

## INDIAI NÉPESEDÉSI FOLYAMATOK

KOVÁCS LÁSZLÓ

Függetlensége kivívása után 53 évvel, 2000 májusában India népessége elérte az 1 milliárdot, ami több mint két és félszerese az Európai Unióhoz tartozó országok lélekszámának. A világ második legnépesebb országa népességének kevesebb, mint kétharmada volt írástudó az ezredfordulón.

A 2001-es népszámlálás során 1 027 015 247 embert regisztráltak, ami 21,3 százalékkal volt magasabb, mint az előző, 1991-es adat. A férfiak aránya lényegesen magasabb volt a nőkénel: 1000 férfira 933 nő jutott. A falun élő lakosság aránya 72 százalék; ennek ellenére 225 város lélekszáma meghaladja a 100 000-et, az 1 000 000 népességszámot meghaladó városok száma 10.

Becslések szerint a kontinensnyi, 25 szövetségi államból és 6 szövetségi területről álló ország népességének lélekszáma tovább növekszik, és 2050-re eléri a másfélmilliárdot (*DeVotta* 2002).

India vallási, kulturális szempontból igen sokszínű ország, ami a népesedési folyamatokra is közvetlenül vagy közvetve rányomja bélyegét. Értelemszerűen különbözőek úgy a házassági és gyermekvállalási szokások, mint az egészségmagatartás és ebből következőleg a halandósági mutatók alakulása egy olyan szövetségi államban, ahol igen magas az írástudatlanok aránya és ott, ahol az analfabétizmust szinte teljesen sikerült felszámolni. A következőkben azonban, a teljesség igénye nélkül és az ország különböző fejlettségű régiói jellegzetes demográfiai problémái részletes ismertetésének igénye nélkül a főbb demográfiai mutatók alakulásának áttekintésére és néhány sajátos szívfolt bemutatására teszünk kísérletet.

### *Adatforrások*

A demográfiai folyamatra vonatkozó elemzések a népszámlálások által rögzített adatok alapján készülhetnek, amiket reprezentatív mintán végzett kutatások eredményei egészíthetnek ki. Az első, 1872-ben szervezett népszámlálást megszakítás nélküli sorban tízévente megismételték; a legutóbbit, a tizenegyediket 2001. március 1-jei eszmei időponttal szervezték.

A népszámláláson kívül a legfontosabb demográfiai adatforrás az 1992–93-ban és 1998–99-ben végzett nagymintás, reprezentatív felmérés. A bombayi International Institute for Population Sciences koordinálásával végzett felmérések közül az első kutatás alkalmával 88 562 háztartást kerestek fel és 89 777

13–49 éves nővel készítették interjút India fővárosában és 24 szövetségi államában. A második felmérés alkalmával több, mint 90 000, India 26 szövetségi államában élő 15–49 éves nőt kerestek fel (Census of India 2001, 2001; IIPS and ORC Macro 1995; IIPS and ORC Macro 2000).

### *Termékenység és fogamzásgátlás*

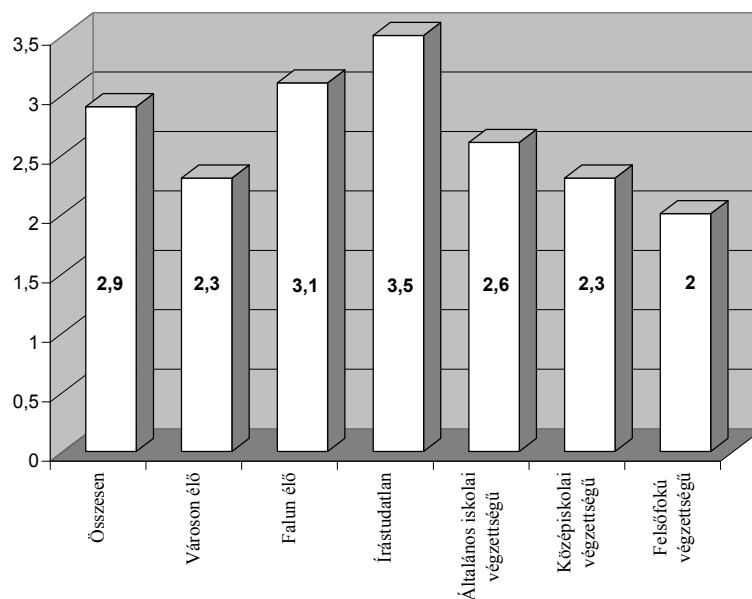
A hindu párnak a házasságkötéskor mondott áldás:  
 „*May you have eight sons and five daughters!*”  
 (Legyen nyolc fiatok és öt lányotok!)

A termékenységi mutatók az utóbbi évtizedekben különböző ütemű, de a trendet tekintve folyamatos csökkenést mutatnak. A csökkenés az elmúlt évtizedben is folytatódott: a teljes termékenységi arányszám 6 év alatt közel 15 százalékkal csökkent; az 1992–93-as 3,4-es mutató 1998–99-re 2,9-re csökkent az említett években készült nagymintás kutatások adatai alapján. Szignifikánsak a különbségek a lakóhely jellege, illetve az iskolai végzettség szerint is. A városi nők átlagosan, életük folyamán – az 1998–99-es felmérés szerint – 2,3 gyermeknek adnak életet, a falun élők 3,1-nek. A különbségek még nagyobbak, ha a megkérdezett nők iskolai végzettsége szerint vizsgáljuk a termékenységet: az írástudatlan nők 75 százalékkal több gyermeket szülnek átlagosan életük során, mint a felsőfokú képzettséggel rendelkezők. Az analfabéta nők teljes termékenységi arányszáma 3,5 volt, a felsőfokú végzettségűeké viszont az egyszerű reprodukcióhoz szükséges szint alatt maradt. Elsősorban az iskolai végzettség hatására vezethető vissza az a tény, hogy néhány szövetségi államban az országos átlagot lényegesen meghaladja a teljes termékenységi arányszám, másokban viszont a reprodukcióhoz szükséges szintet sem éri el. A 6 éves vagy idősebb női népesség körében az írástudatlanok<sup>1</sup> aránya Biharban, Rajasthanban vagy Uttar Pradeshben meghaladja a 60 százalékot és a termékenységi mutatóik a legmagasabbak az országban, amit a legutóbbi két népszámláláskor regisztrált népességnövekedés is alátámaszt: mindhárom említett államban a 2001-es népesség több mint 25 százalékkal meghaladta az 1991-ben összeszámlált népességet. A másik végletet azok az államok jelentik, ahol az analfabéták aránya is alacsony és a termékenység is a reprodukciós szinten van vagy el sem éri azt. Goa vagy Tamil Nadu népessége kevesebb, mint 15 százalékkal növekedett a két utóbbi népszámlálás között eltelt időben, Keralában ez az arány a 10 százalékot sem éri el.

Az 1950–1980-as időszakban végzett vizsgálatok (Rele 1987) már a termékenység gyorsuló ütemű csökkenését mutatták ki. A 2000-ben elfogadott Nem-

<sup>1</sup> A 6 évesnél idősebb népesség 56 százaléka írástudatlan a nőknél és 31 százaléka a férfiaknál.

zeti Népesedéspolitikai egyik fontos célkitűzése a népességszám stabilizálása, és 2010-re a teljes termékenység reprodukciós szintre való csökkentése.



Forrás: IIPS and ORC Macro, Bombay. National Family Health Survey 1998–99 (NFHS-2).

*1. Teljes termékenységi arányszám a 15–49 éves nők állandó lakhelyének településtípusa és iskolai végzettség szerint*

*Total fertility rate by the type of settlement of the place of residence and by the level of education of female population aged 15–49*

Jelentős a fiatal korban vállalt gyermekek aránya: a 15–19 éves nők szülik a gyermekek 19 százalékát, a 20–29 éves korosztályba tartozók pedig 62 százalékát. Idősebb korban, negyven év felett ritkaságszámba megy a gyermekvállalás. Az első gyermeküket szülő 20–49 éves nők medián-életkora 19,6 év. Az első gyermek vállalása több mint 5 évvel később következik be a felsőfokú végzettségű nőknél, mint az írástudatlanoknál. A hinduk a muzulmánoknál átlagosan fél évvel később adnak életet első gyermeküknek. A többi vallás bármelyikéhez tartozó nők első gyermekvállalásának életkora lényegesen meghaladja a hindukét.

