

# 论死亡制度

佟 新

**【提要】** 在资源有限和选择的多样性面前,一个社会的死因状况和死亡率水平不可避免地带有社会和个人选择的意义,因此个人和社会的诸种选择及其这种选择的规定性就构成了死亡制度。本文通过死因分析、死亡率分化分析,深入地讨论死亡率制度内在的规定性,并对未来的死亡制度进行尝试性的分析。

**【作者】** 佟 新 北京大学社会学系,副教授。

## 1. 问题的提出

当今学术界对死亡问题有着各种层次的研究,甚至出现了跨学科的专门领域——死亡学(Thanatology)。社会人口学对死亡问题的关心不是从哲学、医学,而是从社会的角度。费孝通先生曾明确地论述过生育制度,启发我们思考是否存在着死亡制度。费孝通先生在研究对影响新个体生命不能生长的因素时谈道:“疏忽也可以提高婴孩的死亡率。当我写这一节的时候,我隔壁那家太太会在孩子高温重病时,撒手进城,把孩子交给不太懂事的小丫头去招呼。若是这孩子死了,我除了把他归入被杀的孩子一类之外,实在没有其他更恰当的说法。在禄村调查时,我就知道我的房东太太有一个刚能单独行走的孩子,因为没有人看管,溺死在水沟里。像这类的事,乡村里是司空见惯的。我现在寄居的地方,一年前还下令禁止把死婴挂在树上。把死婴挂在树上据说是为了要避免死鬼再来讨债。这说明这地方死鬼缠绕的频繁。孩子不住出生,不住死亡。”<sup>①</sup>我们不能不承认这种孩子不断出生,又因为疏于照料而死去的情形是一定的生产力水平下的一种死亡制度。

最早把死亡率研究视为一种社会制度现象的学者当推人口学创始者英国人格兰特(John Graunt)。他在1662年发表了《死亡册的自然与政治诠释》一书,把死亡现象与社会结构联系到了一起。他在该书中讨论了伦敦市的死亡率状况和政治、宗教、商业和市政发展状况之间的关系<sup>②</sup>。就像人类无法完全地选择出生一样,人类也无法完全自由地选择自己的死亡。死亡问题是每个民族、社会、文化都要面临和处理的个人和社会事件,存在着一整套行为体系和观念信仰,这些体系已经制度化,并具有稳定性。社会人口学关心影响死因的社会性原因,不同年龄、性别和社会阶层的死亡率分布状况与原因,死亡率在不同的历史条件下的特点和变化规律以

① 费孝通:《乡土中国·生育制度》,北京大学出版社,1998年,第108页。

② 格兰特1662年发表的《死亡册的自然与政治诠释》(Natural and Political Observations Mentioned in a Following Index and Made Upon the Bills of Mortality)所使用的死亡册资源(Bills of Mortality)起源于欧洲各处的大瘟疫。最早的死亡册为1512年,由牧师区书记根据女调查员的报告编成,包括埋葬的人数,特别是生前已受洗礼者,格兰特主要分析了1592~1662年的死亡册数据(陈达,1934)。

及死亡率变化内涵的社会变迁。社会制度不仅影响着我们以什么样的方式生育和生育多少,同时还影响着我们是以怎样的速度离开这个世界。在资源有限和选择的多样性面前,一个社会的死亡率水平不可避免地带有社会和个人选择的意义,那么个人和社会的诸种选择及其这种选择的规定性就构成了所谓的死亡制度,其表现形式是死因结构和死亡率结构。

联合国和世界卫生组织认为,一个人在出生以后的任何时间,其所有生命迹象的永久消失为死亡。社会人口学把人的死亡视为一个生物生命过程的终结,是个体呼吸停止、心脏停跳及脑电波消失。有两个与死亡相关的生物概念,一是极限寿命,二是寿命。极限寿命是指人类能够存活的最大年龄。目前对人类的极限寿命到底能有多长仍没有定论。到目前为止,活得最长的是一位死于1986年的日本老人,他活了121岁又4个月(P. Mathews et al, 1995)。有学者认为,将现代人类的极限寿命定在95~100岁可能是适当的(魏津生, 1997)。所谓寿命是指人们实际生存的年龄,在人口统计上使用预期寿命的概念。从全世界的平均预期寿命看,50年代上半期为46岁,80年代上半期上升到59.5岁,到1995年为65岁(John R. Weeks, 1996)。

