

社会性别视域下的人口寿命性别差异分析

陈岱云 陈希

摘要: 人口发展的历史表明,人口寿命存在性别差异,主要表现为男性人口预期寿命相对较短,而且这种差异会随着社会发展而持续变化。新中国成立以来的历次人口普查死亡资料证实了这一变化。人口寿命的性别差异是自然因素与社会因素二者共同影响的结果;自然因素导致男性生存表现为弱势;社会因素包括性别角色的社会认知、经济社会发展与变迁等,在促使女性人口社会地位提高的同时,也增进了女性身心健康水平,最终使其寿命延长幅度更大。因此,在全面推进“健康中国”建设的过程中,要注重人口保健工作的性别差异问题,更加关注成年男性人口的健康保健,实现人口性别结构均衡发展。

关键词: 人口寿命; 性别差异; 遗传因素; 社会性别规范

DOI: 10.19836/j.cnki.37-1100/c.2022.06.009

人口寿命是人类生命期的最大长度,人口保健能够维护和增进人口寿命,人口健康长寿是人口保健的最重要目标。人口健康对于社会发展的重要性不言而喻,健康水平的增进,对国民储蓄、人力资本投资、社会保障以及经济发展都会带来重要影响。2016年,习近平总书记在全国卫生与健康大会上指出:“没有全民健康,就没有全面健康。要把人民健康放在优先发展的战略地位,以普及健康生活、优化健康服务、完善健康保障、建设健康环境、发展健康产业为重点,加快推进健康中国建设,努力全方位、全周期保障人民健康。”^①同年10月,中共中央、国务院印发并实施《“健康中国2030”规划纲要》。习近平总书记在党的二十大报告中再次提出,要推进健康中国建设,“把保障人民健康放在优先发展的战略位置,完善人民健康促进政策”^②。人均预期寿命是衡量人口健康的重要指标之一,但既有研究发现,人口预期寿命存在明显的性别差异。那么,在实际生活中,人口寿命究竟表现出何种差异?导致这一差异出现的影响因素有哪些?对上述问题的回答和研究,有助于加深对在人口保健工作中引入社会性别视角必要性的认识,有助于实现长寿时代下性别平等与全民健康的双赢局面。为此,本文将利用1953—2020年七次全国人口普查资料,分析不同性别人口的预期寿命以及高龄人口与死亡人口的性别结构,并在此基础上探讨其背后的影响机制。

一、人口寿命性别差异产生的内外因素诠释

从遗传学来看,人类遗传型性决定主要包括两种类型:一类是女性人口“46,XX型”,另一类是男性人口“46,XY型”。由于性染色体的不同,男性和女性在诸多方面存在表现型差异,这些差异也同样体现在健康方面。除遗传因素外,早年的营养摄入、生存环境、生活方式等也会影响人们的健康状况,即男女人口寿命差异是由主客观因素及其变化所决定的。这一观点不仅在学界获得共识,而且也获

基金项目: 国家社科基金重点项目“新中国70年来人口死亡性别差异研究”(19ARK006)。

作者简介: 陈岱云,济南大学政法学院教授,山东大学博士生合作导师(济南250024;sl_chendy@ujn.edu.cn);陈希,山东社会科学院法学所副研究员,法学博士(济南250002;chenxi0682@126.com)。

① 《习近平:把人民健康放在优先发展战略地位》,http://www.xinhuanet.com//politics/2016-08/20/c_1119425802.htm,访问日期:2022年3月1日。

② 习近平:《高举中国特色社会主义伟大旗帜 为全面建设社会主义现代化国家而团结奋斗》,《人民日报》2022年10月26日,第1版。

得了实际经验的支持。1957年,F.C.麦迪甘(F.C.Madigan)通过分析罗马天主教修士和修女的死亡率差别,发现生活于相同环境的修士和修女的死亡率和寿命存在差异,即死亡率的性别差异主要由生物学因素决定^①。而早在1948年,汉密尔顿(J.B.Hamilton)通过分析75种遗传型同样为XY型的动物数据,发现几乎每一种动物的寿命都是雌性长于雄性^②。换言之,雌性寿命更长的现象普遍存在于基因型为XY型、XX型的动物群体中。但人们更感兴趣的是,为什么女性人口和雌性动物的寿命会更长?一系列的研究结果表明,基因差异与后天环境的共同作用是人口寿命呈现性别差异的根本原因。

(一)自然因素(遗传差异)是人口寿命性别差异的内因

随着生命科学研究的持续推进,人们已经意识到基因差异是人口寿命存在性别差异的主要原因。遗传学的研究表明,X染色体与Y染色体上的基因存在差异,即性决定染色体使得男女两性细胞中的基因分配不均衡;X染色体上的隐形致病基因在女性群体中不一定会发病,而在男性群体中会有较高的发病率,这是导致男性死亡率较高、寿命较短的一个重要因素。也有学者主张,由于女性具有两个X染色体,因此,当某一拷贝突变为缺陷基因时,冗余或重复DNA序列的基因可以确保该缺陷基因的功能发挥,故女性具有更强的免疫机能,在同一条件下会具有更强的抗逆性,因而具有更长的寿命^{③④}。当前有关衰老的研究也证实,随着机体的衰老,部分遗传冗余会丢失,当关键基因的全部拷贝都丢失时,生物体就会衰老乃至死亡^⑤。

