

国家哲学社会科学基金重点项目
社会学前沿论丛

张杰 著

解读自杀

中国文化背景下的社会心理学研究

Understanding Suicide

A Social Psychological Study in the Chinese Cultural Contexts

国家哲学社会科学基金重点项目
社会学前沿论丛

解读自杀

中国文化背景下的社会心理学研究

Understanding Suicide

A Social Psychological Study in the Chinese Cultural Contexts

张杰 著

中国人民大学出版社
· 北京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

解读自杀：中国文化背景下的社会心理学研究/张杰著. —北京：中国人民大学出版社，2016.9
(社会学前沿论丛)
ISBN 978-7-300-23178-5

I. ①解… II. ①张… III. ①自杀-社会心理学-研究-中国 IV. ①D669.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 186187 号

北京市社会科学理论著作出版基金资助
国家哲学社会科学基金重点项目
社会学前沿论丛

解读自杀

中国文化背景下的社会心理学研究
张 杰 著
Jiedu Zisha

出版发行	中国人民大学出版社		
社 址	北京中关村大街 31 号	邮政编码	100080
电 话	010-62511242 (总编室)		010-62511770 (质管部)
	010-82501766 (邮购部)		010-62514148 (门市部)
	010-62515195 (发行公司)		010-62515275 (盗版举报)
网 址	http://www.crup.com.cn http://www.ttrnet.com (人大教研网)		
经 销	新华书店		
印 刷	北京易丰印捷科技股份有限公司		
规 格	170 mm×240 mm 16 开本	版 次	2016 年 9 月第 1 版
印 张	16.75 插页 2	印 次	2016 年 9 月第 1 次印刷
字 数	322 000	定 价	45.00 元

前言

出这本书的想法由来已久，但始终没能尽早下笔。不仅仅因为思考始终没有达到成熟，主要由于中国变化太快了，急于成书，多有遗憾，对不起这个日新月异的社会。现在终于要出书了，应该是基本想明白了。尽管世界仍在变，但有规律可循。

全球每年有约 100 万人自杀，中国曾经每年有近 30 万人死于自杀，平均每天约 800 人。这是一种病，一种流行病，它的杀伤性远远大于艾滋病，但受到的重视远远不如艾滋病以及任何其他的重度流行病。人为什么自杀？什么人群易于自杀？有没有自杀的病因学？有没有预防和阻止自杀的理论和方法？这些都是推动我这些年进行研究的根本问题。

全球的平均自杀率在过去 50 年中有增无减，美国的自杀率保持中等的稳定水平，且在近几年有所上升。而中国的自杀率从 20 多年前的高于世界的平均水平降到了低于世界的平均水平。是什么导致了全球自杀率的逐年上升，美国自杀率的稳定不变，中国自杀率的连续且快速下降？我们应该能够通过大量的实证研究和广泛的理论思考得出一些线索。这些研究应该是漫长的、细致的并且科学的工作。

中国的自杀学是 20 世纪 80 年代改革开放以来的新型研究领域。这些年研究队伍由小变大，由弱变强，相关期刊论文也加速度逐年增长。先前的主要专著包括《自杀与人生》（何兆雄，1996）、《自杀病学》（何兆雄，1997）、《危机干预与自杀预防》（翟书涛，1997）、《中国农村妇女自杀报告》（农家女百事通杂志社课题小组，1999）、《自杀预防与危机

干预》(季建林、赵静波, 2007)、《浮生取义》(吴飞, 2009)、《自杀研究》(李建军, 2013)、《生死十日谈》(孙惠芬, 2013)和《农民自杀研究》(刘燕舞, 2014)。

与其他论著不同, 本书不试图重复过去的综述和已知的知识, 主要目的是从一个全新的社会学的角度、社会心理学的角度解读自杀, 解读为什么世界上的自杀率有增无减, 解读为什么美国的自杀率没有变化, 解读为什么中国的自杀率突然急剧下降, 从而了解自杀, 了解自杀的本质, 了解自杀的根本原因, 为自杀预防提供理论依据。