生物因素和社会因素对人的寿命长短有着重要影响。从生物角度看,人的生命初期存在着许多死亡风险,尤其是出生后的第一年。中年以后死亡风险相对下降,进入老年以后,死亡风险又不断增加。从社会角度看,有许多因素影响人们的寿命,但可以归纳为两个方面,一是社会经济基础,标志着人类对于自然的控制能力;二是人们的生活方式,代表着人类对自己行为的控制能力。前者意味着社会能够给人们提供什么样的生活资料以及社会财富是如何分配的;后者则指人们起居、饮食和活动等。现实生活中,决定人们寿命的因素还在于人们“选择”了什么样的生活方式。因此,一定的社会经济基础和生活方式是死亡制度的具体化。

## 2. 死因分析

死因分析是指引起死亡的原因分析。有研究表明,最终导致死亡的原因往往多于一种,由两种原因导致的死亡大约占了1/3;由3种原因导致的死亡约占1/4,由4种及以上原因导致的死亡约占16%(Paul, 1992)。世界卫生组织以及社会科学界的学者们对死因有不同的分类标准。从社会角度可将死因分为三类:(1) 传染性疾病引起的死亡;(2) 退行性疾病引起的死亡;(3) 社会、经济等外在环境因素引起的死亡。三者在社会中所占的比例反映了社会的发展状况。

世界卫生组织在对1962~1964年一些发达国家和发展中国家的主要死因进行分析的基础上认为,不同发展类型的国家存在着死因差别。发达国家的主要死因有10种,其中79%是退行性疾病所致的死亡,居于首位的是心脏病,占全部死亡人数的1/3;第二位是恶性肿瘤,占19%。第三位是影响中枢神经系统的血管损害,占13%。发展中国家则明显不同,前5位的死因是:肠胃炎,占全部死亡的10%;心脏病,占8%;流行性感冒及肺炎,占7%;恶性肿瘤,占7%;事故损害,占5%。死因具有分散化倾向。总之,发展中国家与发达国家的死因结构具有明显的差异,反映了不同社会卫生水平和预防疾病的能力间的差异。

1991年美国前10位死因(81.7%)的主要类型是:退行性疾病引起的死亡,如心脏病、癌症、脑血管疾病、慢性肺病和糖尿病占到70%;传染性疾病引起的死亡,如肺炎、流感和艾滋病占5%;外在环境因素引起的死亡,如各种事故、自杀、他杀占6.7%(National Center for Health Statistics, 1994)。1997年中国前10位死因(91.76%)的主要类型是:退行性疾病引起的死亡,如癌症、脑血管疾病、心脏病、消化系统疾病、内分泌、营养、代谢及免疫疾病、糖尿病和神经病,占70.31%;传染性疾病引起的死亡,如呼吸系统疾病、消化系统疾病占17.17%;外在

表 1 1990 年美国真实死因

死因	估计的死亡人数	占死亡人数的百分比
吸烟	400 000	19
饮食和行业习惯	300 000	14
饮酒	100 000	5
细菌类感染	90 000	4
有毒类物品	60 000	3
武器	35 000	2
性行为	30 000	1
交通事故	25 000	1
吸毒	20 000	<1
合计	1 060 000	50

资料来源: J. M. McGinnis and W. H. Foege (1993), "Actual Causes of Death in the United States", *Journal of the American Medical Association*, 270(18):2208.

解释近 100 年的时间里 43 个国家的标准化死亡率。他们认为:约有 60% 的死亡率下降应归功于对各种传染性疾病的控制,其中对流行性感、肺炎和支气管炎的成功控制占 25%,对肺结核的成功控制占 10%,对腹泻的成功控制占 10%,对其他传染病和寄生虫病的成功控制占 15%;约有 25% 的下降应归功于对心血管疾病的成功控制。也就是说,无论死亡率的初始水平是怎样的,引发全球死亡率下降的原因是相同的。随着时间的推移,人类对传染性疾病的认识能力和控制能力不断提高,特定的传染性疾病,如肺结核、天花、麻疹、白喉、百日咳、伤寒、霍乱、疟疾、斑疹和鼠疫等对死亡率的影响越来越小。但腹泻对死亡率变化的影响却日渐突出,成为最持久的地区性死因差异的关键所在,这种地区性死因差异表现为营养状况、食品和淡水污染以及气候的差异等(Samuel H. Preston and V. E. Nelson, 1974)。传染性疾病仍然是当代发展中国家的主要死因。