另一方面,男性的代谢水平更高,其组织器官容易受损而变坏,故男性死亡率会更高。从生物学上来看,遗传决定的性别差异不仅表现为个体器官系统的性征区别,还表现为不同的代谢水平。总体而言,从幼年到老年,男性的基础代谢率总是高于同年龄的女性。基础代谢率指的是人体在清醒而又极端安静状态下的能量代谢率,即人体在不受肌肉活动、环境温度、食物及神经紧张等因素影响下的能量代谢率。基础代谢率高,机体消耗能量就高,需要补充的营养物质及热量就多,因此男性人口需要摄取更多的热量与营养以维持基本的生命活动。一般而言,像机器一样,基础代谢快的人类机体也会因为运转快、磨损多而出现更早的衰老和更高的死亡概率,其寿命自然相对较短。生理学家在老鼠群体中的实验证实了这一结论:美国生理学家克莱夫·马克凯和他的助手发现,大量减少老鼠食物所含的热量,老鼠的寿命从3岁增长到5岁,延长了1/3;而且,减少饮食之后,患有衰老相关疾病的老鼠比例减少,在不同动物身上的实验也支持这一结论^⑥。换言之,物质代谢率低的个体相对长寿的现象普遍存在于动物界。

(二)社会性别规范是导致人口寿命性别差异的外因

无论是从遗传冗余还是代谢差异的角度来分析人口寿命的性别差异,强调的都是基因表达产生的遗传效应,侧重于自然因素对人口寿命的影响。但人口的健康状况不仅会因为生理性别不同而存在差异,还会因为社会性别而有所不同。现有健康领域的研究也发现,人口健康状况会因为后天生存环境、生活方式的不同而存在明显的个体差异。比如,西方国家的女性平均预期寿命相对较长,但她们的健康寿命却总低于男性,这即是普遍存在于世界范围内的“健康的性别悖论”。在传统社会中,女性的社会经济地位相对弱势,她们对于健康资源的可及性相对较差,而且女性在健康方面的劣势贯穿

① 李竞能主编:《现代西方人口理论》,上海:复旦大学出版社,2004年,第116页。

② 李竞能主编:《现代西方人口理论》,第121页。

③ Shi B., Li W., Song Y., et al., "UTX Condensation Underlies its Tumour-Suppressive Activity". *Nature*, 2021, 597 (7878), pp.726-731.

④ Sano S., Horitani K., Ogawa H., et al., "Hematopoietic Loss of Y Chromosome Leads to Cardiac Fibrosis and Heart Failure Mortality", *Science*, 2022, 377(6603), pp.292-297.

⑤ Thomas J. L., Alyssa M., Devin W., "Repetitive Elements as a Transcriptomic Marker of Aging: Evidence in Multiple Datasets and Models", *Aging Cell*, 2020, 19(7), pp.e13167.

⑥ 约翰·B.詹金斯:《人类遗传学》,刘国瑞、赵景吞译,北京:中国医药科技出版社,1990年,第191页。

于整个生命历程之中,故女性的健康寿命低于男性。然而,医学角度的研究却发现,男性更易患有致命的重症疾病,女性所患的更多是慢性病和非致命性的疾病^①,在不同年龄阶段,男性的死亡率总会高于女性,即女性比男性具有更强的存活能力^②。

那么,为何女性会在遭遇健康劣势的情况下具有存活优势呢?其原因在于,导致人们死亡的原因是多样的,实际死因的背后蕴含着个体的行为选择^③。由于社会性别规范的差异,男性和女性在日常生活中会采取不同的健康风险行为,而这些行为最终会导致人口寿命出现明显的性别差异。换言之,人们对男性和女性在社会生产和人口再生产活动中的认知差异,导致了男性和女性在生产 and 生活中的行为不同,进而带来两性健康状况的不同。

在传统的性别规范中,男性被认为是养家糊口之人,需要追求物质上的成功,而女性则被视为主要的家庭照顾者^④。即使进入现代社会以后,“主动、创造、征服”仍多被视为男性特质,“勇敢、坚毅、刚强”似乎是男性的代名词,而“被动、接受、服从”则被归为女性特质。在性别化的社会分工之下,社会一直期待女性的气质是柔弱而惹人怜惜的,男性气质则是健康的、强壮的。这种以男性为中心的社会性别规范,使得男性在工作和生活中承担更多责任的同时也遭受了更大的压力^⑤,很多男性会将不健康且有风险的行为视为必做之事以增加自己的“男子气概”。“男子气概”(masculinity)是人们在社会化过程中习得的一种概念,为符合社会期待,男性不仅会采取不健康的行为,而且会尽量避免使用医疗保健资源。比如,吸烟、酗酒、滥用药物等对健康有害的风险行为一般会与“男子气概”关联,因此,采取这种行为的男性明显多于女性;再如,为了避免与女性化的气质相关联,男性会更容易忽视身体不适和健康护理。除此之外,在男权社会中,男性不得不从事高强度、高风险、高收入的职业,且不能逃避或者表现出对风险的畏惧,因此,男性在危险工作环境中的死亡率也更高^⑥。

总之,对男子气概的追求使得男性人口的劳动方式更加危险,心理压力与精神抑郁等方面的问题也相对严重。部分国家的数据显示,男性人口中有更高的自杀率。在日本,男性的自杀死亡率不仅整体高于女性,而且其变动情况也更加明显^⑦;在中国,城市男性的死亡率、35—69岁年龄组男性自杀死亡率也明显高于女性^⑧。男性自杀率高的原因是男权社会中男性权力的追求,男性羞于表达自己的心理压力,他们不愿意进行情感交流,更不愿意主动寻求帮助或接受心理保健,这无疑会推迟男性接受治疗的时间,进而加大男性的死亡风险。

总之,随着科学技术的发展与生命科学研究的深入,人口寿命存在性别差异的事实已达成共识。尽管长久以来的男权社会使得男性占据优势地位,但相对于女性群体来说,男性群体的寿命的确更短,而遗传因素与社会性别规范正是导致这一现象的重要原因。因此,在建设健康中国、保障全民健康的过程中,必须引进性别视角,既关注到女性所遭遇的健康不平等困境,也注意到男性在保健方面的弱势,有针对性地采取相应措施,以达到人口保健的目标。

① Verbrugge L. M., Wingard D. I. “Sex Differentials in Health and Mortality”, *Women and Health*, 1987, 12, pp.103.