寻找解释并用于危机干预不仅是科学探索也是学者的道德使命。Durkheim (1951) 传统的结构功能主义解释了社会结构和人文环境如何导致自杀。但是, 在社会影响之下的个体怎样产生自杀的病因是一个更加实际并且处于操作层面的问题。借助先前的理论构建, 汇总以往的研究成果, 本论著以自杀的压力不协调理论(扭力理论)为主线贯穿全部。扭力与简单的压力不同。压力只是一种单向的现象, 只要有一个压力源即可产生压力, 而扭力的形成至少包含了两种压力源或者两种相对立的社会体验。社会体验是人们对社会现象、社会经历的深刻印象和感受。在扭力的形成过程中, 至少要有一对相互矛盾的社会体验在人们的心灵深处反复纠缠、冲击, 一言以蔽之, 扭力就是个体经历了不协调的相互矛盾的社会体验而产生的压力, 用当下的流行语说就是“纠结”。例如, 一个加入了某个邪教的年轻人, 一方面笃信邪教的教义, 另一方面又身体力行这个社会的主流价值观, 而主流价值和邪教的价值存在巨大冲突, 这一年轻人会感到价值观的纠结、冲突或扭力。再例如, 几乎所有人都有在某些方面成功的理想, 但是, 一些人的物质条件和社会资本条件等较好, 实现理想的可能性较大, 而另外一些人的自身条件和环境并不好, 要成功或达到目的很难。理想和现实条件距离越大, 扭力也就越大。

与西方自杀学相似, 在中国发表有关自杀论文的刊物主要是医学类杂志。公共卫生和流行病等医学研究的特点是描述现状和寻找危险因素, 但大多缺乏理论的探索。医学的危险因素研究虽然能在某种病因上进行探索, 进而达到治病救人的目的, 但仅是头痛医头、脚痛医脚, 其发现不能举一反三, 触类旁通, 更不能推而广之。理论的发掘和建树修正了这治标不治本、见树不见林的缺憾。社会学和社会心理学等是理论学科。本书意在从社会心理学的角度解读自杀, 从社会学的角度构建解释自杀的理论。

与西方自杀学不同的是, 由于资金的限制, 在中国发表的论文比较缺乏严格的科学方法。值得庆贺的是, 在过去的 20 几年中研究自杀的中国学者在逐年增加, 研究能力和出版水平也日新月异。本论著的基础是我在过去数年中利用西方的科研资源进行的实证研究, 当然也包括其他学者的重要研究成果。本书的引用

文献分两个部分：中文文献和英文文献。这两组引文目录包括了在本书定稿之前关于中国自杀研究的最重要的出版物。

本论著的一大特点是运用中西比较的方法解读中国的问题。有比较才会有鉴别。自杀率的高低和抑郁症的发病率等仅是相对数字。没有西方的现实作参照，我们就不会真实地了解自己。

本书共分四章。第一章阐述中国的自杀现状和目前的研究成果。为了做到见树又见林，我们还列举了世界上其他国家尤其是美国的状况。通过比较，读者会对中国的自杀率和状况有更加客观和真实的认识。第二章介绍中国文化背景下的自杀特征。世界各国的自杀率相差巨大，但这不应该是经济水平使然，而更多的是不同的文化特征所致。例如，在中国，宗教、婚姻和家庭并不像在西方那样对自杀起着防护作用。中国的传统文化及其当前的快速变迁对当今中国社会的自杀率和自杀现象的分布有重要的影响。第三章介绍自杀的扭力理论。自杀的扭力理论也可称为自杀的压力不协调理论，是我们研究团队自2005年在美国国立卫生研究院（NIH）的资金支持下设计、开发、验证、应用的关于解释自杀行为的重要理论。自杀的扭力理论与众多的宏观理论并存，可以解释中国乃至其他社会和民族的自杀现象。第四章主要集中介绍西方的先进的研究方法。这一部分的篇幅主要放在心理解剖的研究方法上，因为心理解剖是对自杀的死者做研究的唯一的最好方法。这个方法是访谈自杀死者生前的亲人和好友，用半定式的访谈工具最大限度地获得死者生前的生理、心理和社会环境的状况，以判断自杀的危险因素和相关变量。心理扭力的测量工具也在这里向读者作了详细描述。