1993 年,美国医生麦克杰恩斯和弗杰(McGinnis and Foege)对美国的前 10 位死因进行真实化的分析,认为有些人虽然是死于肺癌,但真实的死因应当归因于吸烟,因此提出“真实死因”的概念。研究真实死因的意义在于,它可以用来进行各国间的比较,也可以寻找到那些易被忽视的可能导致死亡的真实原因。这种对真实死因的研究揭示出死亡的社会制度原因。他们进一步认为预防疾病所用的费用只是治疗疾病的 5%。因此死因差异可能在于人们在预防疾病能力的差异上。

1994 年,法国学者纳赞德和蒙纳-帕瑞兹对法国 1986 年真实死因的分析也印证了上述观点。他们认为,有 16% 的死因是吸烟导致的,10% 的死因是饮酒导致的(A. Nigard and F. Munoz-Perez, 1994)。

### 3. 死亡率差异分析

不同年龄、性别、阶层的人群的死亡率存在着差异,这种差异反映着深刻的社会经济和社会制度背景。

环境因素引起的死亡,如损伤和中毒占 3.13%(国家统计局人口与就业统计司, 1998)。比较中美两国的死因状况发现:退行性疾病所占比重相近,但仍存在着传染性疾病的环环境因素引起的死因差别。中国传染性疾、病引起的死亡仍占有较高比重,比美国高 12%,其死因结构亦不同,中国主要是与卫生条件相关的呼吸系统疾病和消化系统疾病引发的死亡,说明还存在着一定的社会卫生问题。在美国,艾滋病(AIDS)已成为威胁人类生命的一大传染性疾、病,其比例仍在增加。

在死亡率的下降过程中死因结构是否也会变化呢? 1974 年,普林斯顿和纳尔逊创立了一个模型来说明在死亡率下降过程中死因结构的变化。通过这一模型他们析出 12 种各占一定比例的死因,并用此来

### 3.1 年龄差异

从生物学的角度看,人体组织和细胞会随着时间的推移而衰老和死亡。死亡率的变化规律除了在低年龄组外,年龄越大,死亡率越高,这一规律被称为死亡率生物性年龄格局,表现为以下4个彼此联结的死亡率变化阶段:(1)由0岁至大约10岁期间的婴幼儿死亡率由高向低迅速下降的阶段;(2)由大约10岁至35岁期间死亡率处于低水平或缓慢增加的阶段;(3)由大约35岁至90岁死亡率加速提高的阶段;(4)大约90岁以后死亡缓慢增加的阶段。当一个社会的死亡率年龄格局与死亡率生物性年龄格局出现了某种差异时,就要寻找社会制度性因素了,如战争、自然灾害、流行病等都会导致死亡率年龄格局的异常。

在死亡率的年龄格局分析中婴儿死亡率是一个重要的领域。因为人的婴儿期机体抵抗力较低,婴儿生存与否在极大的程度上要依赖社会。目前,婴儿死亡率在发达国家和发展中国家存在巨大差异。这说明个人有机体的生存与社会生活水平之间的整合关系,发展中国家还无力提高收入和教育水平,也无力花更多的钱用于改善人口的生存环境,如饮用水等,由此婴儿死亡率难以下降。婴儿死亡率最高的阿富汗是婴儿死亡率最低的日本的38倍(John R. Weeks, 1996)。

### 3.2 性别差异

死亡率的性别差异是生物因素还是社会因素所致是个有争议的问题。有研究表明,死亡率的性别格局是女性具有存活优势,即在生物意义上同龄女性具有较强的存活能力(John R. Weeks, 1996)。实际上,这是一个非常难以进行验证的命题,现实环境中许多非生物性因素影响人们清楚地描述男女两性自然的生存能力及其差别。马迪根(Madigan)曾做过一个十分著名的研究,他为了排除社会环境的影响,专门选取了两组在教堂工作的神职人员,一组男性,一组女性。这些不同性别的人工作状况相同,婚姻状况相同(未婚),都不受服兵役、性生活等因素的影响,即排除了不同社会环境因素的干扰。在此条件下,他对这些研究对象追踪调查了20年,结果表明,男性死亡率依然高于女性,证实了决定女性存活优势是女性自身特有的生理和心理因素。如果假定存在着这种女性存活优势的话,那么一旦这种优势没有在现实中体现出来,就值得进行深入的研究了。

