

**Präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu
nichtmedizinischen Zwecken**
-eine Umfrage unter schwangeren Frauen in Pakistan-

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig-Universität Gießen

vorgelegt von Zubair, Fabian
aus Herdecke

Gießen 2007

Aus dem medizinischen Zentrum für Psychosomatik
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

-Direktor: Prof. Dr. med. Ch. Reimer-

des Universitätsklinikums Gießen und Marburg GmbH,
Standort Gießen

Gutachter: Prof. Dr. med. Burkhard Brosig
Gutachter: Prof. Dr. med. Karsten Münstedt

Tag der Disputation: 23.01.2008

Inhaltsverzeichnis

1.0 Einleitung	1
1.1 Einführung in die Thematik	1
1.2 Fragestellung	1
1.3 Techniken der Spermienseparation	2
1.4 Ethische Aspekte	3
1.5 Transkulturelle Aspekte der Geschlechtswahl	4
1.6 Situation in Pakistan	5
2.0 Länderinformation Pakistan	7
2.1 Gründungsgeschichte	7
2.2 Geographie	7
2.3 Karte von Pakistan	8
2.4 Sprachen und ethnische Zusammensetzung	8
2.5 Religion	9
2.6 Demographie	9
2.7 Gesundheit	10
2.8 Bildung	11
2.9 Familie und Sozialstruktur	11
2.10 Wirtschaft	11
3.0 Teilnehmer und Methodik	13
3.1 Konstruktion der Fragebögen	13
3.2 Rekrutierung der Teilnehmer, der medizinischen Zentren und der interviewten Personen	14
3.3 Übersicht zur Datenerhebung, Verarbeitung und Auswertung	16
3.4 Durchführung der Umfrage und der Interviews	16
3.5 Auswertung der Fragebögen und der Interviews	17
4.0 Ergebnisse der Befragung von schwangeren Frauen zum Thema Kinderwunsch und Geschlechtswahl in Pakistan	19
4.1 Informationen zum Alter, Bildungs- und Heiratsstatus	19
4.2 Generativer Status, Geschlecht und Anzahl der vorhandenen Kinder	23
4.3 Monat und Planung der Schwangerschaft, Wissen über das Geschlecht des ungeborenen Kindes, Interesse an Aufklärung über das Geschlecht des Kindes	27
4.4 Geschlechtspräferenz für das ungeborene und für das erstgeborene Kind, ideale Verteilung und Anzahl von Mädchen und Jungen	29
4.5 Der Wunsch nach präkonzeptioneller Geschlechtswahl	51
4.6 Zusammenfassende Darstellung von Ergebnissen	68

5.0 Diskussion	73
6.0 Zusammenfassung	83
7.0 Summary	84
8.0 Anhang	85
8.1 Transkription ausgewählter Interviews	85
8.2 Fragebogen (Englisch)	91
8.3 Fragebogen (Urdu)	94
9.0 Literaturverzeichnis	97
10.0 Internetquellen	101
11.0 Lebenslauf	103
12.0 Danksagungen	104

Präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken

-eine Umfrage unter schwangeren Frauen in Pakistan-

1.0 Einleitung

1.1 Einführung in die Thematik

Der Wunsch nach einer präkonzeptionellen Bestimmung des Geschlechts des ungeborenen Kindes ist alt: Schon vor langer Zeit haben die Menschen nach Möglichkeiten gesucht, das Geschlecht ihrer Kinder beeinflussen zu können und dabei „vorwissenschaftliche“ Methoden verwendet. Beispielsweise sollte das Paar zur Erlangung eines Jungen den Geschlechtsverkehr bei trockenem Wetter, bei Vollmond oder nach einer guten Ernte haben. Der Mann sollte im Bett Stiefel tragen, sich eine Schnur um den rechten Hoden binden, eine Axt mit ins Bett nehmen, oder seiner Ehefrau ins rechte Ohr beißen. Die Frau sollte während des Geschlechtsverkehrs auf der rechten Seite liegen, rotes Fleisch verzehren, oder Männerkleidung in der Hochzeitsnacht tragen [42].

Die Thematik bekommt neue Aktualität, da in jüngerer Zeit anwendbare und erfolgreiche Techniken den Paaren möglich machen, sich das Geschlecht des zukünftigen Kindes tatsächlich selbst auszusuchen.

1.2 Fragestellung

Im Anschluss an eine kurze Einführung in die Techniken der Spermioseparation werden psychosoziale und ethische Aspekte, auch im transkulturellen Kontext, diskutiert. Im Rahmen der durchgeführten Umfrage unter schwangeren Frauen in Pakistan liegt der Schwerpunkt der Arbeit in der Exploration eines möglichen vorhandenen Interesses für eine präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken, einer möglichen vorhandenen Präferenz für Kinder eines bestimmten Geschlechts und den möglichen Folgen, die mit einem entstehenden Ungleichgewicht der Geschlechter verbunden sein könnten.

1.3 Techniken der Spermioseparation

Durch Spermioseparation versucht die Forschung seit über 30 Jahren ein sicheres Verfahren zur präkonzeptionellen Geschlechtswahl zu entwickeln. Die erste erfolgreiche Trennung von Spermien wurde in den siebziger Jahren unter Leitung von Dr. Roland Ericsson durchgeführt. Hierbei wurden, basierend auf unterschiedlichen Schwimgeschwindigkeiten von X- und Y- Chromosomen, dieselben separiert [57, 63].

Viele Verfahren zur Spermientrennung kamen seither zum Einsatz wie z.B. die „Albumin“- , „Percoll“- und „Sephadex-Separation“ [5, 18, 29, 39, 43, 51, 52, 59]. Die Erfolgswahrscheinlichkeit lag bei diesen Methoden ca. 10 % unter der Präzision von der derzeit populären Methode der „Flow Cytometry“, die von MicroSort® angeboten wird. Diese Technologie wurde von A. Johnson vom United States Department of Agriculture (USDA) entwickelt [54]:

Die Gegebenheit, dass X-Spermien ca. 2.8% mehr DNA als die Y-Spermien tragen, stellt die Grundlage für die Technologie von MicroSort® dar. Die für die Befruchtung vorgesehenen Spermien werden zunächst mit einem fluoreszierenden Farbstoff behandelt und dann mit UV-Licht bestrahlt. Je nach DNA-Gehalt reflektieren die Spermien das Licht unterschiedlich, das mit Hilfe von einem Photomultiplier in ein digitales Signal umgewandelt und anschließend von einem so genannten „Flow Cytometer“ sortiert wird [27].

Die auf diese Art getrennten X- und Y-Spermien können dann selektiv zur einer Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einer In-vitro-Fertilisation (IVF) oder einer Intrauterinen Insemination (IUI) verwendet werden [14].

MicroSort® arbeitet mit einer Präzision der Spermioseparation von ca. 91 % für X-Spermien und ca. 74 % für Y-Spermien [33].

Das USDA ist noch bis 2009 im Besitz des Patents für MicroSort®. Es hat dem Genetics & IVF Institute in Fairfax, Virginia, 1994 eine Exklusiv-Lizenz erteilt, um die Sicherheit und Zuverlässigkeit des Verfahrens in klinischen Versuchsreihen zu testen, mit der zentralen Frage, ob mehr Mutationen über dieses Verfahren hervorgerufen werden. Nach den bisherigen Ergebnissen ist das nicht der Fall [55]. Eine große medizinische Bedeutung bei einer zuverlässigen Separationstechnik liegt in der Verhinderung X-chromosomal-rezessiven Erkrankungen wie z.B. die

Hämophilie (Typ A und B), die Rot-Grün-Blindheit, das Lesch-Nyhan-Syndrom und die Muskeldystrophie (Typ Duchenne und Typ Becker-Kiener) [35].

1.4 Ethische Aspekte

1994 hat sich die Ethik-Kommission der International Federation of Gynecologists and Obstetricians (FIGO) dafür ausgesprochen, die präkonzeptionelle Geschlechtswahl auch zu nichtmedizinischen Zwecken zuzulassen. So wird seit 1995 MicroSort® auch für die Herstellung eines Gleichgewichtes der Geschlechter der Kinder innerhalb der Familie angeboten („family balancing“) [12, 17]. Dabei sortiert der Mediziner jene (gesunden) Embryonen aus, die nicht dem Wunsch nach einem Jungen oder Mädchen entsprechen. Das falsche Geschlecht wird damit zur Krankheit.

Bis heute wurden mit der Technik rund 400 Kinder gezeugt - "und viele weitere warten darauf, geboren zu werden", wie es in der Werbebroschüre des Genetics & IVF Institute heißt. Bis zu 500 Interessenten aus der ganzen Welt melden sich jeden Monat im Institut. Auch aus Deutschland habe es bereits Nachfragen gegeben, sagt der Institutsdirektor E. Fugger [17].

Das Thema „präkonzeptionelle Geschlechtswahl“ gehört seit der Entscheidung der Ethik-Kommission FIGO, die präkonzeptionelle Geschlechtswahl auch zu nichtmedizinischen Zwecken zuzulassen [10], zu den umstrittensten in der Bioethik und lässt viele moralische, rechtliche und soziale Fragen offen [6, 11, 34, 41, 45, 46, 56]. Einwände gegen die Nutzung der Technologie von MicroSort® sind u. a. der Missbrauch limitierter medizinischer Ressourcen [21], die Förderung des Sexismus und somit ein Entgegenwirken der Gleichberechtigung von Frauen, die emotionale Abweisung der Kinder des unerwünschten Geschlechts [15] und der Trend zur Entwicklung von „Designer-Babies“ (wenn man das Geschlecht des Kindes aussuchen darf, rückt auch beispielsweise das Aussuchen der Augenfarbe, Körpergröße, Intelligenz etc. ins Blickfeld) [19].

Haupteinwand ist aber die Gefahr der demographischen Verschiebung und das Ungleichgewicht der Geschlechter [2].

Dazu müssten jedoch mindestens zwei Voraussetzungen erfüllt sein: Erstens müsste eine Präferenz für Kinder eines Geschlechts gegeben sein und zweitens

müsste eine bedeutende Nachfrage für die präkonzeptionelle Geschlechtswahl mit Hilfe eines Verfahrens zur Spermioseparation bestehen.

1.5 Transkulturelle Aspekte der Geschlechtswahl

Es ist zweifellos schwierig, die regionalen Interessen für eine präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken zu ergründen, die von vielen Faktoren beeinflusst werden. Vergleicht man Länder untereinander, so ist dabei der Einblick in den kulturellen, historischen und religiösen Hintergrund unerlässlich. In den USA und in Nord-Europa ist die Stellungnahme hinsichtlich des bevorzugten Geschlechts oft unklar: Es gibt in verschiedenen Untersuchungsergebnissen keine signifikante Präferenz für Kinder eines bestimmten Geschlechts und nur ein geringes Interesse an der vorgeburtlichen Geschlechtswahl in den westlichen Ländern, wie in Deutschland und England [13, 14, 20, 36, 53].

Im Gegensatz dazu zeigen Statistiken in asiatischen Ländern, dass das männliche Geschlecht deutlich bevorzugt wird [2, 6]. Dabei sind Motivationen für die Bevorzugung des Geschlechts von Land zu Land unterschiedlich und obliegen den lokalen Umständen: In China legte die Regierung die „Ein-Kind-Familienpolitik“ fest und es wurden, gekoppelt mit traditionellen Ansichten zur höheren Stellung des Mannes, die gezielten Abtreibungen von weiblichen Feten in der Volksrepublik durchgeführt [9, 38].

In Indien hingegen steht die Großfamilie mit vielen Kindern im Mittelpunkt und das männliche Geschlecht wird häufig zwecks weiterer Familienversorgung nach der Heirat bevorzugt [44].

Für Medienaufruhr sorgte die Zunahme der durchgeführten Abtreibungen in asiatischen Ländern in den vergangenen Jahren, um das gewollte Geschlecht zu erhalten. So gab es allein in Bombay - einer Zählung von 1996 zufolge - über 200 Kliniken, die sich auf den selektiven Abort von weiblichen Feten spezialisiert hatten. Laut Aniruddha Malpani sei es angesichts derartiger Zahlen doch weitaus akzeptabler, die Geschlechtsselektion über „Pre-Implantation-Diagnostics“ (PID) im Labor durchzuführen, wenn der Embryo erst einige Tage alt ist. Dadurch könne der Fetozyd vermieden werden [31]...

1.6 Situation in Pakistan

Um einen weiteren Beitrag zur Forschung des weltweiten Interesses für die präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu leisten, führten wir eine Umfrage unter schwangeren Frauen in Pakistan durch. Unserem Wissen nach ist es die erste Studie in der medizinischen Literatur, die die Geschlechtspräferenz und das Interesse für die präkonzeptionelle Geschlechtswahl in der pakistanischen Bevölkerung hinterfragt. Für die Wichtigkeit der Datenerhebung in einer Population in Pakistan gibt es Gründe, die im Folgenden erläutert werden:

8% der 100 Millionen Frauen, die weltweit „vermisst“ werden, stammen aus Pakistan, einem Land mit einer ungewöhnlich hohen Sex-Ratio von 108,5 Punkten, was vermutlich durch die selektiven Abtreibungsmaßnahmen mittels Ultraschalluntersuchungen zugunsten des männlichen Geschlechts mitbedingt ist [28, 37, 48, 49].

Schon Anfang der neunziger Jahre machte der Ökonom Amartya Sen auf das Phänomen der "missing women" mit einer aus den Fugen geratenen Sex-Ratio u. a. in Teilen Asiens aufmerksam. Wo normalerweise auf etwa 100 Geburten von Mädchen 103-105 Geburten von Jungen kommen würden, ist in asiatischen Ländern eine weit höhere Anzahl von Jungen nachweisbar. Sen machte für die höhere Sterberate der Mädchen die schlechtere Behandlung von weiblichen Babies, Krankheiten, Infantizid und nicht zuletzt eine Zunahme der selektiven Abtreibungen zugunsten des männlichen Geschlechts verantwortlich [48, 49].

Mit einem jährlichen Wachstum von derzeit 2,4% könnte die Bevölkerungszahl Pakistans sich theoretisch bis zum Jahre 2050 von derzeit 153 Millionen auf 349 Millionen mehr als verdoppeln. Damit würde das Land unter den bevölkerungsreichsten Staaten der Welt auf Platz vier vorrücken [71].

Bei einer vorhandenen Geschlechterpräferenz und Interesse für die präkonzeptionelle Geschlechtswahl wäre es möglich, dass die Sex-Ratio in Pakistan über die Jahre hinaus weiter steigen und zu einem demographischen Ungleichgewicht mit gravierenden sozialen Folgen führen könnte. So wird z. B. von Hudson und den Boer, die historische Vergleiche ziehen, befürchtet, dass Länder mit vielen ungebundenen jungen Männern ohne Familie einen gewaltigen Rekrutierungspool für Sekten, Söldner- und Terrororganisationen bilden [22, 23, 24].

Eine neue Untersuchung zeigt einen Zusammenhang zwischen einem höheren Anteil an geborenen Jungen und der Hepatitis-B-Infektionsrate: Die Ökonomie-Doktorandin Emily Oster, Harvard University, stellte in ihrer Studie dar, dass ein Anstieg des Anteils der an Hepatitis-B erkrankten Menschen in der Bevölkerung um 10% auch zu einem Anstieg der männlichen Neugeborenen um 1% führen würde. Warum Hepatitis-B infizierte Paare weniger Mädchen bekommen, ist jedoch ungeklärt. Die hohe Hepatitis-B- Infektionsrate von ca. 5-10% in der Bevölkerung Pakistans, mit steigender Tendenz bei unzureichender medizinischer Versorgung, könnte somit auch das Ungleichgewicht der Geschlechter unterstützen [40].

2.0 Länderinformation – Pakistan

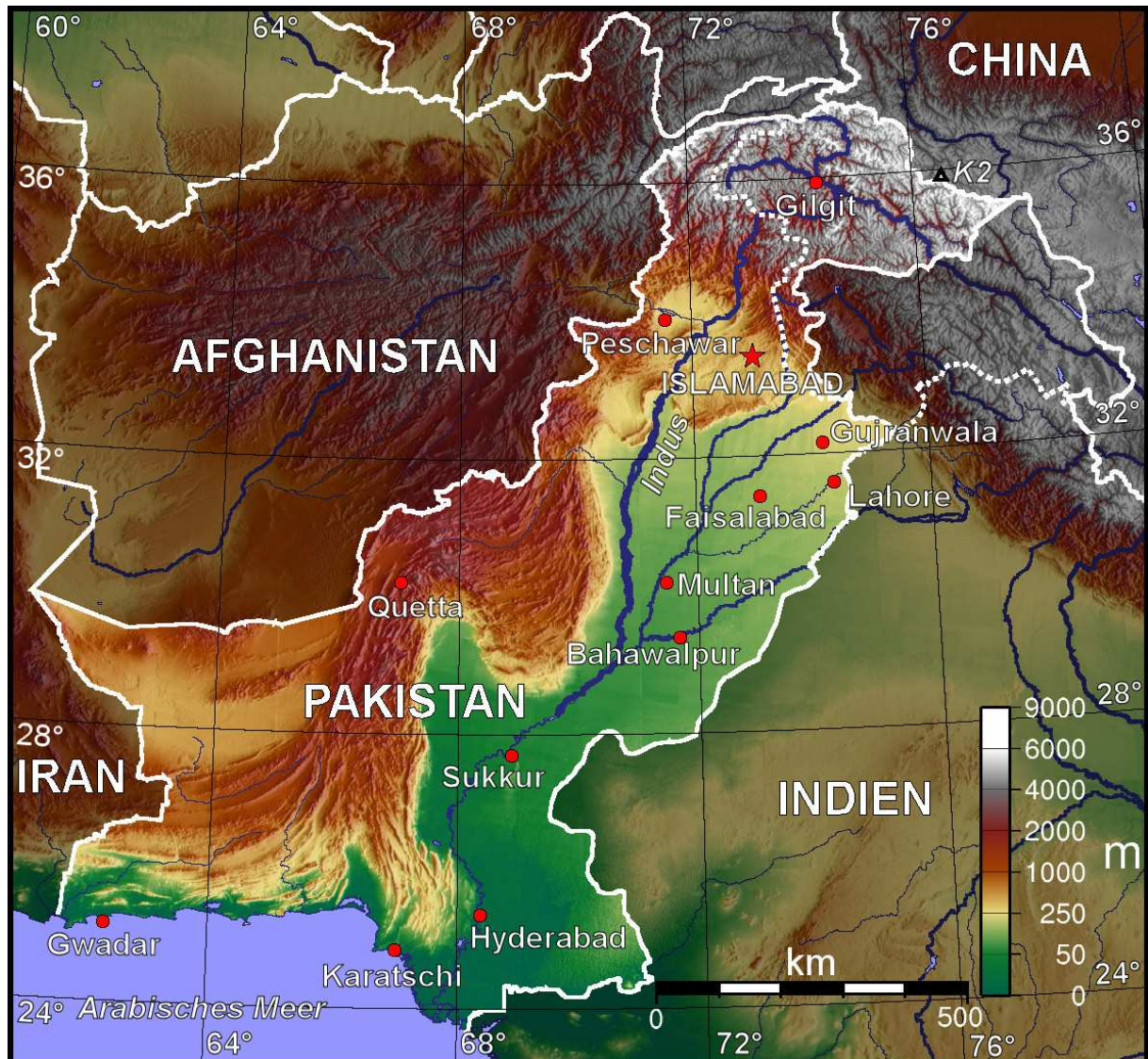
2.1 Gründungsgeschichte

Pakistan entstand 1947. Das Land bestand bis 1971 aus zwei Teilen von ehemals Britisch-Indien, Ost- und West-Pakistan. Staatsgründer war Mohammad Ali Jinnah, Führer der Partei „All India Muslim League“. Im Zuge der Teilung verließen über vier Millionen Muslime das heutige Indien und zogen nach Pakistan, während etwa sieben Millionen Hindus und Sikhs das Staatsgebiet von Pakistan verließen, um sich in Indien anzusiedeln. 1956 wurde Pakistan zur Republik ausgerufen. Als Folge des Bangladesch-Kriegs von 1971 trennte sich Ost-Pakistan, das heutige Bangladesch, von Pakistan. Seit 1999 ist Pervez Musharraf Präsident Pakistans [77].