解读自杀是本书的主旨。本书从介绍中国文化背景下的自杀行为开始，引入社会心理学的方法，从而导致理论的产生。自杀的扭力理论是解读自杀行为的一个视角，一个社会心理学的视角，一个解释中国文化背景下自杀行为的工具。但是，理论的效度在于它的外延性。我们相信，自杀的扭力理论基于中国文化，但不仅仅局限于中国文化。负性生活事件导致心理扭力，扭力产生纠结、郁闷、痛苦、绝望，进而导致精神障碍（抑郁）和自杀的念头。这一理论模型应该有一定的普世性。

人们出于好奇，想知道他人为什么要自杀；作为科学工作者，我们要发现事物的规律（理论）；从公共卫生和疾病预防的角度，本书的另外一个重要目的就是知识的普及来预防自杀。本书既是知识的普及读物，也是一部供专业人员参考的论著。其具体的研究方法和理论的形成、发展和验证都有借鉴的可行性。希望那些对自杀现象好奇但非研究人员的读者能从此书中有所得，也希望社会工作者、学生心理咨询工作者和精神科医师能从中找到新的视点。对自杀学界的研究人员而言，本书的价值在于努力完善自杀的扭力理论，一个崭新的解读自杀行为的理论。如果本书能达到这些目的，算是对中国自杀学做出了一点贡献。

在此我要向我的五位博士生表示衷心的感谢：周锐现任青岛大学公共卫生学院讲师，吕军城现任潍坊医学院公共卫生学院副教授，孙龙刚刚入职于山东大学自杀预防研究中心，许晓梅就职于山东大学心理咨询中心并任副主任，刘延峥还在山东大学公共卫生学院攻读博士学位。他们对本书的资料收集、文稿撰写和最终校对作出了重大贡献。

衷心欢迎读者对本书中的观点、理论、方法及各方面细节批评、指正和讨论，来信请发邮箱 zhangj@buffalostate.edu。

张 杰

2016年3月于美国纽约布法罗

目 录

第一章 中国人口的自杀现状和目前研究成果 / 1

- 第一节 中国的自杀现状简介 / 2
- 第二节 中国自杀学科研简介 / 25
- 第三节 中国自杀率近 20 余年的下降趋势 / 48
- 第四节 中国自杀率下降趋势的社会学诠释 / 54

第二章 中国文化背景下的自杀特征 / 62

- 第一节 中国的传统文化与中国人的自杀 / 62
- 第二节 中国人自杀行为特征 / 71
- 第三节 女性自杀 / 81
- 第四节 婚姻与自杀 / 88
- 第五节 宗教与自杀 / 94
- 第六节 经济增长与自杀率的下降 / 100
- 第七节 中国人自杀行为的工具 / 106
- 第八节 中国人自杀行为的其他相关因素 / 111

第三章 自杀的扭力理论 / 113

- 第一节 国际上自杀理论概述 / 114

2 解读自杀——中国文化背景下的社会心理学研究

- 第二节 压力不协调理论的理论基础 / 119
- 第三节 自杀的扭力理论的理论构架 / 124
- 第四节 自杀的扭力理论的实证验证 / 133
- 第五节 发展以扭力理论为基础的心理咨询和危机干预方法 / 143

第四章 自杀的社会心理研究方法及测量工具 / 159

- 第一节 适用于中国文化的国外研究方法 / 159
- 第二节 心理解剖法 / 177
- 第三节 主要研究工具的本土化 / 189
- 第四节 扭力量表的建立与标准化 / 213

参考文献 / 226

索引 / 258

第一章

中国人口的自杀现状和目前研究成果

与其他精神疾病一样，自杀是一个全球性的公共卫生课题。在中国，它尤其受到关注。在作者开始酝酿本书的写作时，中国人的自杀率是 23/100 000，也就是说每年每 10 万人口就有 23 人死于自杀，而全球的自杀率是 11/100 000。中国当时被列为自杀率最高的国家之一，加上中国是人口第一大国，中国每年死于自杀的人口为世界之最！