② 佟新:《人口社会学》,北京:北京大学出版社,2006年,第82页。

③ McGinnis J.M., Foege W. H., “Actual Causes of Death in the United States”, *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270(18), pp.2207-2212.

④ 许琪、戚晶晶:《工作—家庭冲突、性别角色与工作满意度——基于第三期中国妇女社会地位调查的实证研究》,《社会》2016年第3期。

⑤ 林晓珊:《性别特质、身体实践与健康风险行为》,《妇女研究论丛》2011年第1期。

⑥ 王金玲:《女性社会学》,北京:高等教育出版社,2005年,第99页。

⑦ 佐佐木洋成:《精神失落的社会史——从性别、年龄和地区的角度分析日本自杀死亡率的变化》,《国外社会科学》2005年第6期。

⑧ 杨功焕、周灵妮、黄正京等:《中国人群自杀水平的变化趋势和地理分布特点》,《中华流行病学杂志》2004年第4期。

二、人口寿命的性别差异现状

新中国成立以来,中国的健康事业取得了长足进步。《2021年我国卫生健康事业发展统计公报》显示,我国居民人均预期寿命由2020年的77.93岁提高到2021年的78.2岁,孕产妇死亡率从16.9/10万下降到16.1/10万,婴儿死亡率从5.4‰下降到5.0‰^①。人口预期寿命呈现出明显的增长态势。从更长时间范围内来看,男性和女性的预期寿命变动趋势又如何呢?本文采用平均预期寿命以及百岁人口性别比两个指标,使用历次人口普查的数据资料,分析新中国人口寿命性别差异的变动趋势。

平均预期寿命指的是在一定的分年龄死亡率水平下,新生儿预期可存活平均年数,它并非真实的平均寿命,却可以反映出社会人口生活质量的高低,以及社会经济条件、卫生医疗水平限制下的人口健康水平。因为男女两性的遗传物质相对稳定,故这一指标的变化在一定程度上也可反映出不同时期社会经济发展水平对人均预期寿命的贡献差异。如表1所示,1953年时,男性平均预期寿命为44.54岁,女性为44.58岁,两性仅相差0.04岁;1964年,男性预期寿命提高至51.52岁,女性预期寿命提高至55.21岁,十年间,平均预期寿命的两性差距就扩大至3.69岁;1982年,预期寿命的两性差距缩小,变为2.99岁,但无论是男性还是女性,这一时期的预期寿命与前一时期相比,都有所增加:男性平均预期寿命为66.28岁,女性平均预期寿命为69.27岁;20世纪80年代、90年代,男性和女性的平均预期寿命继续增长,其中,女性增幅更加明显:1990年时,女性平均预期寿命就已经突破70岁,达到70.47岁;2000年时,男性的平均预期寿命才达到69.63岁。进入21世纪后,中国社会进入老龄化阶段,2010年,男性和女性的平均预期寿命均达到70岁以上:男性平均预期寿命为72.38岁,女性平均预期寿命为77.37岁,两者差距扩大至4.99岁;到2020年,男性平均预期寿命升至79.23岁,女性平均预期寿命升至84.23岁,两性差距扩大至5岁。

表1 1953—2020年分性别的平均预期寿命变动趋势

单位:岁、%

年份	男性		女性		两性差距	
	预期寿命	环比增长	预期寿命	环比增长	预期寿命	环比增长
1953	44.54		44.58		0.04	
1964	51.52	6.98	55.21	10.63	3.69	3.65
1982	66.28	14.76	69.27	14.06	2.99	-0.70
1990	66.84	0.56	70.47	1.20	3.63	0.64
2000	69.63	2.79	73.33	2.86	3.70	0.07
2010	72.38	2.75	77.37	4.04	4.99	1.29
2020	79.23	5.85	84.23	6.86	5.00	0.01

资料来源:1953年、1964年男性与女性的平均预期寿命数据来自宾夕法尼亚大学Luo的博士论文,“Reconstruction of life tables and age distributions for the population of China, by year, from 1953 to 1982”,1988;1982—2020年数据根据全国人口普查资料中的相关数据计算而得。

总体而言,1953—2020年间,男性人口的平均预期寿命提高了34.69岁、女性人口的平均预期寿命提高了39.65岁,二者增幅分别是77.89%、88.94%;同期,两性差距扩大了4.96岁,两性差距的增

^① 《2021年我国居民人均预期寿命提高到78.2岁》,http://www.gov.cn/xinwen/2022-07/12/content_5700668.htm,访问日期:2022年3月1日。

幅达到了 124 倍。因此,从平均预期寿命这一指标来看,新中国成立以后,男性和女性的健康状况都获得了明显改善,但经济社会发展对男性和女性寿命延长的影响存在明显差异:社会经济条件改善对女性健康状况的回报更大,即社会发展导致的预期寿命延长在女性群体中更为显著。