2.2 Geographie

Pakistan grenzt im Osten an Indien, im Norden an Afghanistan, im Westen an den Iran und im Süden an das Arabische Meer. Der äußerste Norden Pakistans besteht aus den höchsten Gebirgszügen der Erde, dem Hindukusch, dem Karakorum und dem Pamir. Ebenfalls im Norden des Landes liegt das von Indien beanspruchte Gebiet Jammu und Kaschmir. Der wichtigste Fluss Pakistans, der Indus, hat seinen Ursprung im Transhimalaya in Tibet und fließt aus dem Norden kommend in südliche Richtung zum Arabischen Meer. Westliche Begrenzung des Landes bildet die trockene, ebenfalls bergige Region Belutschistan an der Grenze zu Iran und Afghanistan. Im Osten begrenzt die Wüste Thar, südlich des Punjab, die fruchtbare Indusstromebene (siehe 2.3, Karte von Pakistan, Seite 8) [77].

2.3 Karte von Pakistan



2.4 Sprachen und Ethnische Zusammensetzung

Pakistan ist ein Vielvölkerstaat: Die größte Bevölkerungsgruppe sind die Punjabis, die auch im indischen Teil des zwischen Indien und Pakistan geteilten Punjab leben. In der Provinz Sindh, im Süden des Landes, sind die Sindhis beheimatet. Die Paschtunen leben in den nordwestlichen Bergen und auf der afghanischen Seite der gemeinsamen Grenze. Die Provinz Belutschistan, im Südwesten des Landes, ist die Heimat der Belutschen.

Die aus Indien immigrierten Muslime und ihre Nachfahren, Mohajirs genannt, sind hauptsächlich in den an Indien angrenzenden Provinzen ansässig, insbesondere in der Großstadt Karachi.

Ein Großteil der afghanischen Flüchtlinge immigrierte überwiegend in die North-West Frontier Province (NWFP).

Urdu und Englisch sind die Amtssprachen Pakistans. Englisch wird vor allem als Geschäfts- und Bildungssprache verwendet, Urdu ist die Verkehrssprache des Großteils der Bevölkerung, obwohl es nur von ca. 10% der Einwohner als Muttersprache gesprochen wird. Außerdem gibt es regionale Sprachen und Dialekte wie z.B. Sindhi, Balutschi, Punjabi und Paschtu [77].

2.5 Religion

Pakistan ist ein islamisches Land mit über 96,3% Muslimen. Es gibt auch religiöse Minderheiten von Hindus, Christen, Buddhisten und Sikhs im Land [77].

2.6 Demographie

Die Bevölkerungszahl umfasst im Jahre 2006 über 165 Millionen. Über 35% der Menschen leben in Städten. Wie überall in Entwicklungsländern sind auch hier "Megastädte" im Begriff zu wachsen: Mit ca. zwölf Millionen Einwohnern ist die multiethnische Stadt Karachi die größte Stadt des Landes, in der viele Zuwanderer leben, die aus Indien kamen oder Landflüchtlinge sind. Die Hauptstadt Islamabad hat ca. 650.000 Einwohner. Die Einwohner Pakistans haben ein Durchschnittsalter von 19,58 Jahren, der Bevölkerungszuwachs beträgt ca. 2,4% pro Jahr. Die Lebenserwartung liegt bei ca. 62 Jahren für Männer und bei ca. 64 Jahren für Frauen. Das Verhältnis von Männern zu Frauen beträgt 108,5. Die Säuglingssterblichkeit liegt bei ca. 72,44 je 1000 Neugeborene (Tabelle 2.1) [74].

Tabelle 2.1: Demographische Eckpunkte

Bevölkerung	162.420.100
Städteeinwohner	56.112.000
Durchschnittsalter	19,58
Bevölkerungszuwachs	3.297.128
Bevölkerungszuwachs (%)	2,4
Geburtsrate je 1000 Einwohner	30,42
Geburten	4.940.819
Sterberate je 1000 Einwohner	8,45
Sterbefälle	1.372.450
Verhältnis Männer/Frauen	108,5
Fertilität	4,14
Säuglingssterblichkeit je 1000 Neugeborene	72,44
Lebenserwartung Männer (Jahre)	62,04
Lebenserwartung Frauen (Jahre)	64,01

Stand 2006

2.7 Gesundheit

Im Gesundheitswesen steht Pakistan im internationalen Vergleich als eines der Schlusslichter da: Statistisch gesehen gibt es je 1000 Einwohner nur 0,68 Ärzte. Insgesamt gibt es ca. 111.100 Ärzte im Land. Insbesondere in ländlichen Gebieten ist die medizinische Versorgung erschwert. Durch unsaubere Lebensmittel, verschmutztes Trinkwasser, unhygienische Verhältnisse, mangelnde gesundheitliche Aufklärung und den akuten Mangel an Ärzten sind Mangelernährungen und Erkrankungen weit verbreitet (Tabelle 2.2) [77].

Tabelle 2.2: Eckpunkte zur Gesundheit

Ärzte	111.100
Ärzte je 1000 Einwohner	0,68
Gesundheitsausgaben (\$)	986.764.200
Gesundheitsausgaben (\$) je Einwohner	6,08

Stand 2006

2.8 Bildung

Es gibt über 40 Universitäten und etwa 1.600 Fachhochschulen in Pakistan. 37,8% der Männer und 63,1% der Frauen in Pakistan sind Analphabeten. Der Unterschied zwischen Stadt und Land ist hierbei von Bedeutung. Weniger als 2% des Bruttoinlandsprodukts werden ins Bildungswesen investiert (Tabelle 2.3) [74].

Tabelle 2.3: Eckpunkte zur Bildung

Studenten	1.170.000
Studenten je 1000 Einwohner	7,20
Bildungsausgaben (\$)	1.590.146.300
Bildungsausgaben (\$) je Einwohner	10
Analphabeten (Bevölkerung über 14 Jahre)	53.269.245
Analphabeten (%) (Bevölkerung über 14 Jahre)	54,30

Stand 2006

2.9 Familie und Sozialstruktur

Im Mittelpunkt des sozialen Lebens steht die Familie, die im Allgemeinen eine Großfamilie ist. Traditionell ist der Mann in der Familie das Familienoberhaupt. Durch eine Heirat wird nicht nur die Verbindung zwischen zwei Menschen, sondern auch zwischen zwei Familien hergestellt. Beide Familien sind an den Vorbereitungen zur Hochzeit beteiligt, die mit Traditionen verbunden ist. Trotz Modernisierung mit westlicher Orientierung, insbesondere im städtischen Bereich mit mehr Mitspracherecht am öffentlichen Leben für die Frau, gibt der Mann in der Familie den Ton an und nimmt entscheidenden Einfluss auf das Leben seiner Familienmitglieder. Alte Menschen sind sehr geachtet und werden mit Respekt behandelt [77].

2.10 Wirtschaft

60% der Arbeitskräfte sind im landwirtschaftlichen Bereich tätig. Somit stellt dieser den wichtigsten Wirtschaftszweig des Landes dar, der zu 26% zum Bruttoinlandsprodukt beiträgt. Die wirtschaftliche Entwicklung wird durch die weit

verbreitete Korruption, die in weiten Landesteilen unzureichende Infrastruktur sowie die instabile politische Lage in manchen Gegenden gehemmt. Die Arbeitslosigkeit liegt im Jahre 2006 bei ca. 8,3%, die Dunkelziffer liegt weitaus höher, da Unterbeschäftigung nicht mit erfasst wird (Tabelle 2.4) [77].

Tabelle 2.4: Wirtschaftliche Eckpunkte

Wirtschaftswachstum (%)	6,10
Inflationsrate (%)	4,80
Arbeitskräfte	45.430.000
Arbeitslosigkeit	3.770.690
Arbeitslosigkeit (%)	8,30
Staatshaushalt - Einnahmen (\$)	13.450.000.000
Staatshaushalt - Ausgaben (\$)	16.510.000.000
Staatsverschuldung (\$)	62.306.096.160

Stand 2006

3.0 Teilnehmer und Methodik

3.1 Konstruktion der Fragebögen

Zur Durchführung der Umfragen wurden dreiseitige Fragebögen mit insgesamt 17 Fragen und mehrfachen Antwortmöglichkeiten zusammengestellt. Die Fragebögen für die Umfragen in Karachi, Pakistan wurden aus dem Deutschen ins Englische und in Urdu übersetzt und standen in beiden Sprachen zur Verfügung (siehe Anhang).

Ein Teil der Fragen beschäftigte sich mit den Angaben zur Person: Die Schwangeren wurden zu Ihrem Alter, zum Partner- bzw. Heiratsstatus, dem Bildungsstand und über die vorhandene Anzahl der eigenen Kinder, die nach Geschlecht aufgeteilt wurden, befragt.

Es folgten die Fragen über die aktuelle Schwangerschaft: Erfragt wurde der aktuelle Monat der Schwangerschaft, ob die Schwangerschaft geplant gewesen sei und ob die Schwangere schon wisse, welches Geschlecht das ungeborene Kind habe.

An die vorherige Frage anknüpfend wurde weiter gefragt, ob Interesse zur Aufklärung über das Geschlecht des ungeborenen Kindes und welche Geschlechtspräferenz hinsichtlich des Geschlechts des ungeborenen Kindes seitens der Befragten bestünde.

Weiter wurden Fragen zur Geschlechtspräferenz des erstgeborenen Kindes und der Vorstellung der idealen Geschlechterverteilung und Kinderanzahl bei mehreren Kindern in der Familie gestellt.

Es folgten die Fragen zur präkonzeptionellen Geschlechtswahl: Die Schwangeren wurden über die Möglichkeiten und Durchführung der präkonzeptionellen Geschlechtswahl informiert und befragt, ob sie sich vorstellen könnten, von einer Methode der präkonzeptionellen Geschlechtswahl unter aktuellen oder finanziell bzw. zeitlich vereinfachten Konditionen, Gebrauch zu machen.

Anschließend wurden die Teilnehmerinnen über Ihr Interesse für eine präkonzeptionelle Geschlechtswahl mit Hilfe von einer fiktiven Pille ohne Nebenwirkungen und über die Legalität der präkonzeptionellen Geschlechtswahl befragt.

3.2 Rekrutierung der Teilnehmer, der medizinischen Zentren und der interviewten Personen

Um den Rahmen dieser Arbeit einzugrenzen, wurde die Befragung direkt an schwangere Frauen in Karachi, Pakistan gerichtet. Deshalb wurde die Befragung in gynäkologischen Abteilungen von medizinischen Zentren in der multiethnischen Millionenstadt Karachi in Pakistan durchgeführt.

Um Unterschiede in Bildung und Einkommen berücksichtigen zu können, wurden fünf medizinische Zentren gewählt, die von Patienten mit *unterschiedlichen ethnischen Hintergründen* und *differentem sozioökonomischen Status* aufgesucht werden (siehe Kreuztabelle 4.1.2 „Bildungsstand der Befragten nach medizinischen Zentren“).

Die medizinischen Zentren im Einzelnen waren das „Sindh Government Qatar Hospital“, das „Sher Shah Health Centre“, das „Sobhraj Maternity Hospital“, das „Civil Hospital“ und das „7th Day Adventist Hospital“:

Das öffentliche Krankenhaus „Sindh Government Qatar Hospital“ befindet sich im Stadtteil „Orangi Town“ in Karachi. Die gynäkologische Abteilung besteht aus 64 Planbetten und führt ca. 200 ambulante Behandlungen täglich durch. Die Patienten gehören der Unterschicht an.

Das medizinische Zentrum „Sher Shah Health Centre“, im Stadtteil „Sher Shah“ in Karachi, ist eine öffentliche Einrichtung von der Regierung für unterprivilegierte Patienten.

Täglich werden hier in der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe um die 50 Patientinnen ambulant behandelt.

Das öffentliche Lehrkrankenhaus „Sobhraj Maternity Hospital“, eine der ältesten medizinischen Einrichtungen in Karachi, befindet sich im Stadtteil „Saddar Town“. Es wurde 1928 als Entbindungsheim von G.A. Thomas gegründet und hat derzeit 120 Planbetten und ca. 150 ambulante gynäkologische Behandlungen täglich. Die meisten Patientinnen stammen ebenfalls aus der Unterschicht, wenige kommen aus der Mittelschicht.

Das öffentliche Lehrkrankenhaus „Civil Hospital“ liegt im Zentrum von Karachi in der Chand-Bibi-Road. Das Krankenhaus wurde 1898 als ein 250-Bett-Krankenhaus gegründet. 1945 wurde es zum Lehrkrankenhaus umgebaut und hat zurzeit etwa 1,700 Planbetten. Die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe hat 120 Planbetten

und ca. 400 ambulante Behandlungen täglich. Auch hier sind die meisten Patienten unterprivilegiert und stammen aus der Unterschicht.

Das private Krankenhaus „7th Day Adventist Hospital“ befindet sich ebenfalls zentral in der M.A. Jinnah Road in Karachi. Es wurde 1947 von Dr. Robert Dunn als eine kleine Entbindungsstation gegründet, zu einem Krankenhaus ausgebaut und offiziell 1951 eröffnet. Insgesamt hat das Haus 144 Planbetten und repräsentiert Patienten aus der Ober- und Mittelschicht.

Damit vertritt das Gesamtkollektiv weitestgehend die Unterschicht, berücksichtigt aber auch die Mittel- und Oberschicht in einem Verhältnis, dass dasjenige des multi-kulturellen und multi-ethnischen Landes Pakistan widerspiegelt [24]. An den ergänzend durchgeführten Interviews mit digitaler Aufzeichnung nahmen, das Geschlecht, unterschiedliche Bildungsstände und Schichten berücksichtigend, schwangere Frauen aus der Unterschicht und der Oberschicht, Fachärzte für Gynäkologie, religiöse Gelehrte und andere Vertreter der allgemeinen Bevölkerung teil.

3.3 Übersicht zur Datenerhebung, Verarbeitung und Auswertung

Datenerhebung:

Interviews mit - Schwangeren Frauen - Ärztinnen/Ärzten - Religiösen Gelehrten - Anderen Bewohnern des Landes	Schriftliche Umfragen mit - Jeweils 17 Fragen - Insgesamt 370 schwangere Frauen - In fünf medizinischen Zentren
--	--



Datenverarbeitung:

-Digitale Aufzeichnung der Interviews -Transkription der Interviews (Englisch-Deutsch / Urdu-Deutsch)	-Verwertung von 301 von 370 Fragebögen ohne „missing values“ (81%) -Kodierung der gewonnenen Daten -Auswertung der Daten im SPSS 12.0
---	--



Auswertung und Ergebnisdarstellung:

-Auszüge aus den transkribierten Interviews mit thematischer Relevanz für die Arbeit	-Darstellung der Ergebnisse in Form von Text, Grafiken und Tabellen, teils mit Prüfstatistik (χ^2) zur Darstellung relevanter Verteilungsunterschiede
--	--

3.4 Durchführung der Umfrage und der Interviews

Die Umfragen fanden im Zeitraum vom 01. bis 20. Dezember 2004 in den medizinischen Zentren statt.

Die Fragebögen wurden von ca. 70% der teilnehmenden schwangeren Frauen mit Hilfe von Krankenschwestern und Ärztinnen, welche hinsichtlich Hintergrund und Art der Durchführung der Umfragen ausführlich aufgeklärt worden waren, ausgefüllt. Gründe für die professionelle Unterstützung waren neben mangelnden Lese- und Schreibkenntnissen (bei mindestens 40% der Beteiligten) die neue und ungewohnte Art der Datenerhebung mit Verständnisproblemen, insbesondere bei komplexeren Fragestellungen, für die befragten Schwangeren. Die übrigen 30% der

Teilnehmerinnen konnten nach vorangegangenen Erläuterungen bzw. Aufklärungen die Fragebögen eigenständig in der jeweiligen Sprachversion ausfüllen.

Von 370 befragten Schwangeren beantworteten 301 den Fragebogen umfassend ohne „missing values“, was einer Rücklaufquote von 81% entspricht.

Die Brisanz der gefragten Themen und die damit verbundenen Schwierigkeiten wurden im medizinischen Zentrum „Sher Shah Health Centre“ deutlich, wo bedingt durch Fehlinterpretationen der gestellten Fragen und den daraus resultierenden Beschwerden seitens der Schwangeren und ihrer Angehörigen, die Umfragen trotz vorliegender Zustimmung der Leitung abgebrochen werden mussten.

Um u. a. die religiös-ethische Einstellung im Rahmen der präkonzeptionellen Geschlechtswahl genauer auszuloten, wurden Interviews durchgeführt, die im Wesentlichen aus fünf Teilen bestanden: Die Bekanntmachung der interviewten Person mit ihren derzeitigen beruflichen und familiären Verhältnissen, ihre ideale Vorstellung einer Familie und die moralische bzw. ethische Einstellung gegenüber der präkonzeptionellen Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken (ob und warum sie erlaubt sein soll und welche Folgen die Verbreitung der präkonzeptionellen Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken haben könnte). Die Länge der Interviews variierte zwischen 5 und 20 Minuten.

3.5 Auswertung der Fragebögen und der Interviews

Die statistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des Software-Pakets SPSS 12.0 für MS Windows. Zunächst wurden die Daten samt ihrer Benennungen von Excel in das SPSS 12.0 überführt. Dabei wurden Labels für die Variablen und Werte vergeben. Für die Darstellung der Ergebnisse wurden Häufigkeitstabellen und Balkendiagramme mit Prozentangaben eingesetzt. Die in Bezug auf die medizinischen Zentren, Bildungsstand, Alter und Geschlecht früherer Kinder differierenden Verteilungen wurden unter Einbeziehung von Chi-Quadrat-Tests (χ^2) mit entsprechender Signifikanz in Kreuztabellen dargestellt. Einige Fragen wurden, obwohl eine Durchführung des Chi-Quadrat-Tests bei Zellunterbesetzungen nicht möglich war oder keine signifikanten Verteilungsunterschiede nachgewiesen werden konnten, dennoch grafisch und als Kreuztabelle hinzugefügt, um die Ergebnisse besser illustrieren zu können.