一组大约 20 年前（1995—1999）的数据表明，自杀居于中国人口死因第 5 位，仅排在脑血管疾病、支气管炎和慢性肺气肿、肝癌、肺炎之后，而在 15~34 岁人群的死亡原因中，自杀更是首位死因（王海涓、左颖、蔡文清，2002）。一篇发表在 2002 年《柳叶刀》（《The Lancet》）上的研究结果表明，1995—1999 年，中国每年约有 28.7 万人死于自杀，全国自杀死亡率约为 23/100 000（Phillips, Li and Zhang, 2002）。此自杀率仅次于当时并列第 10 位的韩国和乌克兰（23.8/100 000），位居全球第 12 位。

世界卫生组织另有统计数据表明，中国自杀率为 13.9/100 000（1999 年），位居全世界第 26 位（WH, 2005）。有学者认为，由于世界卫生组织未对中国自杀数据进行人口结构的标准化，该数据低估了中国自杀问题的严重性。按照相关的国际标准，自杀死亡率超过 20/100 000 的国家就属于高自杀率的国家，中国的自杀现象引起了世界的广泛关注。虽然随

后有一些研究中国自杀行为的学者对这一数据表示质疑，但对自杀是中国人口死亡排名靠前的死因都一致表示认同。在中国，由于人口基数大，自杀死亡的绝对人数居世界第一位。全世界每年大约 42% 的自杀死亡发生在占世界人口 25% 的中国（杨功焕、黄正京、陈爱平，1997）。因此，自杀仍是中国所面临的严重的社会问题之一，需要引起全社会的足够重视和社会学者的积极参与，并进行相关的思考与研究，探索自杀的特点、原因、研究方法、测量工具以及如何进行自杀的危机干预。

……〔第一节 中国的自杀现状简介〕……

一、中国的自杀率

自杀率指的是自杀人数与总人口之比，通常以十万分之几来计算。在不同的历史时期，每个社会都有特定的自杀倾向，这种倾向的相对烈度就可以通过自杀率来衡量。一般将每年自杀率在 9.0 以下者归为自杀率较低的国家，将每年自杀率在 10.0~19.0 之间者归为自杀率居中的国家，将每年自杀率超过 20.0 者列为高自杀率国家。

由于中国死亡登记制度尚不完善，自杀率目前还缺乏全国性的全面系统的统计资料，已有的相关自杀率的流行病学调查都比较分散。加上自杀死亡原因的特殊性和中国的政治文化背景，自杀死亡报告中存在一定的错报、漏报问题，所以数字波动比较大，这种情况在全球的死因报告中都存在（王黎君、费立鹏、黄正京等，2003）。由于数据来源及所采用的统计方法的不同，关于中国自杀率的报道也有较大的差异。

根据世界卫生组织（WHO）的数据推算，中国的自杀率在 20 世纪七八十年代为 18.4/100 000，1979 年为 14.46/100 000，1989 年为 17.18/100 000，1988 年为 17.1/100 000，1994 年为 13.9/100 000（赵梅、季建林，2000）。美国哈佛大学研究人员在一项“全球疾病负担”（GBD）的研究中估算 1990 年中国的自杀率为 30.3/100 000（谢立中，2015）；而中国官方报道的自杀率则为 22.2/100 000（Zhang, Jia, Wiczorek et al., 2002）。上述两个结果均低于世界卫生组织及国外研究机构对中国 1998 年自杀死亡人数的估计（41 万）（WHO，1999）。

自 20 世纪 80 年代起，就有中国学者陆续报告国家、省区市及县各级地区自杀率的统计数据。1996 年在第三届全国危机干预暨自杀预防学术会议

上,学者何兆雄报告中国内地 1989 年的自杀率为 17.07/100 000,并指出长江河谷有一个自杀带,上中下游各省自杀率在 20/100 000 以上(何兆雄,2008)。1999 年为 13.9/100 000,世界排名第 28 位;2006 年为 7.44/100 000,城市自杀率为 5.02/100 000(男性为 5.39/100 000,女性为 4.61/100 000),农村自杀率为 9.26/100 000(男性为 9.56/100 000,女性为 8.95/100 000),世界排名第 57 位。