Mindkét kutatás alkalmával a muzulmán nők körében magasabb fertilitást regisztráltak a hindukhoz képest. A '90-es évek elején végzett felmérés 4,4-es teljes termékenységi arányszámot mutatott a muzulmánoknál és 3,3-ast a hin-

duknál. A '90-es évek végére ez az arányszám 3,6-ra csökkent a muzulmánoknál és 2,8-ra a hinduknál. A muzulmánok és a hinduk termékenysége meghaladja minden más valláshoz tartozó nők fertilitását.

Jelentős az életszínvonal hatása is a fertilitásra: az alacsony életszínvonalon élő nőknek 1,3-al, a közepes körülmények között élőknek 0,8-el több gyermeke van, mint a magas életszínvonalú háztartásokban élő nőknek. Az utóbbi csoportba tartozók teljes termékenységi arányszáma megegyezik az egyszerű reprodukcióhoz szükséges 2,1-es szinttel.

A fiatal korban szülő 15–19 éves nők közel háromnegyede első gyermekének ad életet, a 30–39 éves korban bekövetkező születek több mint 70 százaléka viszont negyedik vagy ennél is magasabb sorszámú gyermek. Az alacsony életszínvonalon élő nők több mint harmadának volt az 1998–99-es felmérés alkalmával négy vagy több gyermeke, a közepes színvonalon élők közül minden negyedik nő tartozik ebbe a kategóriába, a magas életszínvonalon élőknek kevesebb, mint 12 százaléka szült négy vagy több gyermeket.

Ami a gyermekszám-preferenciát illeti: 0,2-vel kevesebb gyermeket tartotnak ideálisnak az elmúlt évtized végén tartott felmérés alkalmával, mint az évtized elején készült kutatáskor. Az évtized végén átlagosan 2,7 gyermeket tartotnak ideálisnak a megkérdezettek. Ebből 1,4 fiú, 1 lány és 0,3 gyermekről nem volt határozott preferenciájuk a megkérdezett nőknek a gyermek nemét illetően.

A házasságban élő nők 47 százaléka 2 gyermeket, 72 százaléka 2 vagy 3 gyermeket tart ideálisnak. Az ideális gyermekszám 2,1 a felsőfokú végzettségű nők esetében (megegyezik a felsőfokú végzettségű nők teljes termékenységi arányával), az írástudatlan nők körében pedig 2,9 volt. Az ideális család nagyobb falun, mint városon: a falun élő nők 2,8 gyermeket, a városiak 2,3 gyermeket tartanak ideálisnak. A fiatalabb, 15–24 éves nők eszményi esetben 2,5, az idősebb, 45–49 évesek 2,9 gyermeket vállalnának. Igen nagyok a területi különbségek is: Tamil Naduban az ideális gyermekszám 2, Meghalayában 4,7 volt.

A legalább egy fiút akaró nők aránya 85 százalék volt, ami némiképp meghaladja a legalább egy lányt vállalni akaró nők 80 százalékos arányát.

A preferenciát a fiúk iránt azonban sokkal inkább jelzik a már gyermekkel rendelkező nők válaszai: a kétgyermekes anyák közül 83 százalék nem akar több gyermeket azok közül, akiknek két fiuk van; 73 százalék azok közül, akiknek egy fiuk és egy lányuk van és csupán 47 százalék azok közül, akiknek két lányuk van. A további gyermekvállalástól tartózkodók aránya hasonló a háromgyermekes anyák esetében is. A nők egyharmada több fiút szeretne szülni, mint lányt és csupán 2 százaléka szeretné, ha több lánya lenne, mint fia. A fiúgyermek iránti preferencia az ország egészére jellemző, a legerősebb az északi és az ország központi részén lévő valamint néhány nyugati szövetségi államban (*Arnold et al.* 1998; *Lahiri* 1974). A fiú-születéseket leginkább azok-

ban az államokban akarják, ahol a termékenység a legmagasabb: Uttar Pradeshben (53 százalék) és Biharban (48 százalék).

Csupán 2 százalék volt azoknak a nőknek az aránya, akik nem akartak gyermeket vállalni, annak ellenére, hogy egyetlen élő gyermekük sem volt. További 2 százalékuk a döntést, a gyermek vagy további gyermek születését illetően, az Istenre bízta.

A fiúk – a fejezet mottójából is kivilágló – nagyobb „értékét” a szegény társadalmakban több tényező együtthatása motiválja. Ezek közül az egyik és talán a legfontosabb az időskori gondoskodásra való nagyobb alkalmasság. A fiú utód nagyobb valószínűséggel tud majd pénzkeresettel járó munkát végezni, így a szülőknek nagyobb esélyük van arra, hogy idős korukban gondoskodjanak róluk, ha fiuk van, mint ha lányuk lenne. Az alacsonyabb preferencia a lány utódok irányába a házasságkötéskor jelentkező plusz terhekkel is magyarázható. A hozomány előteremtése sok családnál – akár többévi teljes jövedelmüket igényelve – szinte megoldhatatlan, vállalhatatlan gazdasági terheket jelent.

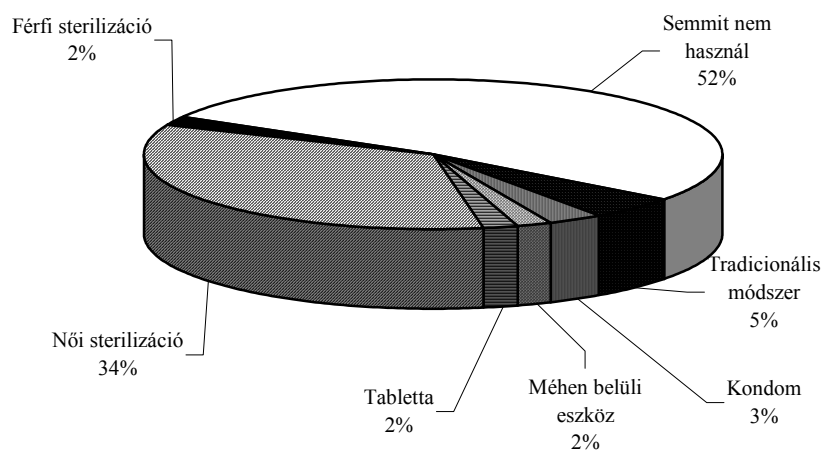
A csökkenő termékenység az írástudatlanság arányának csökkenésével, a média hatásával, a fogyasztási szokások változásával is magyarázható. Ezen hatások diffúziója azonban különböző kulturális szempontok alapján differenciált. A nők autonómiája, a fiú-utódok preferálásának mértéke egyfelől közvetlenül is befolyásolja a termékenységet, másfelől a fentiekben említett tényezők által közvetetten is befolyást gyakorolnak a fertilitásra. *Krishnan* (2001) például a nők képzettségének nagyobb hatását mutatta ki azokban az államokban, ahol a nők nagyobb autonómiával rendelkeznek; következtetése szerint az írástudatlanság csökkenése vagy a jövedelem növekedése önmagában nem, csupán akkor hatékony motivátorai a termékenység csökkenésének, ha át tudnak törni kulturális falakat is.

India volt a fejlődő országok közül az első, ahol a kormányzat felismerte a gyors népességnövekedésből fakadó szerteágazó társadalmi-gazdasági problémákat és ebből következőleg a családtervezés, a születésszabályozás jelentőségét. Már 1952-ben nemzeti családtervezési programot indítottak, melynek fő célja a születések számának csökkentése volt (*Seltzer* 2002). A program néhány államban kétségtelen elfogadottságra talált, az ország egészének átlagát tekintve is sikeresnek számít: az 1951-es 6 fölötti teljes termékenységi arányszám 5,6-ra csökkent 1972-re, majd 3,6-ra 1992-re. A termékeny korban lévő nők 41 százaléka használt valamilyen fogamzásgátló módszert 1992-ben, ez az arány az évtized végére, 48 százalékra nőtt. A termékeny korú nők körében a leggyakoribb fogamzásgátlási módszer a sterilizáció, az összes nő 34 százaléka számol be saját meddővé tételéről, 2 százalékuknak a férje sterilizált. A két felmérés között 7 százalékpontos növekedés volt a fogamzásgátlást alkalmazó nők arányát illetően; a növekedés 91 százaléka a sterilizált nők aránynövekedésének eredménye. Ugyanebben az időszakban a sterilizáción átesett nők medián életkora 26,6 évről 25,7 évre csökkent. A tradicionális módszerek valamelyikét a

nők 5 százaléka, a modern fogamzásgátlókat (tabletta, óvszer) csupán 7 százaléka használta. Több mint 13 százalékpontos a különbség a városi és a falusi nők között a fogamzásgátló módszerek alkalmazását illetően: a városiak 58 százaléka, a falun élők 45 százaléka veszi igénybe a családtervezés eszközeit.