联合国的研究报告指出,国家间死亡率的性别差异与整个死亡率水平以及地理区域有密切联系。一方面,女性生存优势随死亡率水平降低而增大;另一方面,一些地区或国家死亡率的性别格局与典型的生物性性别格局的偏离状况肯定是由两性社会角色的文化模式造成的,很少可归因于遗传因素(United Nation, 1988)。当代世界各国死亡率的性别格局表现出以下特点:(1)发达国家从本世纪初,女性平均预期寿命全部高于男性,而且女性存活优势随着时间的推移而扩大。在1900年前后,这些国家女性平均预期寿命超过男性2~3岁;1965年前后扩大到4~5岁;1985年前后又扩大到6~7岁。这表明发达国家各个时期女性死亡率均低于男性,女性存活优势十分明显;一个地区人口的死亡率越低,性别差异也就越大。(2)在发展中国家,女性的存活优势不及发达国家,甚至还出现逆转,呈现出男性具有存活优势的状况。如印度,1985年其女性预期寿命比男性低0.4岁。(3)在各年龄段死亡率男性高于女性的情况下,不同年龄组高出的幅度不同。15~29岁是男性死亡率高于女性的第一个高峰。这其中的原因主要归结为此年龄段的男性较之女性可能会承担更多的灾祸风险。45~64岁是男性死亡率高于女性的第二个高峰。这个年龄段的男性因心脏病和其他恶性疾病的多发而使死亡率提高,而妇女这些疾病的死亡率却相对下降(魏津生, 1997)。导致女性生存优势难以发挥作用的原因主要是存在着与传统社会相关的社会和文化因素,如对女性的歧视,甚至是对女婴的忽视、与妇女生育角色相关的孕产妇死亡率以及男女不平等的社会角色等。女性生存优势得以显现的主要原因

素是与现代社会相联系的,随着妇女地位的改善,女性成为社会进步最大的受惠者,女性寿命长于男性已成为现代化社会死亡率性别格局的共同特征。

中国 1990 年第四次人口普查表明,男性出生时的预期寿命为 68.00,女性为 70.90,女性有一定的存活优势。但对分年龄组的性别死亡率分析发现,婴幼儿组女性死亡率高于男性,这成为中国死亡率性别格局的一个突出特点。1990 年 0 岁组,女婴死亡率为 36‰,男婴为 31.1‰;1 岁组的女婴死亡率为 2.7‰,(尚不包含女婴死亡率漏报的情况)男婴为 2.5‰。这说明在中国性别偏好仍然是威胁女性儿童存活的一个因素。

表 2 1993 年美国具有最高死亡率的职业

职业	每 10 万劳动力的死亡人数	主要导致死亡的事件
渔民	155	渔船事故
伐木工人	133	树木砸死
飞行人员	103	飞机事故
金属冶炼工人	76	倒塌
出租车和货运司机	50	他杀
电力安装和修理	38	触电
农场管理者	36	交通事故
建筑工人	33	倒塌
卡车司机	26	高速公路事故
外卖工人	23	高速公路事故
农场工人	21	交通事故

注:本年度美国各职业的死亡人数是十万分之五。

资料来源:U. S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics (1995), "Outdoor occupations exhibit high rate of fatal injuries", Issues in Labor Statistics, Summary 95-6 (March).

表 3 1990 年中国 15~54 岁分职业、分性别

	标准化粗死亡率		
	男	女	合计
在业人员	2.57	2.07	2.34
不在业人员	2.84	1.22	1.50
专业技术人员	1.58	0.95	1.29
干部	1.03	1.77	1.28
办事人员	1.37	0.93	1.25
商业工作人员	1.58	1.13	1.38
服务工作人员	2.01	1.41	1.63
农林牧副渔劳动者	3.01	2.34	2.68
生产工人及有关工人	2.11	2.28	1.98
不便分类的其他劳动者	4.56	6.05	4.35