1997 年,杨功焕等根据全国 145 个监测点的疾病监测系统数据,统计估计中国 1991—1995 年的年均自杀率为 19.58/100 000,其中城市的自杀率为 6.56/100 000,农村的自杀率为 22.89/100 000(杨功焕、黄正京、陈爱平,1997)。2004 年,杨功焕等再次报告,1991—2000 年的年均自杀率为 16.81/100 000(杨功焕、周灵妮、黄正京等,2004)。1999 年,张敬悬等提出山东省 1989—1994 年的年均自杀率为 13.35/100 000(张敬悬、唐济生、翁正等,1999)。2001 年,季建林认为江西省 1997—1998 年的年均自杀率为 10.45/100 000;安徽省 1990—1995 年的年均自杀率为 22.7/100 000;武汉市 1988—1997 年的年均自杀率为 6.99/100 000(赵梅、季建林,2000)。

迄今为止,中国全国的自杀数据只能依靠两个系统估算,即通过原卫生部主管的死因登记系统或者中国疾病预防控制中心主管的疾病监测系统来推算包括自杀在内的各种原因的死亡率。前者的样本约为中国总人口的十万分之一,后者的样本约占中国总人口的百万分之一。早期中国的死因登记系统中没有把自杀作为死亡的原因,直到 1983 年之后,才将自杀包含在内,因此只能估算出 1983 年以后中国人口自杀的死亡率。

1991—2000 年,中国疾病监测系统从全国各省区市抽取了样本,对疾病状况进行监控,根据 10 年监控数据以及更早年代的数据,杨功焕编著了《中国人群死亡及其危险因素流行水平、趋势和分布》一书,勾画了中国人群的“死亡地图”,描述了中国人群行为危险因素分布图谱。

来自加拿大的学者费立鹏(Michael Phillips)所报道的自杀率是基于中国原卫生部所提供的 1995—1999 年的中国约 1.1 亿人口的死因监测数据,2002 年,根据上述两个系统的样本数据,费立鹏等将原卫生部死亡登记系统 1995—1999 年的死亡率数据推算到全人群,进行性别、年龄别、地区别的自杀率标准化,通过对比人口统计局估计的总死亡人数和原卫生部数据推算得出总死亡人数的漏报率,再根据估计的该系统死亡案例的漏报率将死亡率向上调整,得到中国总的自杀率。根据他 2002 年发表在英国医学杂志《柳叶刀》上的文章《中国的自杀率:1995—1999》(Phillips, 2002),中国的自杀死亡率 1995—1999 年为 23/100 000,相当于美国的两倍,是全球自杀率最高的国家之一;中国每年有 28.7 万人死于自杀,约占全球自杀数的 1/3,中国每两分钟就有 1 人自杀死亡,8 人自杀未遂。其中男性自杀率为 20.7/100 000,女性为 25.9/100 000,男女比率为 0.80;农

村为 27.1/100 000，城市为 8.3/100 000，农村对城市比率为 3.27；15~34 岁、35~59 岁、60~84 岁年龄组的自杀率分别为 26.0/100 000、24.5/100 000、68.0/100 000（Phillips, Li and Zhang, 2002）。这个数据与中国原卫生部死因监测系统资料进行调整后得到的自杀率和死亡人数非常接近，略高于原卫生部报告的 25 万人。不过，原卫生部也指出，自杀是中国第五位重要的死亡原因，是 15~34 岁人群首位死亡原因（李晨）。

此前费立鹏也报告过中国自杀的一些数据，1999 年报告中国的自杀率为 33.5/100 000，居世界第四位，该数据基于 1995 年牛津大学出版的《世界精神卫生》所列的 23 国数据统计（费立鹏、刘华清、张艳萍，1999）。此后，他陆续报告的中国自杀率为 30.3/100 000、28.7/100 000 及 33.0/100 000。