Igen széles skálán mozog a fogamzásgátló módszerek alkalmazásának elterjedése a különböző szövetségi államokban: a legmagasabb, közel 68 százalékos elterjedtséget Punnjabban, Himachal Pradeshben és West Bengalban mértek. A legalacsonyabb elterjedtség a fenti aránynak kevesebb, mint a fele volt; Meghalayában, Biharban vagy Uttar Pradeshben a nők csupán 20–30 százaléka védekezik valamilyen módon a terhesség ellen. A legnépszerűbb fogamzásgátlási módszer minden államban a női sterilizáció volt. A muzulmán, a szegény és a törzsi népekhez tartozó nők körében a legalacsonyabb a fogamzásgátlás elterjedtsége. Szintén a muzulmán nők körében a legalacsonyabb a sterilizáción átesettek aránya, azonban a modern fogamzásgátló módszerek alkalmazása körükben elterjedtebb, mint a hinduknál.

A meglévő gyermekek száma is fontos distinkciós tényező a fogamzásgátlás alkalmazását illetően. Az egygyermekes anyáknak csupán a 24 százaléka, a háromgyermekeseknek viszont 68 százaléka védekezik a nem kívánt terhesség ellen. A négy vagy több gyermekes anyáknál az arány alacsonyabb: 57 százalékuk alkalmaz végleges vagy időleges fogamzásgátlót. A fiúgyermek iránti preferencia a fogamzásgátlás alkalmazása tekintetében is tetten érhető: a fiúval rendelkező nők – bármely paritás esetén – nagyobb valószínűséggel védekeznek a terhesség ellen, mint azok, akik lány(oka)t szültek. Az északi államokban magasabb a fiúk iránti preferencia, ami ezen államok termékenységsökkenésének egyik gátja lehet; a fiúk iránti kisebb mértékű preferencia az alacsony fertilitáshoz járul hozzá (*Dreze – Murthi 2001*).



Forrás: IIPS and ORC Macro, Bombay. National Family Health Survey 1998–99 (NFHS-2).

*II. Alkalmazott fogamzásgátlási, illetve születéskorlátozó eszközök  
1998–99-ben  
Contraceptive methods used in 1998–1999*

A családtervezési szolgálatokat felkeresőket napjainkban is elsősorban a női sterilizációról tájékoztatják, csupán 40 százalékuk kap egyél több módszerről tájékoztatást illetve csak elvétve informálják őket a férfiak sterilizációjának lehetőségéről (*Khan et al.* 1994; *Roy–Verma* 1999; *Bhatia* 1999).

A nyugati civilizáció társadalmaihoz képest konzervatív attitűdöt a tradicionális indiai családban a házasságon belüli szexuális élettel kapcsolatosan a koituszok alacsony száma jelzi: a hindu vallási előírások India különböző területein (Mysore) 2-től 120 nap évenkénti absztinenciát írnak elő, más régiókban (Nyugat-Bengal) átlagosan havi 7 napot kell a házas élettől tartózkodnia a tradicionális értékeket magáénak valló házaspárnak (*Nath – Leonetti* 1998; *Rao – Demaris* 1995). Tilos a házaselet újhold, telihold idején, az újholdat vagy teliholdat követő tizenegyedik napon vagy minden kedden, a gazdagság istennőjének, Lakshmi-nak szentelt napon. A házaselettől való tartózkodás egyike lehet a fogamzásgátlási módszereknek elsősorban a falun élő, alacsony képzettségű vagy teljesen képzetlen népesség körében. A vallásnak nem csak közvetlen, hanem közvetett hatása is lehet a fogamzásgátlásra: a vallási közösség befolyásolja az egyén döntését, például továbbtanulását illetően, és az iskolázottság hatást gyakorol a fogamzásgátlás alkalmazására vagy elutasítására (*Iyer* 2002).

A fogamzásgátlás tudatos formáinak diffúziójára az alacsony végzettségű nők körében abban az esetben van esély, ha a környezetükben olyan személy(ek) van(nak), aki(k) ezeket a módszereket saját maguk alkalmazzák, illetve ha hozzáférnek a médiához (*McNay et al.* 2003).

A fogamzásgátlási módszerek alkalmazásán és a vallási okokból vállalt absztinencián kívül a házastársak egyikének ideiglenes vándorlása is hatékony eszköze a terhesség elkerülésének. A vándorlás elsősorban a fiatal, 15–34 éves, az átlagnál magasabban képzett férfiak körében jellemző (*Zachariah et al.* 1999); Kerala szövetségi állam egyik térségében, Malappuramban például a házasságban élő nők 24 százalékának volt tartósan az országon kívül a férje (*Zachariah et al.* 2000).

A technikai fejlődés következtében egyre szélesebb rétegek számára válik elérhetővé a magzat nemének megfigyelése. Növekvő arányt képviselnek a nemi szelekción alapuló abortuszok: az Ázsiában uralkodó szemlélet szerint a fiúk értékesebbek, ezért elsősorban a lánymagzatok esnek a művi terhesség-megszakítás áldozatául (*Krishnamoorthy* 2003, személyes közlés). A magzat nemének meghatározására szolgáló vizsgálatok elvégzése mindenekelőtt a magas jövedelmű családok körében jellemző (*Booth et al.* 1994).

A fiúgyermek iránti, egyre nagyobb hatású preferenciát jól mutatják a legutóbbi két népszámlálás adatai: 1991-ben 1000 fiúra 945 lány jutott a 0–6 éves korosztályban, 2001-re már csak 927. Néhány államban (Haryana, Himachal, Gujarat, Punjab) ennél is súlyosabb a helyzet: 2001-ben 800 alá esett az 1000 fiúra eső lány-újszülöttek száma<sup>2</sup> (*Kumar* 2003).

Valamely fogamzásgátló módszer ismerete szinte általános, India különböző régióiban azonban igen nagy különbségeket találunk a családtervezés elfogadottságát, a fogamzásgátló módszerek alkalmazásának elterjedtségét illetően, amit a teljes termékenységi arányszám jól illusztrál: 1,7 Goaban; 1,9 Keralában; a másik véglet pedig India legnépesebb állama Uttar Pradesh, ahol egy nő élete folyamán várhatóan átlagosan 4,6 gyermeknek ad életet. Számítások szerint átlagosan egy gyermekkel kevesebb születik a fogamzásgátlásnak köszönhetően: Goaban 2,8; Keralában 3,7; Uttar Pradeshben 5,6 gyermeket szülne egy nő, ha ezekben az államokban nem használnának fogamzásgátlási eszközöket. Az alacsony fertilitású államokban a nők több mint ötöde (Goaban 23,1 százalék, Keralában 20,8 százalék) gyermektelen, Uttar Pradeshben ez az arány csupán 3,5 százalék (*Pathak et al.* 1996; *Srinivasan* 1998).

A termékenység szintjének átalakulása és a technológiai változások közötti kapcsolat egyértelmű; a termékenység csökkenése egyfelől a modern fogamzásgátló módszerek terjedésének, másfelől a modern média terjedésének köszönhető. A demográfiai változások bár Indiában részben megelőzték a gazdasági fejlődést, mégis a fejlődés következményei is (*Das Gupta* 1999; *Wilson*

<sup>2</sup> A lányok legalacsonyabb arányát Punjab állam egyik körzetében, Fatehgarhban regisztrálták, ahol 1000 fiúra 754 lány jutott.

2001). A gazdasági fejlődés azonban nem minden esetben járt együtt a termékenység csökkenésével. A főváros és környékének fertilitás-csökkenése az igen gyors urbanizációval nem volt arányban, a fejlődésnek ebben az esetben csupán csekély hatása volt a demográfiai magatartásra (*Guilmoto – Irudaya Rajan* 1998). A társadalmi-gazdasági fejlettségnél nagyobb hatása van ugyanakkor a fogamzásgátlásra és a termékenységcsökkenésre a már meglévő gyermekek nemi megoszlásának a két vagy több fiúgyermekkel rendelkező anyáknál (*Arokiasamy* 2002).