Die Unterteilung in explorative Datenanalysen wurde in der Darstellung der Ergebnisse nicht realisiert, um eine größere Konsistenz und Übersichtlichkeit zu gewährleisten.

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und schließlich in MS Word ins Deutsche transkribiert. Interview-Transkriptionen, deren Auszüge für die Doktorarbeit eingesetzt wurden, sind im Anhang mit beigefügt.

4.0 Ergebnisse der Befragung von schwangeren Frauen zum Thema Kinderwunsch und Geschlechtswahl in Pakistan

Das untersuchte Kollektiv in Pakistan besteht aus 301 Befragten mit vollständigen Datensätzen und wird in fünf Subgruppen unterteilt:

15,3% der 301 Befragungen fanden im medizinischen Zentrum „Sher Shah Health Centre“ statt. 22,6% schwangere Frauen wurden im „Qatar Hospital“ befragt. Im „Sobhraj Maternity Hospital“ waren 20,6% schwangere Frauen an der Umfrage beteiligt. 22,3% der Befragungen fanden im „Civil Hospital“ statt und 19,3% des Kollektivs in Pakistan kamen aus dem „7th Day Adventist Hospital“ in Karachi (Tabelle 4.0.1).

Tabelle 4.0.1: Verteilung des Kollektivs nach medizinischen Zentren

Medizinische Zentren	Befragte	In Prozent
„Sher Shah Health Centre“	46	15,3
„Qatar Hospital“	68	22,6
„Sobhraj Maternity Hospital“	62	20,6
„Civil Hospital“	67	22,3
„7th Day Adventist Hospital“	58	19,3
Gesamt	301	100,0

4.1 Informationen zum Alter, Bildungs- und Heiratsstatus

Alter der Befragten

(Frage 1: „Wie alt sind Sie?“)

2% der Befragten (n=301) waren unter 18 Jahre und nur 1% über 40 Jahre alt. Mit 41,5% bildeten die Befragten aus der Alterskategorie 18 bis 25 Jahre die Mehrheit im Gesamtkollektiv. 32,6% der Befragten befanden sich im Alter zwischen 26 und 30 Jahren. 19,3% befanden sich im Alter zwischen 31 und 35 Jahren und 3,7% waren im Alter zwischen 36 und 40 Jahren (Abbildung 4.1.1).

Aus der zusammengefassten Darstellung (Kreuztabelle 4.1.1) geht hervor, dass 43,5% der Befragten unter 26 Jahre, 32,6% zwischen 26 und 30 Jahre und 23,9%

über 30 Jahre alt waren. 23 (39,7%) von 58 Befragten aus dem „7th Day Adventist Hospital“ waren unter 26 Jahre alt, 31% zwischen 26 und 30 und 29,3% über 30 Jahre alt. 22 (47,8%) von 46 Schwangeren aus dem „Sher Shah Health Centre“ waren unter 26 Jahre, 34,8% zwischen 26 und 30 und 17,4% über 30 Jahre alt. Die höchste Anzahl von jüngeren Schwangeren, die unter 26 Jahre alt waren, hatte das „Qatar Hospital“. Ein relativ ausgewogenes Altersverhältnis in jeder der drei Alterskategorien zeigte sich bei den Frauen aus dem „Sobhraj Maternity Hospital“. Tendenziell gab es mehr Schwangere, die über 30 Jahre alt waren, im „7th Day Adventist Hospital“.

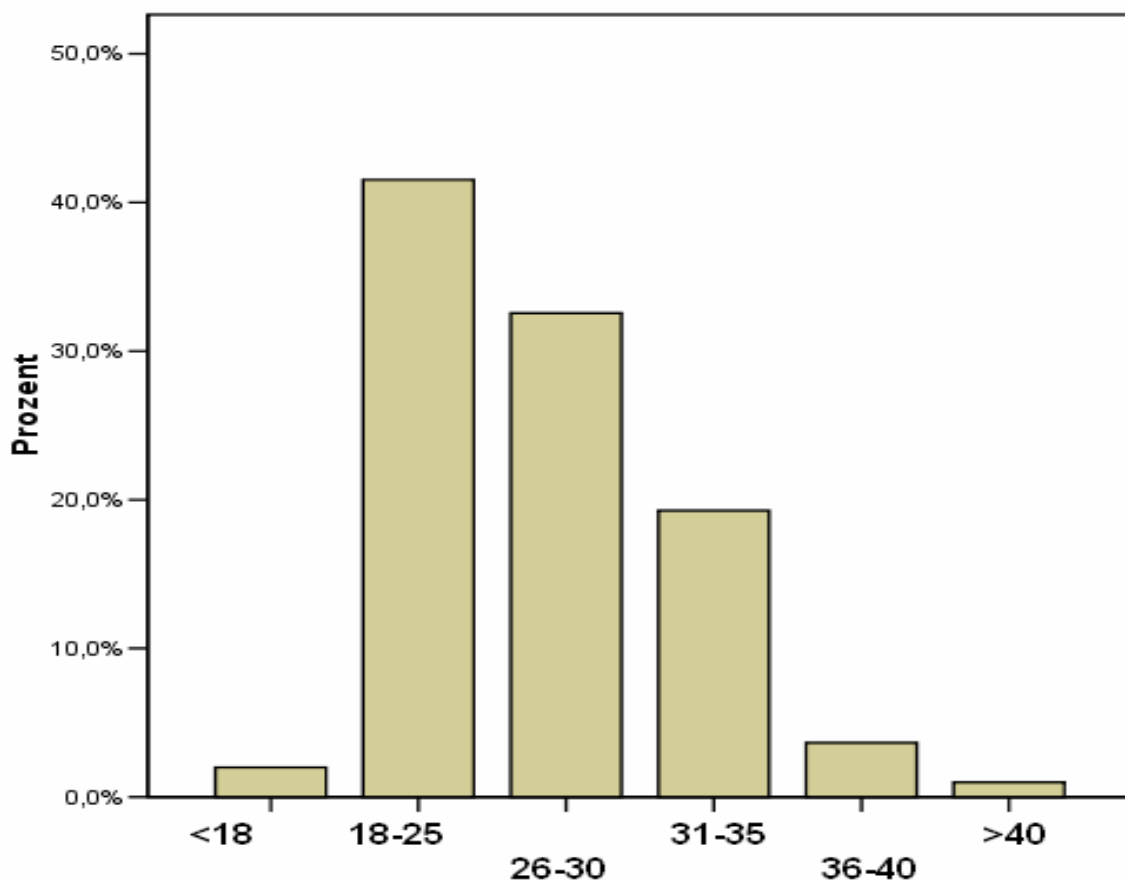


Abbildung 4.1.1: Alter der Befragten in Jahren (n=301)

Kreuztabelle 4.1.1: Alter der Befragten nach medizinischen Zentren

Alter in Jahren	A	B	C	D	E	Gesamt
< 26	22	37	21	28	23	131
Alter (%)	16,8	28,2	16,0	21,4	17,6	100,0
MZ (%)	47,8	54,4	33,9	41,8	39,7	43,5
26 - 30	16	20	20	24	18	98
Alter (%)	16,3	20,4	20,4	24,5	18,4	100,0
MZ (%)	34,8	29,4	32,3	35,8	31,0	32,6
> 30	8	11	21	15	17	72
Alter (%)	11,1	15,3	29,2	20,8	23,6	100,0
MZ (%)	17,4	16,2	33,9	22,4	29,3	23,9
Gesamt	46	68	62	67	58	301
Alter (%)	15,3	22,6	20,6	22,3	19,3	100,0
MZ (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=10,021$; $df=8$; $p=0,264$

Legende:

- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren

Partnerschaftlicher Status der Befragten

(Frage 2: „Sind Sie allein erziehend oder leben sie in einer festen Partnerschaft?“)

2% der 301 Befragten antworteten, dass sie ohne Partner bzw. nicht verheiratet seien. 98% der Befragten hatten ihrer Aussage nach einen Partner bzw. waren verheiratet (Tabelle 4.1.1).

Tabelle 4.1.1: Partnerschaftlicher Status der Befragten

Partner	Häufigkeit	Prozent
Ohne Partner	6	2,0
Mit Partner	295	98,0
Gesamt	301	100

Bildungsstand der Befragten

(Frage 3: „Wie ist Ihr Bildungsstand?“)

Die Mehrheit der Schwangeren hatte keine formale Bildung: 32,9% der gesamten 301 Teilnehmerinnen hatten laut ihrer Aussage keinen Schulabschluss, 21,3% sagten, sie hatten den Schulabschluss „primary school“ (=Hauptschulabschluss), 26,9% hatten den Schulabschluss „secondary school“ (=Sekundarstufe I), 57 (18,9%) der Befragten hatten den Schulabschluss „higher secondary school“ (=Sekundarstufe II) oder einen Hochschulabschluss.

52,2% der 46 Befragten im „Sher Shah Health Centre“ hatten laut ihrer Aussage keinen Schulabschluss und keine der Befragten aus der gleichen Subgruppe hatte einen Hochschulabschluss. 36 (62,1%) von 58 Schwangeren des „7th Day Adventist Hospital“ gaben an, einen Hochschulabschluss zu haben und 5,2% hatten laut ihrer Aussage keinen Schulabschluss. Nur drei (3%) von den 99 befragten Schwangeren ohne schulische Bildung stammen aus dem medizinischen Zentrum „7th Day Adventist Hospital“.

In den anderen medizinischen Zentren mit Patienten aus der Unterschicht hatten jeweils über 20% der Schwangeren keinen Schulabschluss. Umgekehrt hatte nur eine der Schwangeren aus dem „Sher Shah Health Centre“, eine Einrichtung mit unterprivilegierten Patienten, einen höheren Schulabschluss.

Die Verteilung der Bildungsunterschiede erwies sich als signifikant. Somit konnte eine unterschiedliche Abbildung differenter sozioökonomischer Schichten erzielt werden (Kreuztabelle 4.1.2).

Kreuztabelle 4.1.2: Bildungsstand der Befragten nach medizinischen Zentren

Bildungsstand	A	B	C	D	E	Gesamt
Kein Abschluss	24	21	25	26	3	99
Bildung (%)	24,2	21,2	25,3	26,3	3,0	100,0
MZ (%)	52,2	30,9	40,3	38,8	5,2	32,9
Hauptschule	10	17	13	18	6	64
Bildung (%)	15,6	26,6	20,3	28,1	9,4	100,0
MZ (%)	21,7	25,0	21,0	26,9	10,3	21,3
Sekundar I	11	19	18	20	13	81
Bildung (%)	13,6	23,5	22,2	24,7	16,0	100,0
MZ (%)	23,9	27,9	29,0	29,9	22,4	26,9
Sekundar II / Hochschule	1	11	6	3	36	57
Bildung (%)	1,8	19,3	10,5	5,3	63,2	100,0
MZ (%)	2,2	16,2	9,7	4,5	62,1	18,9
Gesamt	46	68	62	67	58	301
Bildung (%)	15,3	22,6	20,6	22,3	19,3	100,0
MZ (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=100,500$; $df=12$; $p<0,001$

Legende:

- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren

4.2 Generativer Status, Geschlecht und Anzahl der vorhandenen Kinder

Generativer Status der Befragten

(Frage 4: „Haben Sie bereits Kinder?“)

216 (71,8%) von den 301 schwangeren Frauen sagten, sie hätten bereits Kinder; 85 (28,2%) der Befragten hatten keine. Die signifikanten Unterschiede in den medizinischen Zentren bzw. im sozioökonomischen Status zeigten sich auch in dieser Frage: Ein hoher Status ist mit dem generativen Status einer Erstgebärenden verknüpft. 46,6% der Schwangeren aus dem „7th Day Adventist Hospital“ waren kinderlos, aus dem „Sher Shah Health Centre“ nur 19,6% der Befragten (Kreuztabelle 4.2.1).

Kreuztabelle 4.2.1: Generativer Status der Befragten nach medizinischen Zentren

Generativer Status	A	B	C	D	E	Gesamt
Mit Kindern	37	49	48	51	31	216
Kinder (%)	17,1	22,7	22,2	23,6	14,4	100,0
MZ (%)	80,4	72,1	77,4	76,1	53,4	71,8
Kinderlos	9	19	14	16	27	85
Kinder (%)	10,6	22,4	16,5	18,8	31,8	100,0
MZ (%)	19,6	27,9	22,6	23,9	46,6	28,2
Gesamt	46	68	62	67	58	301
Kinder (%)	15,3	22,6	20,6	22,3	19,3	100,0
MZ (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=12,917$; $df=4$; $p=0,012$

Legende:

- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren

Geschlecht von bereits vorhandenen Kindern

(Frage 5: „Falls Sie bereits Kinder haben, welchen Geschlechts sind sie?“)

Von den 216 Frauen, die schon Kinder gebären, hatten 51 (16,9%) ein Kind, 62 (20,6%) hatten zwei Kinder, 50 (16,6%) hatten drei Kinder, 20 (6,6%) hatten vier Kinder, 13 (4,3%) hatten fünf Kinder, acht (2,7%) hatten sechs Kinder, sechs (2%) hatten sieben Kinder, zwei (0,7%) hatten acht Kinder und vier (1,2%) hatten mehr als acht Kinder (Tabelle 4.2.1).

Von den 216 Frauen mit Kindern hatten 24 (8%) einen Jungen, 27 (9%) hatten ein Mädchen, 34 (11,3%) hatten einen Jungen und ein Mädchen, 15 (5%) hatten zwei Jungen, 13 (4,3%) der Teilnehmerinnen hatten zwei Mädchen, elf (3,7%) hatten zwei Jungen und zwei Mädchen, sechs (2%) hatten drei Jungen, sieben (2,3%) hatten drei Mädchen. Aus der Gesamtzahl von 301 Teilnehmerinnen hatten 21 Frauen zwei oder mehr Jungen. In 23 Fällen war das Gegenteil der Fall: Diese Frauen hatten zwei Mädchen oder mehr, aber keine Jungen (Tabellen 4.2.2 - 4.2.4).

Tabelle 4.2.1: Anzahl von Kindern

Anzahl der Kinder	Häufigkeit	Prozent
0	85	28,2
1	51	16,9
2	62	20,6
3	50	16,6
4	20	6,6
5	13	4,3
6	8	2,7
7	6	2,0
8	2	0,7
> 8	4	1,2
Gesamt	301	100,0

Tabelle 4.2.2: Anzahl von Kindern nach Geschlecht

Kinder nach Geschlecht	Häufigkeit	Prozent
Keine Kinder	85	28,2
1 Junge	24	8,0
1 Mädchen	27	9,0
1 Junge und 1 Mädchen	34	11,3
2 Jungen	15	5,0
2 Mädchen	13	4,3
2 Jungen und 2 Mädchen	10	3,3
3 Jungen	6	2,0
3 Mädchen	7	2,3
2 oder mehr Jungen und kein Mädchen	21	7,0
2 oder mehr Mädchen und kein Junge	23	7,6
Andere	36	12,0
Gesamt	301	100,0

Tabelle 4.2.3: Anzahl von Jungen

Jungen	Häufigkeit	Prozent
0	135	44,9
1	87	28,9
2	46	15,3
3	23	7,6
4	3	1,0
5	5	1,7
6	1	0,3
8	1	0,3
Gesamt	301	100,0

Tabelle 4.2.4: Anzahl von Mädchen

Mädchen	Häufigkeit	Prozent
0	130	43,2
1	82	27,2
2	58	19,3
3	18	6,0
4	4	1,3
5	4	1,3
6	1	0,3
7	4	1,3
Gesamt	301	100,0

4.3 Monat und Planung der Schwangerschaft, Wissen über das Geschlecht des ungeborenen Kindes, Interesse an Aufklärung über das Geschlecht des Kindes

Monat der Schwangerschaft

(Frage 6: „In welchem Monat ihrer Schwangerschaft befinden sie sich?“)

Von den 301 befragten Schwangeren waren 18,3% im ersten bis dritten Monat, 23,6% im vierten bis sechsten und 58,1% im siebenten bis neunten Monat schwanger (Tabelle 4.3.1).

Tabelle 4.3.1: Schwangerschaftsmonat

Monat	Häufigkeit	Prozent
≤ 3	55	18,3
4 - 6	71	23,6
7 - 9	175	58,1
Gesamt	301	100,0

Planung der Schwangerschaft

(Frage 7: „War Ihre Schwangerschaft geplant oder ungeplant?“)

131 (43,5%) der Schwangeren gaben an, die Schwangerschaft geplant zu haben. Die größere Gruppe von 56,5% sagte, sie hätte die Schwangerschaft nicht geplant. 74,1% von 58 Befragten aus der Subgruppe des „7th Day Adventist Hospitals“ gaben an, sie hätten die Schwangerschaft geplant, nur 25,9% aus der Subgruppe „7th Day Adventist Hospitals“ sagten, sie hätten sie nicht geplant.

Auch hier zeigen sich signifikant unterschiedliche generative Verhaltensweisen in unterschiedlichen Schichten: In der Unterschicht ist die Schwangerschaft eher ungeplant, in Familien mit einem höheren Bildungsstand ist die umgekehrte Situation anzutreffen (Kreuztabelle 4.3.1).

Kreuztabelle 4.3.1: Planung der Schwangerschaft nach medizinischen Zentren

Planung	A	B	C	D	E	Gesamt
Geplant	21	27	17	23	43	131
Planung (%)	16,0	20,6	13,0	17,6	32,8	100,0
MZ (%)	45,7	39,7	27,4	34,3	74,1	43,5
Ungeplant	25	41	45	44	15	170
Planung (%)	14,7	24,1	26,5	25,9	8,8	100,0
MZ (%)	54,3	60,3	72,6	65,7	25,9	56,5
Gesamt	46	68	62	67	58	301
Planung (%)	15,3	22,6	20,6	22,3	19,3	100,0
MZ (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=31,45$; $df=4$; $p<0,001$

Legende:

- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren

Wissensstand über das Geschlecht des ungeborenen Kindes

(Frage 8: „Wissen Sie bereits, ob Sie mit einem Jungen oder einem Mädchen schwanger sind?“)

Nur 41 (13,6%) der befragten Schwangeren kannten das Geschlecht des Feten bereits, 260 (86,4%) der Schwangeren gaben an, das Geschlecht des Feten nicht zu kennen (Tabelle 4.3.2).