### 3.3 阶层分化

阶层是个宽泛的概念,按照韦伯(M. Weber)的社会分层标准,最基础和可测量的阶层指标包括职业、文化水平和收入状况。开始于 18 世纪并在近 50 年得到深入发展的死亡率阶层的研究表明,社会经济地位较低的人群具有较高的死亡率;或者说社会地位越高的人寿命可能越长。这种差异显示出最广泛的社会不平等状况。因此可以通过对职业、受教育程度和收入状况来分析死亡率的阶层差异,这其中职业的死亡率分化最具有分析意义,因为它在一定程度上反映了人们受教育程度和收入的内在联系。

死亡率的职业差别是由该职业在劳动分工中的重要性、劳动力市场的供求关系和职业环境差异所致。有关死亡率的职业差别的最早研究是对 1865~1874 年丹麦哥本哈根和其他城镇不同阶层的死亡率分析。该研究将这些城镇 20 岁及以上的男性人口按其户主职业分为“贫穷、富裕和一般”三个阶层,然后比较他们经过调整后的年平均死亡率。结果发现,“贫穷”阶层的死亡率几乎等于“富裕”阶层的两倍。对其他城镇的分析也得到与此相近的结果,揭示了职业和社会阶层与死亡率之间的负相关关系——职业和阶层越高,死亡水平越低。反之亦然。从美国具有高死亡率的职业看,职业的特殊环境,如矿工与矽肺病构成了较高的职业死亡率(见表 2)。

对中国分职业和分性别的标准化死亡率分析结果发现,消除年龄结构对死亡率的影响后仍然存在着分职业的死亡率差异。如果把“不便分类的其他劳动者”忽略不计的话,那么男性劳动力人口中,农林牧副渔劳动者的死亡率是最低死亡率职业(干部)的 2.92 倍。女性农林牧副渔劳动者的死亡率是最低职业(办事人员)死亡率的 2.51 倍。

从文化水平看,受过较高文化教育人群及他们子女的死亡率都低于文化程度低的人群,亦是负相关关系,文化程度越高死亡率越低。因为文化程度较高的人多从事社会地位和收入较高的职业;同时他们具有较丰富的科学知识,能够较好地掌握营养、卫生、防病、体育等方面的知识,按照较科学的方法生活、劳动和养育子女。中国 1990 年 15 岁以上分文化程度、分性别的标准化粗死亡率表明,男性文盲的死亡率是中专、大专及以上学历者的 3.45 倍(查瑞传等,1996)。社会人口学家格泰格瓦和豪斯对 1960 年美国死亡率的收入差异的研究表明,随着收入的增加死亡率下降。他们注意到收入状况与受教育程度有着较高的相关性,那些既具有高学历又具有高收入的人死亡率最低(J. Kitagawa and S. Hauser, 1973)。

由死亡率的职业、文化程度和收入的差异反映的死亡率阶层差异存在着以下特点:(1) 当死亡率非常高和非常低的时候,死亡率的阶层差异并非十分明显;其差别主要出现在死亡率下降的过程中,较高阶层的死亡率总是首先下降。(2) 发达国家死亡率的阶层差别有所减少,说明当各国都朝着低死亡率方向发展的情况下,低社会阶层的人会逐渐享受到社会进步的成果。

导致死亡率阶层差异的本质是不同阶层的人具有的社会经济生活水平差异,这些差异通过营养状况、工作条件、居住环境、医疗服务以及生理和心理健康等表现出来。最明显的特点是阶层与健康之间的紧密联系。现代社会人类建立了许多制度化的机构来降低死亡率,最典型的制度化机构就是医院,那么我们可以就入院事件本身进行阶层分析。就入院就医来说,社会是有选择性的,在许多社会中医疗成就并不能为所有的人享有,医疗服务也不能在社会的各个层面展开。因此,这里的理论假设是:医疗、卫生、健康制度和社会经济制度控制死亡的力量大小或作用程度在不同的社会群体中有着分化,其分化的程度与人们的社会角色或社会地位的“不可更替性”成正比。因此,那些身居要职或声名显赫者就成为不易被替代的人。死亡率的社会结构在不同的社会生产力条件下会有不同的差别,一方面它与社会分工的程度相关,当社会角色分化和专业化程度不断提高时,社会角色扮演者的不可替代性就越高;另一方面它与社会的民主化程度相关,高度民主化的社会虽然有着不同的社会分工,但不同位置的个体却是平等的。因此,死亡率的社会结构既是现实存在,同时也会随着社会民主化程度的提高而有所改变。