但是广西社会科学院的何兆雄研究员认为费立鹏教授的估算过高（何兆雄，2008）。他认为费立鹏教授于 1999 年报告的自杀率中国排名世界第四是基于 23 国统计量这个小样本，据何兆雄报告，中国内地 1994 年自杀率为 16.78/100 000，比台湾略高，也略高于香港。

因为《柳叶刀》杂志的权威性和影响力及数据来源于国家统计局，费立鹏发表的中国自杀率的相关数据十几年来一直被作为权威数据被国内外官方、非官方媒体反复引用，而现实是中国的自杀率在十几年来已发生了非常重大的变化。香港大学的研究表明，从 2009 年至 2011 年，中国的年平均自杀率在短短三年间下降了 58%，最近的数据是每 10 万人中有 9.8 人自杀，接近国际平均数。

最新研究数据表明，中国的自杀率在过去 20 多年中呈下降趋势，全国总自杀率从 1987 年的 17.65/100 000 降到了 2008 年的 6.60/100 000，前者大约是后者的 2.7 倍。其中农村的降幅大于城镇，女性的降幅大于男性，农村女性在 1987 年的自杀率是 2008 年自杀率的 4.1 倍（张杰、景军、吴学雅等，2011）。

中国的自杀率在过去的 20 多年中有明显的下降趋势，而且逐年持续下降。最新的世界卫生组织和中国官方资料表明，中国已经从高自杀率国家变为低自杀率国家。表 1—1 呈现了全球 177 个国家和地区最新的自杀率统计数据，可作比较之用。中国内地以平均 6.9/100 000 的自杀率排在世界上所有统计的国家和地区的第 102 位。中国香港的年自杀率是 12.2/100 000，排在全球第 51 位。而中国台湾是 15.1/100 000，排在第 33 位。

表 1—1 不同国家和地区每年每 10 万人中的自杀平均人数

序号	国家或地区	男性	女性	总体
1	格陵兰	116.9	45.0	83.0
2	圭亚那	70.8	22.1	44.2
3	立陶宛	54.7	10.8	31.0

续前表

序号	国家或地区	男性	女性	总体
4	斯里兰卡	46.4	12.8	28.8
5	韩国	38.2	18.0	28.1
6	苏里南	44.5	11.9	27.8
7	莫桑比克	34.2	21.1	27.4
8	尼泊尔	30.1	20.0	24.9
9	坦桑尼亚	31.6	18.3	24.9
10	哈萨克斯坦	40.6	9.3	23.6
11	布隆迪	34.1	12.5	23.1
12	印度	25.8	16.4	21.1
13	白俄罗斯	32.7	6.4	20.5
14	日本	28.2	12.3	20.1
15	乌克兰	30.3	5.3	19.8
16	土库曼斯坦	32.5	7.5	19.6
17	俄罗斯	35.1	6.2	19.5
18	乌干达	26.9	12.3	19.5
19	匈牙利	32.4	7.4	19.1
20	津巴布韦	27.2	9.7	18.1
21	不丹	23.1	11.2	17.8
22	苏丹	23.0	11.5	17.2
23	科摩罗	24.0	10.3	16.9
24	波兰	30.5	3.8	16.6
25	赤道几内亚	24.1	8.6	16.6
26	乌拉圭	20.0	5.2	16.5
27	芬兰	24.9	8.0	16.3
28	厄立特里亚	25.8	8.7	16.3
29	拉脱维亚	30.7	4.3	16.2
30	肯尼亚	24.4	8.4	16.2
31	马拉维	23.9	8.9	16.0
32	黑山	24.7	6.4	15.3