Tabelle 4.3.2: Wissensstand über das Geschlecht des ungeborenen Kindes

Wissensstand	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht bekannt	41	13,6
Geschlecht unbekannt	260	86,4
Gesamt	301	100

Interesse an Aufklärung über das Geschlecht des Kindes

(Frage 9: „Falls sie das Geschlecht ihres Kindes noch nicht kennen: Würden Sie gerne vor der Geburt Ihres Kindes erfahren, ob es ein Junge oder ein Mädchen ist?“)

Von 260 befragten Schwangeren, die das Geschlecht des Kindes nicht kannten, interessierten sich 127 (48,8%) für die Aufklärung über das Geschlecht des zu erwartenden Kindes, 133 (51,2%) gaben an, kein Interesse zu haben (Tabelle 4.3.3).

Tabelle 4.3.3: Interesse an Aufklärung über das Geschlecht des Kindes

Aufklärung	Häufigkeit	Prozent
Interesse vorhanden	127	48,8
Kein Interesse	133	51,2
Gesamt	260	100

4.4 Geschlechtspräferenz für das ungeborene und für das erstgeborene Kind, ideale Verteilung und Anzahl von Mädchen und Jungen in der Familie

(Frage 10: „Vorausgesetzt, Sie kennen das Geschlecht Ihres Kindes noch nicht: Hätten Sie lieber einen Jungen oder ein Mädchen- oder wäre Ihnen das Geschlecht Ihres Kindes gleich?“)

Von den 260 Frauen, die das Geschlecht ihres Feten nicht kannten, wünschten sich 102 (39,2%) einen Jungen und 36 (13,8%) wünschten sich ein Mädchen. 122 (46,9%) waren sich nicht schlüssig.

Ergebnisauszüge aus den Kreuztabellen mit den Variablen „medizinische Zentren“, „Bildungsstand“, „Alter der Schwangeren“ und „Geschlecht früherer Kinder“ mit Differenzen in der Bevorzugung eines bestimmten Geschlechts werden im Folgenden wiedergegeben:

Zur Geschlechtspräferenz nach medizinischen Zentren lässt sich sagen, dass 52,3% der 44 Befragten aus dem „Sher Shah Health Centre“ einen Jungen und 9,1% ein Mädchen präferierten. 38,6% der Frauen hatten keine Präferenz für ein bestimmtes Geschlecht. 40,4% der 47 Befragten aus dem „7th Day Adventist Hospital“

präferierten ebenfalls einen Jungen, 21,3% der Befragten aus der gleichen Subgruppe ein Mädchen und 38,3% zeigten keine Präferenz. Am wenigsten Interesse an einem Jungen zeigte die Subgruppe im „Sobhraj Maternity Hospital“ mit 15 (28,3%) von 53 befragten Schwangeren. Die gleiche Subgruppe hatte im Vergleich mit den anderen medizinischen Zentren mit 31 (58,5%) von 53 Befragten die höchste Prozentzahl von Schwangeren ohne Präferenz (Kreuztabelle 4.4.1).

Der Einfluss des Alters stellte sich wie folgt dar (Kreuztabelle 4.4.2): Von 117 Befragten, die unter 26 Jahre alt waren, wünschten sich 39 (33,3%) einen Jungen. 42,6% von den 61 Befragten, die über 30 und 45,1% von 82 Schwangeren, die zwischen 26 und 30 Jahre alt waren, präferierten einen Jungen. 60 (51,3%) von 117 Befragten, die keine Präferenz zeigten, waren unter 26 Jahre alt und hatten im Verhältnis zu den anderen Alterskategorien die höchste Prozentzahl.

Schlüsselt man die Geschlechtspräferenz nach dem Geschlecht der bereits geborenen Kindern auf, so ergibt sich das folgende Bild (Kreuztabelle 4.4.3): 33 (47,1%) von 70 Schwangeren, die einen Jungen präferierten, waren kinderlos, 26 (36,6%) von 71 hatten bereits mehr Jungen als Mädchen, 28 (35%) von 80 Befragten mehr Mädchen als Jungen in ihrer Familie. 15 (38,5%) von 39 Schwangeren, die gerne einen Jungen haben wollten, gaben an, eine gleiche Geschlechterverteilung der Kinder in ihrer Familie zu haben. Erstaunlicherweise zeigten die Frauen mit verhältnismäßig mehr Mädchen (53,8% von 80 Befragten) am wenigsten Interesse für ein bestimmtes Geschlecht.

Zur Geschlechtspräferenz nach Bildungsstand lässt sich sagen, dass 34 (37,4%) von 91 Befragten, die gerne einen Jungen haben wollten, keinen Schulabschluss hatten, 17 (37,0%) von 46 Befragten hatten den Abschluss der Sekundarstufe II oder höher. Am meisten (44,1% von 68 Befragten) präferierten die Frauen mit dem Schulabschluss der Sekundarstufe I einen Jungen (Kreuztabelle 4.4.4).

Hier zeigt sich die Tendenz, wenn auch nicht signifikant, dass Frauen, die kinderlos sind, ein mittleres oder höheres Alter und einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben, eher Jungen im Vergleich bevorzugen.

Kreuztabelle 4.4.1: Geschlechtspräferenz für das ungeborene Kind nach medizinischen Zentren

Präferenz	A	B	C	D	E	Gesamt
Junge	23	23	15	22	19	102
Kinder (%)	22,5	22,5	14,7	21,6	18,6	100,0
MZ (%)	52,3	36,5	28,3	41,5	40,4	39,2
Mädchen	4	7	7	8	10	36
Kinder (%)	11,1	19,4	19,4	22,2	27,8	100,0
MZ (%)	9,1	11,1	13,2	15,1	21,3	13,8
Keine Präferenz	17	33	31	23	18	122
Kinder (%)	13,9	27,0	25,4	18,9	14,8	100,0
MZ (%)	38,6	52,4	58,5	43,4	38,3	46,9
Gesamt	44	63	53	53	47	260
Kinder (%)	16,9	24,2	20,4	20,4	18,1	100,0
MZ (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=10,177$; $df=8$; $p=0,253$

Legende:

- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren

Kreuztabelle 4.4.2: Geschlechtspräferenz für das ungeborene Kind nach Alter

Präferenz	< 26 Jahre	26 – 30 Jahre	> 30 Jahre	Gesamt
Junge	39	37	26	102
Kinder (%)	38,2	36,3	25,5	100,0
Alter (%)	33,3	45,1	42,6	39,2
Mädchen	18	11	7	36
Kinder (%)	50,0	30,6	19,4	100,0
Alter (%)	15,4	13,4	11,5	13,8
Keine Präferenz	60	34	28	122
Kinder (%)	49,2	27,9	23,0	100,0
Alter (%)	51,3	41,5	45,9	46,9
Gesamt	117	82	61	260
Kinder (%)	45,0	31,5	23,5	100,0
Alter (%)	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=3,408$; $df=4$; $p=0,492$

Geschlechtspräferenz für das erstgeborene Kind

(Frage 11: „Welches Geschlecht sollte das erstgeborene Kind haben, wenn Sie es sich aussuchen könnten?“)

Von den 85 Frauen, die noch keine Kinder hatten, präferierten 22 (25,9%) einen Jungen als erstgeborenes Kind, 17 (20%) wollten als erstgeborenes Kind ein Mädchen und 46 (54,1%) der befragten Schwangeren waren unentschlossen.

Im Folgenden werden Auszüge der Ergebnisse aus den Kreuztabellen mit den Variablen „medizinische Zentren“, „Bildungsstand“, „Alter der Schwangeren“ und „Geschlecht früherer Kinder“ mit Unterschieden in der Bevorzugung eines bestimmten Geschlechts für das Erstgeborene dargestellt:

Die Geschlechtspräferenz nach medizinischen Zentren zeigt, dass drei (33%) der neun Befragten aus dem „Sher Shah Health Centre“ einen Jungen präferierten, acht (29,6%) von 27 Befragten aus dem „7th Day Adventist Hospital“ präferierten ebenfalls einen Jungen als erstgeborenes Kind. Am wenigsten Interesse für einen Jungen bestand in der Subgruppe „Qatar Hospital“ (drei von 19 Befragten; 15,8%). Keine Schwangere aus dem „Sher Shah Health Centre“ bevorzugte ein Mädchen als erstgeborenes Kind (Kreuztabelle 4.4.5).

Der Einfluss des Alters stellte sich wie folgt dar (Kreuztabelle 4.4.7): Von 64 Befragten, die unter 26 Jahre alt waren, wünschten sich 14 (21,9%) einen Jungen. 44,4% von den neun Befragten, die über 30 Jahre alt waren, präferierten einen Jungen als erstgeborenes Kind. Vier (33,3%) von zwölf Schwangeren, die einen Jungen wünschten, waren zwischen 26 und 30 Jahre alt. Am wenigsten Präferenz für ein Mädchen zeigten die schwangeren Frauen mit dem Alter über 30 Jahren (eine von neun Befragten). Dieselbe Altersgruppe hatte auch die kleinste Prozentzahl im Vergleich mit den anderen Altersgruppen in der Kategorie „keine Präferenz“ (44,4% von neun Befragten).

Hinsichtlich der Geschlechtspräferenz nach Bildungsstand (Kreuztabelle 4.4.6) lässt sich sagen, dass vier (19%) von 21 Befragten, die gerne ein Mädchen haben wollten, keinen Schulabschluss hatten, drei (16,7%) von 18 Befragten, die gerne ein Mädchen haben wollten, hatten einen Hauptschulabschluss. Mit acht (33,3%) von 24 Befragten, die den Schulabschluss der Sekundarstufe II oder höher hatten, hob sich diese Subgruppe von den anderen in der Präferenz für Mädchen hervor. Am

wenigsten Interesse für ein bestimmtes Geschlecht zeigten die Schwangeren mit dem Schulabschluss der Sekundarstufe I (72,7% von 22 Befragten).

Es fällt auf, dass die Schwangeren, die über 30 Jahre alt sind, eher einen Jungen als Erstgeborenen wünschen, als dies bei Frauen unter 26 Jahren der Fall ist. In Hinblick auf den Bildungsstand werden mehr Mädchen von Schwangeren mit einem höheren Abschluss als Erstgeborene präferiert. Jungen werden jedoch stets bevorzugt.

Kreuztabelle 4.4.5: Geschlechtspräferenz für das erstgeborene Kind nach medizinischen Zentren

Präferenz	A	B	C	D	E	Gesamt
Jungen	3	3	4	4	8	22
Kinder (%)	13,6	13,6	18,2	18,2	36,4	100,0
MZ (%)	33,3	15,8	28,6	25,0	29,6	25,9
Mädchen	0	6	1	3	7	17
Kinder (%)	,0	35,3	5,9	17,6	41,2	100,0
MZ (%)	,0	31,6	7,1	18,8	25,9	20,0
Keine Präferenz	6	10	9	9	12	46
Kinder (%)	13,0	21,7	19,6	19,6	26,1	100,0
MZ (%)	66,7	52,6	64,3	56,3	44,4	54,1
Gesamt	9	19	14	16	27	85
Kinder (%)	10,6	22,4	16,5	18,8	31,8	100,0
MZ (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

x²-Test nicht möglich (Zellunterbesetzungen)

Legende:

- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren

Kreuztabelle 4.4.6: Geschlechtspräferenz für das erstgeborene Kind nach Bildungsstand

Präferenz	Kein Abschluss	Hauptschule	Sekundar I	Sekundar II / Hochschule	Gesamt
Jungen	6	5	4	7	22
Kinder (%)	27,3	22,7	18,2	31,8	100,0
Bildung (%)	28,6	27,8	18,2	29,2	25,9
Mädchen	4	3	2	8	17
Kinder (%)	23,5	17,6	11,8	47,1	100,0
Bildung (%)	19,0	16,7	9,1	33,3	20,0
Keine Präferenz	11	10	16	9	46
Kinder (%)	23,9	21,7	34,8	19,6	100,0
Bildung (%)	52,4	55,6	72,7	37,5	54,1
Gesamt	21	18	22	24	85
Kinder (%)	24,7	21,2	25,9	28,2	100,0
Bildung (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

x²-Test nicht möglich (Zellunterbesetzungen)

Kreuztabelle 4.4.7: Geschlechtspräferenz für das erstgeborene Kind nach Alter

Präferenz	< 26 Jahre	26 – 30 Jahre	> 30 Jahre	Gesamt
Jungen	14	4	4	22
Kinder (%)	63,6	18,2	18,2	100,0
Alter (%)	21,9	33,3	44,4	25,9
Mädchen	14	2	1	17
Kinder (%)	82,4	11,8	5,9	100,0
Alter (%)	21,9	16,7	11,1	20,0
Keine Präferenz	36	6	4	46
Kinder (%)	78,3	13,0	8,7	100,0
Alter (%)	56,3	50,0	44,4	54,1
Gesamt	64	12	9	85
Kinder (%)	75,3	14,1	10,6	100,0
Alter (%)	100,0	100,0	100,0	100,0

x²-Test nicht möglich (Zellunterbesetzungen)

Vorstellung über die Idealverteilung der Geschlechter bei mehreren Kindern

(Frage 12: „Welche Geschlechterverteilung würden Sie bei mehr als einem Kind bevorzugen?“)

Auf diese Frage gaben 192 (63,8%) der 301 befragten Schwangeren an, keine Präferenz hinsichtlich der Idealverteilung der Geschlechter bei mehreren Kindern zu haben oder eine ausgewogene Verteilung der Geschlechter ihrer Kinder zu bevorzugen. 83 (27,6%) der Befragten wollten lieber mehr Jungen als Mädchen in ihrer Familie, 26 (8,6%) der Schwangeren gaben an, sich nur Jungen, nur Mädchen oder mehr Mädchen zu wünschen.

In der Unterteilung nach medizinischen Zentren (Kreuztabelle 4.4.8) zeigten die Befragten aus dem „Sher Shah Health Centre“ die höchste Präferenz für mehr Jungen (30,4% von 46), die niedrigste Präferenz mit 13 (22,4%) von 58 Befragten bestand in der Subgruppe „7th Day Adventist Hospital“. Ein hohes Interesse für die gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen oder keine Präferenz für Jungen und Mädchen zeigten die Befragten aus dem „Sobhraj Maternity Hospital“ (72,6% von 62 Teilnehmerinnen). Das wenigste Interesse im Vergleich zu den übrigen Subgruppen für die gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen oder keine Präferenz für Jungen und Mädchen zeigte die medizinische Einrichtung „Sher Shah Health Centre“ (47,8% von 46 Befragten).

Zur Präferenz nach Bildungsstand lässt sich sagen, dass 29 (29,3%) der 99 Befragten ohne Schulabschluss mehr Präferenz für mehr Jungen in der Familie zeigten, 21 (32,8%) von 64 Schwangeren mit einem Hauptschulabschluss zeigten ebenfalls eine Präferenz für mehr Jungen. 12 (21,1%) von 57 der befragten Schwangeren mit dem Schulabschluss der Sekundarstufe II oder höher zeigten ebenso eine Präferenz für mehr Jungen. Die niedrigste Präferenz für „nur Jungen, nur Mädchen oder mehr Mädchen“ mit einer (1,2%) von 81 Befragten hatte die Subgruppe mit dem Schulabschluss der Sekundarstufe I, die gleiche Subgruppe zeigte die höchste Präferenz mit 59 (72,8%) von 81 Befragten in der Kategorie „Gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen oder keine Präferenz“ (Kreuztabelle 4.4.10).

Bezogen auf die Präferenz bei bereits vorhandenen Kindern (Kreuztabelle 4.4.11), gaben neun (19,1%) von 47 Befragten mit gleicher Geschlechterverteilung unter den vorhandenen Kindern an, mehr Jungen zu bevorzugen, 26 (30,6%) von 85 Befragten

ohne Kinder wünschten sich mehr Jungen. 50 (58,8%) von 85 schwangeren Frauen, die kinderlos waren, zeigten im Vergleich mit den anderen Subgruppen die niedrigste Präferenz in der Kategorie „Gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen oder keine Präferenz“. Die höchste Präferenz in derselben Kategorie hatten Frauen mit einer gleichen Geschlechterverteilung der Kinder (70,2% von 47 Befragten).

Der Einfluss des Alters stellte sich wie folgt dar (Kreuztabelle 4.4.9): 29 (22,1%) von 131 Frauen unter 26 Jahren wollten mehr Jungen haben. 37 (37,8%) von 98 Befragten mit der Präferenz für mehr Jungen waren zwischen 26 und 30 Jahre alt, 17 (23,6%) von 72 Befragten mit dem Wunsch nach mehr Jungen waren über 30 Jahre alt. Die Zahl der Frauen, die sich für „nur Jungen, nur Mädchen oder mehr Mädchen“ interessierten, war in jeder Altersgruppe ähnlich niedrig (zwischen sieben und elf Prozent). Am wenigsten Interesse für die gleiche Anzahl von Jungen oder Mädchen oder keine Präferenz für ein Geschlecht zeigten Frauen zwischen 26 und 30 Jahren (55,1% von 98 Befragten), am meisten Interesse zeigten die übrigen Altersgruppen (65,3% bei Frauen, die über 30 Jahre alt waren und 69,5% bei Frauen im Alter von unter 26 Jahren).

Auch hier zeigt sich signifikant (Kreuztabelle 4.4.8), dass sich die schwangeren Frauen eher Jungen in der Familie wünschen, insbesondere ist das der Fall bei Schwangeren mit einem niedrigen sozioökonomischen Status und einem niedrigeren Bildungsstand. In der Abbildung 4.4.1 werden die Ergebnisse bezüglich der unterschiedlichen medizinischen Zentren zur besseren Übersicht in einem Säulendiagramm dargestellt.