#### 4. 未来的死亡制度

现代社会有关死亡问题的研究出现了许多新的变化。英国社会学家安东尼·吉登斯(Anthony Giddens)提出了有关“风险参量”的概念。所谓风险参量是指威胁生命的各种危险,这些危险因不同的历史时代或人类的现代化程度而有所差别。在现代化的过程中,个体的生命具有了更多的安全环境,比 20 世纪之前的人更具有生命力,威胁生命的各种风险相对减少,尤其是日常生活的风险减少。但新的威胁人类安全的风险也伴随着现代化而出现,如核战争、车祸、麻醉剂的使用、吸烟、饮酒和环境污染,甚至还有化肥的使用等。有些风险参量对于生命的作用至今还不完全清楚。昨天的杀虫剂是把人类从饥饿和疾病中拯救出来的救世主,但今天或明天就可以成为潜伏在我们所有食物之中的一种有害物质,威胁人类的健康与生命。对未来而言,新的风险出现了制度化与组织化的状况,制度化的结构性风险环境比以往更重要。这些制度化的风险环境用许多方式把个体与集体的风险联结起来,最典型的例子是核事故、核战争,这种风

险可以被称为具有“高后果”的风险(John Urquhart et al,1984)。

第一,嵌入人类日常生活中的各种与现代经济活动相关的风险因素几乎对每个人都有影响,这种影响成为现代生活方式的一种反映。全球的交通状况可以说明这一点。现代的交通工具已是现代人类生活的一部分。1991年美国有4.4万人死于交通事故;1994年有7万多人死于交通事故;同时车祸造成的永久性伤残约为死亡人数的10倍(John R. Weeks,1996)。1996年,中国因工、火灾和交通事故的死亡人数达10多万人(中华人民共和国劳动部、国家统计局,1997)。随着各国车辆的增多,交通事故的死亡人数还会增加。第二,发达国家和发展中国家的二元结构难以改变,甚至还有发达国家进一步控制发展中国家的状况。发展过程中引发的环境破坏可能会引发各种自然灾害。各种天灾人祸带来的粮食欠收和食物短缺所造成的饥馑至今仍然是许多发展中国家面临的严重问题。在这种情况下,人不仅会因饥饿而死,更主要的是抵抗力下降带来传染病流行,进而导致人的大量死亡。第三,战争的阴影并没有过去,它对人类的威胁因武器杀伤能力的成倍增长而更为严重。战争导致的死亡不仅包括战场上交战各方军人的死亡,也包括了被误杀的平民和由战争引发的疾病、饥荒和动乱所致的各种死亡。第四,剧烈的社会变迁导致人们地位的变化和利益的重组,它可能导致社会不平等的加剧,由此影响人们的生存状况,甚至引发死亡率的增高。以20世纪90年代的俄罗斯为例,1990~1994年,转轨时期俄罗斯的男性平均预期寿命缩短6岁,女性平均预期寿命缩短3岁。死亡率上升最快的(约占50%)是25~54岁的男性,其中年龄较大的人主要死于心血管疾病,年纪较轻的人主要死于各种事故、自杀、滥用有害物质和谋杀。一份匈牙利的报告表明,贫穷地区和严重受社会经济危机冲击的地区死亡率上升。经济转轨使社会的医疗保障服务水平下降,使普通百姓的生活水平和收入水平下降,导致人们心理压力加重甚至饮酒量增加(世界银行,1996)。虽然有关剧烈的社会变迁会直接导致死亡率上升的观点还有待进一步的验证,但可以肯定地说,社会变迁所引发的贫穷、经济困窘和社会不稳定乃至战争可能直接导致人口健康水平的下降和死亡率的增加。