除平均预期寿命外,百岁以上人口规模及其占比也存在明显的性别差异。如表 2 所示,1953 年百岁及以上的男性人口规模仅为 1590 人,在男性人口中的占比为 5/百万,百岁及以上的女性人口规模为 1794 人,在女性人口中的占比为 6/百万;1964 年,男性百岁及以上人口增加至 2134 人,女性百岁及以上人口增加至 2766 人,占比分别提升至 6/百万、8/百万。无论是从规模还是从占比来看,新中国成立初期,高龄女性的增幅都要明显高于高龄男性。在 1982 年进行第三次人口普查时,百岁及以上的男性人口规模出现更大幅度的下降,变为 1135 人,减少了 999 人,而女性高龄老人规模仅减少了 50 人,变为 2716 人;从占比来看,男性高龄老人占比降至 2/百万,女性高龄老人占比降至 6/百万。由此而言,在经历了三年困难时期之后,女性高龄老人规模及其占比的下降幅度更小,女性的存活优势更为凸显。从 20 世纪 90 年代开始,无论是男性还是女性,百岁及以上人口规模进入持续增加的阶段,与 1990 年相比,2000 年的男性百岁及以上人口规模增加了一倍多,由 1555 人变为 3276 人,同期,女性百岁及以上人口也从 5126 人增加至 10063 人,增幅达到 96.3%;2010 年,男性百岁及以上人口规模达到 8852 人,女性百岁及以上人口规模突破 2 万,达到 27082 人,其占比分别为 13/百万、42/百万;2020 年,百岁及以上的男性人口规模扩大至 35129 人,在男性人口中的占比提升至 49/百万,百岁及以上的女性人口规模为 83737 人,在女性人口中的占比提升至 122/百万。在不到 70 年的时间里,男性群体中的百岁老人占比提高了 44/百万,而女性群体中的百岁老人占比则提高了 116/百万,两者分别增加了约 9 倍、19 倍。同期,百岁及以上人口的性别比由 88.63 降至 41.95。

表 2 1953—2020 年分性别的人口规模、百岁人口规模及其占比 单位:万人、人、1/百万

年份	合计			男性人口			女性人口		
	规模	百岁及以上人口	占比	规模	百岁及以上人口	占比	规模	百岁及以上人口	占比
1953	58133	3384	6	30126	1590	5	28006	1794	6
1964	69458	4900	7	35651	2134	6	33806	2766	8
1982	100391	3851	4	51527	1135	2	48863	2716	6
1990	113051	6681	6	58182	1555	3	54869	5126	9
2000	123571	13339	11	63654	3276	5	59917	10063	17
2010	133281	35934	27	68232	8852	13	65048	27082	42
2020	140977	118866	85	72141	35129	49	68836	83737	122

资料来源:作者根据全国七次人口普查数据整理而得。

通过分析分性别的平均预期寿命、百岁及以上人口的规模和占比的变动趋势,可以发现,新中国成立以后,平均预期寿命的现状与变动趋势、高龄老年人规模及其占比都存在明显的性别差异:女性人口的平均预期寿命相对更长、女性百岁及以上人口的增幅更为明显。但从过去 70 余年间的变动情况来看,这两个指标的性别差距并非都在稳定扩大,而是在平均预期寿命的性别差距波动扩大的同时,百岁及以上人口占比的性别差距逐渐缩小。这一变动态势说明,社会因素对人口健康状况的影响存在性别差异,社会环境对平均预期寿命的作用也不断变动,由此导致的平均预期寿命的性别差异也随着社会的发展而不断变化。

三、中国人口寿命性别差异的形成机制

人口寿命性别差异并非一个绝对值,而是由男性人口寿命与女性人口寿命二者共同决定的,是相对变化的差值。从遗传学来看,人类的外在表现是由遗传与环境共同决定的,即人口表现型=人口遗传型+人口环境型。由此而言,人口寿命的性别差异也是由遗传差异和社会环境的差异所共同决定的,即人口寿命的性别差异是遗传变量和社会因素变量的因变量。一般而言,在个体成长发展过程中,遗传变量可以被视为基本不变的常量,它对两性寿命差距的影响基本上是不会改变的,因此,不同时期人口寿命的性别差异可以反映出社会环境因素的影响作用。换言之,遗传决定了女性具有寿命优势,社会环境的改善则为女性寿命延长创造了有利条件,使女性的生存优势更加凸显。

(一)良好的社会环境有助于女性预期寿命的延长

新中国成立以来,我国的性别平等事业取得了长足进步,女性权益获得了保障,女性的健康状况也获得了明显改善。在这一过程中,社会成员的性别观念也有所改变,尽管家庭的性别偏好现象还普遍存在,但在自上而下的政治动员下,越来越多的人意识到女性与男性一样,也可以为社会发展作出贡献。这在一定程度上改变了家庭对男孩的偏好,而重男轻女理念弱化与医疗卫生条件改善都对女性人口预期寿命的延长作出了突出贡献。人口学研究发现,尽管女性天生具有更强的生存优势,但父母会在传统观念或社会风尚的影响下选择遗弃甚至溺亡女婴,这就导致了婴幼儿时期的女性死亡率更高^①。与此同时,在医疗条件不佳的社会发展阶段,受到传统生产理念的影响,很多孕妇会居家生产而非求助具有专业知识的产科医生,这都加大了产妇与婴儿死亡的风险,使得孕产妇死亡率相对较高。而经济的发展、科技的进步促进了医疗卫生事业的发展,改善了孕产妇的生活和生产条件,如由在家分娩生产转到在医疗手段先进的医疗机构分娩生产,从而降低了孕产妇与新生儿死亡率。总之,当社会舆论不再推崇男尊女卑、孕产妇医疗资源可及性获得提高之后,女性在孕产期及婴幼儿期的死亡风险出现明显降低,这都会直接延长女性的预期寿命。

