, hogy az egy főre jutó befektetéseket a szükséges szociális szolgáltatásokban – az oktatási és egészségügyi rendszeren belül, de még kevésbé a munkahelyek terén – fenntartsák vagy növeljék. Ahol a népesség több mint fele 20 év alatti, és még a családalapítás előtt áll, mint Szubszaharai Afrika legtöbb országában, fennáll a veszélye, hogy a problémák megf-

kezetetlenné válnak.⁰ Ezzel szemben a csökkenő születési ráták, amelyek következtében csökken a népességnövekedés, fejlesztő erővé válhatnak. Ezt mutatják az ázsiai tigrisállamok tapasztalatai (lásd 1. fejezet). Az elmúlt évtizedek ottani fejlődési üteme két változást tett lehetővé a keretfeltételekben, amelyeket más országok is elérhetnek megfelelő politikai intézkedésekkel.

1 Először is egy megfelelő korstruktúrának kell létrejönnie, egy ún. **demográfiai bónusznak**. Ez azt jelenti, hogy egy országban **a lehető legtöbb ember van a keresőképes korban, és kevés az önmagát eltartani nem képes fiatal és idős ember**.

2 Azért, hogy a demográfiai bónusz **demográfiai osztalékká** alakuljon, tehát nemzetgazdasági nyereséggé, a sok **keresőképes** embernek meg kell adni a lehetőséget, hogy **dolgozó** emberek lehessenek.

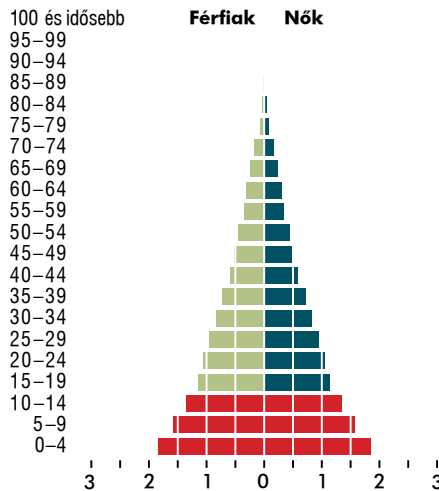
A legkevésbé fejlett országokban csak relatív kevés ellátásra szoruló idős ember él az alacsony várható élettartam miatt. Ellenben folyamatosan növekszik a gyerekek és fiatalok tömege, akik a felnőtt népességtől függenek. Ők egy lehetséges gazdasági növekedést fékeznek le, hiszen több családi és állami forrást vesznek igénybe, mint amit a család és az állam termelőképességével ki tud gazdálkodni. Ahhoz, hogy ezekben az országokban egy demográfiai bónusz kialakulhasson, a gyerekek és fiatalok széles rétegeinek fel kell nőnie és a keresőképes korosztály halandóságának vissza kell szorulnia. De mindenekelőtt a termékenységnek kell csökkennie, hogy a következő korosztályok (és a velük együtt járó terhek) kisebbek legyenek. Ekkor a népességpiramis megváltoztatja a klasszikus formáját és a keresőképesekből egy „has” képződik.

A klaszteranalízis (2. fejezet) megmutatta, hogy a társadalmi-gazdasági fejlődés főleg Szubszaharai Afrikában eddig elmaradt. E régió legtöbb országa még az első feltételt sem teljesíti a fejlődés előremozdulásához az ázsiai tigrisállamok előképe alapján, mert a termékenységi ráták továbbra is nagyon magasak, úgyhogy a keresőképesek nem rajzolnak ki egy „hasformát”.

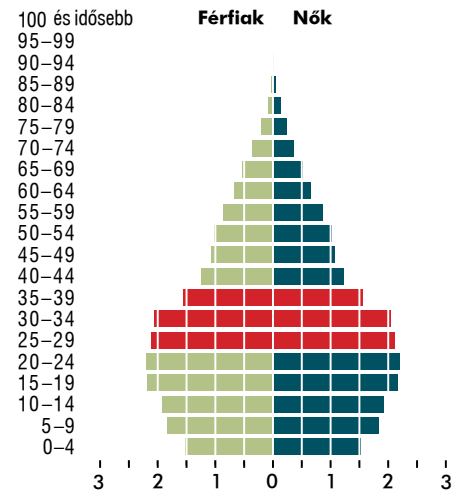
A fejlődés fölösleget feltételez a keresőképesekből

A demográfiai bónusz akkor adott, ha a népesség nagy része keresőképes korban van. Ehhez a fejlődő országokra jellemző piramis formájú korstruktúrának csepp formájúra kell változnia. Ez azt jelenti, hogy a legalsó korosztályoknak kevesebb születés eredményeként össze kell szűkülniük, és a korábbi piramisforma gyerek és fiatal rétegeinek kell a későbbi cseppforma hasávé fel nőniük. Azért, hogy egy osztalék létre tudjon jönni, fontos a gyerek- és fiatalképzésbe befektetni – mert csak a megfelelő humán erőforrás válik keresőképessé dolgozó emberré.

1960



1990



A népesség száma Dél-Koreában korosztálonként 1960-ban és 1990-ben, millió főben megadva (Adatforrás: ENSZ^o)

Ezért ez a fejezet arra koncentrál, hogy hogyan tudnak a szubszaharai országok egy demográfiai bónuszt elérni, és felvázol nekik egy roadmap-et. Az előzetes számítások, amelyek az oktatásba és a családtervezési programokba való különböző befektetéseket a népességfejlődés változójának tekintik, segítségül szolgálnak ebben.

Úton van Szubszaharai Afrika?

Míg az utóbbi években a fejlődő országokban a népességnövekedés lelassult, a legkevésbé fejlett országokban még egy elég erős növekedés figyelhető meg, és továbbra is ez várható. Világszerte a legkevésbé fejlett 48 országban, amelyek közül 33 Szubszaharai Afrikában található, az átlagosan egy nőre jutó gyerekek száma 2010-ben 4,2 volt, míg ez a szám a többi fejlődő országban csak 2,4.^o 2050-ig Szubszaharai Afrika lakossága megduplázódhat, a század végére pedig meg is négyszereződhet. Szubszaharai Afrika népességpiramisának az alsó rétegei

még nagyon szélesek és az eltartottak és keresőképesek aránya egyelőre alig javul. Ám az ENSZ-előrejelzésekben is azt feltételezik, hogy Szubszaharai Afrikában lassan csökkennek a termékenységi ráták és a növekedés lelassul – habár vonatottabban, mint a világ többi részén. A 2008-as előrejelzések egy közepes változat szerint Szubszaharai Afrikában 2050-re egy nőre jutó 2,4 gyerek termékenységi rátát feltételeznek – ez 0,4 gyerekekkel több, mint a világtátlag. Az alacsony és a magas változatok szerint Szubszaharai Afrikában az egy nőre jutó gyerekek száma kettő ill. három.^o

A millenniumi fejlesztési célok elérésétől a legtöbb legkevésbé fejlett ország messze elmarad – különösképpen az 5b céltól, ami egy általános hozzáférést követel meg a reprodukív egészséghez, beleértve a családtervezést is. A termékenységi ráta és a fogamzásgátló szerek használati rátája (a fogamzásgátlás ún. elterjedtsége) között jelentős összefüggés van. A Futures Group, a fejlesztési projektek egy szolgáltató- és tanácsadó cége, az ENSZ 2008-as előrejelzései alapján utána járt, hogy a fogamzásgátlás milyen szintű elterjedésére van szük-

ség a világ különböző régióiban, hogy az ENSZ termékenységi előrejelzéseit elérjék. A fogamzásgátlás kiszámított elterjedtsége minden szülőképes korban levő nőre, a nem megházasodottakra is és minden fogamzásgátlási módra vonatkozik, ami lehet modern vagy tradicionális, tehát például időszakos önmegtartóztatás. A számításokat ezen kívül különböző változók is befolyásolják, amikről feltételezik, hogy a 45 éves előrejelzés időtartama alatt változni fognak, mint pl. a házasodási szokások, a népesség képzettségi szintje és a fogamzásgátlás különböző módszerei.⁵

AIDS

2009-ben világszerte 1,8 millió ember halt meg HIV/AIDS-ben. A világon 33,3 millió ember fertőződött már meg a vírussal. Csak Szubszaharai Afrikában 22,5 millió ember él az immunrendszert gyengítő betegséggel.² A legerőteljesebben Afrika déli részét érintette: Sváziföldön, Botswanában és Lesothóban a 15 és 49 év közöttiek 20 százaléka fertőzött.³

A számok azt mutatják, hogy a HIV/AIDS Szubszaharai Afrika néhány országa számára immár létezésüket fenyegető tényezővé vált. Mert a betegség – nem úgy, mint a többi fertőző betegség – jellemzően nem az öregeket és a gyengéket támadja, hanem a szexuálisan aktív népességet, akik éppen keresőképességben vannak. A HIV/AIDS járványban megváltozik a népesség szerkezete. Ez nemzetgazdasági károkat von maga után: ahol az emberek a felnőtt kor elején és közepén halnak meg, ott sok fiatal és öreg marad a társadalomban, így aztán a demográfiai bónusz a távoli jövőbe tolódik el. A potenciális munkaerő és vezetői réteg kisebb lesz, a gazdasági erő alábbhagy, és az egészségügyi kiadások nőnek.

De mindez nem csak az aktuális gazdasági helyzetre gyakorol káros hatást. Azoknak a gyerekeknek, akiknek a szülei HIV/AIDS-ben betegednek vagy halnak meg, csökkennek az oktatási és fejlődési esélyei. A szülők keresetkiesése miatt sok gyereket munkára kényszerítenek ahelyett, hogy iskolába járnának. Mások anya nélkül nőnek fel a nagyszüleiknél, vagy más rokonoknál, vagy árvaként, egyedül küzdenek meg az élettel.

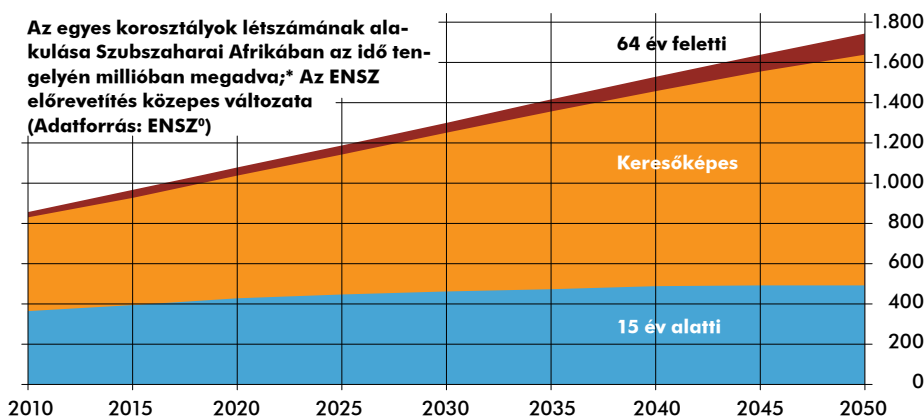
A nők nagyobb eséllyel fertőződnek meg, mint a férfiak, és a terhesség során átadhatják a vírust az újszülöttnak. Mindenesetre az átörökítés kockázata csökkenhet, ha a reprodukív egészséghez szükséges szolgáltatások a nők rendelkezésére állnak. Támogatott gyógyszerek, felvilágosítás és ingyenes óvszer által, valamint az érintett családok gyermekeinek nyújtott speciális támogatással csökkenthetőek a járvány következményei. Botswanában, ahol időközben a megbetegedettek több mint 90 százalékát gyógyszeresen kezelik, a HIV/AIDS-szel kapcsolatos halálos esetek száma csupán hét év alatt a felére csökkent.⁴

A tanulmányból kiderül, hogy a fogamzásgátlásnak Szubszaharai Afrikában a jelenleginél sokkal jobban el kell terjednie ahhoz, hogy az ENSZ-előrevetítések alapjául szolgáló termékenységi feltételezések beigazolódnak. Már a magas növekedési változat mellett is, vagyis amelyik előrejelzésben a legcsekélyebb termékenységi visszaesésből indulnak ki, a fogamzásgátlás elterjedtségének 2005 és 2050 között több mint duplájára kell nőnie. Ahhoz, hogy az alacsony változatot ériék el, már több mint a háromszorosa szükséges. A világ semelyik más régiójában nem kell ilyen gyorsan emelkednie a fogamzásgátlás elterjedtségének, hogy az ENSZ-előrevetítések teljesüljenek.

Szubszaharai Afrika kilátása a demográfiai bónuszra

Szubszaharai Afrika országaiban a demográfiai helyzet jelenleg még nem kedvező a fejlődésre. Sok fiatal keresőképességű ember van a népességben, akiket el kell tartani. A potenciális keresőképességű emberek száma viszonylag alacsony, ami akadályozza a gazdasági fejlődést. Ha a középső ENSZ-előrejelzés következik be, akkor az eltartottak és a keresőképességű emberek aránya lassan az utóbbiak javára változik. A grafikon a 2008-as ENSZ-előrejelzésen alapul. Az újabb 2011-es előrejelzések valamivel pesszimistább képet mutatnak, mert ezekben egy magasabb termékenységi rátából indulnak ki.

*Az egymillió feletti népességgel rendelkező szubszaharai afrikai országokra vonatkoztatva.



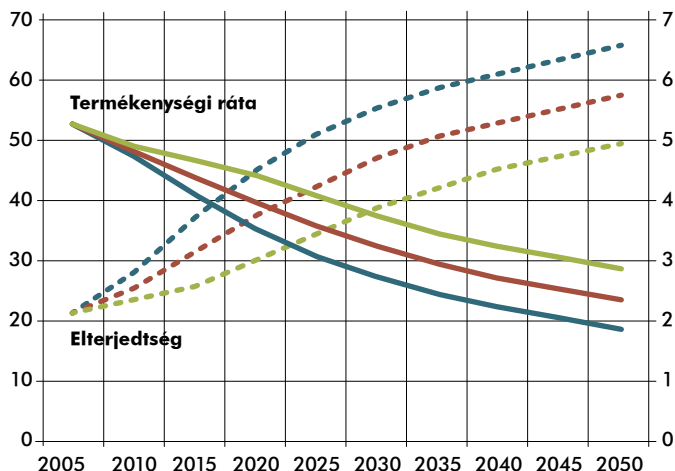
Szubszaharai Afrika termékenységi rátájának csökkenése érdekében a fogamzásgátlási rátának növekednie kell

A grafikonból kiderül, hogy mindhárom ENSZ-előrejelzés egy termékenységi visszaesést feltételez. A közepső változatban a gyerekek számának 2005 és 2050 között a felére kell csökkennie – 5,3-ról 2,4 gyerekre. Egy ilyen mértékű termékenységi visszaesés csak akkor léphet fel, ha a fogamzásgátlás a mainál lényegesen szélesebb felhasználásra talál. Még ahhoz a változathoz is, amiben a legmagasabb a népességnövekedés, és a legalacsonyabb a termékenységi visszaesés, a használati rátának 2005 és 2050 között meg kellene duplázódnia.

2005-ben, a számítások kezdeti évében Szubszaharai Afrikában a nők csupán 22 százaléka alkalmazta a fogamzásgátlás bármilyen eszközét. Egy ilyen alacsony értékből indulva elvileg könnyen jelentős növekedésre lehet szert tenni. Gyakorlatilag azonban ez nagy erőfeszítéseket igényel, mert az alacsony érték arra utal, hogy a családtervezés elfogadását és alkalmazását a társadalomban először meg kell alapozni. A jövőben a fogamzásgátlás használati rátájának a Future Group szerint lényegesen gyorsabban kell növekednie, mint 2005-ig, ameddig évente csupán szűk 0,5 százalékponttal növekedett. Ha 2050-ig változatlanul ez a növekedési ráta maradna, Szubszaharai Afrika még azt a fogamzásgátlás-elterjedtséget sem érné el, amely a termékenység és a népességnövekedés magas változatához szükséges. Így az ENSZ-előrejelzések legpesszimistább változata is még túl optimista lenne, Szubszaharai Afrikában a népességnövekedés még erősebben lépne fel – a demográfiai bónusz elérhetetlen maradna, és a szegény országok előnyös fejlődése szinte lehetetlen lenne.