面对未来,除上述的结构性风险外,还有两个重要的问题需要讨论,一是自杀问题,二是安乐死问题。这两个问题都具有人为因素的强烈介入,是具有制度性强度的两种死亡类型。所谓自杀问题,很容易让人想起莎士比亚的名句:“活着?还是死去?这是个问题。”的确,它本质上是有关人是否有权处理自己的生死问题的问题。当个人主义的价值观日益普及并成为一种主流的时候,人类如何面临或抉择其生命,将与传统的、集体主义的或家族主义的价值观有根本的改变。自杀是当今美国前10位死因之一(Paul,1992)。在美国,自杀高峰人群是青年人口和老年人口,尤其是有色人种的女性老年人口。一种解释认为,这可能是她们晚年的生活比白种男性更悲惨的结果(M. Miller,1979)。安乐死一词原意为无痛苦死亡,现在通常是指对于无治愈可能的脑死亡或不可逆转昏迷的病人,中止维持其生命的特殊措施或以某种无痛苦方式加速其死亡。安乐死以及安乐死立法问题是一个全球性的问题,它也是关系到人类主动参与自身生命的选择过程的道德问题。关于安乐死的成文法运动始于30年代的英国。美国、瑞典、荷兰、法国等国家都出现了关于安乐死的“生前遗嘱”活动。1937年瑞士作出可以帮助自愿安乐死的人的法律规定。这一争论本质上是社会变迁对人类生存境况的一种反映,是人们对传统的伦理道德、价值观念的挑战。它表明,崇尚生命神圣,不仅应包括传统的生的权利和对生命的保护,也应包括人有权利自主地选择死亡,即在活着只是徒增痛苦时,从容而尊严地死去。这一死亡观念的变迁或许说明人类要追求生命的质量,要活得更美好、更有价值和更有尊严。

1. 陈达:《人口问题》,商务印书馆,1934年,第9页。
2. P. Mathews, M. McCarthy, M. Young and N. Mcwhirter (1995), *The Guinness Book of Records 1995*, New York: Bantam Books.
3. 魏津生:《现代人口学》,重庆出版社,1997年第118页,第137~139页。
4. John R. Weeks (1996), *Population: An Introduction to Concepts and Issues*, Sixth edition, Wadsworth Publishing Company: 167, 199, 201, 181.
5. Paul E. Zopf, Jr. (1992), *Mortality Patterns and Trends in the United States*, Greenwood Press: 123, 127-128.
6. National Center for Health Statistics (1994), *Health, United States, 1993*, Hyattsville, MD: Public Health Service: Table 30.
7. 国家统计局编:《中国统计年鉴(1998)》,中国统计出版社,1998年,第775页。
8. Samuel H. Preston and V. E. Nelson (1974), "Structure and Change in Causes of Death: An International Summary", *Population Studies*, 28: 19-51.
9. A. Nizard and F. Munoz-Perez (1994), "Alcohol, smoking and mortality in France since 1950: an evaluation of the number of deaths in 1986 due to alcohol and tobacco consumption", *Population: An English Selection*, 6: 159-194.
10. 查瑞传、曾毅、郭志刚主编:《中国第四次全国人口普查资料分析(上)》,高等教育出版社,1996年,第359页
11. J. Kitagawa and S. Hanser (1973), *Differential Mortality in the United States: A Study in Socioeconomic Epidemiology*, Cambridge: Harvard University Press.
12. John Urquhart and Klaus Heilmann (1984), *Risk Watch*, New York: Facts on File, :12.
13. 中华人民共和国劳动和社会保障部、国家统计局:《1996年度劳动事业发展统计公报》,《中国劳动科学》,1997年第7期。
14. 世界银行:《1996年世界发展报告——从计划到市场》,中国财政经济出版社,1996年,第130页。
15. M. Miller (1979), *Suicide After Sixty: The Final Alternative*, New York: Springer.

(本文责任编辑: 朱 萍)

## 《市场与人口分析》2000年起全面改版

革新目标:一流水平人口学术期刊

为适应北京大学贯彻科教兴国战略、创建一流大学的计划目标,更加全面、充分地反映中国人口科学研究的理论与实践成果,满足国内外广大读者的期望和需求,《市场与人口分析》期刊计划从2000年第1期起全面革新改版,其变动的主要项目有:

**读者对象:**确定为从事人口、统计、老龄、劳动、计划生育的理论工作者,兼及实际工作者。  
**编辑方针:**定位为一流水平的严肃学术期刊,以刊登中国人口学界(兼容统计、老龄、劳动、计划生育各界)重要的理论与应用研究论文为主,兼及有代表性的实用性成果。编辑体例:坚持贯彻经由新闻出版署审定的中国学术期刊技术规范有关制度和细则,以保证所载文章的可检索性和可评价性。

改版后的《市场与人口分析》为16开64页,逢单月月末出版,每期定价7.80元,全年6期46.80元。读者可向当地邮局订阅(邮发代号82-737),也可直接汇款到刊物编辑部(北京大学人口研究所内,邮编:100871)邮订,联系人:景来明。