A fejlődés által nem, vagy kevéssé „érintett” népességszociális csoportok esetében azonban, annak ellenére, hogy India egészére csökkenő fertilitás jellemző, néhány más, gazdaságilag fejletlen vagy konzervatív iszlám országhoz (egyes afrikai és arab országok) hasonlóan továbbra sem várható a reprodukciós szint közelébe csökkenő fertilitás. Az alacsony státusú, képzetlen, szegény réteg lélekszámát tekintve további növekedésre számíthatunk (*Egerö* 2003).

A termékenység csökkenésének hátterében számos tényező állhat; a Tamil Nadu termékenységi folyamatainak vizsgálata során tett megállapítás (*Kulkarni et al.* 2002) egész Indiára érvényes lehet: a termékenységi átmenetről viszonylag pontosan tudható, hogy mikor és hogyan megy végbe, az viszont kevésbé pontosan, hogy miért következett be ez a folyamat.

### *Házasságkötés és válás*

A hinduizmus szerint a férfiak számos, sajátos kötelességgel járó életszakaszt élnek át. Az első életszakaszban a férfi az idejét és energiáját a tudás megszerzésére fordítja. A házasság a következő életszakasz, így szinte kötelezettségként, feladatként jelentkezik a hindu férfiak életében. A hindu házasság elsődleges célja a vallásos kötelezettség teljesítése; a társ megtalálása, csupán eszköz e cél megvalósítása érdekében. Az utódnemzés és a szexuális örömszerzés csak másodlagos cél. A nők számára is esszenciális lépés a házasság, mivel – a férfiaktól eltérően – az ő életükben ez az egyetlen vallásos szentség. A házasság Indiában gyakorlatilag univerzális.

Az életük folyamán házasságot kötött 49 éves nők aránya az 1981-es népszámlálás adatai szerint 99,7 százalék volt; egy 1971–80-as kohorszba tartozó nő átlagosan 14,8 éves koráig hajadon, 25,8 évig él házasságban és – a halandósági mutatókat is figyelembe véve – 6,9 évet özvegyen. Az 1970-es évtizedben született lány életének 31,2 százalékát hajadonként, 54,3 százalékát házasságban és 14,5 százalékát özvegyen éli. Egy évtizeddel később közel 2 évvel magasabb a házasságkötés életkora; az 1981–90-es évtizedben születettek 16,4 éves korukig hajadonként, az ezt követő 30,3 évben házasságban, majd 7,4 évet özvegyként töltenek. A későbbi életkorban történő házasságkötés ellenére, a megnövekedett élettartamnak köszönhetően a hajadonként töltött idő a nő éle-

tének kisebb hányadát, 30,3 százalékát teszi ki; 56 százalékot házasságban, 13,7 százalékot pedig özvegyen töltenek. Igen nagy különbségeket és az átlagtól való markáns eltéréseket találunk az államok között, például Keralában az újszülött lánysecsemő várhatóan 22,5 éves koráig hajadon lesz, 38,5 évet fog házasságban élni és életéből 8,5 évet özvegyen fog tölteni. Életének várhatóan az országos átlagnál nagyobb arányát fogja tehát a '80-as években született keralai lánysecsemő hajadonként élni (32,4 százalék) és kisebb hányadát házasságban és özvegyként (55,4, illetve 12,2 százalék) (*Sinha* 1995).

A házasságkötés gyakran nem jelent azonnali kohabitációt. Főként, ha a házasságkötésre fiatal korban kerül sor, az együttélés akár több évvel is később kezdődhet a házasságkötés idejéhez képest. Mindenekelőtt a falusi családokból származó lányok esetében gyakori, hogy közvetlenül a pubertás kezdete után a szülők férjhez adják őket. Minél több év telik el a serdülőkortól, a szülők annál több gúnynak vannak kitéve, ha nem adják még férjhez lányukat (*Ranga Rao – Sekhar* 2002).

A fertilitás alakulása szempontjából az együttélés kezdete releváns, ezért a házasságkötés idejét a felmérések az együttélés megkezdésének idejeként rögzítik. A 20–49 éves nők első kohabitációja a férjükkel 17,4 éves korukban következett be. Az együttélés kezdetének ideje 1,5 éves különbséget mutat a fiatal és az idősebb korosztályhoz tartozó nők esetében: a 20–24 éves korosztálynál 18,3 év, a 40–49 éves nőknél pedig 16,8 év volt a legutóbbi 1998–1999-es felmérés adatai szerint az együttélés kezdete. A városi nők két évvel később házasodnak a falusiaknál, de a legnagyobb különbség az oktatásban való részvétel eredménye: az írástudatlan nőknél 16 év, a legalább főiskolát végzetteknél pedig 21,5 év a házasságkötés ideje.

India déli részén gyakoriak a rokon-házasságok. Az unokatestvérek közötti, illetve a nagybácsi-unokahúg házasságok kulturális csatornákon átörökített minták követésének következményei: a közeli rokonhoz férjhez menő lány nagyobb érzelmi, szociális biztonságra számíthat, mint ha „idegen” párt választana. Az így megkötött házasságok a vagyon átörökítésének, egyesítésének is fontos eszközei (*Karve* 1965). A rokonok között kötött házasságokra jellemző, hogy ott legalább az egyik fél (általában a férfi) városi és a lány korai életkorában köttetnek (*Sheela – Audinarayana* 2000; *Audinarayana – Rajasree* 1995).

A házasságok döntő többsége még most, az ezredfordulót követően is a szülők megállapodásának következménye. A leendő házastárs kiválasztásának számos társadalmi, kulturális csatornákon átörökített íratlan szabálynak kell megfelelnie, melyek közül a legfontosabb a kaszt-endogámia. Elenyésző, a nagyvárosokra korlátozódik az érzelmi alapon, a spontán párválasztás alapján kötött házasságok aránya.

A házasságba két olyan ember kerül, akik gyakorlatilag idegenek egymás számára. A házasuló felek fizikailag is ismeretlenek egymás számára, emocionális vagy szexuális vonzalom kialakulására gyakran csak a házasságkötés után

van lehetőség. Talán ennek is köszönhető, hogy főként az alacsony társadalmi osztályokba tartozó párok házasságában viszonylag elterjedt a családon belüli erőszakos nemi közösülés (*Maitra – Schensul 2002*).

A lány szülei által a leendő férjnek vagy annak családjának adott hozomány nagysága fontos, döntő eleme a házassági szándék megvalósulásának vagy megghiúsulásának, illetve a házasság időpontja későbbre halasztásának. A hozomány India egyes részein különböző fontosságú: kevésbé lényeges szempont ott, ahol a nők körében a fizetett munka vállalása elfogadott, így tehát az új háztartásba kerülő nő keresetével is hozzá tud járulni a háztartás költségeihez. A hozomány, a pre-mortem öröklés a feleség eltartását biztosítja ott, ahol a nők fizetett munkavállalása kulturálisan nem elfogadott, gazdaságilag nem biztosított. Az intergenerációs transferek aszimmetriája tapasztalható a férfiak és a nők körében; a nők szülei halála előtt hozzájutnak örökségükhöz, míg a férfiak csak abban az esetben használhatják szülei javait, ha a házasságkötésükkel egyidejűleg nem szakadnak ki a szülők háztartásából, így idős szülei számíthatnak gondoskodásukra. A hozomány előteremtésének nehézségei a gyermekvállalási hajlandóságot is csökkentik, főleg akkor, ha a család már rendelkezik egy fiú utóddal.

A tradicionális normák szerint élő indiai családokban csak az idősebb lány házasságát követően lehet a később született lányokat kiházásítani (*Kapadia 1966*). A földrajzi távolság is lényeges szempont a leendő házastársak kiválasztásánál: az egymáshoz közeli lakóhely a házasság létrejöttét segíti. A házasságkötéskor a nők költöznek általában férjükhöz. A jelenség elterjedtségéről az 1981-es népszámlálás adatai szemléletes képet adnak: a 15 évnél idősebb nők 69 százaléka elhagyta a szülőhelyét, a férfiaknál a megfelelő arányszám csupán 18 százalék volt.