A fogamzásgátlás elterjedtsége

Termékenységi ráta



A fogamzásgátlás elterjedtségének és a termékenységi ráta feltételezett alakulása Szubszaharai Afrikában az ENSZ különböző népessédsi forgatókönyvei szerint (Adatforrás: Futures Group⁶)

■ alacsony változat
■ közepső változat
■ magas népességszámú változat

Nyugat-Afrika távolabb van a nyomvonalától, mint Kelet-Afrika

De milyen feltételek mellett nőne a fogamzásgátlás elterjedtsége? Mikor és miért használnak az emberek fogamzásgátlási eszközöket? Három meghatározó megfontolás ismerhető fel ebben a folyamatban. Először is az embereknek tudomást kell szerezniük a különböző fogamzásgátlási módok létezéséről, hatékonyságáról és elérhetőségéről. Másodsor tényleges vágyat kell érezniük egy terhesség megelőzésére. Harmadszor pedig késznek kell lenniük egy fogamzásgátlási mód elfogadására, mert mindenhol vannak kulturális fenntartások és félelmek a mellékhatásoktól, vagy egyszerűen információhiány.

A Demographic and Health Surveys alapján, amelyekben rendszeres időközönként mérik fel a nők fogamzásgátlási szokásait, mindhárom pontban nagy különbségek állapíthatók meg Nyugat- és Kelet-Afrika között, ahogy ezt egy 24 országra kiterjedő kutatás bizonyította.⁷ Először is a nyugat-afrikai nők kevesebb igényt mutatnak a fogamzásgátlásra, mint a kelet-afrikai szomszédjaik. Másodsor a nyugat-afrikai nők átlagosan kevésbé jól informáltak arról, hogy milyen eszközök léteznek, és

hol lehet ezeket beszerezni. Harmadsor pedig nagyobb fenntartásokkal élnek a modern fogamzásgátlási módok ellen, és a partnereik részéről nagyobb elutasítást feltételeznek (bár ez csak egy feltételezett elutasítás, hiszen a nők többszörösen megerősítik, hogy nem ismerik teljes bizonyossággal a partnerük véleményét).

Ez a három körülmény végeredményben abban fejeződik ki, hogy a fogamzásgátlás elterjedtsége 1991 és 2004 között sokkal lassabban növekedett Nyugat-Afrikában, mint Kelet-Afrikában. A felmérésben – a Futures Group munkamódszerétől eltérően – kizárólag olyan nők fogamzásgátlási szokásait kutatták, akik házasságban, vagy házassághoz hasonló kapcsolatban éltek. Az átlagos éves növekedés a kutatásban részt vevő nyugat-afrikai országokban 0,6 százalékpont, ami kevesebb, mint fele olyan magas, mint a kelet-afrikai 1,4 százalékpont. Itt alapvetően maga a kelet-afrikai érték is alacsony, ha belegondolunk, hogy minimum 15 százalékpont szükséges ahhoz, hogy az egy nőre jutó termékenységi ráta egy gyerekkel csökkenjen.⁸

A Kelet- és Nyugat-Afrika közötti ellentmondásosságot a tanulmányban két okra vezetnek vissza. Elsősorban a nők oktatása Nyugat-Afrikában a vizsgált 15 év alatt alig változott, míg Kelet-Afrikában jelentős javulást mutattak ki. Másodsorban pedig Kelet-Afrikában a modern fogamzásgátlási eszközök időközben könnyebben elérhetőek lettek, mint Nyugat-Afrikában, mert itt a családtervezés körüli szolgáltatások az utóbbi években elkötelezetten kiépítésre kerültek – míg 1999-ben a két régióban még azonosak voltak a fogamzásgátlási szokások.

Családtervezés nélkül elérhetetlenek a célok

A nemzetközi fejlesztési együttműködésben azért található olyan programok, amelyek például a reprodukív egészség és a családtervezési eszközök elérhetőségének javítását, vagy a szexuális úton átadható betegségek elleni küzdelmet célozzák. Namíbiában, Dél-Afrikában, Botswanában és Szváziföldön 2008-ban a fejlesztési segélyek több mint 30 százaléka ilyen projektekbe áramlott – természetesen a HIV/AIDS által legjobban érintett országokról van szó, és a segélyek legnagyobb részét valószínűleg az immungyengítő betegség elleni küzdelemre tervezték felhasználni. Néhány további országban, mint Kenya, Ruanda, Zambia vagy Lesotho is, amelyekből az utolsó kettő szintén erősen érintett a HIV/AIDS fertőzésekben, a hivatalos fejlesztési segélyek több mint 15 százalékát tudták a reprodukív egészségre költeni. Ezzel szemben Szubszaharai Afrika sok más országában, főleg Nyugat-Afrikában a segélyek aránya, amit 2008-ban erre a célra használtak fel, kevesebb mint öt százalék alatt van.⁹

A Guttmacher Intézet adatai alapján a teljes összeg, amit az adományozó országok kifejezetten családtervezés céljára bocsátottak rendelkezésre,

erősen lecsökkent – 1997 és 2006 között például kb. 40 százalékkal zsugorodott – annak ellenére, hogy összességében több fejlesztési segély áramlott az egészségügyi szektorba. Ezt a többletet azonban főleg a HIV/AIDS, malária, tuberkulózis és más betegségek megelőzésére és kezelésére használták fel.¹⁰

A családtervezés melletti csökkenő elkötelezettség erős kontrasztban áll a nélkülözés súlyosbodásával. Mivel a 15 és 49 év közötti szülőképes korú nők száma a korábbi magas gyermekszám miatt folyamatosan növekedett és növekedni is fog, már csupán demográfiai okokból is elkerülhetetlenül nőtt és továbbra is növekszik a családtervezés igénye. Még nem ugyanolyan elterjedt mindenhol a modern fogamzásgátlási eszközök használata, de azzal is számolni kell, hogy az igény jelentősen emelkedik, ha a családtervezés elfogadást nyer. De ehhez szöszölőkre, felvilágosításra és a modern fogamzásgátlási eszközökhöz való egyszerű hozzájutásra van szükség. Hogy ez előbbiekből hiány volt, azok a tények mutatják, hogy fogamzásgátlási eszközök használata az új évezred első éveiben sok szubszaharai országban lassabban növekedett, mint az előző évtizedben.¹¹ Ezzel egy időben Szubszaharai Afrikában a fogamzásgátlási eszközök nélkülözése ugyanolyan magas volt, mint korábban (lásd 3. fejezet), így a termékenység csökkenésének lassúsága arra vezethető vissza, hogy csökkent a családtervezés iránti fejlesztéspolitikai érdeklődés.

Kenyán jól látszik a fogamzásgátlás elterjedtségének alakulása. Míg ott azon házas nők részaránya, akik modern fogamzásgátlási módszereket használnak, 1989 és 1998 között jelentősen növekedett (17,9-ről 31,5 százalékra), a következő öt évben stagnálás következett – annak ellenére, hogy a családtervezés nélkülözésének aránya közel 25 százalék volt. A legutóbbi 2008/2009-es Demographic and Health Survey-ben körvonalazódik, hogy az utóbbi években a házas asszonyok körében a modern

fogamzásgátló eszközök iránti kereslet ismét nőtt, mert az előző felmérés óta a fogamzásgátlás elterjedtsége és a családtervezés nélkülözése egyaránt nőtt.¹² Becslések szerint ennek ellenére a fogamzásgátlás elterjedésének további 20 százalékponttal kellene növekednie Kenyában ahhoz, hogy csupán a házas asszonyok szükségleteit fedezze. Ehhez az egészségügyi szektorba való nagy beruházások szükségesek. A fogamzásgátlás elterjedésének egy százalékos növekedéséhez szükséges költségeket, ami az egészségügyi személynézetet, a fogamzásgátlási eszközöket és a további orvosi kellékeket tartalmazza, a USAID a 2009-es évben 1,4 millió USA dollárra becsüli.¹³ További pénzügyi eszközöket kellene ezen kívül a programhoz szükséges munkára rendelkezésre bocsátani, mert a családtervezési program kiépítése nélkül sok nőnek nincs lehetősége a fogamzásgátlásra. Emiatt többszörösére nőtt az aktív fogamzásgátlás iránti igény, amire a választ először szexuális felvilágosítással kellene kezdeni.

A mérleg másik oldalán, a családtervezésre fordított összegekkel szemben jelentős nyereségek állnak. Közvetlenül csökkennek például a szakszerűtlen abortuszok járulékos költségei, mert a fogamzásgátlás a nem kívánt terhességek, és ezzel együtt a terhességmegszakítások számát is visszaveti. A családtervezés által csökkenő gyereklétszám következtében ezen kívül a jövő generációkra költött kiadások, például az oktatási vagy az egészségügyi rendszerben eleve csökkenhetnek.¹⁴ Amennyiben a családtervezés nélkülözését megszüntetnék, azok a megtakarítások, amelyek Kenyában 2015-ig az öt MDG-releváns területen – oktatás, védőoltások, malária, mosdóhigiéniai berendezések, az anyák egészsége – adódnának, becslések szerint a családtervezés nélkülözésének megszüntetéséhez szükséges befektetés négyeszeresét tudnák fedezni.¹⁵

Kevesebb gyerek esetén javul az anyák és a gyermekeik egészsége, ami által az anyák produktívabbak maradnak, és nő annak a valószínűsége, hogy a gyerekek felnőtként a társadalom keresőképes tagjaivá válnak. Már egyedül a jelenleg is fennálló fogamzásgátlási eszközök iránti kereslet teljesítése nagy befolyással lenne a további népességnövekedésre, és ki tudná nyitni a demográfiai bónusz és végül a demográfiai osztalék ablakát.

Hogy a nőknek mennyire sikerül a fogamzásgátlási igényük teljesítését keresztülvinni, és hogy ez az idők során mennyire növekedhet, alapvetően egy további kérdés függvénye: milyen státuszt és milyen jogokat élveznek a nők a társadalomban és a családban? Amíg a nők nem dönthetik el maguk, hogy mennyi gyereket szeretnének, addig alig van kilátás a demográfiai bónusz elérésére (lásd 3. fejezet). A nők társadalmi helyzete pedig alapvetően azzal függ össze, hogy milyen mértékben iskolázottak.

Az oktatás, mint a fejlődés motorja

Az oktatás minden fejlesztési kérdés középpontjában áll, mert ez gyakorolja a legnagyobb hatást az élet és a társadalom különböző területeire. Ezt nem csak az olyan országok történelme igazolja, amelyek a múltban dinamikusán tudtak fejlődni (lásd 2. fejezet), hanem az a tény is, hogy az oktatás visszaesése egy ország fejlődési képességét messze erősebben korlátozza, mint a jövedelem visszaesése.¹⁶

Az oktatás messze többet jelent az információk hallásánál. Egy olyan világban, ahol az információ szinte korlátlanul rendelkezésre áll, sokkal inkább az információk rendszerezésére és értékteremtő alkalmazására lenne

szükség. Ezen felül a társadalomban élő embereknek tudniuk kell egymással kommunikálni, hogy a tudást ilyen módon tovább tudják adni. A tudás azon kevés forrás egyike, amely nem merül ki a használat által, hanem növekszik, és egy nyitott, tudásalapú társadalom olyan alapokat biztosít, ahol a tudás további befektetések nélkül tud megszorozódni.

Csak minél több ember oktatáshoz való hozzáférése tudja Szubszaharai Afrikában a tudásalapú társadalom kialakulásának hosszú útját egyengetni. Az oktatás képessé teszi az embereket a látókörük kitégítésére, a társadalmi normák felülvizsgálatára, a politikai életben való részvételre, az életkörülmények saját erőből való javítására, és a szegénység, valamint a túl magas gyereklétszám körforgásából való kitérésre. Az oktatás tesz egyáltalán lehetővé egy emberhez méltó, önmagunk által irányított létezését – pontosan ezért tartozik az emberi jogok közé. Azokat a magasabb rendű célokat szolgálja, mint a szabadság és az igazságosság, valamint a millenniumi fejlesztési célok elérésének is legfontosabb eszköze. Az oktatás az egyik legfontosabb tényezője a gyerek- és anyahalandóság csökkentésének (lásd 3. fejezet), továbbá általánosságban egy egészséges életnek, és egy magasabb várható élettartamnak. Ezen felül az oktatás teszi lehetővé a természetes forrásaikkal való fenntartható bánásmódot, és megkönnyíti a környezetpusztulás és a klímaváltozás következményeihez való alkalmazkodást.

Fordítva is igaz, hogy az oktatás hiánya Szubszaharai Afrikában a „nem-fejlődés” középpontjában áll – és pedig két okból. Egyrészt nem kielégítő az infrastruktúra, hogy a gyorsan növekvő fiatalság nagy létszámát a szükséges oktatással ellássák. Hiányoznak az iskolák, az oktatási anyagok, a modern tanítási módszerek és tanárok – főleg olyanok, akik maguk is jó oktatásban

részesültek. Mozambikban, Togóban és a Közép-afrikai Köztársaságban a tanároknak akár 80-nál is több gyermeket kell nyomorúságos körülmények között oktatnia. A polgárháború sújtotta országokban olykor teljes generációk esnek el az iskolába járás lehetőségétől. Ennek köszönhetően évente hét és tíz millió közötti olyan afrikai fiatal kerül a munkapiacra, akik aligha rendelkeznek megfelelő képzéssel.¹⁷

Másrészt az oktatásnak Szubszaharai Afrikában a családokban, a politikában és a társadalomban gyakran nem tulajdonítanak megfelelő jelentőséget. Akkor is, ha gyakorlatilag mindenhol kötelező az oktatás, Afrikában közel 35 millió gyerek – akik közül a lányok vannak többségben – nem vesz részt semmilyen oktatásban.¹⁸ A fiataloknak csupán 62 százaléka végzi el Szubszaharai Afrikában az általános iskolát, és az általános iskolát végzett diákok csupán 65 százaléka jár középiskolába.¹⁹ A lányoknak az oktatás minden szintjén hátrányos megkülönböztetésben van része, a középiskolában a 35 szubszaharai ország közül – ahol az adatok rendelkezésre állnak – például csak egy országban érték el a nemek esélyegyenlőségét.²⁰

Az oktatás azonban feltétele a reprodukív egészség javításának. A legalább középiskolát végzett nőknél kisebb a kockázata, hogy már tinédzserként terhések legyenek, egyszerűbben jutnak hozzá a fogamzásgátlási eszközökhöz, és gyakrabban is használják ezeket.²¹ Világszerte csökkent a termékenység az oktatási szint javulásával, az erre gyakorolt legnagyobb hatás a középiskolák elterjedésében figyelhető meg (3. fejezet). Demográfiai szempontból ezért az oktatási szektor központi törekvései közé kell tartoznia, hogy lehetővé tegyék a lányok számára a középiskolában való továbbtanulást.

Mi lenne, ha az emberek képzetesebbek lennének?

Ha a demográfusok a jövőbe tekintenek, rendszerint becsléseket végeznek a jövőbeni egy nőre jutó gyerekek számáról, a várható élettartamról és a népességmozgásról. A feltételezések alapján különböző prognózisokhoz jutnak. Ha a múltból már ismert, hogy az iskolázottság növekvő mértékével hogyan változik a gyerekek száma, akkor a további népességnövekedésre is kiszámíthatóak az oktatásba való beruházások következményei.

A jelen tanulmányban alapul vett számítások adatainak forrása az International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA) és a Vienna Institute of Demography (VID), és az adatok majdnem minden fejlődő és feltörekvő országról rendelkezésre állnak.²² A különböző országok következő népességpiramisai a népesség korcsoportok szerinti eloszlását és a különböző korcsoportok iskolázottsági szintjét mutatja 4 szinten külön nőkre és férfiakra bont-

va. A 15 év alattiaknál csupán a korcsoportok nagysága került ábrázolásra, az oktatási státuszuk nem, mert ezek az emberek ideális esetben még tanulnak.

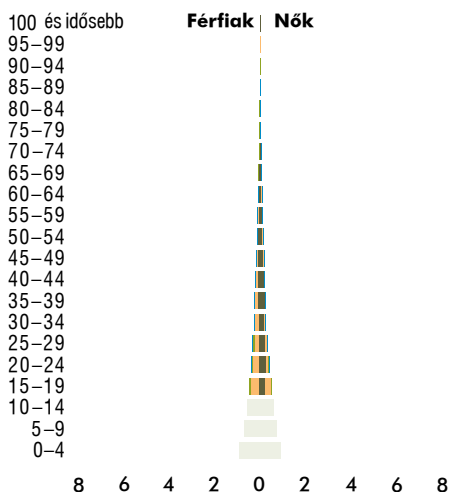
Uganda és Banglades példája jól mutatja az iskolázottság mértékétől függő fejlődés különböző ösvényeit. Uganda 1970-ben, néhány évvel a függetlenségének elnyerése után egy viszonylag fejlett ország volt a fiatal afrikai nemzetek között, egy kezdeti stádiumban járó oktatási rendszerrel. A fiúk nagy része és a lányok kb. fele 15 és 19 éves koruk között legalább egy évig járt általános iskolába, mindazonáltal csupán nagyon kevesen tanultak középiskolában. Ebből a korcsoportból a többi fiú és lány nem rendelkezik képzettséggel – ez ugyanúgy jellemző az idősebb korcsoportokban lévő nők és férfiak túlnyomó részére is.