续前表

序号	国家或地区	男性	女性	总体
33	中国台湾	20.5	9.7	15.1
34	吉布提	20.9	9.5	15.1
35	比利时	21.0	6.7	14.2
36	冰岛	21.0	6.7	14.0
37	安哥拉	20.7	7.3	13.8
38	摩尔多瓦	24.1	4.8	13.7
39	爱沙尼亚	24.9	3.8	13.6
40	萨尔瓦多	23.5	5.7	13.6
41	缅甸	16.5	10.3	13.1
42	特立尼达	20.4	6.2	13.0
43	美国	20.2	5.5	12.6
44	捷克	21.5	3.9	12.5
45	德国	18.9	6.4	12.5
46	斯洛文尼亚	20.8	4.4	12.4
47	塞尔维亚	19.9	5.8	12.4
48	索马里	18.1	6.8	12.4
49	巴布亚新几内亚	15.9	9.1	12.4
50	法国	19.3	6.0	12.3
51	中国香港	10.6	13.8	12.2
52	智利	19.0	5.8	12.2
53	玻利维亚	16.2	8.5	12.2
54	丹麦	17.3	6.9	12.0
55	挪威	14.0	5.0	11.9
56	卢旺达	17.1	7.2	11.9
57	英国	18.2	5.1	11.8
58	克罗地亚	19.8	4.5	11.6
59	奥地利	18.2	5.4	11.5
60	新西兰	17.0	6.4	11.5
61	加拿大	17.9	5.3	11.5

续前表

序号	国家或地区	男性	女性	总体
62	埃塞俄比亚	16.5	6.7	11.5
63	古巴	18.5	4.5	11.4
64	瑞典	16.2	6.1	11.1
65	荷兰	16.0	6.0	11.0
66	马达加斯加	15.2	6.9	11.0
67	波斯尼亚和黑塞哥维那	18.0	4.1	10.8
68	保加利亚	16.6	5.3	10.8
69	澳大利亚	16.1	5.2	10.6
70	所罗门群岛	13.9	7.2	10.6
71	罗马尼亚	18.4	2.9	10.5
72	爱尔兰	17.4	3.4	10.3
73	新加坡	13.3	7.3	10.3
74	阿根廷	17.2	4.1	10.3
75	斯洛伐克	18.5	2.5	10.1
76	尼加拉瓜	15.4	4.9	10.0
77	蒙古国	16.3	3.7	9.8
78	葡萄牙	15.5	4.1	9.6
79	刚果	14.7	4.6	9.6
80	中非	14.1	5.3	9.5
81	柬埔寨	12.6	6.5	9.4
82	瑞士	13.6	5.1	9.2
83	吉尔吉斯斯坦	14.2	4.5	9.2
84	老挝	11.2	6.6	8.8
85	卢森堡	13.0	4.4	8.7
86	危地马拉	13.7	4.3	8.7
87	乌兹别克斯坦	13.2	4.1	8.5
88	西班牙	12.7	4.1	8.3
89	加蓬	12.1	4.5	8.2
90	巴林	11.6	2.9	8.1

续前表

序号	国家或地区	男性	女性	总体
91	毛里求斯	13.2	2.9	8.0
92	东帝汶	10.2	5.8	8.0
93	辛巴威	10.6	5.2	7.9
94	土耳其	11.8	4.2	7.9
95	孟加拉国	6.8	8.7	7.8
96	塞拉利昂	11.0	4.5	7.7
97	波多黎各	13.2	2.0	7.4
98	科特迪瓦	10.6	4.1	7.4
99	斐济	10.6	4.1	7.3
100	厄瓜多尔	10.5	3.6	7.1
101	喀麦隆	10.9	3.4	7.0
102	中国内地	7.1	6.5	6.9
103	哥斯达黎加	11.2	2.2	6.7
104	尼日利亚	10.3	2.9	6.5
105	马尔代夫	7.8	4.9	6.4
106	文莱	7.7	5.2	6.4
107	巴拉圭	9.1	3.2	6.1
108	莱索托	9.2	3.4	6.1
109	泰国	9.7	2.58	6.03
110	马耳他	11.1	0.7	6.0
111	以色列	9.8	2.3	5.9
112	阿尔巴尼亚	6.6	5.2	5.9
113	巴西	9.4	2.5	5.8
114	贝宁	8.8	3.1	5.7
115	阿富汗	6.2	5.3	5.7
116	洪都拉斯	8.3	2.8	5.5
117	多哥	8.5	2.8	5.5
118	哥伦比亚	9.1	1.9	5.4
119	塞内加尔	8.6	2.8	5.4