A házasságok létrejöttében, illetve a házasság időpontjának kijelölésében fontos szerepe van a horoszkóp szerinti összeillésnek is. A szokásnak általában a korai házasságkötés az eredménye, hiszen a szülők, a lány kora gyermekkorától kezdve keresik a megfelelő csillagzat alatt született vőt, s amint megtalálják, létre is jöhet a frigy. A horoszkópnak a késői házasságkötésben is szerepe van, abban az esetben, ha a közeli időpont balszerencsét jelez a lánynak. (*Rao – Surender 1998*).

A válás ritka, egész életre szóló negatív bélyeget jelent. Az elváltak gyakran titkolják valós családi állapotukat az általánosan negatív attitűdök miatt (*Amato 1994*). Az iskolázottságnak szignifikáns befolyása van a válások előfordulására: a magasabb iskolai végzettségű nők körében nagyságrendekkel nagyobb a válások aránya, mint az iskolázatlanoknál (*Kposowa 1998*). A válás által okozott pszichés terheket jól mutatja az a tény, hogy úgy az elvált nőknél, mint a férfiaknál az öngyilkossági veszélyeztetettség a legnagyobb, lényegesen meghaladja

a házas, az özvegy vagy az egyedülálló populáció esetében regisztrált mértéket<sup>3</sup> (Mayer – Ziaian 2002).

### *Halandóság*

A viszonylag magas termékenységi és halandósági mutatóknak köszönhetően India népessége fiatal: 36 százalékuk 15 év alatti, közel 16 százalékuk 6 év alatti; a 65 év feletti aránya csupán 5 százalék.

A nyers halandósági mutatók a népesség fiatal korösszetételének köszönhetően viszonylag alacsonyak. Egész Indiát tekintve a nyers halandósági ráta 9,7 ezrelék volt az 1998–99-es reprezentatív mintán készült felvétel adatai szerint. A településtípus szerinti különbségek részben a városi és a falusi népesség egymástól eltérő korstruktúrájával, részben pedig életstílusbeli, életmódbeli különbségekkel magyarázhatók. A városi népesség nyers halandósági rátája 7,8 volt, a falusi népességé 10,4.

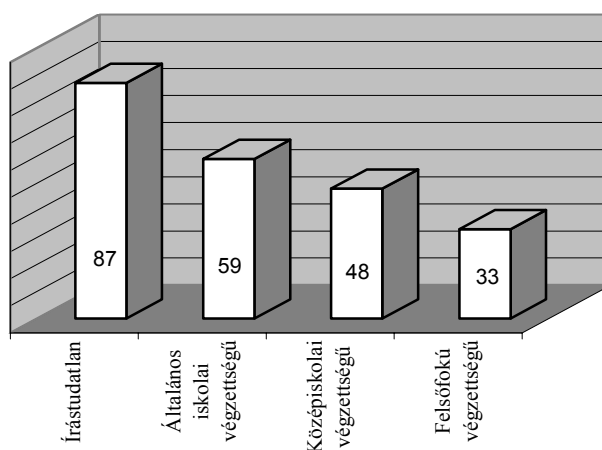
A férfiak 10,1-es nyers halálózási rátája valamivel magasabb a nők 9,3-as arányánál. Az utóbbi évtizedekben a nők halandósági mutatói lényegesen javultak (Sen 2003). A korszpecifikus mutatók azonban a fiatal nők körében lényegesen meghaladják a hasonló korú férfiakét. 30 éves korig – beleértve a gyermekhalandóságot is – a nők körében magasabb a halandóság.

Az 1985. év volt az első az ország történetében, amikor a nők születéskor várható átlagos élettartama meghaladta a férfiakét. Az ekkor született lánycsecsemők 54,7 évre, a fiúk pedig 54,5 évre számíhattak átlagosan. Napjainkban a születéskor várható átlagos élettartam közel 10 évvel magasabb; a nők élettartama több mint 1 évvel haladja meg a férfiakét.

A csecsemőhalandóság lényegesen meghaladja a fejlett országokban regisztrált szintet. Igen jelentősek a területi különbségek. Az írás eddigi részeiben többször is említett Keralában például 16 ezrelékes a csecsemőhalandóság, más államokban (Uttar Pradesh, Rajasthan, Madhya Pradesh, Orissa) viszont ezer csecsemőből 80–89 még egy éves kora előtt meghal. A csecsemőhalandóság azokban az államokban alacsony, ahol a népesség iskolázottsági szintje magas. Az anya iskolai végzettségének kétségtelen hatása van a csecsemő túlélési esélyeire: az írástudatlan nők által szült 1000 csecsemő közül 87 egy éves kora előtt meghal; a felsőfokú végzettségű anyák gyermekei között ugyanakkor 33 ezrelékes rátát regisztráltak az elmúlt évtized végén készült felméréssel. Kevésbé markáns, de lényeges különbségek vannak a csecsemőhalandóságot illetően az anya életkora szerint is: a fiatal, 20 év alatti anyák körében 93 ezrelék a csecsemőhalandóság, a 20–29 éves korosztályba tartozók gyerekei

<sup>3</sup> Az elvált férfiak öngyilkossági rátája 1995-ben 346,8 százezrelék volt, az elvált nők 126,4 százezrelék. Összehasonlításként, százezer özvegy férfi közül 25,2, százezer özvegy nő közül mindössze 8 vetett véget önkezeivel életének.

körében 63, a 30–39 éveseknél 77 ezrelék. A legnagyobb a veszélyeztetettség az idős 40–49 éves korcsoportba tartozó anyák gyermekei körében tapasztalható, ahol 1000 újszülött közül 106 még csecsemőkorában meghal. Az anya iskolai végzettsége is lényeges differenciáló tényező: az írástudatlan nők gyermekei körében 87 ezrelékes a csecsemőhalandóság, a felsőfokú végzettségű anyák gyermekei közül 33-an halnak meg egyéves koruk előtt. A hinduk körében a csecsemőhalandóság (77 ezrelék) 31 százalékkal magasabb a muzulmánokénál (59 ezrelék)<sup>4</sup>.



Forrás: IIPS and ORC Macro, Bombay. National Family Health Survey 1998–99 (NFHS-2).

### III. Csecsemőhalandóság az anya iskolai végzettsége szerint (ezrelék) *Infant mortality by the mother's level of education (per thousand)*

A csecsemőhalandóság a lányok körében 10 százalékkal magasabb, mint a fiúknál. Kivételt csak a születést követő első hónap jelent, amikor a fiúk halandósága meghaladja a lányokét. A lányok magasabb halandósága ellentmond a biológiai evidenciáknak; okát az ázsiai társadalmakban széles körben elterjedt mentalitásban kereshetjük: a fiúk „értékesebbek” a lányoknál. A fiúk preferálása nyilvánul a magasabb szintű gondoskodásban, színvonalasabb táplálásukban, az orvosi ellátás fokozottabb igénybevételében is.

A fiúkra fordított gyógyszerkiadások lényegesen meghaladják a lányokéit (Chatterjee 1990); India gazdaságilag egyik legfejlettebb államában, Punjabban

<sup>4</sup> A jelenség magyarázata abban keresendő, hogy a muzulmánok lényegesen magasabb arányban élnek városban, mint a hinduk; a városi népesség körében a halandóság alacsonyabb a falun élőkhez viszonyítva.

az első két életévben a fiúkra fordított egészség-megőrzési kiadások 2,3-szer magasabbak a lányokénál (*Das Gupta* 1987). Feltételezhető, hogy a kevésbé fejlett vidékeken az arányok még inkább a fiúk javára billennek. A feltételezést az a tény is bizonyítja, hogy a születési rendellenességek, vagy alacsony születési súly következtében meghalt csecsemők esetében nincs szignifikáns különbség a lányok és a fiúk között; a megelőzhető és kezelhető betegségeknél viszont szembetűnő a különbség a két nem között. Hasmenéssel járó betegségekből például kétszer annyi lány hal meg, mint fiú (*Khanna, et al.* 2003).

A szülés következtében meghalt nők száma és aránya jelentős: 100 000 szülő nőből 540 a terhesség vagy a szülés következtében meghal. Évente 130 000 nő hal meg ebből az okból kifolyólag, elsősorban az elégtelen orvosi ellátás és a higiénés viszonyok hiányosságai miatt.

A vezető halálokok Indiában a fertőzések valamint a szív- és érrendszeri megbetegedések. A fertőző betegségek közül a malária, a lepra, a tuberkulózis Indiában ma is szedi áldozatait.