而过去七十余年间性别平等事业的进步以及重男轻女观念的改变,要归功于与性别平等相关的法律、制度、政策的出台与落实。在新中国成立初期,为快速恢复生产,政府不仅动员女性走出家庭,获得参与社会生产的机会,还创办了大量托儿所、育幼院等机构,为家庭分担育儿责任,减轻了女性的家务劳动负担。而且,随着义务教育的普及,女性受教育权利也获得了保障,性别平等观念和追求性别平等的意识广泛传播,传统的社会性别规范受到了明显冲击。一是在生育领域,政府通过宣传标语等多种方式普及性别平等,越来越多的社会成员逐渐认同“生男生女都一样”“女儿也是传后人”等观念;二是在经济生产领域,对“保护妇女生育权益”“男女同工同酬”“反对性别歧视”的宣传与提倡,为广大女性实现自身价值创造了相对友好的环境;三是在性别角色方面,“妇女能顶半边天”等理念的广泛传播,推动了女性从家庭走向社会。这些观念的出现与传播为人们生育观念的改变提供了必要条件,加之优生优育观念的流行使得婴幼儿死亡率出现整体降低,故女婴的死亡率出现更大幅度的下降,死亡人口性别比逐渐恢复常态。另外,中国社会的发展以及生育政策的调整诱导人们的生育观念嬗变,少生优生进一步降低了多次怀孕、分娩带来的女性死亡风险,育龄女性人口的死亡率由此降低。

总之,无论是从政策环境还是从性别理念来看,新中国成立以来性别平等事业进步飞快,这也是女性健康状况获得改善的重要因素。即经济社会的发展为女性创造了更加友好的社会环境,充分发挥了女性人口在遗传上的生存优势,进而形成了女性人口寿命更长且提升幅度更大、但男性人口平均预期寿命偏短的社会现象。

^① 李树苗、朱楚珠:《中国出生性别比和女婴生存状况分析》,《人口与经济》1996年第1期。

(二)传统社会性别规范引发男性预期寿命弱势

男性预期寿命偏短是全世界范围内普遍存在的现象,人们更加好奇的是,在男权社会中,男性可以获得更多的健康资源,但为何仍出现了男性预期寿命较短的现象呢?不同学科的学者已经从多个角度尝试去探索这一现象出现的内在机制。总体而言,除生物学角度的遗传因素外,社会学视角的社会文化因素被视为男性预期寿命更短的重要原因。早在1951年,W.J.马丁(W.J.Martin)就分析了男性和女性死亡率的变动趋势,他发现,19世纪初期,“男主外、女主内”的性别化分工使得男性必须从事社会生产活动,但当时的工作环境和劳动条件都相对较差,这直接导致了男性人口的死亡率高于女性人口,即男性从事具有危险性的职业是导致男性死亡率更高的主要原因^①。1957年,F.C.麦迪甘(F.C.Madigan)从医学角度提出,健康转变与女性遗传优势相结合带来了女性预期寿命增幅高于男性的结果,即20世纪以来的女性平均预期寿命更长现象的直接原因就是,死因从传染病转变为退化性疾病,在导致死亡的疾病发生改变之后,女性基因具有更强免疫力的优势进一步凸显,这两种因素的综合作用大大提高了女性的存活概率^②。此外,R.D.雷德尔福特(R.D.Retherford)关于死亡率性别差异的研究也得到了相似的结论,他也认为死因转变使得女性存活概率更高,而这实际上是多种技术因素发展给女性带来的有益回报^③。从这些研究中可以发现,西方学者一般认为,除遗传因素以外,社会环境因素是导致人口寿命存在性别差异的重要原因。

那么,这一结论在中国是否也成立呢?本文整理了七次人口普查分年龄组的死亡率数据(见表3),从中获得了与上述研究相似的结论。1953年和1964年的数据显示,在年龄为10岁及以上的人口中,除个别年龄组外,大部分年龄组的男性死亡率都要显著高于女性死亡率;除1953年的35—39岁年龄组外,其余年龄组的男性死亡率与女性死亡率的比值均在1以上;1990和2000年,5岁及以上人口中的男性具有更高的死亡率,而2010年以后,即使在0—4岁年龄组,也是男性死亡率更高。就全部年龄人口而言,男性死亡率与女性死亡率的比值始终在1以上,且呈现出波动变化的变动态势:1953年,男性死亡率和女性死亡率的比值为1.173,由于三年困难时期等重大历史事件的影响,1964年时,这一比值升至1.309,随后出现短暂下降,降至1.219,从1990年代开始,男性死亡率和女性死亡率的比值呈现持续上升的变动趋势,从1990年的1.359提高至2020年的1.877。总体而言,全年龄的男性死亡率明显高于女性,且二者的比值总体上升,在0—10岁年龄组,女性死亡率的下降趋势更为明显,这在一定程度上表明,随着经济社会发展,以及性别平等理念的深入人心,使得年幼阶段女性的生活环境获得改善。