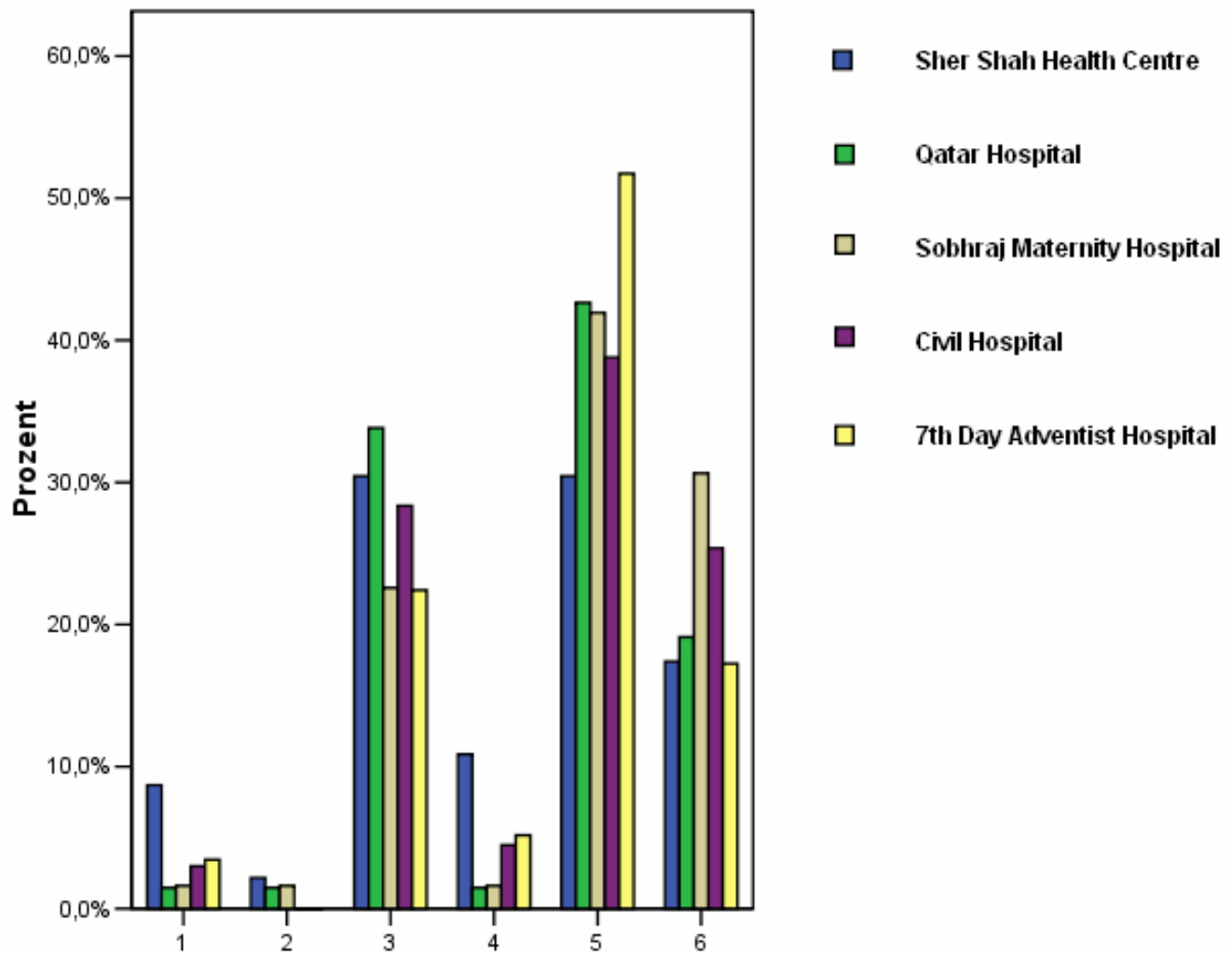


Abbildung 4.4.1: Vorstellung über die Idealverteilung der Geschlechter bei mehreren Kindern nach medizinischen Zentren (n= 301)

Legende:

- 1 = Nur Jungen
- 2 = Nur Mädchen
- 3 = Mehr Jungen als Mädchen
- 4 = Mehr Mädchen als Jungen
- 5 = Gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen
- 6 = Keine Präferenz

Kreuztabelle 4.4.8: Vorstellung über die Idealverteilung der Geschlechter bei mehreren Kindern nach medizinischen Zentren

Idealverteilung	A	B	C	D	E	Gesamt
1	14	23	14	19	13	83
Kinder (%)	16,9	27,7	16,9	22,9	15,7	100,0
MZ (%)	30,4	33,8	22,6	28,4	22,4	27,6
2	10	3	3	5	5	26
Kinder (%)	38,5	11,5	11,5	19,2	19,2	100,0
MZ (%)	21,7	4,4	4,8	7,5	8,6	8,6
3	22	42	45	43	40	192
Kinder (%)	11,5	21,9	23,4	22,4	20,8	100,0
MZ (%)	47,8	61,8	72,6	64,2	69,0	63,8
Gesamt	46	68	62	67	58	301
Kinder (%)	15,3	22,6	20,6	22,3	19,3	100,0
MZ (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=16,803$; $df=8$; $p=0,032$

Legende:

- 1 = Mehr Jungen
- 2 = Nur Jungen, nur Mädchen oder mehr Mädchen
- 3 = Gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen oder keine Präferenz
- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren

Kreuztabelle 4.4.9: Vorstellung über die Idealverteilung der Geschlechter bei mehreren Kindern nach Alter

Idealverteilung	< 26 Jahre	26 – 30 Jahre	> 30 Jahre	Gesamt
1	29	37	17	83
Kinder (%)	34,9	44,6	20,5	100,0
Alter (%)	22,1	37,8	23,6	27,6
2	11	7	8	26
Kinder (%)	42,3	26,9	30,8	100,0
Alter (%)	8,4	7,1	11,1	8,6
3	91	54	47	192
Kinder (%)	47,4	28,1	24,5	100,0
Alter (%)	69,5	55,1	65,3	63,8
Gesamt	131	98	72	301
Kinder (%)	43,5	32,6	23,9	100,0
Alter (%)	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=8,117$; $df=4$; $p=0,087$

Legende:

1 = Mehr Jungen

2 = Nur Jungen, nur Mädchen oder mehr Mädchen

3 = Gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen oder keine Präferenz

Kreuztabelle 4.4.10: Vorstellung über die Idealverteilung der Geschlechter bei mehreren Kindern nach Bildungsstand

Idealverteilung	Kein Abschluss	Hauptschule	Sekundar I	Sekundar II / Hochschule	Gesamt
1	29	21	21	12	83
Kinder (%)	34,9	25,3	25,3	14,5	100,0
Bildung (%)	29,3	32,8	25,9	21,1	27,6
2	13	7	1	5	26
Kinder (%)	50,0	26,9	3,8	19,2	100,0
Bildung (%)	13,1	10,9	1,2	8,8	8,6
3	57	36	59	40	192
Kinder (%)	29,7	18,8	30,7	20,8	100,0
Bildung (%)	57,6	56,3	72,8	70,2	63,8
Gesamt	99	64	81	57	301
Kinder (%)	32,9	21,3	26,9	18,9	100,0
Bildung (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=12,123$; $df=6$; $p=0,059$

Legende:

- 1 = Mehr Jungen
- 2 = Nur Jungen, nur Mädchen oder mehr Mädchen
- 3 = Gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen oder keine Präferenz

Kreuztabelle 4.4.11: Vorstellung über die Idealverteilung der Geschlechter bei mehreren Kindern nach Geschlecht früherer Kinder

Idealverteilung	Kinderlos	Mehr Jungen	Mehr Mädchen	Gleiche Verteilung	Gesamt
1	26	20	28	9	83
Kinder (%)	31,3	24,1	33,7	10,8	100,0
FK (%)	30,6	25,6	30,8	19,1	27,6
2	9	9	3	5	26
Kinder (%)	34,6	34,6	11,5	19,2	100,0
FK (%)	10,6	11,5	3,3	10,6	8,6
3	50	49	60	33	192
Kinder (%)	26,0	25,5	31,3	17,2	100,0
FK (%)	58,8	62,8	65,9	70,2	63,8
Gesamt	85	78	91	47	301
Kinder (%)	28,2	25,9	30,2	15,6	100,0
FK (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=6,999$; $df=6$; $p=0,321$

Legende:

- 1 = Mehr Jungen
- 2 = Nur Jungen, nur Mädchen oder mehr Mädchen
- 3 = Gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen oder keine Präferenz
- FK = Frühere Kinder

Vorstellung über die ideale Anzahl von Kindern in der Familie

(Frage 17: „Wie stellen Sie sich ihre Familie idealerweise vor?“)

Eine Mehrheit von 151 (50,2%) Schwangeren wünschte sich vier Kinder in der Familie, die zweithöchste Mehrheit, 78 (25,9%) Befragte, bevorzugte zwei Kinder und 32 (10,6%) Schwangere wollten gerne drei Kinder haben. 40 (13,3%) der 301 Befragten bevorzugten fünf oder mehr Kinder. Interessanterweise wollte keine einzige Schwangere nur ein Kind in der Familie haben. Mit 31% von 58 Befragten, die bis zu zwei Kinder präferierten, bildete die Subgruppe „7th Day Adventist Hospital“ die Mehrheit, am wenigsten Interesse zeigten die Frauen aus dem „Sher Shah Health Centre“ für zwei Kinder in der Familie (19,6% von 46 Teilnehmerinnen). Die kleinste Prozentzahl mit 8,6% von 58 Befragten ergab sich in der Subgruppe „7th Day Adventist Hospital“ beim Wunsch nach fünf oder mehr Kindern, am meisten Interesse für fünf oder mehr Kinder zeigten die Schwangeren aus dem „Sher Shah Health Centre“ mit 28,3% von 46 Befragten (Kreuztabelle 4.4.12).

In der Präferenz für die ideale Anzahl von Jungen und Mädchen nach medizinischen Zentren aufgeteilt, bevorzugten 18 von 58 (31%) der Schwangeren vom „7th Day Adventist Hospital“ bis zu einen Jungen, 32 (55,2%) wollten zwei Jungen, acht (13,8%) wollten drei oder mehr Jungen haben. 30 (51,7%) Frauen wünschten sich bis zu ein Mädchen, 25 (43,1%) wünschten sich zwei Mädchen, drei (5,2%) wollten mehr als drei Mädchen haben. Zehn (21,7%) der 46 befragten Frauen vom „Sher Shah Health Centre“ präferierten höchstens einen Jungen, 22 (47,8%) wünschten sich zwei Jungen, 14 (30,4%) wollten gerne drei oder mehr Jungen haben. 25 (54,3%) von 46 Frauen im gleichen Subkollektiv hatte ebenfalls den Wunsch, zwei Mädchen zu haben (Kreuztabellen 4.4.13 und 4.4.17).

In der Präferenz für die ideale Anzahl von Jungen und Mädchen nach Alter aufgeteilt wünschten sich 63 (48,1%) der 131 Schwangeren unter 26 Jahren zwei Jungen, in der Alterskategorie 26 bis 30 Jahren präferierten 59 (60,2%) von 98 Schwangeren zwei Jungen, bei den Frauen, die über 30 Jahre alt waren, waren es 46 (63,9%) von 72. 13,6% von den 72 Frauen, die über 30 Jahre alt waren, wollten bis zu einen Jungen haben, das höchste Interesse für bis zu einen Jungen zeigten Frauen unter 26 Jahren (36,6% von 131 Befragten). 62 (47,3%) von 131 Schwangeren, die unter 26 Jahre alt waren, präferierten bis zu ein Mädchen. Nur 27,8% von 72 Schwangeren, die sich bis zu ein Mädchen wünschten, waren über 30 Jahre alt. Die meisten Schwangeren in der gleichen Alterskategorie zeigten Interesse für zwei

Mädchen (56,9% von 72 Befragte). Im Vergleich zu den anderen Subgruppen hatten die älteren Frauen (15,3% von 72 Befragten) mehr Interesse für drei oder mehr Mädchen (Kreuztabellen 4.4.14 und 4.4.20).

Hinsichtlich der Schulbildung war es interessant zu beobachten, dass 28 (28,3%) der 99 Frauen ohne Schulabschluss den Wunsch für drei oder mehr Jungen äußerten und nur sechs (10,5%) von 57 Frauen mit einem Schulabschluss der Sekundarstufe II oder höher die gleiche Präferenz hatten. Eine niedrigere Präferenz für maximal einen Jungen zeigten die Schwangeren ohne Schulabschluss (19,2% von 99 Befragten). Im Vergleich wünschten sich Frauen mit einer höheren Schulbildung (Sekundarstufe I und höher) am meisten zwei Jungen (um die 60%). Ähnliche Verhältnisse zeigten sich in den Subgruppen in Bezug auf die Präferenz für drei oder mehr Mädchen: Zwölf (12,1%) von 99 Befragten ohne Schulabschluss bevorzugten drei oder mehr Mädchen, nur eine (1,8%) der 57 Schwangeren mit einem Abschluss der Sekundarstufe II oder höher wünschte sich drei oder mehr Mädchen. Die niedrigste Prozentzahl wies die Subgruppe ohne Schulabschluss hinsichtlich des Wunsches für bis zu ein Mädchen auf (32,3% von 99 Befragten), die meisten Teilnehmerinnen aus allen Bildungsgruppen bevorzugten zwei Mädchen (Kreuztabellen 4.4.15 und 4.4.18).

In Abhängigkeit von der vorhandenen Anzahl von Kindern zeigten die Schwangeren mit mehr Mädchen in der Familie eine hohe Präferenz für zwei Jungen (54,9% von 91 Befragten). Die gleiche Subgruppe zeigte das kleinste Interesse für drei oder mehr Jungen (13,2% von 91 Befragten). Auch bei den Frauen mit Kindern mit gleicher Geschlechterverteilung gab es weniger Interesse für eine höhere Anzahl von Jungen (14,9% von 47 Befragten). Erstaunlicherweise zeigten die Befragten, die schon mehr Jungen in der Familie hatten, auch am meisten Interesse für drei oder mehr Jungen (23,1% von 78 Befragten). Umgekehrt zeigte die gleiche Subgruppe im Vergleich auch am meisten Interesse für drei oder mehr Mädchen (12,8% von 78 Befragten). Am wenigsten Interesse für drei oder mehr Mädchen bestand bei den Frauen, die schon mehr Mädchen in der Familie hatten (3,3% von 91 Befragten). 29 (37,2%) von 78 Befragten mit mehr Jungen wünschten sich bis zu ein Mädchen. 23 (48,9%) von 47 Schwangeren mit gleicher Geschlechterverteilung der Kinder in der Familie gaben an, sich bis zu ein Mädchen zu wünschen (Kreuztabellen 4.4.16 und 4.4.19).

Es wird deutlich (die Kreuztabellen 4.4.14, 4.4.15 und 4.4.20 sind signifikant), dass die Frauen tendenziell eine große Anzahl von Kindern haben möchten, wobei der sozioökonomische Status und das höhere Alter einen Einfluss zu haben scheinen. In der Abbildung 4.4.2 werden die Ergebnisse aus den Kreuztabellen zur besseren Illustrierung mit einer differenzierteren Verteilung der Kategorien bezüglich der Anzahl von Kindern dargestellt.

Kreuztabelle 4.4.12: Vorstellung über die ideale Anzahl von Kindern in der Familie nach medizinischen Zentren

Anzahl von Kindern	A	B	C	D	E	Gesamt
2	9	18	14	19	18	78
Kinder (%)	11,5	23,1	17,9	24,4	23,1	100,0
MZ (%)	19,6	26,5	22,6	28,4	31,0	25,9
3	5	6	5	7	9	32
Kinder (%)	15,6	18,8	15,6	21,9	28,1	100,0
MZ (%)	10,9	8,8	8,1	10,4	15,5	10,6
4	19	37	36	33	26	151
Kinder (%)	12,6	24,5	23,8	21,9	17,2	100,0
MZ (%)	41,3	54,4	58,1	49,3	44,8	50,2
5 und mehr	13	7	7	8	5	40
Kinder (%)	32,5	17,5	17,5	20,0	12,5	100,0
MZ (%)	28,3	10,3	11,3	11,9	8,6	13,3
Gesamt	46	68	62	67	58	301
Kinder (%)	15,3%	22,6	20,6	22,3	19,3	100,0
MZ (%)	100,0%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=15,154$; $df=12$; $p=0,233$

Legende:

- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren

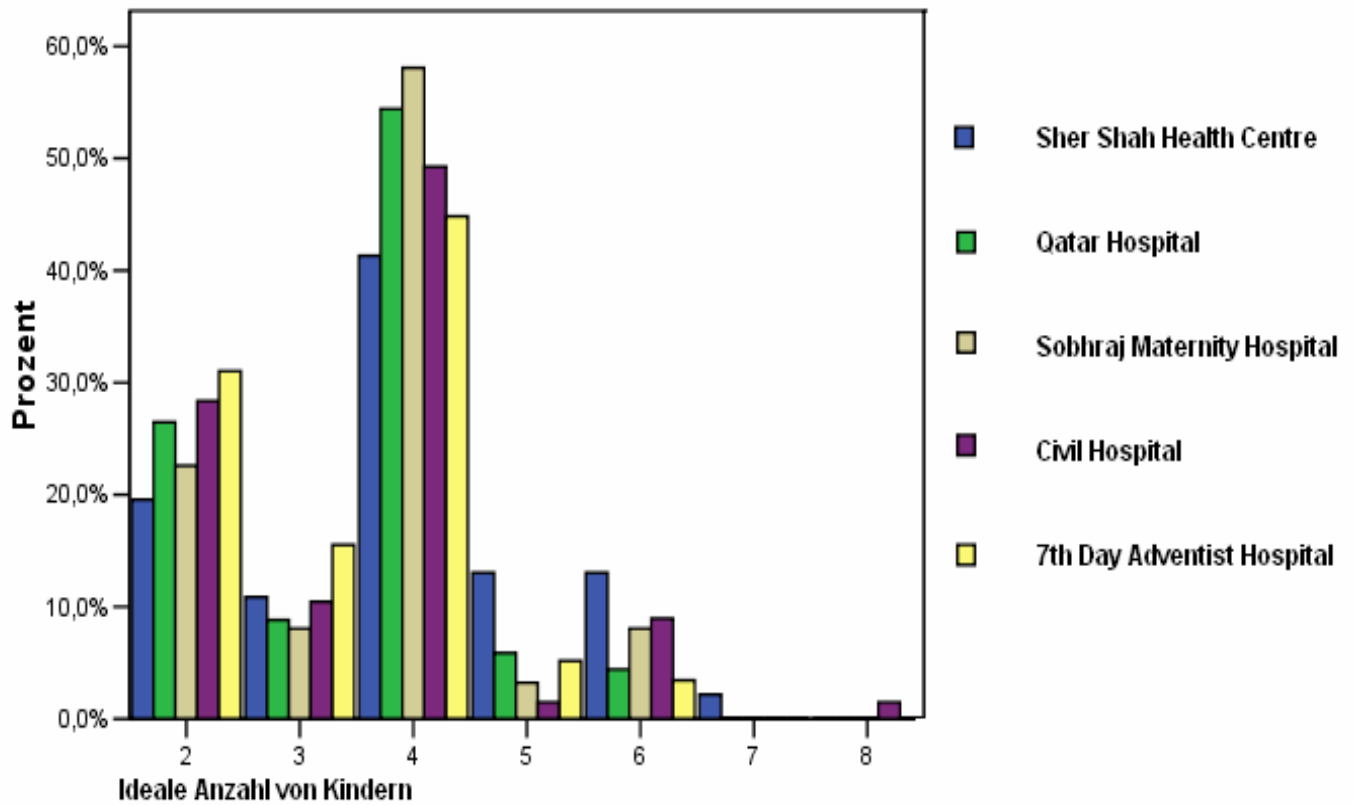


Abbildung 4.4.2: Vorstellung über die ideale Anzahl von Kindern in der Familie nach medizinischen Zentren (n=301)

Kreuztabelle 4.4.13: Vorstellung über die ideale Anzahl von Jungen in der Familie nach medizinischen Zentren