Az elmúlt évtizedekben a befejezett öngyilkosságok aránya növekedett. Az 1995-ös év során 89 178 ember vetett önkezelést véget életének; a 9,9 százalékos ráta 69 százalékkal magasabb az egy évtizeddel korábbi 1985-ös 6,8-as rátánál (National Crime Records Bureau 1997). Az alacsony fertilitású, magas várható élettartammal jellemezhető déli államokban a szuicid-ráta ennél magasabb; Tamil Naduban például 15 százalékos, Keralában 25,9 százalékos és Pondicherryben a fejlett társadalmak szintjét is messze meghaladó 68,5 százalékos volt az öngyilkossági arány 1995-ben.

A dohányzás elsősorban a férfiak körében elterjedt, következményei évente 700 000 ember halálát okozzák. A legveszélyeztetettebb 25–69 éves férfi populációban a halálokok egynegyedét a dohányzás következményei jelentik; az ebben a korcsoportban elhunytak átlagosan 20 életévet veszítenek káros szenvedélyüknek köszönhetően (*Gajalakmi et al.* 2003).

A halandóságot és a várható élettartamot tekintve is igen nagyok a szövetségi államok közötti különbségek.

A halandósági mutatók – az országos átlagtól eltérően – különösen kedvezőek azokban az államokban, ahol magas az írástudók aránya. Keralában, ahol az analfabéták aránya a legalacsonyabb, ott a fejlett országokhoz hasonló mértékben haladja meg a nők születéskor várható átlagos élettartama a férfiakét. A várható élettartam tekintetében radikális változások voltak az elmúlt évszázad második felében: az ország függetlenné válásakor a születéskor várható átlagos élettartam 32 év volt. Az 1951–61-es évtizedben a férfiak körében a születéskor várható élettartam már 44,3 év, a nőknél 45,3 év; az egy évtizeddel később született férfiak várhatóan közel tíz (!) évvel, a nők több mint tizenkét (!) évvel hosszabb életre számíthatnak (*Irudaya Rajan – Zachariah* 1997). Néhány évtized múlva – az előreszámítások szerint – a várható élettartam Keralában eléri a

fejlett nyugati társadalmakban megszokott értéket: a férfiaknál megközelíti a 78 évet, a nőknél meghaladja a 83 évet (*Tharakan – Navaneetham* 1999).

A növekvő élettartam és a csökkenő termékenység következtében az idős emberek száma és aránya is növekszik. Az 1991-es népszámlálás 55 millió 60 évet betöltött embert regisztrált, a 2001-es népszámlálás alkalmával 76 millió volt a 60 év feletti népesség száma; a közel 40 százalékos növekedés közel kétszerese a népesség egésze növekedése arányának. A 60 év feletti népesség száma – előreszámítások szerint – 2021-re 137 millióra növekszik (*Sharma – Xenos* 1992; *Prakash* 1999).

### Összegzés

A fertilitási adatok időbeni alakulását és a termékenység csökkenése gyorsaságának területi különbségeit tekintve *Das Gupta* (1999) hipotézise igazolódik: feltételezése szerint az európai és az Európán kívüli demográfiai átmenet azonos gyökerű. A társadalmi-gazdasági fejlődés és az ehhez kapcsolódó termékenységi átmenet az általános fejlődés diffúziójának következménye. Egyes államokban (például a legmagasabb iskolázottsági mutatókkal rendelkező Keralában) a társadalmi fejlődéssel egyidejűleg, már az 1940-es években csökkenő tendenciát mutatott a termékenység; másutt (például a gazdaságilag fejlett Punjabban) az oktatás általánossá válását, az egészségügyi ellátás és a családtervezési programok elterjedését negyedszázaddal megelőzően már csökkenő termékenységet regisztráltak. A fejlődés, akár gazdasági, akár társadalmi fejlődésről is legyen szó, az esetek döntő többségében a termékenység csökkenésének irányába hatott.

A fejlődés kulturális változásokkal is együtt járt, ami szintén a fertilitás csökkenése irányába hatott. A nemek közötti egyenlőség, a fizetett munka fokozatos hozzáférhetősége a nők számára és ezen keresztül a saját öregkori szociális biztonság mind szélesebb rétegek számára elérhetővé válása a kevesebb gyermek vállalását motiválják.

A déli államokban az alacsony termékenységet és a többi államban is csökkenő fertilitást Indiában többnyire önkéntesen, aktív együttműködésen alapuló családtervezéssel érték el, ezért a csökkenő tendencia stabilnak tekinthető, eltérően Kínától, ahol a születésszám csökkenése állami kényszerítő eszközök hatására következett be, így az emberek mentalitásába nem épült be.

India egyes régióiban a jelenleg is magas fertilitás, a modern fogamzásgátló módszerek ismeretének hiánya egyrészt az oktatásban való alacsony részvételnek, másrészt a médiához való korlátozott hozzáférésnek köszönhető. Az 1992–1993-ban felkeresett háztartások csupán 21 százaléka rendelkezett televízióval, 1998–1999-re ez az arány 34 százalékra nőtt. A falusi háztartásokban megduplázódott a televíziókészülékkel rendelkező háztartások aránya, így az évezred

végén minden ötödik falusi családban volt TV, amit ebben a közegben is az egyik legfontosabb érték- és viselkedésiminta-közvetítőnek tekinthetünk. A városiak háromnegyede birtokolt készüléket, ami hozzájárulhatott egyrészt a családtervezési ismeretek direkt közvetítéséhez, másrészt azoknak az értékeknek, attitűdöknek a terjedéséhez, amelyek a termékenység csökkenését segítették. A fertilitás további csökkenése napjainkban Indiában a képzetlen nők termékenységi magatartásától függ (Bhat 2002). A termékenység gyorsuló ütemben csökken, egyes dél-indiai államokban már jelenleg is a reprodukciós szint alatti az átlagos gyermekszám.

A világ jelenleg második legnépesebb országának legfőbb demográfiai problémája nem önmagában a népesség lélekszámának további növekedése. A magas termékenység elsősorban a falusi, gazdaságilag elmaradott, képzetlen, szegény rétegeknél jelent a következő évtizedekben is problémát, ami ezen rétegek újratermelődését és aránynövekedését is jelentheti. A jelenség mindegyikét a legelmaradottabb térségben, az ún. Bimaru (Bihar, Madhya Pradesh, Rajasthan, Uttar Pradesh) államokban érhető tetten.

Sokrétű probléma-forrás a fiúk preferenciája. A fogamzásgátlás alkalmazásától, a nemi szelekción alapuló abortuszokon keresztül, a már megszületett gyermekek különböző színvonalú gondozásáig a születés körüli folyamatok mindegyikére rányomja bélyegét az a szinte általános vélekedés, hogy a fiúk – munkaerőpiacai helyzetüket, a házasodás kapcsán jelentkező problémákat, a kibocsátó család eltartását illetően is – értékesebbek a lányoknál. E széles körben elterjedt értékpreferencia általában a halandóság mutatószámaiban érhető tetten és különösen is a csecsemő- és gyermekhalandóság alakulásában. A férfibtöbbség jelentős, a 2001-es népszámláláskor 1000 férfire 933 nő jutott; és az elkövetkező időszakban – az aktuális termékenységi adatok és fiatal korosztályok nemi megoszlását valamint a korlátozott élettartam-növekedést figyelembe véve a nők körében – további romló tendencia várható.

A csökkenő termékenység és a hosszabbodó élettartam következtében az egyre számosabb időszerű népesség a következő évtizedekben növekvő súlyú problémát jelent majd Indiában is. Az eltartási terhek növekedése mellett a népesség korstruktúrájának változása is mélyreható gazdasági-társadalmi feszültségeket indukálhat. A fiatal, képzett emberek növekvő számú kivándorlása a későbbiekben szintén a kedvezőtlen korstruktúra kialakulásához járul hozzá, a környező – Indiánál rosszabb gazdasági helyzetben lévő – országokból történő bevándorlás a szociális feszültségek növekedésével járhat együtt.

#### IRODALOM

Amato, P. R. (1994): The impact of divorce on men and women in India and the United States. *Journal of Comparative Family Studies* 25: 207–221.