表3 1953—2020年分年龄男性死亡率与女性死亡率比值的变动趋势

年龄别	年份							平均值
	1953年	1964年	1982年	1990年	2000年	2010年	2020年	
0—4	0.819	0.972	1.008	0.924	0.750	1.037	1.214	0.959
5—9	0.675	0.886	1.218	1.383	1.480	1.517	1.333	1.213
10—14	1.289	1.294	1.201	1.332	1.520	1.680	1.400	1.388
15—19	1.277	1.355	1.143	1.241	1.640	2.119	1.800	1.511
20—24	1.031	1.170	1.079	1.211	1.680	2.311	2.095	1.511
25—29	1.036	1.275	0.983	1.254	1.620	2.302	2.348	1.546
30—34	1.033	1.111	1.055	1.334	1.690	2.218	2.367	1.544

① 葛晓霞主编:《中国人口平均预期寿命研究》,北京:清华大学出版社,2018年,第60页。

② 李竞能主编:《现代西方人口理论》,第122页。

③ 李竞能主编:《现代西方人口理论》,第122页。

续表3

年龄别	年份							平均值
	1953年	1964年	1982年	1990年	2000年	2010年	2020年	
35—39	0.892	1.059	1.129	1.407	1.820	2.227	2.500	1.576
40—44	1.041	1.277	1.210	1.429	1.790	2.131	2.580	1.630
45—49	1.355	1.577	1.267	1.436	1.680	2.079	2.377	1.682
50—54	1.591	1.559	1.322	1.456	1.600	1.951	2.262	1.677
55—59	1.592	1.690	1.398	1.534	1.590	1.874	2.292	1.710
60—64	1.458	1.636	1.411	1.557	1.570	1.738	2.181	1.650
65—69	1.305	1.520	1.422	1.547	1.550	1.628	1.946	1.559
70—74	1.267	1.396	1.367	1.488	1.500	1.520	1.720	1.465
75—79	1.182	1.291	1.354	1.434	1.430	1.446	1.537	1.382
80—84	1.101	1.185	1.288	1.376	1.370	1.332	1.383	1.294
85—89			1.234	1.307	1.300	1.271	1.258	1.275
90及以上			1.075	1.171	1.080	1.118	1.068	1.105
合计	19.943	22.252	23.163	25.822	28.668	33.501	35.663	27.687
平均	1.173	1.309	1.219	1.359	1.509	1.763	1.877	1.458

资料来源:作者根据全国七次人口普查数据整理而得。

从人口普查的分年龄死亡数据来看,与其他西方国家一样,大部分年龄段的中国男性都表现出更高的死亡率,其原因为何呢?李竞能将当前从社会因素出发的理论解释归纳为三种:病弱生命假说、身心压力紧张说、吸烟说^①。

病弱生命假说认为,虽然生命早期阶段死亡率的下降可以使更多病弱的人存活下来,但这也会提高后续年龄段的死亡率。这一理论可以解释0—14岁少儿年龄组人口两性死亡率比值的变动情况。综合分析历年人口普查的死亡数据,我们可以发现,1953—2020年间,0—4岁组的男性死亡率与女性死亡率的比值波动变化,先从1953年的0.819升至1982年的1.008,随后降至2000年的0.750,后再次升至2020年的1.214。而七个时间点的0—4岁年龄组男性死亡率与女性死亡率比值的均值为0.959,这是非正常的偏低状态。其原因在于,重男轻女的理念使得很多女婴被遗弃或者不健康的女婴无法获得充足的医疗资源,进而导致幼女死亡率偏高。同期,5—9岁组男性死亡率和女性死亡率比值的平均值为1.213,10—14岁组的平均值为1.388,即这两个年龄组都呈现出男性死亡率更高的态势。即使在不同时期,5—9岁组、10—14岁组的男性死亡率也都明显高于女性死亡率:1990年,男性死亡率与女性死亡率的比值分别为1.383、1.332,2000年升为1.480、1.520,2010年升至1.517、1.680,2020年则变为1.333、1.400。5—14岁年龄组的人口都属于无劳动能力的少儿人口,他们的健康状况很少会受到劳动环境和职场压力的影响,故这一年龄组两性死亡率比值的变动情况更多地是反映出遗传因素与社会性别偏好因素的影响作用。正如前文所述,具有两条X染色体的女性的免疫基因更强势,她们在生命早期阶段具有明显的生存优势,但由于生育过程中的性别偏好,部分女婴会因被遗弃或无法获得良好的照顾而死亡,但很多体弱的男婴会获得很好的照顾,他们可以存活到下一年龄阶段,然而,这些人在进入青少年阶段仍会有较高的死亡风险。

身心紧张压力说则以社会性别规范为基础,这一理论观点主张,在男权社会之中,男性应当是家庭经济的主要来源,为符合社会对男性的期待,成年期男性承担着与女性不同的身心压力。为确保自

^① 李竞能主编:《现代西方人口理论》,第116—128页。

己在社会中的优势地位,男性会倾向于做出符合男性气质的行为,而建构男性气质的行为方式大多与不健康的生活方式相关联,再加上男性会有意识地规避医疗保健等预防疾病的行为,故成年期男性的死亡风险更高。从表3的数据来看,在15岁及以上人口中,各个年龄组的男性人口死亡率和女性人口死亡率的比值都大于1,即男性死亡率都高于女性死亡率。就15岁及以上的男性人口而言,其身心压力的形成机制也不尽相同。在15—64岁的劳动年龄人口之中,男性需要承担养家糊口的责任,婚姻家庭生活中的矛盾和冲突以及工作生活中的人际交往、升职发展、业绩指标等都会加大劳动年龄男性的身心压力。而在65岁及以上老年人口中,虽然男性仍具有更高的死亡率,但男性死亡率与女性死亡率的比值呈现出下降态势,其原因在于退休机制的存在使得男性脱离了充满压力的工作环境,再加上子女已经成家立业,私人生活的压力也逐渐减小,身心压力的舒缓降低了男性死亡率。可以说,老年人口的男性死亡率与女性死亡率的比值变动趋势从反面提供了身心紧张压力说的支持证据。