Banglades ekkor még Pakisztán része volt, azonban közvetlenül egy pusztító

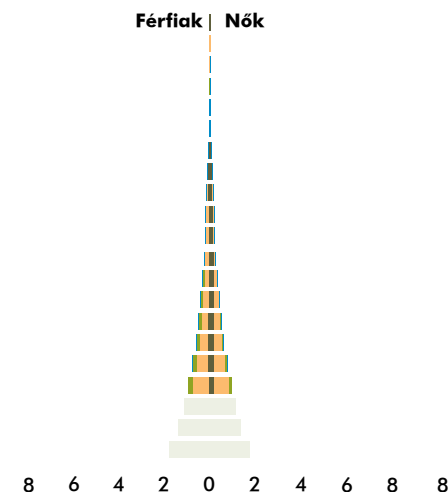
függetlenségi háború előtt állt, ami 1971-ben államalapításhoz vezetett. A népesség iskolázottságának a szintje még rosszabb, mint Ugandában, mert a 15 és 64 év közötti keresőképes férfiak 49 százaléka és a nők 79 százaléka képzettség nélküli – mindenesetre a férfiak 23 százaléka járt középiskolába. Mindkét országban magas a születések száma, és minden korcsoportban magas a halandóság, ami a népességeloszlás tipikus piramisformáját idézi elő.

Ezután mindkét ország szélsőségesen nehéz idők következményeit éli át: Uganda az Idi Amin terrorrezsimit és különböző polgárháborúkat; Banglades pedig egy sor éhínséget, természeti katasztrófát és politikai káoszt. A bengáli ország akkoriban az eladósodott országok mintapéldája volt. Mégis mindkét országban fennmaradt a kezdetleges oktatási rendszer. 1990-ben Ugandában már alig akad írástudatlan a fiatal férfiak között. A fiatal nők azonban továbbra is hátrányos helyzetben vannak – közel 23 százalékuknak semmi esélye iskolai képzésre. A keresőképes férfiak csupán 18 százaléka és a nők nyolc százaléka vesz részt középiskolai oktatásban.

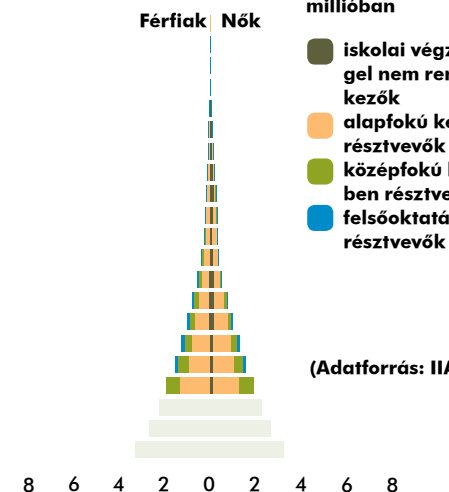
Uganda 1970



Uganda 1990



Uganda 2010

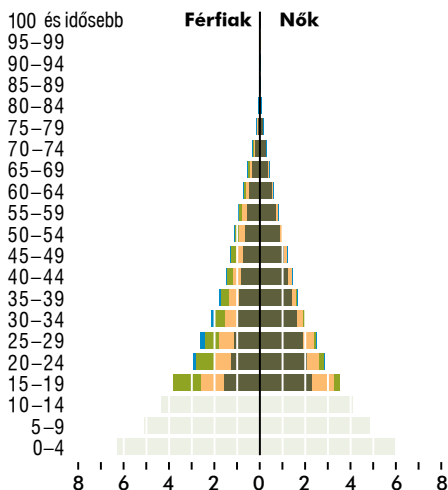


A népesség száma korcsoportonként millióban

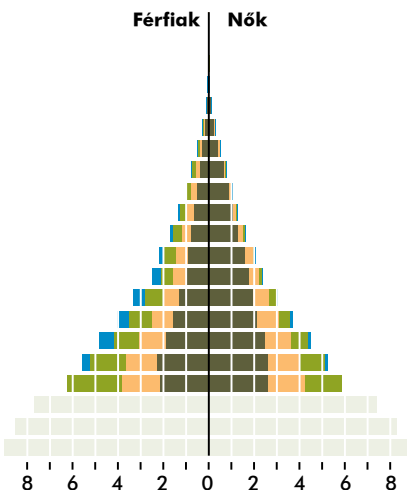
- iskolai végzettséggel nem rendelkezők
- alapfokú képzésben résztvevők
- középfokú képzésben résztvevők
- felsőoktatásban résztvevők

(Adatforrás: IIASA²³)

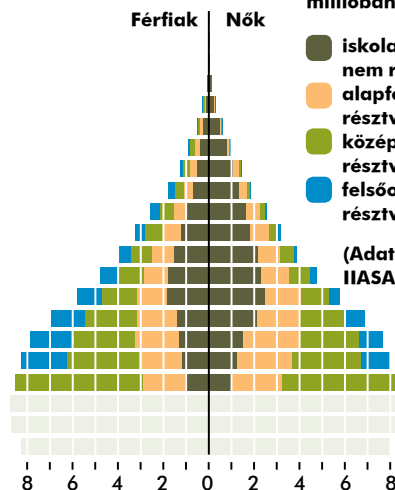
Banglades 1970



Banglades 1990



Banglades 2010



A népesség száma
korscsoportonként
millióban

- iskolai végzettséggel nem rendelkezők
- alapkü képzésben résztvevők
- középfokú képzésben résztvevők
- felsőoktatásban résztvevők

(Adatforrás:
IIASA²³)

Bangladesben épp a szegény népességet zárták ki továbbra is az oktatásból 1990-ben, így a 15 és 64 év közöttiek több mint a fele sosem járt iskolába. De a középiskolai oktatás a 20 év alattiaknál előrelépéseket ért el – 1970-hez képest jelentősen több fiú és lány tanult tovább.

Ez a különböző trend folytatódik, amikor a két ország egy némiképp stabil politikai fázisba ér. Ugandának sikerül 2010-ig majdnem minden gyereket beiskoláztatnia, ennek ellenére a 20 éves kor alattiak csupán harmada tanult tovább. Középiskolai oktatás ügyében Uganda 2010-re jutott arra a szintre, ami Bangladesre 1990-ben volt jellemző. Az ugandai népesség csupán egy kis része végzett felsőoktatásban.

Banglades 2010-ben még mindig a világ legszegényebb országai közé tartozik, az oktatás terén ennek ellenére jelentős előrelépéseket mutat. A 20 és 24 év közötti fiatal felnőttek több mint 50 százaléka tanult tovább középiskolában, és a felsőoktatásban végzettek aránya is jóval meghaladja az ugandai értéket. Azonban a keresőképes

népességből az iskolázatlanok aránya még mindig 27 százalék, ami egy arra utaló jel, hogy Bangladesben a szegények legszegényebbjeinek – nem úgy, mint Ugandában – ugyanúgy, mint ezelőtt, nem adták a személyes fejlődés lehetőségei. Az 1970-es évek kezdete óta a civil szervezetek, de Banglades kormánya is jelentős összegeket fektet be a családtervezési projektekbe. Ezzel egy időben nyílnak az első nagy mikrohitel-rendszerek, főleg a Muhammad Yunus által vezetett Grameen Bank, amely épp a szegény nőket segíti független jövedelemhez hozzájutni. A hitelek odaítélésénél mindig több ember felelős a kölcsönzött pénzért, és ez a csoport köteles a Grameen-rendszer „16 döntését” magára vállalni. Ide tartozik többek között az egészséges táplálkozás, a tiszta vízről és higiénéről való gondoskodás, a család létszámának korlátozása és a gyerekek iskolába küldése. A Grameen-rendszert igénybe vevők 97 százaléka nő, így jelentősen hozzájárul a bengáli társadalomban a nők felértékeléséhez. Elsősorban olyan felnőttek képzését teszi lehetővé, akik már túl öregek ahhoz, hogy a normál iskolarendszertől profitálni tudjanak.²⁴ A mikrohitel-rendszerek nagymértékben

hozzájárultak Bangladesben ahhoz, hogy a termékenységi ráták csökkenjenek, és az egész ország fejlődési esélyeit javítsák.²⁵

Így nem csoda, hogy a képzésbe való különböző befektetésekkel párhuzamosan a termékenység is teljesen eltérően alakult Ugandában és Bangladesben. 1970-ben még a két országban az egy nőre jutó 7,1 ill. 6,9 gyerek termékenységi ráta közel azonos mértékű volt, Ugandában ez az érték 1990-ig gyakorlatilag semmit sem változott, és 2010-ig is csupán 6,2-re csökkent. Ezzel szemben Bangladesben a termékenység 1990-ig 4,4-re, és 2010-ig már 2,3-ra csökkent.⁶ Ehhez biztosan hozzájárultak a családtervezés korai programjai.

Ennek következtében Ugandában ebben az időszakban a lakosok száma 3,8-szorosára, kilencről szűk 34 millióra emelkedett; Bangladesben pedig „csupán” 2,4-szeresére, 69-ről 164 millióra növekedett. Bangladesben a népesség – legalábbis egy nagy részének – jelentősen magas iskolázottsága az átlagos várható élettartamban is visszatükröződik, ami 1970 és 2010 között 44-ről 66 évre nőtt, míg Ugandában ezzel szemben 50-ről csupán 54-re.⁹ Banglades 2010-es népességpiramisa egyértelművé teszi, hogy a Bengáli-öböl menti állam már elérte a kedvező korszerkezetet, és demográfiai szempontból a legjobb kilátásai vannak a demográfiai osztlék elérésére.

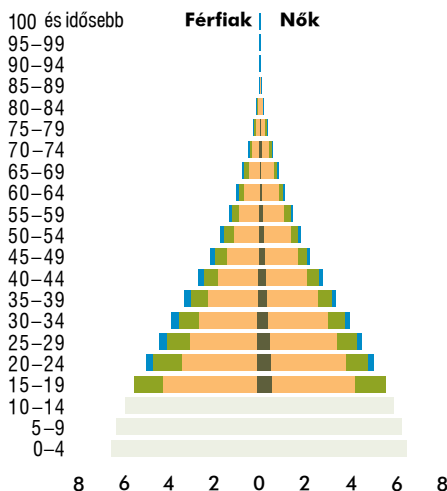
A jövőre nézve különböző forgatókönyvek adódnak aszerint, hogy mekkora az oktatásba való befektetés.²⁵ Az „**A forgatókönyv**” változatlan beiskolázási rátából indul ki, ami az erős népességnövekedésű országoknak már önmagában nagy kihívást jelent, mert az iskolák és tanárok számának lépést kell tartania a népesség növekedésével. A „**B forgatókönyv**” alapjául az ENSZ (2008) népesedési előrevetítéseinek a középső változata szolgál, és megadja,

hogy az ennek a változatnak alapjául szolgáló csökkenő termékenység eléréséhez hogyan kell javulnia az oktatási szintnek. A „**C forgatókönyv**”, az előzősáv-forgatókönyv végeredményben azt feltételezi, hogy a nemzetközileg kitűzött oktatási célokat minden ország eléri. Ez azt jelentené, hogy 2015-ben közel minden gyerek legalább általános iskolába járhat, 2050-re a diákok 90 százaléka középiskolai végzettséggel rendelkezik, és a fiatalok 60 százaléka felsőoktatási végzettséget szerez.

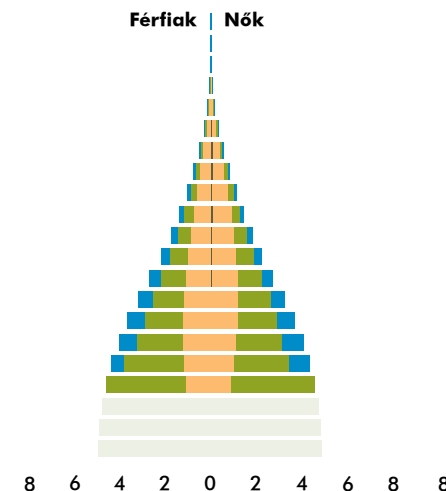
Az elvárásoknak megfelelően a két ország számára jelentősen eltérő fejlődési lehetőségek nyílnak: Az „**A forgatókönyv**” szerint a változatlan beiskolázási ráta esetén a következő generációk esélyei 2010-hez képest értelemszerűen nem változnak. Uganda lakossága ennek megfelelően 2050-ig 104 millióra nőne, ami kb. háromszorosa a 2010-es értéknek. Bangladesben viszont, ahol a termékenység már korábban jelentősen csökkent, 61 millió nővekedéssel, összesen 225 millió lakossal kellene számolni, ami szűk 30 százalékos növekedést jelent.

A „**B forgatókönyv**”, ami az ENSZ népesedési prognózisához igazodik, Uganda számára a fiatalok középiskolai oktatásban való részvételének az arányát jelentősen növelné. 2050-ben ezen kívül a 20 és 24 év közöttiek kb. nyolc százalékának lenne felsőoktatási végzettsége. Gyakorlatilag Ugandában nem lenne több iskolázatlan ember. Ez a fejlődés, ami óriási erőfeszítéseket követel az oktatás terén, a lakosság számát 91 millióra növelné, ami még mindig a 2,7-szerese a 2010-es értéknek. Bangladesben a 20 év alattiak legnagyobb része 2050-re középiskolai képzésben részesülne, és a 20 és 24 év közöttiek korcsoportjában minden harmadik fiatalnak felsőoktatási végzettsége lenne. Az össznépesség 18 százaléka még így is iskolai végzettség nélkül maradna – ami a szegény rétegek múltban történt oktatásban való hátrányos megkülönböztetésének egyik következménye. A jobb oktatásnak viszont alig van hatása a népességnövekedésre, hiszen az egy nőre jutó gyerekek száma már eddig is alacsony volt.

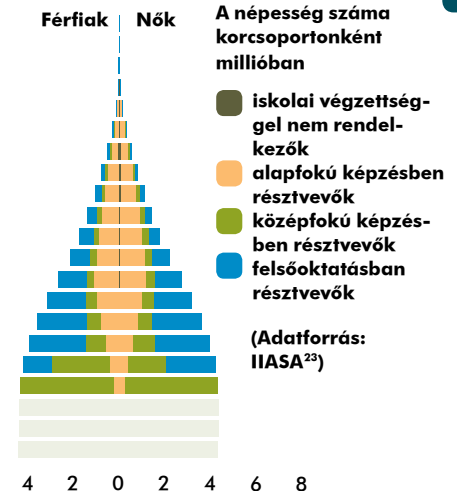
Uganda 2050 – „A forgatókönyv”



Uganda 2050 – „B forgatókönyv”



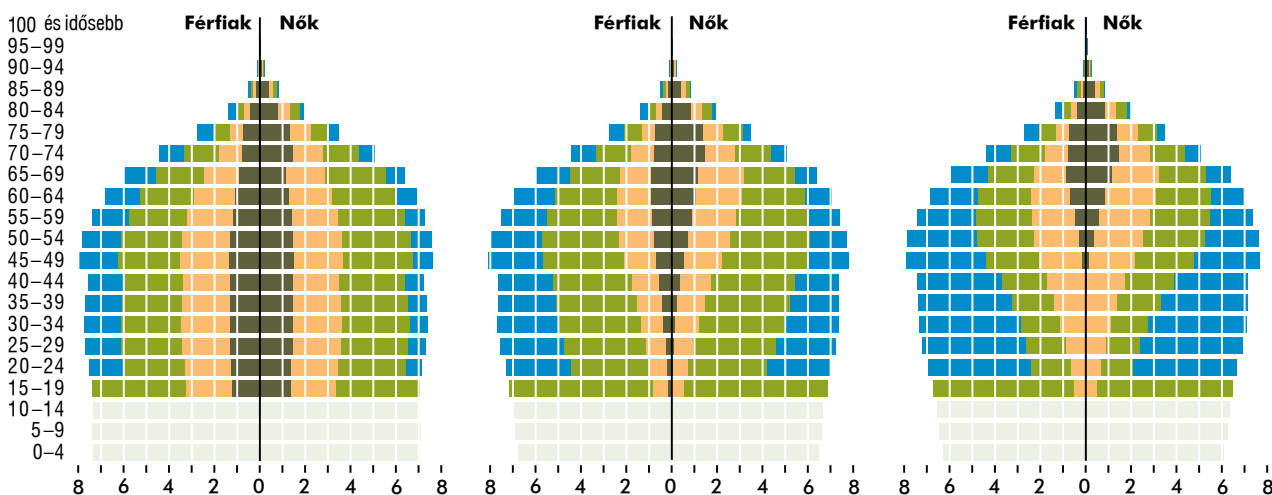
Uganda 2050 – „C forgatókönyv”



Banglades 2050 – „A forgatókönyv”

Banglades 2050 – „B forgatókönyv”

Banglades 2050 – „C forgatókönyv”



A népesség száma korcsoportonként millióban

- iskolai végzettséggel nem rendelkezők
- alapkü képzésben résztvevők
- középfokú képzésben résztvevők
- felsőoktatásban résztvevők

(Adatforrás: IIASA²³)

A „C forgatókönyv”, az előzősáv-forgatókönyv legoptimálisabb esetében Banglades 20 és 24 év közötti fiataljainak 34 százaléka felsőoktatási végzettséggel rendelkezne, oktatásban végleg egy magasan fejlett „tigrisállammá” válna, míg Uganda csupán a demográfiai bónuszát érné el – habár 2050-re a fiatalabb évfolyamok itt is ugyanolyan jól képzettek lennének, mint Bangladesben. Ebből világossá válik, hogy az oktatási szektor elhanyagolásának hosszú távú követke-

ményei vannak az ország fejlődési képességeire. Viszont az oktatásba való nagymértékű befektetések Ugandában gyors változást idéznének elő a termékenységben, mert pont a középiskolai képzés csökkenthetné az egy nőre eső gyereklétszámot. A demográfiai osztalék azonban először teljes mértékben csak a 21. század második felében lenne elérhető, mert a mai alacsonyban képzett évfolyamoknak először ki kell lépniük a népességpiramisból, mielőtt a jobban képzett fiatalok átveszik a helyüket. Így a 2010 és 2050 közötti 2,6-szoros népességnövekedést a legoptimistább forgatókönyv szerint sem lehet elkerülni.