- Arnold, F.–Choe, M. K.–Roy, T. K.* (1998): Son preference, family building process and child mortality in India. *Population Studies* 52: 301–315.
- Arokiasamy, P.* (2002): Gender Preference, Contraceptive Use and Fertility in India: Regional and Development Influences. *International Journal of Population Geography* 8: 49–67.
- Audinarayana, N.–Rajasree, R.* (1995): Cultural Determinants of Age at Marriage: An Urban Experience. *The Journal of Family Welfare* 41: 8–14.
- Bhat, M. P. N.* (2002): Returning a favor: reciprocity between female education and fertility. *World Development* 30 (10): 1791–1803.
- Bhatia, J. C.* (1999): „Constraints to quality of primary health services in rural Karnataka”. Improving Quality of Care in India's family planning program, the challenges ahead. The Population Council. New York.
- Booth, B. E.–Verma, M.–Beri, R. S.* (1994): Fetal sex determination in infants in Punjab, India: correlations and implications. *British Medical Journal* 309: 1259–1261.
- Census of India 2001 (2001): Provisional Population Totals: India, Paper 1 of 2001. Office of the Registrar General, India. New Delhi.
- Chatterjee, M. A.* (1990): A report on Indian woman from birth to twenty. National Institute of Public Cooperation and Child Development. New Delhi.
- Das Gupta, M.* (1987): Selective discrimination against female children in rural Punjab, India. *Population and Development Review* 13: 77–100.
- Das Gupta, M.* (1999): „Libertè, Egalitè, Fraternitè: Exploring the Role of Governance in Fertility Decline” In: *The Journal of Development Studies* 35 (5): 1–25.
- DeVotta, N.* (2002): Demography and Communalism in India. In: *Journal of International Affairs* 56 (1): 53–70.
- Dreze, J.–Murthi, M.* (2001): Fertility, education and development: evidence from India. *Population and Development Review* 27: 33–63.
- Egerö, B.* (2003): Global Disorder: An Important Agenda for 21<sup>st</sup> Century Population Studies. *Population Review* 42 (1-2): 1–13.
- Gajalakshmi, V.–Peto, R.–Santhanakrishna, T.–Jha, P.* (2003): Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43 000 adult male deaths and 35 000 controls. *The Lancet* 362: 507–515.
- Guilmoto, C. Z.–Irudaya Rajan, S.* (1998): Regional Heterogeneity and Fertility Behaviour in India. Working Paper No. 290. Centre for Development Studies. Thiruvananthapuram, Kerala.
- International Institute for Population Sciences (IIPS) and ORC Macro (1995): National Family Health Survey (NFHS–1), 1992–93. India. Mumbai: IIPS.
- International Institute for Population Sciences (IIPS) and ORC Macro (2000): National Family Health Survey (NFHS–2), 1998–99. India. Mumbai: IIPS.
- Irudaya Rajan, S.–Zachariah, K. C.* (1997): Long Term Implication of Low Fertility in Kerala. Working Paper No. 282. Centre for Development Studies. Thiruvananthapuram, Kerala.
- Iyer, S.* (2002): Religion and the Decision to Use Contraception in India. *Journal for the Scientific Study of Religion* 41 (4): 711–722.
- Kapadia, K. M.* (1966): Marriage and Family in India. Oxford University Press. Bombay.
- Karve, I.* (1965): Kinship Organization in India. Asia Publishing House. Bombay.

- Khan, M. E.–Prasad, R.–Patel, B. C.–Ram, R. B.* (1994): “Quality of care in family planning program from user’s perspective”. *Social Change* 24 (3–4): 147–155.
- Khanna, R.–Kumar, R.–Vaghela, J. F.–Sreenivas, V.–Puliyel, J. M.* (2003): Community based retrospective study of sex in infant mortality in India. *British Medical Journal* 327: 126–128.
- Kposowa, A. J.* (1998): The impact of race on divorce in the United States. *Journal of Comparative Family Studies* 29: 529–547.
- Krishnan, P.* (2001): Culture and the Fertility Transition in India. Discussion Paper No. 2001/7. World Institute for Development Economics Research. United Nations University.
- Kulkarni, P. M.–Krishnamoorthy, S.–Audinarayana, N.* (2002): Review of Research on Fertility in Tamil Nadu. *Demography India* 31 (1): 17–36.
- Kumar, S.* (2003): Ratio of girls to boys in India continues to decline. *British Medical Journal* 327: 1007.
- Lahiri, S.* (1974): Preference for sons and ideal family in urban India. *Journal of Social Work* 34: 126–136.
- Maitra, S.–Schensul, S. L.* (2002): Reflecting diversity and complexity in marital sexual relationship in a low-income community in Mumbai. *Culture, Health & Sexuality* 4 (2): 133–151.
- Mayer, P.–Ziaian, T.* (2002): Indian Suicide and Marriage: A Research Note. *Journal of Comparative Family Studies* 33 (2): 297–305.
- McNay, K.–Arokiasamy, P.–Cassen, R. H.* (2003): Why are uneducated woman in India using contraception? A multilevel analysis. *Population Studies* 57 (1): 21–40.
- Nath, D. C.–Leonetti, D. L.* (1998): Correlates of Coital Patterns in a Traditional Indian Society. Center for Studies in Demography and Ecology. University of Washington.
- National Crime Records Bureau (1997): *Accidental Deaths and Suicides in India 1995*. New Delhi. Ministry of Home Affairs. Government of India.
- Pathak, K. B.–Pandey, A.–Shajy, K. I.* (1996): Evolution of a New Approach to Assess the Impact of Family Planning Programme on Fertility in Different States of India: A Macro level Study. Research Report No. 19/1995–1996, International Institute for Population Sciences, Deonar, Mumbai.
- Prakash, I. J.* (1999): *Ageing in India*. World Health Organization. Geneva.
- Ranga Rao, A. B. S.–Sekhar, K.* (2002): Divorce: Process and Correlates. A Cross-Cultural Study. *Journal of Comparative Family Studies* 33 (4): 541–563.
- Rao, G. R.–Surender, S.* (1998): Factors Associated with Female Age at Marriage in Pondicherry. *Demography India* 27: 401–418.
- Rao, K. V.–Demaris, A.* (1995): Coital frequency among married and cohabiting couples in the United States. *Journal of Biosocial Science* 27: 135–150.
- Rele, J. R.* (1987): Fertility Levels and Trends in India, 1951–81. *Population and Development Review* 13 (3): 513–530.
- Roy, T. K.–Verma, R. K.* (1999): Women’s perception of the quality of family welfare services in four Indian states. In: *Koenig, M. A.–Khan, M. E.* (eds.): *In Improving quality of care in India’s family welfare program, the challenges ahead*. The Population Council. New York. pp. 19–32.
- Seltzer, J. R.* (2002): *The Origins and Evolution of Family Planning Programs in Developing Countries*. RAND Document. Santa Monica, California.

- Sen, A. K.* (2003): Missing woman – revisited. Reduction in female mortality has been counterbalanced by sex selective abortions. *British Medical Journal* 327: 1297–1298.
- Sharma, S. P.–Xenos, P.* (1992): Ageing in India: Demographic background and analysis based on census materials. Occasional paper No. 2. Office of the Registrar General and Census Commissioner. New Delhi.
- Sheela, J.–Audinarayana, N.* (2000): Determinants of Female Age at First Marriage in Tamil Nadu: An Analysis of NFHS Data. *The Journal of Family Welfare* 46: 25–32.
- Sinha, R. K.* (1995): Marriage and Marital Dissolution in India: A Multistate Life Table Analysis. Research Report No. 15/1994-1995, International Institute for Population Sciences, Deonar, Mumbai.
- Srinivasan, K.* (1998): Challenges of transition. Demography and reproductive health. In: *Lancet* 351 (9111): 1265–1276.
- Tharakan, M. P. K.–Navaneetham, K.* (1999): Population Projection and Policy Implications for Education: A Discussion with Reference to Kerala. Working Paper No. 296. Centre for Development Studies. Thiruvananthapuram, Kerala.
- Wilson, C.* (2001): On the Scale of Global Demographic Convergence 1950-2000. *Population and Development Review* 27 (1): 155–171.
- Zachariah, K. C.–Mathew, E. T.–Irudaya Rajan, S.* (1999): Impact of Migration on Kerala's Economy and Society. Working Paper No. 297. Centre for Development Studies. Thiruvananthapuram, Kerala.
- Zachariah, K. C.–Mathew, E. T.–Irudaya Rajan, S.* (2000): Socio-economic and Demographic Consequences of Migration in Kerala. Working Paper No. 303. Centre for Development Studies. Thiruvananthapuram, Kerala.