与身心压力紧张说相关的另一个理论观点是吸烟说。R.D.雷德尔福特和普雷斯顿的研究表明,37—87岁年龄范围内人口死亡率的性别差异主要源于男性的吸烟行为,他们主张“成年男性人口死亡率上升的主要原因是吸烟”^①。中国有关吸烟流行病学的调查也为这一观点提供了有力证明,《中国吸烟危害健康报告2020》中提到,1996—2018年,中国男性吸烟比例远远高于女性;1984年,男性吸烟率是女性的8.71倍;1996年,男性吸烟率是女性的16.58倍……2018年,男性吸烟率是女性的24.05倍^②。医学领域的研究也已经表明,吸烟可导致胰腺癌、肝癌、食管癌、胃癌、肾癌、急性白血病、鼻咽癌、直肠癌、乳腺癌等,而戒烟可降低这些癌症的发生风险。还有一些研究表明,无论是男性还是女性,有吸烟行为的人群死于肺癌的风险更高,其中,男性吸烟者死于肺癌的风险是不吸烟者的2.72倍,女性吸烟者死于肺癌的风险是不吸烟者的2.64倍,且这一现象普遍存在于城乡地区^③。从这一角度来说,吸烟对个人健康的损害并不存在性别差异,而吸烟人群比例存在性别差异的事实使得吸烟导致的男性死亡率更高。为什么男性人口吸烟率远远高于女性人口呢?这与性别角色定位具有一定的关联性。在传统观念中,女性的角色气质是温柔的、干净的,吞云吐雾的吸烟行为会破坏这一形象,而且,吸烟的女性会被认为是不检点的“坏女人”,她们会受到社会的惩罚,即社会对吸烟女性的污名化处理驱使大多数女性远离吸烟这种生活方式。但传统观众认为,吸烟不仅是彰显男子气概的生活方式,还是男性疏解家庭与工作压力的有效方式,成年男性不仅可以而且应该具备吸烟这一技能。同理,在很长一段时间内,喝酒甚至酗酒也是男性人口独有的生活方式,成年男性不仅可以而且应该会喝酒。这些生活方式交织在一起,极大地损害了男性的健康状况,提高了男性的死亡风险。

四、结论

从七次人口普查资料来看,中国人口寿命的性别差异与西方国家的实证结果具有相似性。一方面,劳动年龄以及老年人口的男性死亡率始终高于女性,另一方面,随着时期推移,少儿人口死亡率的性别差异逐渐缩小,即当前全年龄组的死亡率都已经呈现出男高女低的格局。死亡率的性别差异直接导致了人口寿命的性别差异,平均预期寿命也始终呈现出男短女长的格局,而经济社会的发展带来的医疗条件卫生改善、性别观念改变更是扩大了人口寿命的性别差距。既有研究已经发现,女性人口死亡率相对较低是先天遗传因素与后天的社会环境因素共同作用的结果。

从遗传因素来看,具有两条X染色体的女性有更高的概率可以避免基因缺陷带来的免疫机能受损,而且,女性的基础代谢率相对较低,降低了维持生命活动的能量代谢对人类机体的损害。从社会

① 李竞能主编:《现代西方人口理论》,第123页。

② 《中国吸烟危害健康报告2020》编写组:《〈中国吸烟危害健康报告2020〉概要》,《中国循环杂志》2021年第10期。

③ 《中国吸烟危害健康报告2020》编写组:《〈中国吸烟危害健康报告2020〉概要》,《中国循环杂志》2021年第10期。

环境因素来看,传统的社会性别规范使得男性需要承担养家糊口的责任,较差的工作环境与相对较高的精神压力在一定程度上推升了男性的死亡风险。而且,为占据男权社会的权力中心,男性群体会采取酗酒、吸烟等方式彰显男子气概,这些健康风险行为大大推升了男性群体的死亡率。总之,生物学因素使男性人口寿命低于女性人口的原因在于,两条 X 染色体的代偿功能可以规避基因缺陷而使男性在生理学上表现为弱势;从行为学角度来看,男性在社会性别规范的作用下具有更强的攻击性使其置于更加危险的情境中;从社会学角度而言,长久以来的性别化分工与社会性别角色定位使得男性人口的劳动方式所蕴含的职业危险大于女性,在职场发展与工作环境中承受着相对较大的社会压力,导致男性遭遇意外、自杀、疾病致死的可能性更高。

从人口学的角度而言,人口死亡率降低是平均预期寿命延长的主要原因,故在男性死亡率更高的情况下,女性平均预期寿命自然更长。在传统社会性别规范下,重男轻女的现象普遍存在,因此,女性在婴幼儿时期的死亡率相对较高;此外,作为生育的主体,女性孕产期的死亡风险也相对较高。随着医疗卫生条件的改善、健康观念和性别观念的改变,女性在这两个阶段的死亡风险已经有所降低。但社会性别规范对男性人口的期待使男性遭遇压力的现象仍没有受到重视,而要实现全民健康,就要同时重视男性和女性生存境遇的改善。因此,要将社会性别视角贯穿于实施健康中国战略的全过程,在努力改善女性境遇的同时,也需要通过个人、家庭和社会的共同努力改善男性的生存境遇,降低男性的死亡风险。