Figyelembe véve Szubszaharai Afrika nehéz keretfeltételeit, az előzősáv-forgatókönyv első ránézésre utópiának

tűnik. Azonban ez hozzávetőleg megfelel Szingapúr fejlődésének, ami az 1960-as években még politikailag instabil volt, tömeges munkanélküliséggel, komor gazdasági prognózisokkal, és nagyon magas népességnövekedéssel. Egy generáció alatt sikerült Szingapúr-nak a családtervezés, az oktatás és a munkahelyek megteremtésének a kombinálásával egy szegény fejlődő országból vezető ipari nemzetté válnia, ami az ENSZ fejlődési indexe alapján a 27. helyet foglalja el, és ezzel közvetlenül olyan országok mögött áll, mint Ausztria és Nagy-Britannia. Szingapúr népességpiramisai világossá tették, hogy az oktatás már **1970-ben** megmutatta a szegénységből kivezető utat: a fiatalabb korosztályokon az első eredmények már felismerhetők. Egyrészt a csökkenő termékenységen, ami a 15 év alattiak

	Egy nőre eső átlagos gyermekszám			Várható élettartam			Népességszám millióban megadva			Népességnövekedés százalékban
	1970	1990	2010	1970	1990	2010	1970	1990	2010	1970 bis 2010
Uganda	7,1	7,1	6,2	50	48	54	9	18	34	3,8
Banglades	6,9	4,4	2,3	44	54	66	69	116	164	2,4

Adatforrás: ENSZ⁹

	A népességszám alakulása 2050-ben, millióban megadva, az oktatásba befektetett összeg nagysága szerint		
	2050 A	2050 B	2050 C
Uganda	104	91	87
Banglades	225	222	216

(Adatforrás: IIASA²³)

gi különbségek nem zárják ki eleve a tigrisállamok fejlődési modelljének a követését. A mai tigrisállamokról sem jósoltak még az 1960-as években ilyen mértékű pozitív fejlődést.

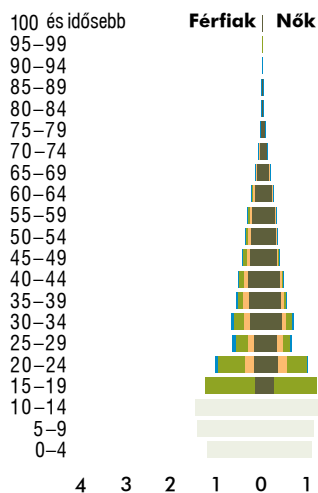
egyre csökkenő létszámú korosztályain mutatkozik meg. Másrészt a középiskolai oktatásba való nagymértékű befektetéseken, amiből a nők majdnem azonos módon profitálnak, mint a férfiak. Csupán a nem megfelelően képzett idősebb korosztályok utalnak még **1970-ben** a régi rossz oktatási rendszerre. **1990-ben** a fiatal nők és férfiak legnagyobb része már középiskolai végzettséggel rendelkezik, sokan már egyetemi végzettséggel is. A népesség-szerkezet előnyös. **2010-ben** Szingapúr a fiatalabb korosztályok oktatásában már sok ipari nemzetet, mint Németország, megelőz – a fiatalok több mint fele egyetemi végzettséget szerez, közülük több nő, mint férfi. Szingapúr ekkorra már mintaszerűen elérte a demográfiai osztlékot. A 15-19 éves korcsoport nagy létszámában a népes-szülői generáció tükröződik.

Szingapúr példája mutatja, hogy extrém fejlődési eredmények érhetők el pár évtizeden belül, hogy a hiányos oktatás, a növekvő népesség és a nagymértékű szegénység örökösi körét meg lehet szakítani. Akkor is, ha egy tengerparti városállam biztosan más keretfeltételekkel rendelkezik, mint egy szárazföldi ország, mint Uganda, tengerparti kikötő nélkül. A geográfiai adottságot azonban nem érdemes túlbecsülni, mert Szingapúr nem csak a kereskedelemnek köszönheti a fellendülését. Ezen túlmenően egy tudásalapú társadalom kiépítése segítette Szingapúrt a mai helyzetének az elérésében. Összességében a szokásos ellenvetés már nem állja meg a helyét, hogy Afrika teljesen más, mint Ázsia, így hasonló fejlődéssel sem lehet számolni. Az Afrika és Ázsia közötti politikai, kulturális és gazdasági

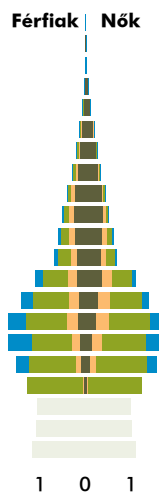
Ugandának jó esélye van, hogy a demográfiai bónusz útját előkészítse. De legalábbis jó irányba halad a fejlődés, még ha a jövőben nagyobb erőfeszítésekre is lesz szükség. Az oktatás és a családtervezés eszközeinek a használati rátája pozitív irányba fejlődik, ezek az eredmények bőven sok más nyugat-afrikai országról ismert értékek fölött vannak. Míg Ugandában a 15 és 49 év közötti megházasodott nők 18 százaléka alkalmas valamilyen típusú fogamzásgátlást, Maliban például ez csak hat százalékot tesz ki.²⁷ Mali – és még sok más nyugat-afrikai ország előtt – még hosszabb út áll, mint Uganda előtt, hogy az oktatás terén behozzák a lemaradásukat. A 2010-ben Maliban a 20 év alatti férfiak fele és nők 70 százaléka marad iskolai végzettség nélkül, és ebből a korcsoportból a népesség csupán 17 százaléka jut középiskolai végzettséghez.

A különböző országokban az összefüggések azt is mutatják, hogy sem az oktatás, sem pedig a családtervezés

Szingapúr 1970



Szingapúr 1990



Szingapúr 2010



A népesség száma korcsoportonként millióban

- iskolai végzettséggel nem rendelkezők
- alapfokú képzésben résztvevők
- középfokú képzésben résztvevők
- felsőoktatásban résztvevők

(Adatforrás: IIASA²³)

nem tud kivezetni egyedül a növekedési csapdából. Csak a két faktor kombinációja tudja a kívánt eredményeket elérni: az oktatás egy erős igényt kelt a családok nagyságának a korlátozására – de az eszközök és információk kínálatának meg kell felelnie ennek a keresletnek. A nők oktatása és a családtervezés azonos időben történő kiépítése a demográfiai bónusz forduló- és sarokpontjának bizonyul. A legfiatalabb generáció számára ezt a két területet egymással össze is lehet kötni azáltal, hogy a szexuális felvilágosítást integrálják az órarendbe, vagy iskolán kívüli lehetőségek rendelkezésre bocsátásával, ahol tematikusan foglalkoznak a szexualitással és a fogamzásgátlással.

Amire a demográfiai osztalék eléréséhez szükség van

Oktatással és családtervezéssel ez még mindig nem valósítható meg. Ugyanis a humán erőforrást, ami oktatás és kevesebb gyereklétszám által jelentősen javul, népgazdasági szempontból is használhatóvá kell tenni. Ehhez munkahelyeket kell biztosítani. Míg Délkelet-Ázsiában ez általában sikerült, és a demográfiai bónusz ténylegesen demográfiai osztalékká alakult, a latin-amerikai országok ilyen szempontból kevésbé voltak sikeresek, és így ott a demográfiai bónuszt nem merítették ki teljes mértékben. Észak-Afrikában pedig egy csőd bontakozik ki: bár a régióban számos képzett fiatal felnőtt van, de mivel hiányoznak a munkahelyek – főleg azok, amelyek magas képzettséget igényelnek – és a fiataloknak semmilyen perspektívájuk sincs, többek között ez vezetett a régióban 2011 elején zavargásokhoz. Szubszaharai Afrikában a produktív munkahelyek kielégítő számának az elérése valóban kihívás lenne, mert a múltban sok országban

„Young Adolescents Project” – Serdülők, tudás általi megelőzés

PROJEKTPÉLDA

A **DSW** (Deutsche Stiftung Weltbevoelkerung) munkájának a példája mutatja, hogyan lehet az oktatást és a családtervezést a fejlesztési együttműködésben ésszerűen összekapcsolni. A szervezet elkötelezett a szexuális felvilágosítás, a családtervezés és az egészségügyi kezdeményezések mellett a fejlődő országokban. Az elkötelezettség egy fontos célcsoportját a fiatalok adják.

Így világosították fel például Ugandában a 10 és 14 év közötti fiatalokat a szexualitásról és a fogamzásgátlásról. Hogy a fiatalok ezt a tudást a saját életükre is alkalmazhassák, az alapítvány a szülőket, a tanárokat, az egészségügyi dolgozókat, valamint a vallási és politikai véleményformálókat is bevonta a projektbe. A cél a családtervezés elleni kulturális és politikai szemléletmód leépítése és az elfogadás erősítése. A fiatal nemzedék felvilágosítása túlnyomórészt az iskolában történik a tanárok által, de maguk a fiatalok is segítik egymást. Ezzel együtt az iskolák és az egészségügyi intézmények együttműködése lehetővé teszi a fiatalok számára, hogy hozzáférjenek olyan orvosi szolgáltatásokhoz, mint a HIV- és terhességi tesztek. A DSW ebben a projektben használja a „Youth Truck” nevű ifjúsági kisbusztát, hogy a felvilágosító információval a legfélreesőbb területeken is elérjék a fiatalokat, szülőket, tanárokat és más közösségi tagokat, és a modern média segítségével kiképezzék és fogékonyá tegyék őket. A projektben sikeresen használt eljárásokat egy kézikönyvben foglalták össze, amit más szervezetek irányadóként használhatnak.²⁸

hiányoztak a sikeres gazdasági koncepciók és/vagy a befektetők, akik gyakran a bizonytalan politikai helyzettől riadnak vissza.

Ez egyértelművé teszi, hogy csupán a népességstruktúra előnyös fejlődése nem nyújt garanciát az ebben a tanulmányban tárgyalt fejlődési utak sikerességére. Szubszaharai Afrika országai számára azonban nincs más alternatíva. A 2. fejezetben a klaszteranalízis megmutatta, hogy magas halandósággal és termékenységgel még egy ország sem ért el magasabb társadalmi-gazdasági fejlettségi szintet. Ebben a fejezetben egyelőre egy roadmap került felvázolásra, ami megmutatja az utat Szubsza-

harai Afrika országai számára a demográfiai bónuszhoz. Konkrét cselekvési javaslatok a tanulmány következő és egyben záró fejezetében találhatóak.

5

AJÁNLÁSOK CSELEKVÉSI TERVHEZ

A demográfiai osztalék elmélete szerint a csökkenő születési ráta, és a korszerkezet ebből adódó változásai jó esélyekkel kecsegtetnek a fejlődést tekintve. Afrika egyes országai valószínűleg már ma profitálhatnak belőle. Majdnem mindegyik szubszaharai országnak azonban először egy születésszám-csökkenésből nyert demográfiai bónusz kellene elérnie. Esetükben azok az ajánlások érvényesek, amelyek többek között az egészségügy és az oktatás javítását is célozzák, mert ezek a fő mozgatói a humán erőforrás növelésének, és ezzel együtt a fejlődésnek.

Mivel a nők egyrésztől kulcsfontosságú szerepet játszanak a demográfiai bónusz elérésében, másrésztől viszont a családban és a társadalomban sokszor hátrányos helyzetben vannak, ezért főleg olyan tanácsok hangzanak el, amelyek konkrétan a lányok és nők helyzetének erősítését célozzák meg.

Természetesen nem mindegyik javaslat új – néhány közülük már évtizedek óta ott kering a fejlesztési politikában. Mivel azonban eddig ezeket a javaslatokat nem vették elég komolyan, vagy más tervek miatt háttérbe szorultak, ezért napirenden maradnak, és a demográfiai megfontolások közt újból hangsúlyosabbá válnak.

Alapelvek a megvalósításhoz

Prioritások kialakítása

A korlátozott mértékben rendelkezésre álló eszközök lehető legjobb hasznosítása végett fontossági sorrendet kell kialakítani. Az alapvető és viszonylag költségkímélő befektetéseket – melyeken keresztül sok embert el lehet érni – előnyben kellene részesíteni az egyedi területek drágább megoldásaival szemben. Egy mindenütt jelenlevő egészségügyi alapellátás például a népjólét szempontjából fontosabb, mint a pusztán vertikális beavatkozások, melyek a speciális betegségekre koncentrálnak.

Az ország adottságainak szem előtt tartása

Minden ajánlott intézkedésnél figyelembe kell venni az ország adottságait. Maliban például, ahol a 15-24 év közötti fiatal felnőttek 60%-a soha nem járt iskolába, még az alapfokú képzésbe kell fokozottan befektetni. Ezzel ellentétben egy olyan országnak, mint Uganda, ahol a felnőtt fiatalok mindössze 4%-a iskolázatlan, erőteljesebben kellene koncentrálnia a középfokú oktatásra.¹

Megoldás keresése a törékeny országok számára

Egy országcsoport számára tervezett megoldási csomag sohasem tud az egyes országok kihívásainak teljesen megfelelni. Különösen az olyan törékeny államok esetében, mint Szomália, az ilyen átfogó tervek már a legelején kudarcra vannak ítélve. A gyenge és veszélyeztetett államok esetében mindenképpen saját koncepciót kell kidolgozni, amelyek egyrészt figyelembe veszik a fennálló konfliktushelyzetet, másfelől a még meglévő struktúrát a lehető legjobban használják ki. Emellett viszont az ilyen országokban szükségszerűen nagyobb sikertelenség kockázattal kell számolni.

A civil társadalom támogatása

Civil szervezetek gyakran ott is jelen vannak, ahol semmilyen állami szerv sincs a területen. Ezen kívül olyan országokban is fontos oszlopát képezik a társadalomnak, ahol működő állami rendszer van, ha olyan feladatokat vállalnak, amelyeket az állam nem végez el, vagy nem tud elvégezni. Főként akkor tudnak sikeresek lenni, ha a polgárokat is bevonják a döntésekbe és a program kialakításába. A civil társadalmat természetesen az állam is támogathatja.

A részvételi arány növelése

Csak ha az emberek maguktól köteleződnek el egy célért, akkor fogják nyomatékosan követelni, hogy az megvalósuljon, például úgy, hogy megpróbálnak politikai döntéseket befolyásolni. Éppen ezért fontos, hogy a helyi és kultúrára jellemző különlegességeknek nagy figyelmet szenteljenek. Ez fokozottan érvényes olyan érzékenyebb témákra, mint például a család, szexualitás és fogamzásgátlás. A fenntartások, ellenállás, félelmek és előítéletek csak nagyobb részvétellel építhetőek le, például választott falutanáccsal, vallási vezetők részvételével, illetve non-profit szervezetek együttműködésével, vagy a közösség bizalmát élvező nők elköteleződésével.