Anzahl von Jungen	A	B	C	D	E	Gesamt
0 - 1	10	18	12	20	18	78
Jungen (%)	12,8	23,1	15,4	25,6	23,1	100,0
MZ (%)	21,7	26,5	19,4	29,9	31,0	25,9
2	22	40	41	33	32	168
Jungen (%)	13,1	23,8	24,4	19,6	19,0	100,0
MZ (%)	47,8	58,8	66,1	49,3	55,2	55,8
3 und mehr	14	10	9	14	8	55
Jungen (%)	25,5	18,2	16,4	25,5	14,5	100,0
MZ (%)	30,4	14,7	14,5	20,9	13,8	18,3
Gesamt	46	68	62	67	58	301
Jungen (%)	15,3%	22,6	20,6	22,3	19,3	100,0
MZ (%)	100,0%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=10,239$; $df=8$; $p=0,249$

Legende:

- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren

Kreuztabelle 4.4.14: Vorstellung über die ideale Anzahl von Jungen in der Familie nach Alter

Anzahl von Jungen	< 26 Jahre	26 – 30 Jahre	> 30 Jahre	Gesamt
0 - 1	48	20	10	78
Jungen (%)	61,5	25,6	12,8	100,0
Alter (%)	36,6	20,4	13,9	25,9
2	63	59	46	168
Jungen (%)	37,5	35,1	27,4	100,0
Alter (%)	48,1	60,2	63,9	55,8
3 und mehr	20	19	16	55
Jungen (%)	36,4	34,5	29,1	100,0
Alter (%)	15,3	19,4	22,2	18,3
Gesamt	131	98	72	301
Jungen (%)	43,5	32,6	23,9	100,0
Alter (%)	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=14,890$; $df=4$; $p<0,005$

Kreuztabelle 4.4.15: Vorstellung über die ideale Anzahl von Jungen in der Familie nach Bildungsstand

Anzahl von Jungen	Kein Abschluss	Hauptschule	Sekundar I	Sekundar II / Hochschule	Gesamt
0 - 1	19	20	23	16	78
Jungen (%)	24,4	25,6	29,5	20,5	100,0
Bildung (%)	19,2	31,3	28,4	28,1	25,9
2	52	30	51	35	168
Jungen (%)	31,0	17,9	30,4	20,8	100,0
Bildung (%)	52,5	46,9	63,0	61,4	55,8
3 und mehr	28	14	7	6	55
Jungen (%)	50,9	25,5	12,7	10,9	100,0
Bildung (%)	28,3	21,9	8,6	10,5	18,3
Gesamt	99	64	81	57	301
Jungen (%)	32,9	21,3	26,9	18,9	100,0
Bildung (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=16,760$; $df=6$; $p=0,010$

Kreuztabelle 4.4.16: Vorstellung über die ideale Anzahl von Jungen in der Familie nach Geschlecht früherer Kinder

Anzahl von Jungen	Kinderlos	Mehr Jungen	Mehr Mädchen	Gleiche Verteilung	Gesamt
0 - 1	23	16	26	13	78
Jungen (%)	29,5	20,5	33,3	16,7	100,0
FK (%)	27,1	20,5	28,6	27,7	25,9
2	44	44	53	27	168
Jungen (%)	26,2	26,2	31,5	16,1	100,0
FK (%)	51,8	56,4	58,2	57,4	55,8
3 und mehr	18	18	12	7	55
Jungen (%)	32,7	32,7	21,8	12,7	100,0
FK (%)	21,2	23,1	13,2	14,9	18,3
Gesamt	85	78	91	47	301
Jungen (%)	28,2	25,9	30,2	15,6	100,0
FK (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=4,557$; $df=6$; $p=0,602$

Legende:

FK = Frühere Kinder

Kreuztabelle 4.4.17: Vorstellung über die ideale Anzahl von Mädchen in der Familie nach medizinischen Zentren

Anzahl von Mädchen	A	B	C	D	E	Gesamt
0 - 1	14	27	22	32	30	125
Mädchen (%)	11,2	21,6	17,6	25,6	24,0	100,0
MZ (%)	30,4	39,7	35,5	47,8	51,7	41,5
2	25	38	34	31	25	153
Mädchen (%)	16,3	24,8	22,2	20,3	16,3	100,0
MZ (%)	54,3	55,9	54,8	46,3	43,1	50,8
3 und mehr	7	3	6	4	3	23
Mädchen (%)	30,4	13,0	26,1	17,4	13,0	100,0
MZ (%)	15,2	4,4	9,7	6,0	5,2	7,6
Gesamt	46	68	62	67	58	301
Mädchen (%)	15,3	22,6	20,6	22,3	19,3	100,0
MZ (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=11,074$; $df=8$; $p=0,198$

Legende:

- A = "Sher Shah Health Centre"
- B = "Qatar Hospital"
- C = "Sobhraj Maternity Hospital"
- D = "Civil Hospital"
- E = "7th Day Adventist Hospital"
- MZ = Medizinische Zentren

Kreuztabelle 4.4.18: Vorstellung über die ideale Anzahl von Mädchen in der Familie nach Bildungsstand

Anzahl von Mädchen	Kein Abschluss	Hauptschule	Sekundar I	Sekundar II / Hochschule	Gesamt
0 - 1	32	30	37	26	125
Mädchen (%)	25,6	24,0	29,6	20,8	100,0
Bildung (%)	32,3	46,9	45,7	45,6	41,5
2	55	27	41	30	153
Mädchen (%)	35,9	17,6	26,8	19,6	100,0
Bildung (%)	55,6	42,2	50,6	52,6	50,8
3 und mehr	12	7	3	1	23
Mädchen (%)	52,2	30,4	13,0	4,3	100,0
Bildung (%)	12,1	10,9	3,7	1,8	7,6
Gesamt	99	64	81	57	301
Mädchen (%)	32,9	21,3	26,9	18,9	100,0
Bildung (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=12,177$; $df=6$; $p=0,058$

Kreuztabelle 4.4.19: Vorstellung über die ideale Anzahl von Mädchen in der Familie nach Geschlecht früherer Kinder

Anzahl von Mädchen	Kinderlos	Mehr Jungen	Mehr Mädchen	Gleiche Verteilung	Gesamt
0 - 1	35	29	38	23	125
Mädchen (%)	28,0	23,2	30,4	18,4	100,0
FK (%)	41,2	37,2	41,8	48,9	41,5
2	43	39	50	21	153
Mädchen (%)	28,1	25,5	32,7	13,7	100,0
FK (%)	50,6	50,0	54,9	44,7	50,8
3 und mehr	7	10	3	3	23
Mädchen (%)	30,4	43,5	13,0	13,0	100,0
FK (%)	8,2	12,8	3,3	6,4	7,6
Gesamt	85	78	91	47	301
Mädchen (%)	28,2	25,9	30,2	15,6	100,0
FK (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=6,767$; $df=6$; $p=0,343$

Legende:

FK = Frühere Kinder

Kreuztabelle 4.4.20: Vorstellung über die ideale Anzahl von Mädchen in der Familie nach Alter

Anzahl von Mädchen	< 26 Jahre	26 – 30 Jahre	> 30 Jahre	Gesamt
0 - 1	62	43	20	125
Mädchen (%)	49,6	34,4	16,0	100,0
Alter (%)	47,3	43,9	27,8	41,5
2	62	50	41	153
Mädchen (%)	40,5	32,7	26,8	100,0
Alter (%)	47,3	51,0	56,9	50,8
3 und mehr	7	5	11	23
Mädchen (%)	30,4	21,7	47,8	100,0
Alter (%)	5,3	5,1	15,3	7,6
Gesamt	131	98	72	301
Mädchen (%)	43,5	32,6	23,9	100,0
Alter (%)	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=12,543$; $df=4$; $p=0,014$

4.5 Der Wunsch nach Präkonzeptioneller Geschlechtswahl

Die präkonzeptionelle Geschlechtswahl

(Frage 13: „In naher Zukunft wird es technisch möglich sein, dass sich Eltern das Geschlecht ihrer Kinder aussuchen können. Paare, die hieran Interesse haben, müssten allerdings einige Anstrengungen auf sich nehmen. So müssten sie etwa in ein Zentrum für Reproduktionsmedizin gehen, der Mann müsste seine Spermienzellen filtern lassen und die Frau müsste sich die ausgewählten Spermienzellen anschließend in die Gebärmutter einbringen lassen. Im Durchschnitt müssten die zukünftigen Eltern mit fünf solcher Behandlungen rechnen, da nicht jede künstliche Spermienübertragung zu einer Schwangerschaft führt. Jede dieser Behandlungen würde etwa 2000\$ kosten. Könnten Sie sich vorstellen, von einer solchen Möglichkeit Gebrauch zu machen oder käme das für Sie nicht in Frage?“)

6,3% der Schwangeren aus dem Gesamtkollektiv waren für den Gebrauch der Möglichkeit der präkonzeptionellen Geschlechtswahl, 76,1% dagegen und 17,6% waren sich nicht sicher, von der Methode Gebrauch machen zu wollen.

Die Unterteilung nach medizinischen Zentren ergab, dass sich 27% der 58 Befragten im „7th Day Adventist Hospital“ für den Einsatz von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl interessierten. Keine der 46 befragten Schwangeren aus dem „Sher Shah Health Centre“ und keine der 62 Befragten aus dem „Sobhraj Maternity Hospital“ wollte von der Möglichkeit der präkonzeptionellen Geschlechtswahl Gebrauch machen. Eine (1,5%) Befragte aus dem „Qatar Hospital“ interessierte sich für den Einsatz der präkonzeptionellen Geschlechtswahl. Im „Civil Hospital“ gab es zwei (3%) interessierte Schwangere. 91,3% von 46 Befragten des „Sher Shah Health Centre“ behaupteten, sie würden keinen Gebrauch von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl machen, 8,7% waren unentschieden. Im „7th Day Adventist Hospital“ waren 56,9% der Schwangeren an einer präkonzeptionellen Geschlechtswahl nicht interessiert, 15,52% waren unentschieden. 84,21% der 19 Befragten, die sich für den Gebrauch der präkonzeptionellen Geschlechtswahl interessierten, gehörten dem Kollektiv des „7th Day Adventist Hospital“ an (Kreuztabelle 4.5.1).

Der Einfluss der Bildung stellte sich wie folgt dar (Kreuztabelle 4.5.2): 13 von 57 Schwangeren (22,8%) mit einem Schulabschluss der Sekundarstufe II oder höher hatten Interesse an einer präkonzeptionellen Geschlechtswahl. Nur eine von 99

(1,0%) Schwangeren ohne Schulabschluss interessierte sich für den Gebrauch von einer präkonzeptionellen Geschlechtswahl. Keine der Schwangeren mit einem Hauptschulabschluss zeigte Interesse für ein solches Verfahren. 37 (64,9%) der 57 Schwangeren mit einem Schulabschluss der Sekundarstufe II oder höher hatten kein Interesse am Gebrauch von einer präkonzeptionellen Geschlechtswahl, 78 (78,8%) von 99 Schwangeren ohne Schulabschluss zeigten ebenso kein Interesse für das Verfahren. Im Vergleich untereinander waren die wenigsten Frauen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II oder höher unschlüssig, von dem Verfahren Gebrauch zu machen (12,3% von 57 Befragten), die meisten Interessierten hatten einen Hauptschulabschluss (21,9% von 64 Befragten).

Das Interesse am Gebrauch von einer präkonzeptionellen Geschlechtswahl zeigte wenig Differenzen im Altersunterschied: 102 (77,9%) von 131 Befragten, die unter 26 Jahre alt waren, zeigten kein Interesse für das Verfahren. 53 (73,6%) von 72 Schwangeren, die über 30 Jahre alt waren, zeigten ebenfalls kein Interesse. 74 (75,5%) von den Frauen, die kein Interesse hatten, waren zwischen 26 und 30 Jahre alt (Kreuztabelle 4.5.4).

Schlüsselt man das Interesse am Gebrauch von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl nach dem Geschlecht der bereits geborenen Kindern auf, so ergibt sich das folgende Bild (Kreuztabelle 4.5.3): 28 (59,6%) der 47 befragten Frauen, die keinen Gebrauch von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl machen würden, hatten eine gleiche Geschlechterverteilung ihrer Kinder, 68 (80%) der Befragten mit der gleichen Meinung waren kinderlos. Keine der Frauen mit mehr Jungen konnte sich einen Gebrauch von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl vorstellen, nur zwei von 85 befragten kinderlosen Schwangeren hatten Interesse für ein solches Verfahren. 19 (24,4%) von 78 Frauen mit mehr Jungen in der Familie waren unschlüssig, von dem Verfahren Gebrauch zu machen und zeigten im Vergleich mit den anderen Subgruppen die höchsten Werte.

Auch hier ist, abhängig von dem sozioökonomischen Status und dem Bildungsstand, der Trend erkennbar, dass Schwangere aus einer höheren Bildungsschicht und einem höheren Schulabschluss, eher am Gebrauch von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken interessiert sind, als Schwangere aus der Unterschicht und einem niedrigeren Bildungsniveau (die Kreuztabellen 4.5.2 und 4.5.3 sind signifikant).

In den Abbildungen 4.5.1 und 4.5.2 werden die Ergebnisse aus den Kreuztabellen 4.5.1 und 4.5.2 zur besseren Illustrierung dargestellt.

Kreuztabelle 4.5.1: Gebrauch von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl nach medizinischen Zentren

Gebrauch der Methode	A	B	C	D	E	Gesamt
1	0	1	0	2	16	19
GW (%)	,0	5,3	,0	10,5	84,2	100,0
MZ (%)	,0	1,5	,0	3,0	27,6	6,3
2	42	59	44	51	33	229
GW (%)	18,3	25,8	19,2	22,3	14,4	100,0
MZ (%)	91,3	86,8	71,0	76,1	56,9	76,1
3	4	8	18	14	9	53
GW (%)	7,5	15,1	34,0	26,4	17,0	100,0
MZ (%)	8,7	11,8	29,0	20,9	15,5	17,6
Gesamt	46	68	62	67	58	301
GW (%)	15,3	22,6	20,6	22,3	19,3	100,0
MZ (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

x²-Test nicht möglich (Zellunterbesetzungen)

Legende:

- 1 = Würden Gebrauch machen
- 2 = Würden keinen Gebrauch machen
- 3 = Sind unentschieden
- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren
- GW = Geschlechtswahl

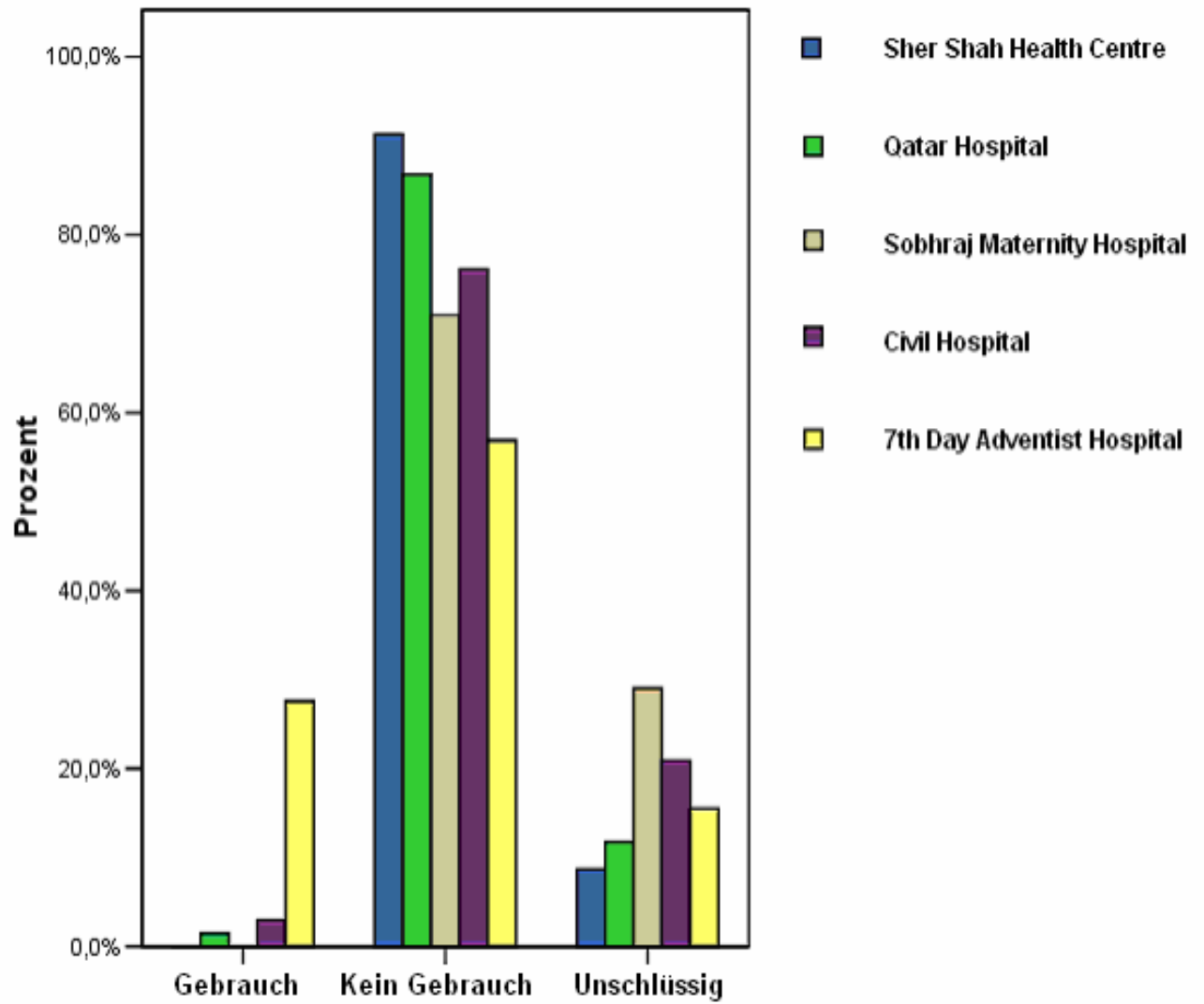


Abbildung 4.5.1: Gebrauch von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl nach medizinischen Zentren (n=301)

Kreuztabelle 4.5.2: Gebrauch von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl nach Bildungsstand

Gebrauch der Methode	Kein Abschluss	Hauptschule	Sekundar I	Sekundar II / Hochschule	Gesamt
1	1	0	5	13	19
GW (%)	5,3	,0	26,3	68,4	100,0
Bildung (%)	1,0	,0	6,2	22,8	6,3
2	78	50	64	37	229
GW (%)	34,1	21,8	27,9	16,2	100,0
Bildung (%)	78,8	78,1	79,0	64,9	76,1
3	20	14	12	7	53
GW (%)	37,7	26,4	22,6	13,2	100,0
Bildung (%)	20,2	21,9	14,8	12,3	17,6
Gesamt	99	64	81	57	301
GW (%)	32,9	21,3	26,9	18,9	100,0
Bildung (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=36,494$; $df=6$; $p<0,001$

Legende:

- 1 = Würden Gebrauch machen
- 2 = Würden keinen Gebrauch machen
- 3 = Sind unschlüssig
- GW = Geschlechtswahl