Megjegyzés: 1. A szerző indiai tanulmányútját a Magyar Ösztöndíj Bizottság – University Grant Commission magyar-indiai államközi megállapodása valamint az OTKA T-042908 számú kutatási támogatása tette lehetővé.

2. Az írás tisztelgés *Erdő Jánosnak*, az Erdélyi Unitárius Egyház néhai püspökének emléke előtt, akinek vallástörténeti előadásai és személyes beszélgetéseik nyitottá tették a szerzőt a világ e részének kultúrája iránt.



*India népessége 2003. november 3-án (a Bombay-i International Institute for Population Sciences számítása)*  
*Population of India, 3. 11. 2003 (according to the calculation of the Bombay International Institute for Population Sciences)*

*Melléklet 1. A népesség száma területi egység és nem szerint  
Appendix 1. Population size by territorial unit and sex*

Szövetségi államok és egyesült területek	Népesség száma			1991–2001 közötti természetes szaporodás/fogyás (%-ban)	1000 férfire jutó nő száma
	Összesen	Férfiak	Nők		
INDIA	1 027 015 247	531 277 078	495 738 169	21,34	933
1 Andaman és Nicobar Szigetek	356 265	192 985	163 280	26,94	846
2 Andhra Pradesh	75 727 541	38 286 811	37 440 730	13,86	978
3 Arunachal Pradesh	1 091 117	573 951	517 166	26,21	901
4 Assam	26 638 407	13 787 799	12 850 608	18,85	932
5 Bihar	82 878 796	43 153 964	39 724 832	28,43	921
6 Chandigargh	900 914	508 224	392 690	40,33	773
7 Chhatisgarh	20 795 956	10 452 426	10 343 530	18,06	990
8 Dadra és Nagar Haveli	220 451	121 731	98 720	59,2	811
9 Daman és Diu	158 059	92 478	65 581	55,59	709
10 Delhi	13 782 976	7 570 890	6 212 086	46,31	821
11 Goa	1 343 998	685 617	658 381	14,89	960
12 Gujarat	50 596 992	26 344 053	24 252 939	22,48	921
13 Haryana	21 082 989	11 327 658	975 5331	28,06	861
14 Himachal Pradesh	6 077 248	3 085 256	299 1992	17,53	970
15 Jammu és Kashmir	10 069 917	5 300 574	4 769 343	29,04	900
16 Jharkhand	26 909 428	13 861 277	13 048 151	23,19	941
17 Karnataka	52 733 958	26 856 343	25 877 615	17,25	964
18 Kerala	31 838 619	15 468 664	16 369 955	9,42	1 058
19 Lakshadweep	60 595	31 118	29 477	17,19	947
20 Madhya Pradesh	60 385 118	31 456 873	28 928 245	24,34	920
21 Maharashtra	96 752 247	50 334 270	46 417 977	22,57	922
22 Manipur	2 388 634	1 207 338	1 181 296	30,02	978
23 Meghalaya	2 306 069	1 167 840	1 138 229	29,94	975
24 Mizoram	891 058	459 783	431 275	29,18	938
25 Nagaland	1 988 636	1 041 686	946 950	64,41	909
26 Orissa	36 706 920	18 612 340	18 094 580	15,94	972
27 Pondicherry	973 829	486 705	487 124	20,56	1 001
28 Punjab	24 289 296	12 963 362	11 325 934	19,76	874
29 Rajasthan	56 473 122	29 381 657	27 091 465	28,33	922
30 Sikkim	540 493	288 217	252 276	32,98	875
31 Tamil Nadu	62 110 839	31 268 654	30 842 185	11,19	986
32 Tripura	3 191 168	1 636 138	1 555 030	15,74	950
33 Uttar Pradesh	166 052 859	87 466 301	78 586 558	25,8	898
34 Uttaranchal	8 479 562	4 316 401	4 163 161	19,2	964
35 West Bengal	80 221 171	41 487 694	38 733 477	17,84	934

Forrás: Office of the Registrar General, India. Census of India 2001.

*Melléklet 2. Írástudók aránya területi egység és nem szerint*  
*Appendix 2. Proportion of literate people by territorial unit and sex*

Szövetségi államok és egyesült területek	Írástudók aránya (%-ban, a 2001-es népszámlálás alapján)			Írástudók aránya (1991-es népszámlálás alapján)	Változás (1991–2001)
	Összesen	Férfiak	Nők		
INDIA	65,38	75,96	54,28	51,63	13,75
1 Andaman és Nicobar Szigetek	81,18	86,07	75,29	73,02	8,17
2 Andhra Pradesh	61,11	70,85	51,17	44,09	17,02
3 Arunachal Pradesh	54,74	64,07	44,24	41,59	13,15
4 Assam	64,28	71,93	56,03	52,89	11,52
5 Bihar	47,53	60,32	33,57	37,49	10,04
6 Chandigargh	81,76	85,65	76,65	77,81	3,94
7 Chhatisgarh	65,18	77,86	52,40	42,91	22,27
8 Dadra és Nagar Haveli	60,03	73,32	42,99	40,71	19,33
9 Daman és Diu	81,09	88,40	70,37	71,20	9,89
10 Delhi	81,82	87,37	75,00	75,29	6,53
11 Goa	82,32	88,88	75,51	75,51	6,81
12 Gujarat	69,97	80,50	58,60	61,29	8,68
13 Haryana	68,59	79,25	56,31	55,85	12,74
14 Himachal Pradesh	77,13	86,02	68,08	63,86	13,27
15 Jammu és Kashmir	54,46	65,75	41,82	n.a.	n.a.
16 Jharkhand	54,13	67,94	39,38	41,39	12,74
17 Karnataka	67,04	76,29	57,45	56,04	11,00
18 Kerala	90,92	94,20	87,86	89,81	1,11
19 Lakshadweep	87,52	93,15	81,56	81,78	5,74
20 Madhya Pradesh	64,11	76,80	50,28	44,67	19,41
21 Maharashtra	77,27	86,27	67,51	64,87	12,39
22 Manipur	68,87	77,87	59,70	59,89	8,97
23 Meghalaya	63,31	66,14	60,41	49,10	14,21
24 Mizoram	88,49	90,69	86,13	82,27	6,22
25 Nagaland	67,11	71,77	61,92	61,65	5,45
26 Orissa	63,61	75,95	50,97	49,09	14,52
27 Pondicherry	81,49	88,89	74,13	74,74	6,74
28 Punjab	69,95	75,63	63,55	58,51	11,45
29 Rajasthan	61,03	76,46	44,34	38,55	22,48
30 Sikkim	69,68	76,73	61,46	56,94	12,61
31 Tamil Nadu	73,47	82,33	64,55	62,66	10,81
32 Tripura	73,66	81,47	65,41	60,44	13,22
33 Uttar Pradesh	57,36	70,23	42,98	40,71	16,65
34 Uttaranchal	72,28	84,01	60,26	57,75	14,53
35 West Bengal	69,22	77,58	60,22	57,70	11,52

Forrás: Office of the Registrar General, India. Census of India 2001.

Tárgyszavak:

Népesedés  
Népmozgalom

**DEMOGRAPHIC PROCESSES IN INDIA***Summary*

Over 1 billion people lived in India at the beginning of 2001. A major objective of present paper is to provide information about the important demographic events of the country with the second largest population in the world.

Fertility declining at an accelerating pace is due to social and economical development, especially the spreading of education among females and media diffusion. The family planning programme launched in 1952 has good impact in the southern states and only limited impact in large states from the northern part of the country; contraceptive prevalence (dominated by female sterilisation) is forty-eight percent among married women in the 15–49 age group.

High levels of women's education are associated not only with lower fertility but also with lower infant mortality. India has an unfavourable female to male ratio; female mortality often exceeds male mortality during childhood and throughout the childbearing years. Lower female literacy rate, a low level of female employment, a low female age at marriage, and parents' preference for sons demonstrate the low status of women. Marriage is universal; divorce is associated with societal condemnation.

Ageing process in India is a direct consequence of fertility transition and declining mortality as well as rising life expectancy. The age distribution of the population will be influenced by international migration, which is difficult to predict.