A nemzeti politikának a célok megvalósítása mögé kell állnia

Az egyes fejlesztési programok megvalósításának sikerességét a mindenkori kormány politikai akarata határozza meg – először is általánosan a kormányzást, másrészt a konkrét intézkedéseket illetően. Mindezeknél szükség van az egyéni felelősségvállalásra és elköteleződésre (a fejlesztési politikában bevett „ownership” értelmében, azaz az érintettek érezzék sajátjuknak az ügyet). A kormányoknak fel kell ismerniük, hogy ellehetetlenítik országuk jövőjét, ha nem fektetnek be komolyan az oktatásba, egészségügyi ellátásba, családtervezésbe és a foglalkoztatási arány növelésébe. A szándéknyilatkozatoknak megfelelő állami juttatásokban kell megmutatkozniuk, elegendő képzett személyre van szükség, és gondoskodni kell arról is, hogy a polgárok hozzáférhessenek a megfelelő intézményekhez.

Párbeszéd új együttműködő partnerekkel

A fejlesztési együttműködés elismert intézményeinek egyre inkább fel kell készülniük az új szereplőkre. Ezek gyakran a nem állami szektorból származnak, ahol egyre több nagy, nemzetközi szinten tevékenykedő alapítvány működik. A magángazdaság is mind nagyobb szerephez jut, továbbá olyan országok is megjelennek, mint Brazília, India vagy Kína, akik a sokszor követelt Dél-Dél együttműködést valósítják meg. Törekvésük egész nyilvánvalóan geo-, erőforrás-, és gazdaságpolitikai érdekekből indul ki – ugyanakkor olyan megoldási törekvéseken is alapulnak, amelyek a saját országban sikeresek voltak, és sokkal gyakorlatiasabbak és hatékonyabbak, mint a hagyományos, gondoskodó Észak-Dél fejlesztési politika. A haszonlesés kritikája azonban nem szabad, hogy már elejétől kezdve az ilyen új partnerekkel történő együttműködés útjába álljon.

Koherencia-teremtés

Az ipari országok mezőgazdasági támogatásait és kereskedelmi sorompóit a fejlődő országok számára újra akadályként tüntetik fel. Minden fejlődési együttműködésről szóló konferencián elhangzik a felszólítás az adományozó országok közötti koherens politika kialakítására. Ez már több nemzetközi megegyezésbe is bekerült, habár szándéknyilatkozatnál több még nem valósult meg. A fejlődő országoknak elsősorban a nemzeti felvevő piacokra kellene koncentrálniuk, és regionális szövetségeket kellene létrehozniuk a szomszéd országokkal, hogy a kereskedelmet egyszerűbbé tegyék.

A szektorokban való gondolkodás feladása

Azon országok sikertörténete, melyek a demográfiai osztalékból profitáltak, mint például az ázsiai tigrisállamok, nem utolsósorban azzal magyarázható, hogy a fejlődést átfogó módon tervezték. Az esélyegyenlőségbe, az oktatásba, az egészségügybe, a családtervezésbe és a munkahelyteremtésbe való befektetéseknek időben és tartalmilag összehangoltnak kell lennie, és a fejlesztéspolitika intézkedéseinek megvalósítását az egyes területeken koordinálni kell. A fejlesztéspolitikában gyakran uralkodó szektorok szerinti felosztás – amely a millenniumi fejlesztési célok megállapítási módja révén még tovább erősödött – e tekintetben nem nyújt segítséget. Sikert ígérőek azok az integrált projektek, amelyekben a gyermekszám és a fogyasztás közti összefüggések világossá válnak a helyi lakosság számára.

A demográfiai kérdések kiemelt politikai kezelése

A népesedéspolitikai kérdésfelvetéseknek a közelmúltban gyakran kevés jelentőséget tulajdonítottak a fejlesztési együttműködésben, pedig gyakorlatilag minden szektorra hatással vannak. Az adományozó és támogatott országoknak, de a nemzetközi szervezeteknek is intenzívebben kellene foglalkozniuk a demográfiai problémákkal, és ilyen témával foglalkozó szövetségeket kellene létrehozniuk. Az elkövetkező konferenciákon, mint a 2012-ben megrendezésre kerülő Rio+20, valamint a kairói akcióterv 20. évfordulójára összeülő ENSZ-gyűlésen 2014-ben, vagy a millenniumi célok utóárgyalásain a globális fejlesztési vita része kell hogy legyen a népességnövekedés és népességdinamika, és azokat az intézkedéseket, melyek a demográfiai folyamatokat irányítani tudják, bele kell foglalni a határozatokba.

Adatforrások javítása

Ahhoz, hogy a demográfiai esélyeket és kockázatokat jobban felbecsülhessék, valamint javaslatokat tehessenek, megbízható adatokra van szükség. Sok országban azonban nem állnak rendelkezésre megfelelően ezek az adatok. A statisztikákat ritkán aktualizálják olyan gyorsan, hogy az egyes speciális programok kihatásait fel lehetne mérni. Leginkább azon regionális adatok hiányoznak, melyek a társadalmi hovatartozás, nem, iskolázottsági szint és bevétel alapján különülnek el. A nemzeti átlagértékekből a pozitív és negatív fejlődés csak nagy vonalakban olvasható ki. A hivataloknak és más intézményeknek a rendszeres felmérésekhez pénzügyileg és személyzetileg megfelelően felszereltnek kell lenniük.

Teendők

Az egészségügy javítása

Az orvosi alapellátás fel- és kiépítése

Olyan régiókban, ahol az újszülött- és gyermekhalandóság magas, a tapasztalatok szerint nem számolhatunk a termékenység csökkenésével. Éppen ezért kellene a kevésbé fejlett országokban egy több területet átfogó egészségügyi ellátásba investálni, hogy az egész népesség hozzájuthasson az alapvető ellátáshoz és gyógyszerekhez. Sok helyen nem lehet orvosokat foglalkoztató ambulanciákat létrehozni, ezért mobil alapszolgáltatásokat kellene bevezetni. Ezek gondoskodhatnak a távol eső vidékeken a gyakori betegségek gyógyszeres kezeléséről. Az ilyen távoli régiókban egyes lakosokat egészségügyi oktatásban is lehetne részesíteni, és egészségügyi dolgozóként, bábaként vagy ápolónőként alkalmazni.

Betegségek megelőzése egyszerű eszközökkel

A betegségek egy része akár egyszerű eszközökkel is meggátolható. A malária ellen például impregnált szúnyoghálók is védelmet nyújthatnak. A tiszta ivóvízhez való hozzájutás, WC-k építése és más higiénias intézkedések döntően hozzájárulnak a betegségek megelőzéséhez, különösen a gyermekhalandóság csökkentéséhez. A legfontosabb intézkedés azonban valószínűleg a higiénias és egészségügyi összefüggésekről szóló felvilágosítás lenne. Az emberek ugyanis csak akkor tudnak a betegségek ellen védekezni, ha tudják, mi váltja ki azokat.

Gyermekek beoltása

A gyermekhalandóság csökkentésében egyszeri, nagyszabású oltási kampányokkal értek el sikereket, amelynek folytatásaként az újszülöttek számára alap védőoltásokat vezetnek be. Az utóbbi időben Kenya az afrikai országok közül elsőként vezetett be védőoltást újszülötteknek a pneumokokusz, a bakteriális tüdőgyulladás fő okozója ellen. Világviszonylatban körülbelül 800.000 gyermek hal meg évente ebben a könnyen megakadályozható fertőzésben.² Az ehhez hasonló oltási kampányokat további országokban is szorgalmazhatnák, és más betegségekre is ki lehetne terjeszteni. A betegségek legyőzése mellett az oltások arra is szolgálhatnak, hogy az anyák más egészségügyi témákról is kapjanak információkat. Így indítható be a szinerghiahatás.

A szexuális és reprodukatív egészség javítása

Különösen nagy figyelmet érdemel a szexuális és reprodukatív egészség, mivel e terület ellátásának javulása közvetlenül hat az anyák és gyermekek egészségére és a születésszámra egyaránt. Szubszaharai Afrika sok országában a reprodukatív egészség terén tett erőfeszítések az utóbbi években a HIV/AIDS elleni küzdelemre koncentráltak. A magas anyai és újszülött halálozás csökkentése érdekében azonban fontos, hogy még átfogóbban fektessenek be a szexuális és reprodukatív egészségbe. A célok közt szerepelnie kell annak, hogy a terhesség és a szülés alatt, és az utána következő időszakban minden nőt szakszerűen lássanak el, és mind az anya, mind pedig a gyermek számára biztosítsanak orvosi elő- és utógondozást. Többek között az egyik jó megközelítés utalványok osztása a szolgáltatásokért. Néhány országban az utalványos rendszer hozzá tudott járulni ahhoz, hogy a reprodukatív szolgáltatásokat gyakrabban vegyék igénybe.³

Szexuális felvilágosítás

A családtervezésről nemcsak a lányokat és nőket, hanem a népesség férfi lakosait is informálni kellene, hogy a főleg patriarchális társadalmakban is elismerjék a téma fontosságát. A párokat bátorítani kellene, hogy beszéljenek a családtervezésről és a fogamzásgátlásról, mert idáig a megkérdezett nők gyakran azt válaszolták, hogy nem ismerik biztosan a párjuk álláspontját a védekezést illetően.⁴ Ahhoz, hogy a fiatalokat el lehessen érni, a szexuális felvilágosítást fel kellene venni a tantervbe, valamint támogatni kellene a felvilágosítási munkát az ifjúsági klubokban és más iskolán kívüli intézményekben.

Megkönnyíteni a hozzáférést a fogamzásgátló szerekhez

Mindenütt rendelkezésre kellene állniuk a modern fogamzásgátló szereknek, melyek közül a nők szabadon választhassanak. Ezeknek a szereknek fiatal, egyedülálló nők számára is hozzáférhetőnek kell lennie, mert főleg a tinédzserterhességek esetében nagyobb a veszélye az anyai és gyermekhalandóságnak. A fogamzásgátló szerek tehát nemcsak a családtervezést szolgálják, hanem a halálozási arány csökkenését is elősegítik, mivel az újszülöttek és az anyák túlélési esélyei javulnak, ha a születések közti időbeli távolság megbízhatóan szabályozható, és 2 vagy több évet tesz ki.⁵ Ezenkívül a családtervezési eszközök csökkentik a megszakított terhességek számát is.

Közbenjáró személyek megnyerése

Az egészségügyi és különösen a reprodukív kérdésekben olyan tanácsadókat és közbenjáró személyeket kell megnyerni és képezni, akik a helyi közösség bizalmát élvezik. A nemzet által tisztelt személyek és hírességek lehetnek példaképek, vagy támogathatnak felvilágosítási kampányokat. Akkor is sok embert szólíthatnak meg, ha a média műsorai a higiéniaról, táplálkozásról és családtervezésről szólnak. Így akár a szappanoperák, melyek a HIV/AIDS vagy a nem kívánt terhességek témáját dolgozzák fel, új látásmódot adhatnak a fogamzásgátló szerekről, és a tudást is növelhetik ezen a területen.

A média interaktív használata

Különösen a rádió dolgozik interaktív módon, azáltal, hogy a hallgatók is szóhoz jutnak. A mobiltelefonok és az internet e tekintetben teljesen új, további lehetőségeket kínálnak. Az elektronikus egészségügyi kínálat, az ún. „mHealth-szolgáltatások” orvosi tanácsadásra, adatgyűjtésre, vagy akár az orvosi időpontokra való emlékeztetésre, illetve a fogamzásgátló tablettá bevételenek figyelmeztetésére is használható. Az internet és a mobiltelefonok segítségével hosszú távon tartható a kapcsolat a felvilágosító programok résztvevőivel.

Befektetés az oktatásba

Az oktatást a fejlődés fő mozgatórugójaként elismerni

Az oktatás előkészíti az utat a kedvező korstruktúra, és a demográfiai bónusz kialakulásához, mert a növekvő iskolázottsági szint esetén csökken a halálozási arány és a termékenység. Ezen kívül a humán erőforrás is fejlődik. Az oktatás tehát a legfontosabb eszköz a demográfiai osztalék eléréséhez. Az oktatás jelentőségének az oktatási rendszerre fordított befektetéseken keresztül kell megmutatkoznia. A leendő tanároknak jobb képzést kell nyújtani és a tanári munkáért magasabb fizetést kell biztosítani, új iskolákat kell építeni, a meglévőket pedig fel kell újítani. Csak akkor lehet jól tanulni, ha elegendő tananyag áll rendelkezésre. Mindenekelőtt azonban a szülőket kell bátorítani, hogy gyermekeiket minél hosszabb ideig járassák iskolába. Ehhez különböző lehetőségeik vannak: Mexikóban például az oktatásban ún. „cash-on-delivery” programokat vezettek be, amelyekben a szociálisan rászoruló szülők pénzt kaptak, ha a gyermekük rendszeresen iskolába járt.

A középfokú oktatás középpontba helyezése

Az oktatás a millenniumi fejlesztési célok között is kiemelt területnek számít. Ott azonban az alapfokú képzést helyezik előtérbe, és a demográfiai osztalék kialakulása szempontjából ez nem elegendő. A termékenységi ráta csökkenése ugyanis főleg a nők középfokú képzésén múlik. A gazdasági fellendüléshez egy olyan struktúra optimális, ahol a népesség egyik fele alapfokú, másik fele pedig középfokú képzettséggel rendelkezik.⁶ Csak ilyen alapokra építve célravezető átfogóan a

felsőoktatásba investálni, hogy a szükséges humán erőforrás rendelkezésre álljon egy új megközelítéseket alkalmazó, termelésben hatékony nemzetgazdasághoz.

Szakmai képzés indítása

Az oktatás már önmagában is egy fejlesztési cél, de az országok gazdasági előrelépésénél az is döntő, hogy a képzés kereső tevékenységhez vezessen. Az iskola és a munka világa közti átmenet idejére egy szakmunkásképző rendszert lehetne kidolgozni. Miközben a fiatalok egyfelől a gyakorlatban megismerkednének egy tevékenységi körrel, emellett általánosan használható tudást is szerezhetnének, például a könyvelést illetően, kísérő tanegységek formájában.

A nők képzésének kiépítése

Nagyrészt az anyák képzettségi szintjétől függ, hogy a gyermekek mennyire egészségesek. A gyermekek iskoláztatásában is az anyák szerepe a meghatározó. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a képzettségi szint elsősorban az anyától, nem pedig az apától „öröklődik”.⁷ Aki a nők oktatásába fektet be, az a jövő generáció humán erőforrásába is investál. A nők nagyobb döntési szabadsága nélkül a demográfiai bónusz számára igen fontos termékenység-csökkenés nehezen elérhető. A nők hátrányos megkülönböztetése az oktatásban egyrészt a hiányos esélyegyenlőséget mutatja, másrészt a fennálló helyzetet erősíti tovább. Ahhoz, hogy a lányok az oktatásban egyenlő eséllyel induljanak, le kell küzdeni a kulturális akadályokat, és a gyakorlatban meg kell oldani, hogy a fiatal lányok a havi vérzés idején, a hiányzó higiénias eszközök miatt ne hiányozzanak az iskolából.

Mikrohitelek az oktatás javításáért és a nők helyzetének erősítéséért

A mikrohitelek hatásos stratégiának bizonyultak a szegénység leküzdésében, és jelentősen hozzájárultak a nők társadalmi helyzetének erősítéséhez. Ahol a mikrohitel-rendszer szövetkezeti vagy az egész társadalom érdekeit szolgáló célokat követ, ott lehetőség nyílik a felnőtt nők képzésére is. Ezen keresztül informálódhatnak azok a népcsoportok is, akik az iskolába járáshoz már túl idősek, olyan témákról, mint higiénia, táplálkozás, vagy családtervezés.

Munkahelyek nélkül nincs demográfiai osztalék

Produktív tevékenységek létrehozása

Egy nemzetgazdaság azon áll vagy bukik, hogy mennyire sikerül a népességet produktívvá tenni. A munkalehetőségeknek a lehető leg hamarabb elérhetővé kell válniuk, hogy a fiatal felnőtteknek, különösen a nőknek, megfelelő perspektíva álljon rendelkezésére. Ennek következtében csökken a gyermekszám olyannyira, hogy a demográfiai bónusz elérhetővé válik. Elegendő számú munkahelyre van szükség különösen akkor, amikor a gyermekek és fiatalok széles korcsoportja keresőképes korba ér. Ezen a ponton dől el, hogy a korstruktúra demográfiai bónusszá vagy demográfiai teherré válik. Fontos, hogy a létrehozott munkahelyek ténylegesen az ország termelékenységét növeljék, ne pedig a felduzzasztott adminisztratív apparátus részeként jelenjenek meg. Egy teherbíró gazdasági fejlődés beindításához kedvező keretfeltételeket kell biztosítani a bel- és külföldi befektetőknek. Ehhez nemcsak a bürokratikus akadályokat és az olyan befektetési korlátokat kell

leépíteni, mint például a korrupció, hanem támogató szolgáltatásokat kellene felajánlani, többek közt az infrastruktúra és a pénzügy területén.