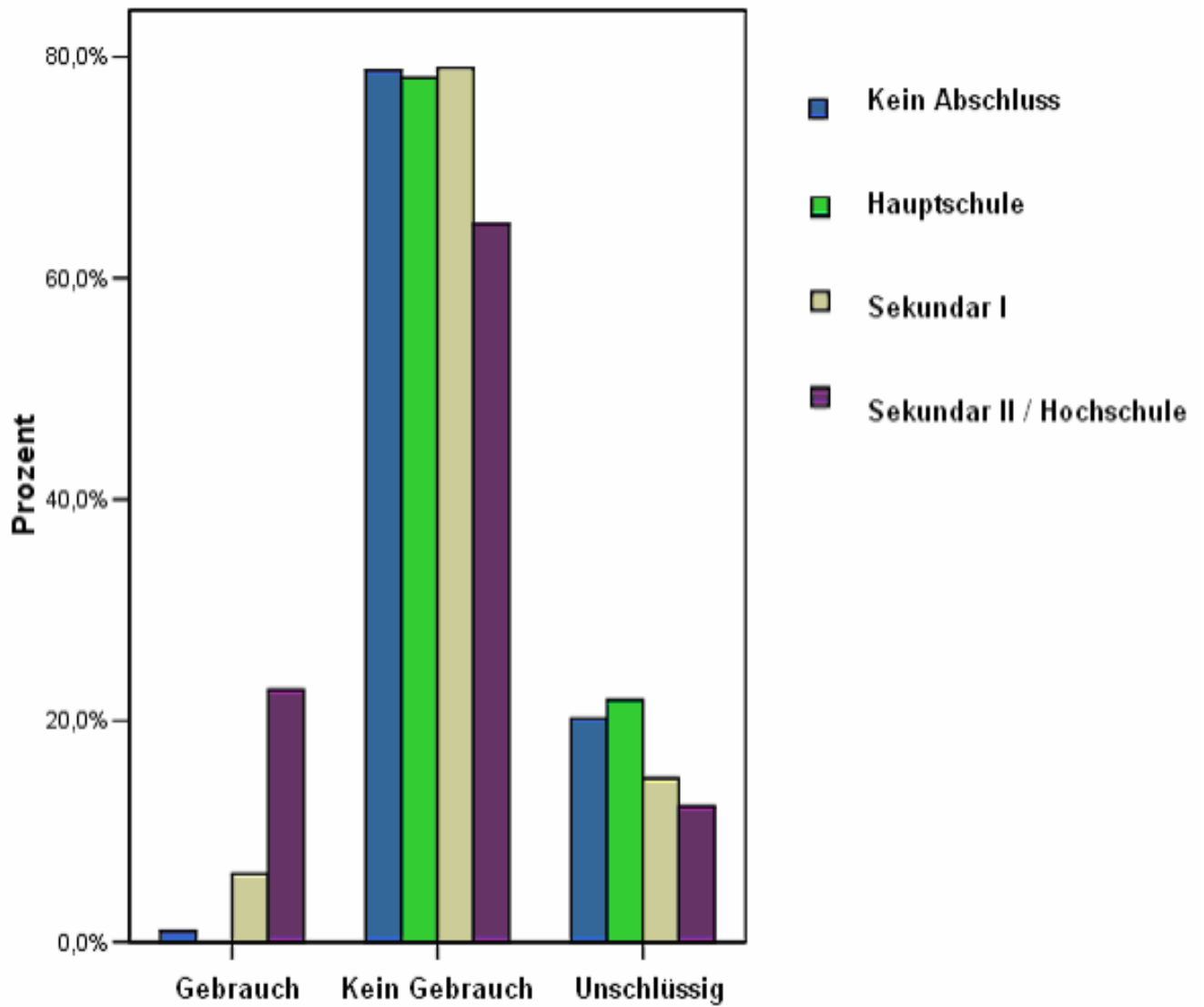


Abbildung 4.5.2: Gebrauch von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl nach Bildungsstand (n=301)

Kreuztabelle 4.5.3: Gebrauch von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl nach Geschlecht früherer Kinder

Gebrauch der Methode	Kinderlos	Mehr Jungen	Mehr Mädchen	Gleiche Verteilung	Gesamt
1	2	0	5	12	19
GW (%)	10,5	,0	26,3	63,2	100,0
FK (%)	2,4	,0	5,5	25,5	6,3
2	68	59	74	28	229
GW (%)	29,7	25,8	32,3	12,2	100,0
FK (%)	80,0	75,6	81,3	59,6	76,1
3	15	19	12	7	53
GW (%)	28,3	35,8	22,6	13,2	100,0
FK (%)	17,6	24,4	13,2	14,9	17,6
Gesamt	85	78	91	47	301
GW (%)	28,2	25,9	30,2	15,6	100,0
FK (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=40,046$; $df=6$; $p<0,001$

Legende:

- 1 = Würden Gebrauch machen
- 2 = Würden keinen Gebrauch machen
- 3 = Sind unschlüssig
- GW = Geschlechtswahl
- FK = Frühere Kinder

Kreuztabelle 4.5.4: Gebrauch von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl
nach Alter

Gebrauch der Methode	< 26 Jahre	26 – 30 Jahre	> 30 Jahre	Gesamt
1	8	6	5	19
GW (%)	42,1	31,6	26,3	100,0
Alter (%)	6,1	6,1	6,9	6,3
2	102	74	53	229
GW (%)	44,5	32,3	23,1	100,0
Alter (%)	77,9	75,5	73,6	76,1
3	21	18	14	53
GW (%)	39,6	34,0	26,4	100,0
Alter (%)	16,0	18,4	19,4	17,6
Gesamt	131	98	72	301
GW (%)	43,5	32,6	23,9	100,0
Alter (%)	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=0,532$; $df=4$; $p=0,970$

Legende:

- 1 = Würden Gebrauch machen
- 2 = Würden keinen Gebrauch machen
- 3 = Sind unentschieden
- GW = Geschlechtswahl

Präkonzeptionelle Geschlechtswahl ohne finanziellen und wenig zeitlichen Aufwand

(Frage 14: „ Würden Sie von der beschriebenen Möglichkeit der Geschlechtswahl Gebrauch machen, wenn sie nur eine einzige Behandlung erforderte, bei jedem Frauenarzt durchgeführt werden könnte und kostenlos wäre?“)

18,3% der insgesamt 301 befragten Teilnehmerinnen waren unter den neuen Konditionen an einem Gebrauch der Möglichkeit der präkonzeptionellen Geschlechtswahl interessiert, 57,8% dagegen und 23,9% waren sich nicht sicher, von der Methode Gebrauch machen zu wollen.

In der Aufteilung nach medizinischen Zentren gaben 32,8% der 58 Befragten im „7th Day Adventist Hospital“ an, den Einsatz von der präkonzeptionellen Geschlechtswahl unter den besagten Konditionen in Erwägung zu ziehen, 29 (50%) waren nach wie vor gegen den Gebrauch der Möglichkeit der präkonzeptionellen Geschlechtswahl und zehn (17,2%) der Befragten waren unschlüssig. 13% der 46 Schwangeren aus dem „Sher Shah Health Centre“ waren nun am Gebrauch der Möglichkeit der präkonzeptionellen Geschlechtswahl interessiert, 63% waren dagegen und 23,9% waren unschlüssig (Kreuztabelle 4.5.5).

Der Einfluss der Bildung stellte sich wie folgt dar (Kreuztabelle 4.5.6): 15 (26,3%) der 57 Befragten mit einem Schulabschluss der Sekundarstufe II oder höher konnten sich einen Gebrauch von einer präkonzeptionellen Geschlechtswahl vorstellen, 15 (15,2%) der 99 Befragten ohne Schulabschluss teilten dieselbe Meinung. Frauen mit einem Hauptschulabschluss hatten ebenfalls wenig Interesse für ein solches Verfahren (14,1% von 64 Befragten), ebenso die Befragten mit einem Sekundarabschluss I (19,8% von 81 Beteiligten). Am meisten unschlüssig bezüglich eines Gebrauchs eines solchen Verfahrens waren die Frauen mit einem Hauptschulabschluss (31,3% von 64 Befragten), gefolgt von den Frauen ohne einen Schulabschluss (26,3% von 99 Befragten).

Trotz vereinfachten Konditionen für eine präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken mit weniger Aufwand zeigt die Mehrzahl der Befragten wenig Interesse an einem Einsatz eines solchen Verfahrens. Nach wie vor kommt die Mehrheit der interessierten Schwangeren aus einer höheren sozioökonomischen Schicht bzw. hat einen höheren Bildungsstand (Kreuztabelle 4.5.5 ist signifikant).

Kreuztabelle 4.5.5: Präkonzeptionelle Geschlechtswahl ohne finanziellen und wenig zeitlichen Aufwand nach medizinischen Zentren

Mit wenig Aufwand	A	B	C	D	E	Gesamt
1	6	12	8	10	19	55
GW (%)	10,9	21,8	14,5	18,2	34,5	100,0
MZ (%)	13,0	17,6	12,9	14,9	32,8	18,3
2	29	44	31	41	29	174
GW (%)	16,7	25,3	17,8	23,6	16,7	100,0
MZ (%)	63,0	64,7	50,0	61,2	50,0	57,8
3	11	12	23	16	10	72
GW (%)	15,3	16,7	31,9	22,2	13,9	100,0
MZ (%)	23,9	17,6	37,1	23,9	17,2	23,9
Gesamt	46	68	62	67	58	301
GW (%)	15,3	22,6	20,6	22,3	19,3	100,0
MZ (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=17,63$; $df=8$; $p=0,024$

Legende:

- 1 = Würden Gebrauch machen
- 2 = Würden keinen Gebrauch machen
- 3 = Sind unentschieden
- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren
- GW = Geschlechtswahl

Kreuztabelle 4.5.6: Präkonzeptionelle Geschlechtswahl ohne finanziellen und wenig zeitlichen Aufwand nach Bildungsstand

Mit wenig Aufwand	Kein Abschluss	Hauptschule	Sekundar I	Sekundar II / Hochschule	Gesamt
1	15	9	16	15	55
GW (%)	27,3	16,4	29,1	27,3	100,0
Bildung (%)	15,2	14,1	19,8	26,3	18,3
2	58	35	49	32	174
GW (%)	33,3	20,1	28,2	18,4	100,0
Bildung (%)	58,6	54,7	60,5	56,1	57,8
3	26	20	16	10	72
GW (%)	36,1	27,8	22,2	13,9	100,0
Bildung (%)	26,3	31,3	19,8	17,5	23,9
Gesamt	99	64	81	57	301
GW (%)	32,9	21,3	26,9	18,9	100,0
Bildung (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=6,732$; $df=6$; $p=0,346$

Legende:

- 1 = Würden Gebrauch machen
- 2 = Würden keinen Gebrauch machen
- 3 = Sind unschlüssig
- GW = Geschlechtswahl

Präkonzeptionelle Geschlechtswahl mit Hilfe von einer Pille

(Frage 15: „Angenommen, es gäbe ein Medikament, mit dem man das Geschlecht seiner Kinder selbst bestimmen könnte. Statt in eine Klinik zu gehen, müssten Sie vor dem Geschlechtsverkehr lediglich eine rosa Pille einnehmen, um ein Mädchen zu bekommen oder eine blaue Pille einnehmen, um einen Jungen zu bekommen. Würden Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch machen oder nicht?“)

21,6% von 301 schwangeren Frauen waren an der präkonzeptionellen Geschlechtswahl mit Hilfe von einer Pille interessiert, 53,8% dagegen und 24,3% waren unschlüssig.

Zur präkonzeptionellen Geschlechtswahl mit Hilfe von einer Pille nach medizinischen Zentren unterteilt lässt sich sagen, dass nach wie vor die Mehrzahl mit 19 (32,8%) von 58 interessierten Frauen aus der Subgruppe „7th Day Adventist Hospital“ stammt. Das wenigste Interesse an der präkonzeptionellen Geschlechtswahl mit Hilfe von einer Pille zeigten Schwangere aus „Civil Hospital“ mit sieben (10,4%) von 67 Beteiligten. Die Mehrheit der Unschlüssigen mit 14 (30,4%) von 46 Beteiligten kam aus dem „Sher Shah Health Centre“. Mit neun (15,5%) von 58 Frauen aus dem „7th Day Adventist Hospital“ waren Frauen dieser Subgruppe am wenigsten unschlüssig (Kreuztabelle 4.5.7).

Bezogen auf den Einfluss des Alters (Kreuztabelle 4.5.8) kann Folgendes gesagt werden: Zehn (15,6%) von 64 Schwangeren mit einem Hauptschulabschluss und 21 (21,2%) von 99 Schwangeren ohne Schulabschluss, interessierten sich für den Einsatz des Verfahrens. 13 (22,8%) der 57 Befragten mit dem Abschluss der Sekundarstufe II oder höher zeigten ebenfalls Interesse für dieses Verfahren. Die wenigsten Frauen mit dem Schulabschluss der Sekundarstufe II oder höher waren unschlüssig, von dem Verfahren Gebrauch zu machen (19,3% von 57 Befragten). Die meisten unschlüssigen Frauen hatten einen Hauptschulabschluss (29,7% von 64 Befragten).

Kreuztabelle 4.5.7: Präkonzeptionelle Geschlechtswahl mit Hilfe von einer Pille nach medizinischen Zentren

Mit Pille	A	B	C	D	E	Gesamt
1	10	18	11	7	19	65
GW (%)	15,4	27,7	16,9	10,8	29,2	100,0
MZ (%)	21,7	26,5	17,7	10,4	32,8	21,6
2	22	38	33	40	30	163
GW (%)	13,5	23,3	20,2	24,5	18,4	100,0
MZ (%)	47,8	55,9	53,2	59,7	51,7	54,2
3	14	12	18	20	9	73
GW (%)	19,2	16,4	24,7	27,4	12,3	100,0
MZ (%)	30,4	17,6	29,0	29,9	15,5	24,3
Gesamt	46	68	62	67	58	301
GW (%)	15,3	22,6	20,6	22,3	19,3	100,0
MZ (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=14,43$; $df=8$; $p=0,071$

Legende:

- 1 = Würden Gebrauch machen
- 2 = Würden keinen Gebrauch machen
- 3 = Sind unentschieden
- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren
- GW = Geschlechtswahl

Kreuztabelle 4.5.8: Präkonzeptionelle Geschlechtswahl mit Hilfe von einer Pille nach Bildungsstand

Mit Pille	Kein Abschluss	Hauptschule	Sekundar I	Sekundar II / Hochschule	Gesamt
1	21	10	21	13	65
GW (%)	32,3	15,4	32,3	20,0	100,0
Bildung (%)	21,2	15,6	25,9	22,8	21,6
2	52	35	43	33	163
GW (%)	31,9	21,5	26,4	20,2	100,0
Bildung (%)	52,5	54,7	53,1	57,9	54,2
3	26	19	17	11	73
GW (%)	35,6	26,0	23,3	15,1	100,0
Bildung (%)	26,3	29,7	21,0	19,3	24,3
Gesamt	99	64	81	57	301
GW (%)	32,9	21,3	26,9	18,9	100,0
Bildung (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=3,899$; $df=6$; $p=0,690$

Legende:

- 1 = Würden Gebrauch machen
- 2 = Würden keinen Gebrauch machen
- 3 = Sind unentschieden
- GW = Geschlechtswahl

Über die Legalität der präkonzeptionellen Geschlechtswahl

(Frage 16: "Sollte es ihrer Ansicht nach erlaubt oder verboten sein, dass sich Eltern das Geschlecht ihrer Kinder aussuchen können?")

27,2% der 301 befragten schwangeren Frauen waren für die Legalität der präkonzeptionellen Geschlechtswahl, 48,8% dagegen und 23,9% der Befragten waren unentschieden.

Der Einfluss der medizinischen Zentren stellte sich wie folgt dar (Kreuztabelle 4.5.9): Mit 22 (37,9%) von 58 Befragten aus dem „7th Day Adventist Hospital“ bildete diese Subgruppe die Mehrheit, die sich für die Legalität der präkonzeptionellen Geschlechtswahl entschied. Am wenigsten sprachen sich die Frauen aus dem „Civil Hospital“ für die Legalität aus (20,9% von 67 Befragten). 37 (59,7%) von 62 Frauen aus dem „Sobhraj Maternity Hospital“ waren gegen eine Legalität dieses Verfahrens. Nur 17 (37%) von 46 der Frauen aus dem „Sher Shah Health Centre“ waren dagegen. 34,8% aus der gleichen Subgruppe waren unentschieden bezüglich der Legalität des Verfahrens.

Hinsichtlich der Meinung zur Legalität nach Bildungsstand lässt sich sagen, dass 19 (33,3%) von 57 Teilnehmerinnen mit einem Schulabschluss der Sekundarstufe II oder höher sagten, dass dieses Verfahren legal sein sollte, 13 (20,3%) von 64 Befragten mit einem Hauptschulabschluss sprachen sich ebenfalls für die Legalität eines solchen Verfahrens aus. Die Meinungen der restlichen Frauen differierten zwischen den vorher genannten Ergebnissen: 30 (30,3%) von 99 Frauen ohne Schulabschluss waren gegen die Legalität eines solchen Verfahrens. 20 (24,7%) von 81 Befragten mit dem Schulabschluss der Sekundarstufe I waren ebenfalls gegen die Legalität des Verfahrens (Kreuztabelle 4.5.10).

Auch hier sind sozioökonomische Unterschiede zwischen den einzelnen medizinischen Zentren als Trend erkennbar. Eine Befürwortung der Legalität der präkonzeptionellen Geschlechtswahl zeigt sich eher in den höheren gesellschaftlichen Schichten, der Bildungsstand alleine scheint keinen bedeutenden Einfluss zu haben.