在个人层面,男性需要改变自身的角色期待,从心理上做到自我调适、自我减压。男性要改变对心理咨询、向他人倾诉等行为的认知,要经常根据自身的生活情况来实现自我开导、宣泄压力。更重要的是,男性不能始终认为自己在各个方面都一定比女性强,并且要在各个方面都要做到最好,要找到一种心理上的平衡,学会自我宽慰,自创一个心理“减压阀”,适时地放松自己,使自己保持心胸坦荡、性格开朗、情绪乐观。在社会上与人相处时,要与人为善,得饶人处且饶人,在非原则问题上不去计较,在细小问题上不去纠缠,以聪明“糊涂”舒缓压力。在工作上,要做到劳逸结合、自在生活,沉着冷静地处理来自工作中的各种复杂问题,这样可舒缓紧张的工作压力,避免因长期处于压力之下引起心理疾病进而影响到身体健康。

在家庭方面,需要改变当前社会对性别角色分工的认知。长久以来,男性都被视为家庭的“顶梁柱”,女性需要承担更多的家庭事务,因此,无论是从收入还是在社会地位上,家庭中的男性都要比女性表现得更好。随着就业结构的改变以及女性受教育程度的提高,女性也可以在职场上实现自我发展。但家庭层面的性别化分工仍相对稳定,无论是从社会文化还是从自我感知方面,很多男性仍无法接受自己比妻子的能力差,无法接受自己是家庭事务的主要承担者,这在无形中增加了男性的精神压力。因此,当前的性别平等事业推进,需要进一步拓展至私人领域,要在改善女性职场发展环境的同时,让男性更多地参与家庭事务,这不仅有利于提升家庭和谐,而且能从根本上降低男性对自己的过高期待,减轻男性压力。从这一角度来说,持续推进性别平等事业、实现两性关系的和谐互动,从根本上改变社会对两性的角色期待,不仅有助于改善女性的生存境遇,而且有助于男性健康状况的改善。当社会不再只将男性定义为“养家者”,不再期待男性必须比女性能力强,男性对自己的定位也不再是“天生的更加优秀的人”,男性可以在日常生活中依据自身意愿规避不健康的生活方式,避免养成进攻性、竞争性等性格特质,也可以自由表达自己对死亡以及其他危险行为的害怕。

在社会层面,需要进一步完善体检制度,培养社会成员养成体检习惯,及早、及时地发现疾病,要持续推进医疗体系的改革,确保家庭条件不好的男性可以获得医疗资源。从现实情况来看,弱势阶层的男性遭遇着更加严峻的健康不平等。一些抽样调查数据显示,女性健康的比例为 22.9%,男性健康的比例为 19.5%;在亚健康 and 患有严重疾病这两个指标上,男性都普遍更高^①。而且,从事高风险

① 陈岱云、高功敬、崔恒展等:《城市贫困人口的健康状况研究》,《山东大学学报(哲学社会科学版)》2013年第3期。

职业的男性比例也相对较高,在经济发达地区,低保家庭、残障人群、失业人群以及务工型移民中的男性在寻医问诊、健康保健等方面处于弱势^①。因此,为确保男性群体能够共享社会福利服务,降低各种社会风险,政府要为具有劳动能力的弱势阶层男性提供相应的技能培训、劳动保护,确保他们能够获得必要的劳动报酬和安全的工作环境等;而对于丧失劳动力的弱势群体,政府可在医疗救助、健康体检、大病康复等方面制定福利水平较高的社会政策^②。

总之,日常生活中的行为选择是影响个体健康状况的重要因素,传统的性别规范使得女性遭遇健康不平等,也使得男性的健康需求被忽视。从这一角度来说,男性和女性同样都是传统性别规范的受害者。因此,在实践健康中国 2030 战略的过程中,我们必须将社会性别的视角纳入,不仅从男性和女性的生理差异出发,为其提供不同的健康服务,还要从根本上改变社会对男子气概和女性气质的定义,让个体可以根据自身的需求和意愿进行身体实践、作出行为选择。

Analysis of Gender Differences in Life Expectancy from the Perspective of Gender

Chen Daiyun Chen Xi

(School of Political Science and Law, University of Jinan, Jinan 250024, P.R.China;
Shandong Academy of Social Sciences, Institute of Law, Jinan 250002, P.R.China)

Abstract: History of population development shows that there are gender differences in the life span of the population. The male population lives shorter than the female population. With the development of the society, the average life expectancy gap between men and women changes, and when the society develops to a certain extent, the gap becomes stable. Since the founding of the PRC, death data from all previous censuses support this theory of gender differences in life span of the population. At the same time, the study further proves the role of internal and external factors affecting the gender difference in life span. That is, the genetic difference of population is the internal factor that determines the difference of life span, and Social factors, including social cognition of gender roles and economic and social development, are external factors. In short, the gender difference in life span is the result of both natural and social factors. Natural factors cause men to be weak, while social factors promote women to improve their social status. At the same time, women's physical and mental health levels improve faster than that of men. As a result, women are living longer. Therefore, in the process of building a healthy China, there should be a "concept of attention to gender differences in population health care", and should paid more attention to the health care of adult male population in their whole life cycle. Finally, the balanced development of population and gender structure will be realized.

Keywords: Life span; Gender difference; Genetic factors; Gender norms

[责任编辑:陆影 王苏苏]

① 郁姣娇、张海东、刘华:《知识型移民与务工型移民自评健康的社会影响因素分析》,《济南大学学报(社会科学版)》2019年第2期。

② 张世青:《中国男性预期寿命偏低的社会结构因素及治理选择》,《济南大学学报(社会科学版)》2022年第1期。