Társadalom biztosítási rendszer felállítása

Amikor a formális tevékenységi szektor növekszik, időskori ellátási rendszereket kell felállítani. A szubszaharai államok a feltörekvő államok rendszerét irányadónak vehetik. A gyors demográfiai változások miatt a járulékos rendszer már nem elegendő. Ehelyett ajánlatos egy háromszlopos rendszer kialakítása, amely egy állami alaptisztosításon, egy alkalmazotti nyugdíj-előtakarékosságon, és egy személyi előtakarékoságon alapulna. A termékenység csökkentéséhez nemcsak egyre több embert kellene a munkaviszonyán keresztül a szociális biztosítási rendszerbe bevonni, hanem azok számára is kellene keresni egy minimális biztosítási lehetőséget, akik az informális szektorban dolgoznak vagy épp munkanélküliek. Máskülönben továbbra is a saját gyerekeknek kell az öregségi ellátást biztosítaniuk. Ez a biztosítás országok szerint csekély állami összeg is lehet, és/vagy privát alapokon is nyugodhat (takarékszövetkezetek, mikrobiztosítások).

Először a nagyszámú alacsony képzett munkaerőt igénylő szakterületekbe kell befektetni

A nemzetgazdasági fejlődés első szakaszában arra kell helyezni a hangsúlyt, hogy a nagyszámú keresőképes korban lévő ember munkát kapjon. A már felnőtt és még nem képzett embereknek általában nem sokat segít, ha a képzettség terén próbálnak előrelépéseket tenni. Nekik lehetőleg minél több élők munkai-igényes tevékenységi körbe eső foglalkoztatási lehetőséget kellene kialakítani. Ahol lehetséges, az országoknak ahelyett, hogy nyersanyagokat és elsődleges mezőgazdasági termékeket exportálnának, a finomítás és feldolgozás első lépéseit maguknak kellene végrehajtani. A mezőgazdaságban is lehetne adott körülmények között elég sok embert foglalkoztatni, hogy kis területen magas hatékonyságot érhessenek el – például teraszolás esetén – és a mezőgazdasági importtól függetlenné váljanak. Alapvető reformokkal néhány afrikai ország a nagyszámú népességével átválthatna olyan munkaigényes feldolgozási folyamatokat, melyeket a demográfiai és gazdaságilag fejlett országok adnának ki nekik.⁸

Ahhoz, hogy elkerülhető legyen az egy gazdasági szektortól való függés, kezdetektől fogva különböző ágazatokba kellene befektetni. Munkahelyeket ezért nemcsak a termelésben, hanem az infrastruktúra-fejlesztésben vagy a szolgáltatási területeken, például a turizmusban is lehetne teremteni.

Következő lépés: Nagyobb értéket teremtő munkahelyek

Ha a demográfiai fejlődés során csökken a születési ráta, akkor a termelő iparról egyre inkább tudásigényes tevékenységek felé kell tolnia a hangsúlyt. Ezzel együtt a népesség képzés iránti igényei is megnövekednek. Az alapfokú oktatás önmagában lassanként egyre kevésbé lesz elegendő, és a középfokú oktatás mellett egyre nagyobb jelentőséget kapnak a főiskolák és a

felnyitóképzés. A növekvő képzettségi szinttel olyan gazdasági területekbe kell befektetni, amelyek nagyobb hozzáadott értéket igényelnek, azaz a szolgáltatási szektorba, a fejlettebb termelésbe, és végül a kutatás-fejlesztésbe. Példaképpént szolgálhatnak az ázsiai tigrisállamok, amelyek először a textiliparban alakítottak ki új munkahelyeket, majd később a nagyobb értéket teremtő termelésben, és aztán a high-tech vállalkozásokban. Gazdaságilag terhelhető vállalkozások úgy is létrejöhetnek, hogy a szolgáltatás és infrastruktúra területének hiányosságait kiküszöbölik. Ehhez egy alapvető feltétel annak megértése, hogy nagyon sok olyan szolgáltatás van, amit az állam nem adhat ingyen. A magánvállalkozók által szervezett szolgáltatásokra példák az olyan mosdóhigiéniai berendezések, amelyeknél a használat után kell fizetni („pay-per-use-sanitation”), valamint a mikrobiztosítások vagy a „mobil banking”, azaz a mobiltelefonon keresztül intézhető banki ügyek olyan emberek számára, akiknek eddig még nem volt hozzáférése a pénzügyintézetekhez.⁹ Hogy az ilyen kínálat milyen dinamikus módon tud fejlődni, a mobiltelefonos kommunikáció gyors elterjedése mutatja Afrikában.

Munkahelyteremtés nőknek

A demográfiai bónusz előnyeinek teljes kihasználásához a nőknek is egyenlő eséllyel kellene hozzájutniuk az egyes munkahelyekhez. Ehhez azonban a még létező sorompókat le kell bontani, és figyelni kell arra, hogy a terhesség vagy szülés miatt ne kerüljenek hátrányos helyzetbe. Az esélyegyenlőség egyfelől igazságosság kérdése, másrészt egy nagyon jelentős gazdasági szektor is egyben. Bizonyos kulcspozíciókat nőkkel kellene betölteni, hogy a lányok példaképeket lássanak maguk előtt, és a gyerekeiknek példákat tudjanak mutatni az esélyegyenlőségre. Eddig például még nagyon kevés nőt képeztek tanárnak, és csak ritkán alkalmazták őket az iskolákban.¹⁰

A demográfiai osztalék után

Hosszú távon felkészülni a társadalom öregedésére

A demográfiai bónusz nem marad fenn hosszú távon, mert a nagy létszámú korosztály idősödik, és a felnövekvő generációk kisebb létszámúak. Emiatt lassan, de biztosan csökken a munkaképesek aránya, miközben az ellátásra szoruló idősök száma nő. A demográfiai átmenet ezen időszakában a szociális biztosítási rendszereket jobban ki kell építeni. A képzés és tudásigényes ágazatokba való befektetés révén az idősödő társadalom termelőképessége is növelhető. Azok a koncepciók, amelyeket jelenleg az ipari- és feltörekvő országokban dolgoznak ki, útmutatóként szolgálhatnak a jelenlegi fejlődő országoknak a demográfiai idősödés szakaszában.

MÓDSZERTANI MEGJEGYZÉSEK

Néesség-előrejelzések

A tanulmányban a 2008. évi ENSZ-előrejelzés középső variánsát használtuk, hacsak nincs kifejezetten más megadva. Időközben új előrejelzések születtek 2010-ben, ám a tanulmány 4. fejezetében idézett, az International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA)/Vienna Institute of Demography (VID), valamint a Future Group további számításai a 2008. évi ENSZ-előrejelzés kiinduló adatain alapszanak. Jelen tanulmány alapvető megfigyelései és végkövetkeztetései minden további nélkül érvényesek az újabb előrejelzésekre is.

Klaszteranalízis

A 2. fejezetben leírt klaszterek az SPSS statisztikai program központi klaszteranalízisének eredményeként jöttek létre. Adatforrásként a 103 kiválasztott ország 1950-2010 közötti, ötévenkénti termékenységi rátái szolgáltak. Azon országokat választottuk ki, melyek az ENSZ meghatározása szerint nem tartoznak az iparosodott országok közé, és több mint egymillió lakosuk van. Taiwan nem vettük figyelembe, mert az ENSZ nem hozott nyilvánosságra adatokat erről az országról.

A klasztercentrumhoz legközelebb eső országok képeznek egy klasztert. Bár az egyes országok értékei olykor erősen eltérhetnek az adott klasztercentrumétól, de egy klaszter valamennyi országa összességében a termékenységszűkülés sebességét és időtartamát tekintve hasonlít egymásra.

A klasztereket különböző fejlődési indikátorok és indexek alapján vizsgáltuk. Ehhez klaszterenként értékeltük ki az

adatokat. Összességében így figyelhető meg a termékenységszűkülés sebessége és az általános fejlettség közötti párhuzam. Ám egyes országok több indikátorban eltérnek az általános trendtől. Ezekre az eltérésekre utaltunk a szövegben. A klaszterek jellemzésénél az átlagos adatokkal legtöbbször nem foglalkoztunk, mivel ezek az eltérések a klaszter átlagértékeit torzítanák.

Adatok

A nemzetközi adatbankból 103, mai és egykori fejlődő országra vonatkozó 29 indikátort választottunk ki. Ezeket a 19-21. oldalon definiáltuk. A tanulmány a Világbank és az ENSZ nemzetközi adatbankjára támaszkodik, hogy a lehető legjobb összehasonlítást garantálhassuk. Azok az indikátorok, melyeknél az adatgyűjtési módszer az évek során változott – ez főleg a komplexen számolt indexekre jellemző –, nem mindig egy időszakba esnek, emiatt a kiértékelésnél csak egy adott időpont adatait vettük figyelembe.

Megjegyzés az oktatás helyzetéhez

Rekonstrukció 1970-ig: A népesség oktatási szintjét a különböző korú csoportokban nemek szerint 1970-ig visszamenőleg rekonstruálták. Az IIASA/VID a 2000-ból származó oktatási adatokat, valamint az ENSZ által megadott 1970-2000 közötti népességszámot vette alapul.

Előrejelzések 2050-ig: A 4. fejezetben bemutatott előrejelzésekben a korosztályok 2000. évi oktatási helyzetét vetítették ki a jövőre is. Emellett léteznek különböző forgatókönyvek, melyek a képzés fejlődésére vonatkozó egyéb elképzelésekre építenek.

Megjegyzés a 3. fejezethez

A 3. fejezet a termékenységszűkülés faktorának tudományos irodalmi kiértékelésén alapul, és a kutatás aktuális állapotát tükrözi. Hogy a szövegben vázolt összefüggéseket életszerűbben világíthassuk meg, esettanulmányokkal egészítettük ki a szöveget. Ezek a példák a 2010 novembere és 2011 januárja között felvett helyszíni interjúkra támaszkodnak. Minden interjúban ugyanazokat a kérdéseket tették fel. Az alanyok kívánsága esetén az interjúpartnerek nevét megváltoztattuk.

FORRÁSJEGYZÉK

⁰ United Nations, Population Division, Department of Economic and Social Affairs (2009): World Population Prospects: The 2008 Revision. CD Rom edition.

1. FEJEZET

¹ Mc Kinsey Global Institute (2010): Lions on the move: The progress and potential of African economies. <http://www.mckinsey.com>.

² Lutz, Wolfgang/Sanderson, Warren/Scherbov, Sergei (2008): IIASA's 2007 Probabilistic World Population Projections, IIASA World Population Program Online Data Base of Results 2008. <http://www.iiasa.ac.at/Research/POP/proj07/index.html?sb=5>.

³ Speidel, J. Joseph (2009): Population policies, programmes and the environment. In: Philosophical Transactions of the Royal Society 2009/364, S. 3049-3065.

⁴ United Nations, Department for Economic and Social Affairs, Population Division (2011): World Population Prospects: The 2010 Revision. <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.

⁵ UNDP (2009): Human Development Report 2009. Overcoming barriers: Human mobility and development. New York. <http://hdr.undp.org>.

⁶ Mason, Andrew (2002): Capitalizing on the demographic dividend. <http://www2.hawaii.edu/~amason/Research/UNFPA.PDF>.

⁷ Bloom, David E./ Canning, David (2006): Booms, busts and echoes: How the biggest demographic upheaval in history is affecting global development. In: Finance and Development, Vol. 43/3, S. 8-13.

⁸ Auswärtiges Amt (2010): Korea (Republik Korea, Südkorea). <http://www.auswaertiges-amt.de>.

⁹ Lee, Sam-Sik (2009): Low Fertility and Policy Responses in Korea. In: The Japanese Journal of Population, Vol. 7/1, S. 57-70.

¹⁰ World Bank (2011): World Development Indicators. <http://data.worldbank.org>.

¹¹ uo.

¹² uo.

¹³ Sippel, Lilli/ Woellert, Franziska/ Klingholz, Reiner (2010): Schwieriges Wachstum. Bevölkerungsdynamik – das vergessene Thema der Entwicklungspolitik. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. <http://www.berlin-institut.org>.

¹⁴ Population Action International (2009): The Importance of Population for Climate Change Challenges and Solutions. Factsheet 37. Washington.

¹⁵ Parry, Martin et al. (2007): Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge. <http://www.ipcc.ch>.

¹⁶ Stiftung Entwicklung und Frieden (2003): Globale Trends. Fakten. Analysen. Prognosen. Frankfurt am Main.

¹⁷ vö. 3. jegyzet

¹⁸ uo.

¹⁹ Kröhnert, Steffen (2004): Jugend und Kriegsgefahr. Welchen Einfluss haben demografische Veränderungen auf die Entstehung von Konflikten? Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. <http://www.berlin-institut.org>.

Angenendt, Steffen/ Apt, Wenke (2010): Die demografische Dreiteilung der Welt. Trends und sicherheitspolitische Herausforderungen. Herausgegeben von Stiftung Wissenschaft und Politik/ Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit. http://www.swp-berlin.org/fileadmin/contents/products/studien/2010_S28_adt_apw_ks.pdf.

²⁰ The Fund for Peace (2010): Failed States Index 2009. <http://www.fundforpeace.org>.

²¹ vö. 13. jegyzet.

²² Robinson, Warren C./ Ross, John A. (Hg.) (2007): The Global Family Planning Revolution. Three Decades of Population Policies and Programmes. Washington: World Bank.

²³ United Nations (1974): The World Population Plan of Action. Bucharest. <http://www.population-security.org/27-APP1.html>.

²⁴ Kröger, Inga/van Olst, Nienke/Klingholz,

Reiner (2004): Das Ende der Aufklärung. Der internationale Widerstand gegen das Recht auf Familienplanung. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. <http://www.berlin-institut.org>.

²⁵ Sonfield, Adam (2006): Working to Eliminate the World's Unmet Need for Contraception. Guttmacher Policy Review, Vol. 9/1, S. 10-13.

²⁶ United Nations (1994): Programme of Action of the United Nations International Conference on Population & Development. Kairo. <http://www.iisd.ca/Cairo/program/p00000.html>.

²⁷ Ethelston, Sally et al. (2004): Progress and Promises. Trends in International Assistance for Reproductive Health and Population. Washington: Population Action International.

²⁸ vö. 26. jegyzet

2. FEJEZET

¹ UNDP (2010): Human development Report 2010. The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development. 20th Anniversary Edition. New York. <http://hdr.undp.org>.

² World Bank (2011): World Development Indicators. <http://data.worldbank.org>.

³ uo.

⁴ vö. 1. jegyzet

⁵ uo.

⁶ Lutz, Wolfgang/Goujon, Anne/K.C., Samir/Sanderson, Warren (2007): Reconstruction of population by age, sex and level of educational attainment of 120 countries for 1970-2000. In: Vienna Yearbook of Population Research 2007, S. 193-235. www.iiasa.ac.at.

KC, Samir et al. (2010): Projection of Populations by Level of Educational attainment, age and sex for 120 countries for 2005-2050. In: Demographic Research Vol. 22/15, S. 383-472. <http://www.demographic-research.org>.

⁷ vö. 2. jegyzet

⁸ uo.

⁹ uo.

- ¹⁰ UNICEF (2011): Statistics by Area/Maternal Health. <http://www.childinfo.org>.
- ¹¹ A Chile, Kuvait, Líbia, Panama, Szaúd-Arábia és az Egyesült Arab Emírségek esetén megadott adatok az 1990-es évekre vonatkoznak; a többi fennmaradó országra nézve újabb adatok állnak rendelkezésre. Hongkong, Katar, Mauritius, Szingapúr és Dél-Korea államokról nem állnak rendelkezésre adatok.
- ¹² vö. 10. jegyzet
- ¹³ UNDP (2009): Human Development Report 2009. Overcoming barriers: Human mobility and development. New York. <http://hdr.undp.org>.
- ¹⁴ World Bank (2010): Women, Business and the Law. Measuring Legal Gender Parity for Entrepreneurs and Workers in 128 Economies. Washington. <http://wbl.worldbank.org>.
- ¹⁵ uo.
- ¹⁶ The Fund for Peace (2010): Failed States Index 2010. <http://www.fundforpeace.org>.
- ¹⁷ Freedom House (2011): Freedom in the World 2011: The Authoritarian Challenge to Democracy. Washington. <http://www.freedomhouse.org>.
- ¹⁸ Transparency International (2010): Corruption Perception Index 2010. <http://www.transparency.org>.
- ¹⁹ BP (2010): BP Statistical Review of World Energy. June 2010. <http://www.bp.com>.
- ²⁰ United Nations Conference on Trade and Development (2010): List of land-locked developing countries. <http://www.unctad.org>.
- ²¹ World Economic Forum (2010): The Global Competitiveness Report 2010-2011. Genf.
- ²² vö. 2. jegyzet.
- ²³ OECD (2011): Members and Partners. <http://www.oecd.org>.
- ²⁴ Vgl. Endnote 13.
- ²⁵ Pearce, Fred (2010): Peoplequake. Mass migration, Ageing Nations and the Coming Population Crash. Bungay, Suffolk.
- ²⁶ OECD (2010): Comparing Countries' and Economies' performance. PISA 2009. <http://www.pisa.oecd.org>.
- ²⁷ vö. 2. jegyzet
- ²⁸ World Bank (2010): Country and Lending Groups. <http://data.worldbank.org>.
- ²⁹ vö. 21. jegyzet
- ³⁰ vö. 6. jegyzet
- ³¹ vö. 2. jegyzet
- ³² vö. 19. jegyzet
- ³³ World Trade Organization (2010): Mexico. <http://stat.wto.org>.
- ³⁴ Auswärtiges Amt (2010): Mexiko. <http://www.auswaertiges-amt.de>.
- ³⁵ vö. 1. jegyzet
- ³⁶ International Fund for Agricultural Development (2010): Rural Poverty Portal. <http://www.ruralpovertyportal.org>.
- ³⁷ Secretaría de Desarrollo Social (2008): External Evaluation of Oportunidades 2008. Ten Years of Intervention in Rural Areas (1997-2007). Volume I. <http://www.oportunidades.gob.mx>.
- ³⁸ Robinson, Warren C./ Ross, John A. (Hg.) (2007): The Global Family Planning Revolution. Three Decades of Population Policies and Programmes. Washington: World Bank.
- ³⁹ Cambodian Genocide Group: The Genocide. <http://www.cambodiangenocide.org>.
- ⁴⁰ vö. 24. jegyzet
- ⁴¹ World Bank (2010): Algeria Country Profile. <http://www.worldbank.org>.
- ⁴² vö. 19. jegyzet
- ⁴³ International Monetary Fund (2010): World Economic Outlook. Recovery, Risk, and Rebalancing. Washington. <http://www.imf.org>.
- ⁴⁴ Office National des Statistiques Algérie (2010): Emploi et chômage au quatrième trimestre 2010. <http://www.ons.dz>.
- ⁴⁵ Kröhnert, Steffen (2004): Jugend und Kriegsgefahr. Welchen Einfluss haben demografische Veränderungen auf die Entstehung von Konflikten? Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. <http://www.berlin-institut.org>.
- ⁴⁶ vö. 2. jegyzet
- ⁴⁷ uo.
- ⁴⁸ Kinfu, Yohannes et al. (2009): The health worker shortage in Africa: are enough physicians and nurses being trained? In: Bulletin of the World Health Organization Vol. 87/3, S. 225-230.
- ⁴⁹ Population Reference Bureau (2011): Data Finder. <http://www.prb.org/DataFinder.aspx>.
- ⁵⁰ Rasch, Vibeke/Kipingili, Rose (2009): Unsafe abortion in urban and rural Tanzania: method, provider and consequences. In: Tropical Medicine & International Health Vol. 14/9, S. 1128-1133.
- ⁵¹ vö. 2. jegyzet
- ⁵² Eigene Berechnungen. Datengrundlage: World Bank (2011): World Development Indicators. <http://data.worldbank.org>. UNFPA/NIDI (2010): Financial Resource Flows for Population Activities in 2008. <http://www.resourceflows.org>.
- ⁵³ United Nations/Department of Economic and Social Affairs (2010): Millennium Development Goals Indicators. The official United Nations site for the MDG Indicators. <http://mdgs.un.org>.

3. FEJEZET

¹ Singh, Susheela et al. (2009): Adding it up. The Costs and Benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. Mit den aktualisierten Zahlen vom November 2010. New York: Guttmacher Institute/UNFPA. <http://www.guttmacher.org>.

² WHO (2008): Eliminating Female genital mutilation. An interagency statement. UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Genf. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/eliminating_fgm.pdf.

³ World Bank (2011): World Development Indicators. <http://data.worldbank.org>.

⁴ vö. 1. jegyzet

⁵ United Nations (2010): The Millennium Development Goals Report 2010. New York. <http://www.un.org/millenniumgoals>.

⁶ vö. 3. jegyzet

⁷ Demographic and Health Surveys. <http://www.measuredhs.com>.

⁸ uo.

⁹ UNICEF (2009): Percentage of women aged 20-24 that were married/in union before the age of 18. <http://www.childinfo.org>.

¹⁰ UNICEF (2011): The state of the world's children 2011. Adolescence: An Age of Opportunity. http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf.

¹¹ UNICEF (2011): Childinfo. Monitoring the

Situation of Children and Women. Child Marriage. www.childinfo.org.

¹² Bajracharya, Ashish/Amin, Sajeda (2010): Poverty, Marriage Timing and Transitions to Adulthood in Nepal: A Longitudinal Analysis Using the Nepal Living Standards Survey. Working Paper 19. Population Council. www.popcouncil.org.

¹³ Smith, Rhonda et al. (2009): Family Planning Saves Lives. 4. Auflage. Washington: Population Reference Bureau.

¹⁴ Larsen, Ulla/ Hollos, Marida (2003): Women's empowerment and fertility decline among the Pare of Kilimanjaro region, Northern Tanzania. In: *Social Science & Medicine* Vol. 57, S. 1099-115.

¹⁵ Al-Riyami, Asya A. / Afifi, Mustafa (2003): Determinants of women's fertility in Oman. In: *Saudi Medical Journal* Vol. 24/7, S. 748-753.

¹⁶ Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2010): Gleichberechtigung – Grundsatz der deutschen Entwicklungspolitik. <http://www.bmz.de>.

¹⁷ Sen, Amartya (1997): Population Policy: Authoritarianism versus Cooperation. In: *Journal of Population Economics* Vol. 10/1, S. 3-22.

¹⁸ Makinwa-Adebusoye, Paulina (2001): Sociocultural factors affecting fertility in Sub-Saharan Africa.

<http://www.un.org/esa/population/publications/prospectsdecline/makinwa.pdf>. Jeejeebhoy, Shireen J. (1995): Women's education, autonomy, and reproductive behavior: experience from developing countries. Oxford.

¹⁹ UNDP (2009): Human Development Report 2009. Overcoming barriers: Human mobility and development. New York. <http://hdr.undp.org>.

²⁰ Haub, Carl/Sharma, O.P. (2006): India's Population Reality: Reconciling Change and Tradition. *Population Bulletin* 61/3.

²¹ Allen, Rebecca H. (2007): The Role of Family Planning in Poverty Reduction. In: *Obstetrics and Gynecology* Vol 110/5, S. 999-1002.

²² KC, Samir et al. (2010): Projection of Populations by Level of Educational attainment, age and sex for 120 countries for 2005-2050. In: *Demographic Research* Vol. 22/15, S. 383-472. <http://www.demographic-research.org>.

²³ UNESCO (2011): The hidden crisis: Armed conflict and education. EFA Global Monitoring Report 2011. <http://unesdoc.unesco.org>.

²⁴ vö. 3. jegyzet

²⁵ Jeejeebhoy, Shireen J. (1995): Women's education, autonomy, and reproductive behavior: experience from developing countries. Oxford.

²⁶ Lutz, Wolfgang (2009): Sola schola et sanitare: human capital as the root cause and priority for international development? In: *Philosophical Transactions of the Royal Society* Vol. 364, S. 3031-3047. Lutz, Wolfgang/Goujon, Anne/K.C., Samir (2008): Education: The key to development and health in Africa. In: *Options summer 2008*,

S. 12-15. IIASA. Bongaarts, John (2003): Completing the Fertility Transition in the Developing World: The Role of Educational Differences and Fertility Preferences. In: *Population Studies* Vol. 57/3, S. 321-335. Bongaarts, John (2010): The Causes of Educational Differences in Fertility in sub-Saharan Africa. Working Paper 20. Population Council. <http://www.popcouncil.org>.

²⁷ vö. 7. jegyzet

²⁸ Murat, Kirdar et al. (2009): The Impact of Schooling on the Timing of Marriage and Fertility: Evidence from a Chance in Compulsory Schooling Law. Munich Personal RePec Archive. <http://mpra.ub.uni-muenchen.de>.

²⁹ Ikamari, Lawrence D.E. (2005): The effect of education on the timing of marriage in Kenya. In: *Demographic Research* Vol. 12/1, S. 1-28. <http://www.demographic-research.org>.

³⁰ Cleland, John G./Ginneken, Jerome K. (1988): Maternal education and child survival in developing countries: The search for pathways of influence. In: *Social Science & Medicine* Vol. 27/12, S. 1357-1368.

³¹ vö. 7. jegyzet

³² uo.

³³ Bongaarts, John (2003): Completing the Fertility Transition in the Developing World: The Role of Educational Differences and Fertility Preferences. In: *Population Studies* Vol. 57/3, S. 321-335.

³⁴ vö. 24. jegyzet

³⁵ vö. 32. jegyzet

³⁶ Mare, Robert D. (2005): How do women's educational attainments affect the educational attainment of the next generation? Online Working Paper Series. California Center for Population Research. UC Los Angeles. <http://escholarship.org>.

³⁷ vö. 24. jegyzet

³⁸ vö. 35. jegyzet

³⁹ Fuchs, Regina/Pamuk, Elsie/Lutz, Wolfgang (2010): Education or wealth: which matters more for reducing child mortality in developing countries? In: *Vienna Yearbook of Population Research* 2010 Vol. 8, S. 175-199.

⁴⁰ vö. 22. jegyzet

⁴¹ vö. 7. jegyzet

⁴² A nevet kérésre megváltoztattuk.

⁴³ Makinwa-Adebusoye, Paulina (2001): Socio-cultural factors affecting fertility in Sub-Saharan Africa. <http://www.un.org/esa/population/publications/prospectsdecline/makinwa.pdf>.

⁴⁴ Münz, Rainer/Ulrich, Ralf (2007): Demografischer Übergang – Theorie und Praxis. http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/handbuch_texte/pdf_Muenz_Ulrich_Demografischer_UEbergang.pdf.

⁴⁵ vö. 5. jegyzet

⁴⁶ uo.

⁴⁷ Kalemli-Ozcan, Sebhem (2003): A stochastic model of mortality, fertility, and human capital investment. In: *Journal of Development Economics* Vol. 70, S. 103-118.

⁴⁸ vö. 7. jegyzet

⁴⁹ Fitaw, Y. et al. (2004): Impact of Child Mortality and Fertility Preferences on Fertility Status in Rural Ethiopia. In: *East African Medical Journal* Vol. 81/6, S. 300-306.

⁵⁰ Obeng-Manu Gyimah, Stephen (2002): Fertility Response to Childhood Mortality in sub-Saharan with emphasis on Ghana and Kenya. Discussion Paper 02-02, hrsg. von Population Studies Centre, University of Western Ontario, London, Kanada. <http://sociology.uwo.ca/popstudies>.

⁵¹ vö. 7. jegyzet

⁵² uo.

⁵³ vö. 13. jegyzet

⁵⁴ World Health Organization (2010): Mother-to-child transmission of HIV. <http://www.who.int/hiv/topics/mct/en/index.html>.

⁵⁵ vö. 3. jegyzet

⁵⁶ vö. 1. jegyzet

⁵⁷ Lewis, James J.C. et al. (2004): The population impact of HIV on fertility in sub-Saharan Africa. In: *AIDS* Vol. 18/ supplement 2, S. 35-43.

- ⁵⁷ Johnson, Kiersten B. (2009): Fertility preferences and the need for contraception among women living with HIV: the basis for a joint action agenda. In: *AIDS* Vol. 23/supplement 1, S. 7-17.
- ⁵⁸ Chama, C. et al. (2007): Sex and reproduction among HIV-infected people in Maiduguri, Nigeria. In: *Journal of Obstetrics & Gynaecology* Vol. 27/8, S. 812-815.
- ⁵⁹ Nobrega, Aglaer (2007): Desire for a Child among Women Living with HIV/AIDS in North-east Brazil. In: *AIDS Patient Care and STDs* Vol. 21/4, S. 261-267.
- ⁶⁰ Kalemli-Ozcan, Sebne (2006): AIDS, Reversal of the Demographic Transition and Economic Development: Evidence from Africa. NBER Working Paper No. W12181. <http://www.uh.edu/econpapers/RePEc/hou/wpaper/2006-05.pdf>.
- ⁶¹ Name auf Wunsch geändert.
- ⁶² Republic of Namibia, Ministry of Health and Social Services (2010): Report on the 2010 National HIV Sentinel Survey. Windhoek.
- ⁶³ vö. 1. jegyzet
- ⁶⁴ Population Reference Bureau (2011): Data Finder. <http://www.prb.org/DataFinder.aspx>.
- ⁶⁵ vö. 1. jegyzet
- ⁶⁶ uo.
- ⁶⁷ Campbell, Martha/Bedford, Kathleen (2009): The theoretical and political framing of the population factor in development. In: *Philosophical Transactions of the Royal Society* Vol. 364, S. 3101-3113.
- ⁶⁸ vö. 1. jegyzet
- ⁶⁹ vö. 7. jegyzet
- ⁷⁰ vö. 1. jegyzet
- ⁷¹ Sonfield, Adam (2006): Working to Eliminate the World's Unmet Need for Contraception. *Guttman Policy Review* Vol.9/1. <http://www.guttman.org>.
- ⁷² Lloyd, Cynthia B. (2005): Growing up Global: The changing transitions to adulthood in developing countries. Washington: Population Council. <http://www.popcouncil.org>.
- ⁷³ Kröger, Inga/van Olst, Nienke/Klingholz, Reiner (2004): Das Ende der Aufklärung. Der internationale Widerstand gegen das Recht auf Familienplanung. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. <http://www.berlin-institut.org>.
- ⁷⁴ Cleland, J. et al. (2006) Family planning: the unfinished agenda. In: *The Lancet* Vol. 368/9549, S. 1810-1827.
- ⁷⁵ A nevet kérésre megváltoztattuk.
- ⁷⁶ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2009): World Urbanization Prospects. The 2009 Revision. New York. <http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>.
- ⁷⁷ UN Habitat (2007): Slum Dwellers to double by 2030: Millennium Development Goal Could Fall Short. 21th session of the Governing Council. 16-20. April, Nairobi, Kenya. <http://www.unhabitat.org>.
- ⁷⁸ vö. 76. jegyzet
- ⁷⁹ Demeny, Paul (1968): Early Fertility Decline in Austria-Hungary: A Lesson in Demographic Transition. In: *Daedalus* Vol. 7/2, S. 502-522.
- Heer, David M. (1968): The Demographic Transition in the Russian Empire and the Soviet Union. In: *Journal of Social History* Vol. 1/3, S. 193-240.
- ⁸⁰ Burnight, Robert G. et al. (1956): Differential Rural-Urban Fertility in Mexico. In: *American Sociological Review* Vol. 21/1, S. 3-8.
- Kuznets, Simon (1974): Rural-Urban Differences in Fertility: An International Comparison. In: *Proceedings of the American Philosophical Society* Vol. 118/ 1, S. 1-28.
- Dodoo, Nii-Amoo (2002): Gender, Power, and Reproduction: Rural-Urban Differences in the Relationship Between Fertility Goals and Contraceptive Use in Kenya. In: *Rural Sociology* Vol. 67/1, S. 46-70.
- ⁸¹ vö. 7. jegyzet
- ⁸² UNFPA (2007): State of World Population 2007. Unleashing the Potential of Urban Growth. New York. <http://www.unfpa.org>.
- ⁸³ White, Justin S./ Speizer, Ilene S. (2007): Can family planning outreach bridge the urban-rural divide in Zambia? In: *BMC Health Service Research* Vol. 7/143. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
- ⁸⁴ Chaudhuri, Sanjukta (2010): Women's Empowerment in South Asia and Southeast Asia: A Comparative Analysis. MPRA Munich Personal RePEc Archive. <http://mpra.ub.uni-muenchen.de>.
- ⁸⁵ Schockaert, Ingrid (2005): Women's Employment and Fertility in Latin America: A Review of the Question. In: *Population* Vol. 60/1-2, S. 149-168.
- ⁸⁶ Beguy, Donatien (2009): The impact of female employment on fertility in Dakar (Senegal) and Lomé (Togo). In: *Demographic Research* Vol. 20/7, S. 97-128.
- ⁸⁷ Alesina, Alberto et al. (2011): Fertility and the Plough. In: *American Economic Review* Vol. 101/3, S. 499-503.
- ⁸⁸ Basten, Stuart (2010): Television and Fertility. In: *Finnish Yearbook of Population Research* XLV 2010, S. 67-82.
- ⁸⁹ Rogers, Everett M./ Vaughan, Peter W. et al. (1999): A Radio's Soap Opera Effects on Family Planning Behavior in Tanzania. In: *Studies of Family Planning* Vol. 30/3, S. 193-211.
- ⁹⁰ Sharan, Mona/ Valente, Thomas W. (2002): Spousal Communication and Family Planning Adoption: Effects of a Radio Drama Serial in Nepal. In: *International Family Planning Perspectives* Vol. 28/1, S. 16-25.
- ⁹¹ vö. 74. jegyzet
- ⁹² Boesten, Jelke (2007): Free Choice or Poverty Alleviation? Population Politics in Peru under Alberto Fujimori. In: *European Review of Latin American and Caribbean Studies* Vol. 82/April 2007, S. 3-20.
- Vicziany, Marika (1982): Coercion in a Soft State: The Family Planning Program of India: Part I: The Myth of Voluntarism. In: *Pacific Affairs* Vol. 55/3, S. 373-402.
- ⁹³ Attané, Isabelle (2002): China's Family Planning Policy: An Overview of Its Past and Future. In: *Studies in Family Planning* Vol. 33/1, S. 103-113.

4. FEJEZET

- ¹ United Nations/Department of Economic and Social Affairs (2010): Millennium Development Goals Indicators. The official United Nations site for the MDG Indicators. <http://mdgs.un.org>.
- ² UNAIDS (2010): Global Report. UNAIDS report on the global aids epidemic. Genf.
- ³ World Bank (2011): World Development Indicators. <http://data.worldbank.org>.
- ⁴ vö. 2. jegyzet
- ⁵ Moreland, Scott/ Smith, Ellen/ Sharma, Sunee-ta (2010): World Population Prospects and Unmet Need for Family Planning. Revised October 2010. Washington: Futures Group. <http://www.futuresgroup.com>.
- ⁶ uo.
- ⁷ Cleland, John G./Ndugwa, Robert P./Zulu, Eliya

M. (2011): Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? In: Bulletin of the World Health Organization 89, S. 137-143.

⁸ uo.

⁹ Eigene Berechnungen. Datengrundlage: World Bank (2011): World Development Indicators. <http://data.worldbank.org>. UNFPA/NIDI (2010): Financial Resource Flows for Population Activities in 2008. <http://www.resourceflows.org>.

¹⁰ Singh, Susheela et al. (2009): Adding it up. The Costs and Benefits of investing in family planning and maternal and newborn health. Mit den aktualisierten Zahlen vom November 2010. New York: Guttmacher Institute/ UNFPA. <http://www.guttmacher.org>.

¹¹ vö. 7. jegyzet

¹² Demographic and Health Surveys. <http://www.measuredhs.com>.

¹³ USAID (2010): The cost of family planning in Kenya. http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1189_1_Kenya_Brief_FINAL_7_12_10_acc.pdf.

¹⁴ vö. 10. jegyzet

¹⁵ Population Reference Bureau (2011): Kenya leading the way. PRB Engage Multimedia Presentation. <http://www.prb.org/Journalists/Webcasts/2011/kenya-engage.aspx>.

¹⁶ United Nations Development Programme/ Arab Fund for Economic and Social Development (2003): Arab Human Development Report 2003. Building a Knowledge Society. New York.

¹⁷ Marike Fritz (2011): Bildung bringt die Entwicklung voran. Akzente, 01/2011, Eschborn.

¹⁸ Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2010): Zehn Ziele für Bildung. BMZ Bildungsstrategie 2010-2013. <http://www.bmz.de>.

¹⁹ vö. 3. jegyzet

²⁰ UNESCO (2011): The hidden crisis: Armed conflict and education. EFA Global Monitoring Report 2011. <http://unesdoc.unesco.org>.

²¹ United Nations Population Fund (2011): Population dynamics in the least developed countries: Challenges and Opportunities for development and Poverty reduction. New York. <http://unfpa.org>.

²² Lutz, Wolfgang/Goujon, Anne/K.C., Samir/Sanderson, Warren (2007): Reconstruction of population by age, sex and level of educational

attainment of 120 countries for 1970-2000.

In: Vienna Yearbook of Population Research 2007, S. 193-235. www.iiasa.ac.at. KC, Samir et al. (2010): Projection of Populations by Level of Educational attainment, age and sex for 120 countries for 2005-2050. In: Demographic Research Vol. 22/15, S. 383-472. <http://www.demographic-research.org>.

²³ uo.

²⁴ Sütterlin, Sabine (2005): „Mein Wort zählt“. Mikrokredite: Kleines Kapital – große Wirkung. Frankfurt am Main: VENRO.

²⁵ Schuler, Sidney Ruth/Hashemi, Syed M. (1994): Credit Programs, Women's Empowerment, and Contraceptive use in Rural Bangladesh. In: Studies in Family Planning Vol. 25, S. 65-76.

²⁶ KC, Samir et al. (2010): Projection of Populations by Level of Educational attainment, age and sex for 120 countries for 2005-2050. In: Demographic Research 22/15, S. 383-472. <http://www.demographic-research.org>.

²⁷ Population Reference Bureau (2011): Data Finder. <http://www.prb.org/DataFinder.aspx>.

²⁸ Stiftung Weltbevölkerung (2011): Young Adolescents Project: Prävention durch Wissen. <http://www.weltbevoelkerung.de>

5. FEJEZET

¹ KC, Samir et al. (2010): Projection of Populations by Level of Educational attainment, age and sex for 120 countries for 2005-2050. In: Demographic Research Vol. 22/15, S. 383-472. <http://www.demographic-research.org>.

² O'Brien, Katherine et al. (2009): Burden of disease caused by Streptococcus pneumoniae in children younger than 5 years: global estimates. In: The Lancet Vol. 374/ 9693, S. 893-902.

³ Bellows, Nicole B./Bellows, Ben W./Warren, Charlotte (2011): The use of vouchers for reproductive health services in developing countries: systematic review. In: Tropical Medicine and International Health Vol. 16/1, S. 84-96.

⁴ Cleland, John G./Ndugwa, Robert P./Zulu, Eliya M. (2011): Family planning in sub-Saharan Africa: progress or stagnation? In: Bulletin World Health Organization Vol. 89, S. 137-143.

⁵ Smith, Rhonda et al. (2009): Family Planning Saves Lives. 4. Auflage. Washington: Population

Reference Bureau.

⁶ Lutz, Wolfgang/Cuaresma, Jesus Crespo/Sanderson, Warren (2008): The Demography of Educational Attainment and Economic Growth. In: Science Vol. 319/5866, S. 1047-1048.

⁷ Mare, Robert D. (2005): How do women's educational attainments affect the educational attainment of the next generation? Online Working Paper Series. California Center for Population Research. UC Los Angeles. <http://escholarship.org>.

⁸ UNIDO/ UNCTAC (2011): Economic Development in Africa. Fostering Industrial Development in Africa in the new global environment. Report 2011. <http://www.unido.org>.

⁹ Kubzansky, Michael/Cooper, Anslie/Barbary, Victoria (2011): Promise and Progress: Market-Based Solutions to Poverty in Africa. Monitor Group. <http://www.monitor.com>.

¹⁰ UNESCO (2011): The hidden crisis: Armed conflict and education. EFA Global Monitoring Report 2011. <http://unesdoc.unesco.org>.

MÓDSZERTANI MEGJEGYZÉSEK

¹ Lutz, Wolfgang/Goujon, Anne/K.C., Samir/Sanderson, Warren (2007): Reconstruction of population by age, sex and level of educational attainment of 120 countries for 1970-2000. In: Vienna Yearbook of Population Research 2007, S. 193-235. www.iiasa.ac.at. KC, Samir et al. (2010): Projection of Populations by Level of Educational attainment, age and sex for 120 countries for 2005-2050. In: Demographic Research Vol. 22/15, S. 383-472. <http://www.demographic-research.org>.

SZÓJEGYZÉK

Demográfiai bónusz: egy olyan időszakot ír le, melyben egy társadalomnak a gazdasági fejlődést elősegítő korstruktúrája van. Ez akkor alakul ki, amikor arányait tekintve sok keresőképes ember van és az eltartott népesség – gyermekek és idősök – aránya viszonylag alacsony.

Demográfiai osztalék: jelzi a gazdasági teljesítmény többletet, amelyet a demográfiai bónusz eredményezhet. Egy olyan ország, amely ezeket a gazdasági fejlesztési lehetőségeket jól hasznosítja (például a képzésbe és a munkaerőpiacba fektet be), a lakosság életszínvonalát képes tartósan javítani.

Családtervezési eszközök nélkülözése: akkor áll elő, amikor a terhességet tartósan vagy az elkövetkező két évben elkerülni kívánó nők a lehetőségek hiánya miatt védekezés nélkül élnek nemi életet. Definíciótól függ, hogy a hagyományos módszerek használóit ebbe a körbe sorolják-e. A családtervezési eszközök nélkülözését leginkább férjzett, szülőképes korban lévő (15-49 éves) asszonyok körében mérték fel.

Eltartott népesség: gyermekek és 14 év alatti fiatalok, továbbá a 65 év feletti felnőttek, akik elvileg nem számítanak keresőképesnek, így a társadalom többi részének gondoskodására szorulnak.

Fejlődő országok: abban különböznek az ipari országoktól, hogy alacsonyabb az életszínvonaluk és hiányos az infrastruktúrájuk. A fejlődő országokra vonatkozó általános definíció nem létezik. Az ENSZ fejlettnak nyilvánítja a legtöbb európai országot, valamint Kanadát, az USA-t, Ausztráliát, Új-Zélandot és Japánt. Az ENSZ humán fejlettségi indexe szerint jelenleg négy kategória van: „nagyon magas fejlettségi állapot”, „magas fejlettségi állapot”, „közepes fejlettségi állapot” és „alacsony fejlettségi állapot”. Ebben a tanulmányban az összes vizsgált országot a feltörekvő országok és a tigrisállamok kivételével fejlődő országnak nevezzük.

Feltörekvő országok: gazdasági teljesítőképességük összehasonlíthatóan nagyobb a fejlődő országokénál, de még nem számítanak iparosodott országnak. Egységes meghatározási kritérium hiányában változik a feltörekvő országok csoportjába tartozó államok száma. Ebben a tanulmányban ide soroljuk a tigrisállamokat, Kínát, Brazíliát, Indiát, Mexikót és Dél-Afrikát.

Fogamzásgátló eszközök elterjedtsége: a termékeny korú nők (15-49 éves) azon százalékát adja meg, akik védekeznek a nem kívánt terhesség ellen (definíciótól függően beleértve vagy nem számítva a hagyományos módszereket). Az adatokat általában csak férjzett asszonyoktól gyűjtötték.

Iparosodott országok: közéjük számítanak a nyugat-európai államok, Japán, Kanada, az USA, Ausztrália és Új-Zéland, valamint definíciótól függően további OECD-országok. Bár a kifejezés idejétmúlt, hiszen ezen országok közül sokban csökken az iparosodás mértéke, gyakran használják fejlődéspolitikai viták során azért, hogy megkülönböztessék a magasan és viszonylag korán fejletté vált és kevésbé fejlett (fejlődő) országokat.

Keresőképes népesség: a 15-64 éves korosztály. Ez egy olyan életkor, amelyben az emberek általában kereső tevékenységet tudnak folytatni és ez alapján jövedelmet tudnak szerezni.

Legkevésbé fejlett országok: az úgynevezett LDC-k (angolul „least developed countries”) egy olyan országcsoport, mely gazdasági és társadalomgazdasági kritériumok alapján fejletlenebbnek számít más fejlődő országokhoz képest. A legkevésbé fejlett országok listáját az ENSZ állította össze, jelenleg 48 országot tartalmaz.

MDGs (Millennium Development Goals), Milleniumi fejlesztési célok: 2001 óta egy nemzetközileg elfogadott fejlesztéspolitikai keretrendszer. A 2015-ig teljesítendő 8 cél a következő: Szegénység és éhezés csökkentése (MDG 1), Mindenre kiterjedő alapkülső oktatás (MDG 2), Nemek közti egyenlőség előmozdítása (MDG 3), Gyermekhalandóság csökkentése (MDG 4), Javuljon az anyai egészség! Családtervezési lehetőséget mindenkinek! (MDG 5), HIV/AIDS, malária és egyéb betegségek elleni küzdelem (MDG 6), Környezeti fenntarthatóság biztosítása (MDG 7), valamint globális partnerség kialakítása a fejlesztés érdekében (MDG 8).

Népességnövekedés ill. csökkenés: a lakosság számának változása egy bizonyos kiválasztott évben a születési és halálozási szám, valamint a be- és kivándorlás alapján. A természetes népességnövekedés ill. csökkenés a születésszám és halálozási szám különbözetéből számolható ki (figyelmünkön kívül hagyva a migrációs mozgásokat).

Nők szerepének erősítése: arra irányul, hogy a nők több önállóságot és döntési szabadságot kapjanak és a fennálló, nemek közötti hatalmi különbségek csökkenjenek. A cél a férfiak és nők közötti egyenlőség megteremtése.

Reproduktív szint: az az egy nőre jutó átlagos gyermekszám, amellyel a szülői generáció minden egyede pótolható lenne, hogy a népesség nagysága bevándorlás nélkül stabil maradjon. Az iparosodott országokban az irányadó érték 2,1 gyermekszám asszonyonként. Azért nagyobb, mint 2, mert nem minden ember éri meg azt a kort, amikor saját magát is szülővé válhat. A gyakori halálozással sújtott országokban a reprodukciós szint ezért ennél magasabb.

Reproduktív egészség: a nemi szervek egészsége, a nemi úton terjedő betegségek hiánya, emellett a lelki, testi és szociális jóllét a szexualitás és szaporodás terén.

Reproduktív életkor: a 15-49 éves nőkre vonatkozik. Azt az időszakot jelzi, amikor a nők szülni képesek, konkrétan a pubertás és a változó kor közötti időszakot foglalja magában, amikor a gyermekek többnyire születnek.

Reproduktív jogok: a reprodukció szempontjából jelentős szabadság, az egyén és a párok jogai, mint például a kívánt gyermekszám egyénileg történő meghatározása, megfelelő fogamzásgátló módszer alkalmazása, a szaporodásról, valamint a fogamzásgátlásról szóló ismeretek megszerzése, a nemi erőszak, valamint a nemek szerinti diszkrimináció elleni védelem, és a reprodukciós egészséghez szükséges szolgáltatások igénybe vétele.

Szubszaharai Afrika: a Szaharától délre fekvő országok gyűjtőneve. Ebben a tanulmányban csak az egymillió lakónál népesebb országokkal foglalkozunk. A szubszaharai régió országai a következők: Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Csád, Dél-Afrika, Elefántcsontpart, Eritrea, Etiópia, Gabon, Gambia, Ghána, Guinea, Bissau-Guinea, Kamerun, Kenya, Kongói Demokratikus Köztársaság, Közép-afrikai Köztársaság, Lesotho, Libéria, Madagaszkár, Malawi, Mali, Mauritánia, Mauritius, Mozambik, Namíbia, Niger, Nigéria, Ruanda, Sierra Leone, Szenegál, Szomália, Szudán, Sváziföld, Tanzánia, Togo, Zambia, Zimbabwe.

Születési ráta: jelzi az egy év alatt, adott terület ezer lakosára jutó élve született gyermekek számát.

Termékenység és termékenységi ráta: meghatározza adott évben a korhoz kötött születésszám alapján, hogy egy nő a termékeny éveiben átlagosan hány gyermeket szülne, ha a születésszám a vizsgált év szintjén maradna.

Tigrisállamok: közéjük tartoznak a gazdaságilag feltörekvő kelet- és délkelet-ázsiai államok, úgymint Taiwan, Dél-Korea, Szingapúr és Hongkong (különleges közigazgatási terület). Ezen államok példaképpént szolgálnak a fejlődő országok számára dinamikus gazdasági fejlődésük miatt. A kifejezés érvényes Thaiföldre, Malajziára, Indonéziára és a Fülöp-szigetekre is, amelyek – időben később – ugyanezt a fejlődési modellt követték.