Kreuztabelle 4.5.9: Legalität der präkonzeptionellen Geschlechtswahl nach medizinischen Zentren

Legalität	A	B	C	D	E	Gesamt
1	13	20	13	14	22	82
Legalität (%)	15,9	24,4	15,9	17,1	26,8	100,0
MZ (%)	28,3	29,4	21,0	20,9	37,9	27,2
2	17	34	37	32	27	147
Legalität (%)	11,6	23,1	25,2	21,8	18,4	100,0
MZ (%)	37,0	50,0	59,7	47,8	46,6	48,8
3	16	14	12	21	9	72
Legalität (%)	22,2	19,4	16,7	29,2	12,5	100,0
MZ (%)	34,8	20,6	19,4	31,3	15,5	23,9
Gesamt	46	68	62	67	58	301
Legalität (%)	15,3	22,6	20,6	22,3	19,3	100,0
MZ (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=13,75$; $df=8$; $p=0,088$

Legende:

- 1 = Soll erlaubt sein
- 2 = Sollte nicht erlaubt sein
- 3 = Sind unschlüssig
- A = „Sher Shah Health Centre“
- B = „Qatar Hospital“
- C = „Sobhraj Maternity Hospital“
- D = „Civil Hospital“
- E = „7th Day Adventist Hospital“
- MZ = Medizinische Zentren

Kreuztabelle 4.5.10: Legalität der präkonzeptionellen Geschlechtswahl nach Bildungsstand

Legalität	Kein Abschluss	Hauptschule	Sekundar I	Sekundar II / Hochschule	Gesamt
1	30	13	20	19	82
Legalität (%)	36,6	15,9	24,4	23,2	100,0
Bildung (%)	30,3	20,3	24,7	33,3	27,2
2	50	31	36	30	147
Legalität (%)	34,0	21,1	24,5	20,4	100,0
Bildung (%)	50,5	48,4	44,4	52,6	48,8
3	19	20	25	8	72
Legalität (%)	26,4	27,8	34,7	11,1	100,0
Bildung (%)	19,2	31,3	30,9	14,0	23,9
Gesamt	99	64	81	57	301
Legalität (%)	32,9	21,3	26,9	18,9	100,0
Bildung (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

$\chi^2=9,309$; $df=6$; $p=0,157$

Legende:

- 1 = Soll erlaubt sein
- 2 = Sollte nicht erlaubt sein
- 3 = Sind un schlüssig

4.6 Zusammenfassende Darstellung von Ergebnissen

Die Mehrzahl der Frauen (170, 56,5%) hatte die aktuelle Schwangerschaft nicht geplant, während 131 (43,5%) der Befragten berichteten, dass die Schwangerschaft geplant gewesen sei. Nur 41 (13,6%) Frauen kannten schon das Geschlecht ihres Feten und 260 (86,4%) waren in Unkenntnis über das Geschlecht ihres Babys. Von diesen 260 Frauen wollten 127 (48,8%) das Geschlecht ihres ungeborenen Kindes erfahren. 102 (39,2%) von den 260 Frauen hatten den Wunsch, einen Jungen zu bekommen und 36 (13,8%) erhofften sich ein Mädchen. Die restlichen 122 (47,0%) der befragten Frauen, die schon einen Jungen geboren hatten, berichteten, dass sie keine Präferenz für ein bestimmtes Geschlecht hätten.

Im Kontrast zu diesen Ergebnissen wollten 22 (25,9%) von 85 Frauen, die noch keine Erfahrung als Mutter hatten, einen Jungen als ihr erstgeborenes Kind haben, 17 Frauen wünschten sich ein Mädchen und alle anderen (46) hatten bezüglich des Geschlechts keinen Wunsch. Eine Präferenz für eine gleiche Anzahl an männlichen und weiblichen Kindern war ebenfalls präsent:

125 der befragten schwangeren Frauen wollten eine gleiche Anzahl von beiden Geschlechtern. 83 Frauen wollten mehr Jungen als Mädchen und 13 Frauen wünschten sich mehr Mädchen als Jungen.

Es war interessant zu sehen, dass zehn der Schwangeren nur Jungen haben wollten und drei nur Mädchen (Tabelle 4.6.2 und 4.6.3). Nachdem die Befragten über die Prozedur und Kosten einer präkonzeptionellen Geschlechtswahl informiert wurden (Tabelle 4.6.4), konnte sich nur eine kleine Gruppe von 19 (6,3%) der Befragten eine Geschlechtswahl mit Hilfe von Spermioseparation vorstellen, 229 (76,1%) konnte sich das nicht vorstellen und die übrigen 53 (17,6%) waren unentschlossen. Bei einer möglichen Kostenübernahme für die Geschlechtswahl durch eine Krankenversicherung und wenig zeitlichen Aufwand zeigten 55 (18,3%) der Befragten Interesse an einer möglichen Durchführung der Geschlechtswahl mit Hilfe von Spermioseparation, 174 (57,8%) waren dagegen und 72 (23,9%) waren unentschlossen.

Falls eine Geschlechtswahl mit Hilfe von einer Pille ohne Nebenwirkungen möglich sein sollte, waren 65 (21,6%) daran interessiert, 163 (54,1%) waren dagegen und 73 (24,3%) unentschlossen. Die Frage, ob eine präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken erlaubt sein sollte, beantworteten 82 (27,2%) mit „Ja“,

147 (48,8%) mit „nein“ und 72 (23,9%) waren unentschlossen. Die Ergebnisse werden zur besseren Übersicht in den Tabellen (4.6.1-4.6.4) zusammengefasst.

Tabelle 4.6.1: Informationen zum Alter, zur Bildung und dem Heiratsstatus der schwangeren Frauen

Charakteristik	Anzahl der Frauen	Prozent
Alter		
< 18	6	2,0
18 – 25	125	41,5
26 – 30	98	32,6
31 – 35	58	19,3
36 – 40	11	3,7
> 40	3	1,0
<i>Gesamt</i>	<i>301</i>	<i>100,0</i>
Bildung		
Keine Bildung	99	32,9
Hauptschule	64	21,3
Sekundarstufe I	81	26,9
Sekundarstufe II	29	9,6
Hochschule	28	9,3
<i>Gesamt</i>	<i>301</i>	<i>100,0</i>
Heiratsstatus		
Ohne Partner	6	2,0
Verheiratet / Mit Partner	295	98,0
<i>Gesamt</i>	<i>301</i>	<i>100,0</i>

Tabelle 4.6.2: Planung der Schwangerschaft, Wissen über das Geschlecht des Feten und Interesse an Aufklärung der schwangeren Frauen.

Charakteristik	Anzahl der Frauen	Prozent
Schwangerschaft		
Geplant	131	43,5
Ungeplant	170	56,5
<i>Gesamt</i>	<i>301</i>	<i>100,0</i>
Wissen über das Geschlecht des ungeborenen Kindes		
Ja	41	13,6
Nein	260	86,4
<i>Gesamt</i>	<i>301</i>	<i>100,0</i>
Interesse an Aufklärung		
Ja	127	48,8
Nein	133	51,2
<i>Gesamt</i>	<i>260</i>	<i>100,0</i>

Tabelle 4.6.3: Geschlechtspräferenz und ideale Anzahl von Kindern in einer Familie

Charakteristik	Anzahl der Frauen	Prozent
Geschlechtspräferenz für den Fetus		
Junge	102	39,2
Mädchen	36	13,8
Keine Präferenz	122	47,0
<i>Gesamt</i>	<i>260</i>	<i>100,0</i>
Geschlechtspräferenz für das Erstgeborene		
Junge	22	25,9
Mädchen	17	20,0
Keine Präferenz	46	54,1
<i>Gesamt</i>	<i>85</i>	<i>100,0</i>
Geschlechtspräferenz		
Nur Jungen	10	3,3
Nur Mädchen	3	1,0
Mehr Jungen als Mädchen	83	27,6
Mehr Mädchen als Jungen	13	4,3
Gleiche Anzahl an Jungen und Mädchen	125	41,5
Keine Präferenz	67	22,3
<i>Gesamt</i>	<i>301</i>	<i>100,0</i>
Ideale Anzahl von Kindern		
1 Kind	0	0,0
2 Kinder	78	25,9
3 Kinder	32	10,6
4 Kinder	151	50,2
5 Kinder	16	5,3
6 Kinder	22	7,3
7 Kinder	1	0,3
8 Kinder	1	0,3
<i>Gesamt</i>	<i>301</i>	<i>100,0</i>

Tabelle 4.6.4: Wunsch nach präkonzeptioneller Geschlechtswahl und moralische Einstellung

Charakteristik	Anzahl der Frauen	Prozent
Interesse an Geschlechtswahl (wenn das Paar zahlt)		
Ja	19	6,3
Nein	229	76,1
Unentschlossen	53	17,6
<i>Gesamt</i>	301	100,0
Interesse an Geschlechtswahl (wenn die Versicherung zahlt)		
Ja	55	18,3
Nein	174	57,8
Unentschlossen	72	23,9
<i>Gesamt</i>	301	100,0
Interesse an Geschlechtswahl (mit einer Pille)		
Ja	65	21,6
Nein	163	54,1
Unentschlossen	73	24,3
<i>Gesamt</i>	301	100,0
Moralische Einstellung zur Geschlechtswahl		
Legal	82	27,2
Illegal	147	48,8
Unentschlossen	72	23,9
<i>Gesamt</i>	301	100,0

5.0 Diskussion

Aus unserer Studie geht hervor, dass die schwangeren Frauen in Pakistan - wenn sie die Wahl hätten - statistisch signifikant eher Jungen als Mädchen bevorzugen. Obwohl die Mehrheit der Schwangeren sich eine Familie mit gleich vielen Mädchen und Jungen wünschte, präferierten 27,6% der 301 befragten Frauen mehr Jungen als Mädchen, wogegen nur 4,3% mehr Mädchen als Jungen wünschten.

Bezüglich der präkonzeptionellen Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken mit Hilfe von MicroSort® lässt sich jedoch kein deutliches Interesse nachweisen: Eine Minderheit von 19 (6,3%) der 301 befragten Schwangeren behauptete, dass sie sich einen Gebrauch präkonzeptioneller Geschlechtswahl über Spermioseparation vorstellen könne. 229 (76,1%) der Befragten konnten sich den Gebrauch dieser Methode nicht vorstellen und 53 (17,6%) waren unentschlossen.

Die bereits in anderen asiatischen Ländern wie Indien und China durchgeführten Umfragen zur Geschlechtswahl zeigen länderabhängig unterschiedliche Motivationen, die zu einer Präferenz für das männliche Geschlecht führen [30]: In China wurde die Ein-Kind-Familienpolitik von der Regierung festgelegt und es wurden, gekoppelt mit traditionellen Ansichten zur sozial untergeordneten Stellung der Frau, selektive Abtreibungen von weiblichen Feten in der Volksrepublik durchgeführt [9, 38]. In Indien hingegen legen die Menschen Wert auf eine große Anzahl von Kindern in der Familie und bevorzugen ebenfalls das männliche Geschlecht, das auch nach der Heirat bei der Familie bleibt, die finanzielle Lage der eigenen Familie sichert und eine höhere Stellung in der Gesellschaft hat [44].

Geht man davon aus, dass die Motivation für die Präferenz eines bestimmten Geschlechts von regionalen und kulturellen Umständen beeinflusst wird, so sind Einblicke in die Tradition, in die politischen und gesellschaftlichen Strukturen und in die religiösen und kulturellen Normen des jeweiligen Landes eine wichtige Voraussetzung, um diese zu begründen.

Wie schon in der Einleitung erwähnt, wird ein wichtiger Zusammenhang zwischen einer widererwartet unnatürlichen Sex-Ratio innerhalb eines Landes und einer Geschlechtspräferenz vermutet. Vergleichbar mit anderen asiatischen Ländern mit einer Präferenz für das männliche Geschlecht hat Pakistan eine ungewöhnliche Sex-Ratio von 108,5 Punkten mit Männerüberschuss [26, 37, 64]. Des Weiteren stammen acht von 100 Millionen Frauen, die weltweit „vermisst“ werden ("missing women"),

aus Pakistan [28]. Als mögliche Ursache für die ungewöhnliche Sex-Ratio und für die vermissten Frauen ist schon Anfang der neunziger Jahre von dem Ökonom Amartya Sen eine Zunahme der selektiven Abtreibungen von weiblichen Feten nach Ultraschalluntersuchungen hingewiesen worden, um das gewollte Geschlecht zu bekommen [48, 49].

Obwohl Pakistans Regierung seit 1990, wie die Regierung in Indien, ausdrücklich nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen gesetzlich erlaubt hat, einen Abort vorzunehmen [70], sind offenbar viele Ärzte gegen Entgelt bereit, das Geschlecht des noch ungeborenen Kindes preiszugeben und auf Wunsch weibliche Feten abzutreiben [62], was in weiten Teilen des Landes offensichtlich geschieht. In Rawalpindi, Pakistan, wurde sogar darüber hinaus über die Firma „BabyChoice“ gegen Bezahlung von 40.000 Rupien (ca. € 757,-) mit Hilfe einer Methode, die auf der Grundlage unterschiedlicher PH- bzw. Polaritäts-Eigenschaften der Spermien und der Ei-Membran während der Ovulation arbeitet, eine Geschlechtswahl an pakistanische Ehepaare angeboten, welche sich ein männliches Nachkommen wünschten [61].

Trotz großer Kritik und Forderung an die Regierung u. a. von Seiten Unicef („The United Nations Children´s Fund“), Ärzten die Vermarktung der präkonzeptionellen Geschlechtswahl zu verbieten, sagte das pakistanische Gesundheitsministerium, dass es aufgrund der gesetzlich erlaubten Existenz der „Gender Clinics“ im Lande Pakistan gegen die Vermarktung der Geschlechtswahl nichts unternehmen könne [72]. In diesem Zusammenhang soll aus einem Interview zitiert werden:

Dr. Sher Shah: „...Die Menschen wollen eine Ultraschalluntersuchung durchführen lassen, um herauszufinden, ob es ein Mädchen ist und wollen die Feten dann abtreiben... Und das ist ein sehr gängiges Verfahren in unserem Land, wie auch in Indien...Sogar die gebildeten Menschen in Pakistan möchten keine drei, vier, fünf oder sechs Töchter haben. Sie würden ein männliches Kind bevorzugen.“ (Interviewauszug, Passage betreffend „Abort“ mit Dr. Sher Shah, Facharzt für Gynäkologie, „Civil-Hospital“, Karachi, Seite 86 ab Zeile 29, 10.12.2004, transkribiert und übersetzt aus dem Englischen)

Eines der wohl bedeutendsten Gründe für die Geschlechterpräferenz in Pakistan ist, dass die Frauen als gleichsam handfeste finanzielle Belastung wahrgenommen

werden: Ähnlich wie in Indien stellt die Mitgift für die Eltern der Braut auch in Pakistan eine große ökonomische Last dar. Die Eltern der Braut müssen eine beachtliche Mitgift zahlen, um ihre Töchter zu verheiraten. In ländlichen Gegenden besteht die Mitgift aus Land, Zuchttieren, Schmuck und Haushaltswaren. In Städten kann die Mitgift aus einem neuen Appartement, elektronischen Waren, Autos und Geld bestehen [75]. Entsprechend einem aktuellen Zeitungsartikel kann ein Brautkleid eine halbe Millionen Rupien (ca. € 7020,-) und das ganze Ereignis manchmal 20 Millionen Rupien (ca. € 377.800,-) kosten. Konzerne haben spezielle Angebote, um Mitgift-waren zu verkaufen, wie z.B. Waschmaschinen, TV-Sets und Gold-Sortimente, und das auch auf Ratenzahlung [76]. Offensichtlich kann es für viele Familien zu einem finanziellen Desaster werden, wenn mehrere Mädchen in der Familie sind und kein einziger Junge.

Hinzu kommt die vielfach angetroffene Einstellung, dass mit einem Sohn die zukünftige finanzielle Sicherheit innerhalb der Familie gewährleistet sei, weil er nach der Heirat bei seiner eigenen Familie bleibe und sich um sie „kümmere“ [60]. Ein Auszug aus einem Interview zur Verdeutlichung dieser Thematik:

Dr. Sher Shah: „...Es ist eine männerdominierte Gesellschaft... Erstens: Wenn man mehr Söhne hat, ist man darüber stolz. Zweitens: Die Söhne sind die „arbeitenden Hände“. Sie bringen Geld ein, obwohl die Mädchen auch Zuhause arbeiten und sehr hilfreich für die Familie sind... aber ein Sohn ist „mehr“. Bezogen auf Tradition und Kultur „besteht“ die Familie weiter mit dem Namen des Sohnes. Das sind die Vorteile...“

(Interviewauszug, Passage betreffend „Geschlechtspräferenz“, Dr. Sher Shah, Facharzt für Gynäkologie, „Civil-Hospital“, Karachi, Seite 87, ab Zeile 24, 10.12.2004, transkribiert und übersetzt aus dem Englischen)

Viele schwangere Frauen gaben in unseren Umfragen an, sich von ihrem Familienoberhaupt unter Druck gesetzt zu fühlen, einen Jungen gebären zu müssen, was ein Interviewauszug verdeutlicht:

Schwangere: „...Ich habe zwei Mädchen. Ich wollte von Anfang an einen Jungen und dann hätte ich mich sterilisieren lassen. Aber das ist nicht passiert, deshalb habe ich es weiter versucht...“ Interviewer: „Warum wollen sie einen Jungen bekommen?“

Schwangere: „Das sagen die Familienangehörigen. Sie möchten gerne einen Jungen haben. Es geht um den Erhalt und die Weiterleitung des „Familiennamen“. Das geschieht nur, wenn man einen Jungen bekommt.“

(Interviewauszug, Passage betreffend „Geschlechtspräferenz“, schwangere Frau, „Sobhraj Maternity Hospital“, Karachi, Seite 88, ab Zeile 30, 16.12.2004, transkribiert und übersetzt aus „Urdu“)

In den wenigen Ausnahmen, in denen die Befragten unserer Studie ein Mädchen präferierten, waren die Befragten der Auffassung, dass Mädchen in der heutigen Zeit besser erziehbar seien, sich besonders gut um die Eltern und um den Haushalt kümmerten und auch zunehmend gute Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben würden. Erneut ein Auszug aus einem Interview zu dieser Thematik:

Hausfrau: „...Wenn die Eltern krank werden, dann passen die Mädchen bzw. die Frauen mehr auf die Eltern auf und nicht die jungen Männer...Ein Vorteil, wenn man ein Mädchen hat, ist, dass dieses Mädchen zuhört und die Sachen befolgt. Ein Junge würde das nicht machen. Die Mädchen würden sich um das Haus kümmern. Die Jungen sind zu Hause und machen nicht viel. Heutzutage arbeiten die Mädchen viel und kümmern sich um das Haus...“

(Interviewauszug, Passage betreffend „Geschlechtspräferenz“, Hausfrau mit sechs Kindern, Karachi, Seite 89, ab Zeile 39, 20.12.2004, transkribiert und übersetzt aus „Urdu“)

Dass die Frauen in vielen Gebieten Pakistans eine untergeordnete Rolle spielen und der Diskriminierung und Gewalt ausgesetzt sind, die von politischen und gesellschaftlichen Strukturen Pakistans toleriert werden, spiegelt sich in den so genannten „Ehrenmorden“ („honour-killings“) wider, die ihren Ursprung in den Stammestraktionen in Pakistans Provinzen Belutschistan, Nord-West Frontier Province (NWFP), Punjab und Sindh haben [7, 25, 69].

Jedes Jahr werden hunderte von Frauen jeden Alters in allen Teilen des Landes im Namen der Ehre getötet. Die meisten Fälle werden nicht veröffentlicht und nicht bestraft.

Nach theologischer Auffassung sind Ehrenmorde eine vorislamische Praxis, die mit der Religion nicht begründet werden kann. Es handelt sich um einen Mord, der von

der Familie und der Gesellschaft als legitimierte Tötung einer weiblichen Person durch ein Familienmitglied beurteilt wird, falls diese im Verdacht steht, die Ehre der Familie durch eine außer- oder voreheliche Beziehung (oder auch durch ein anderes Fehlverhalten der Frau) verletzt zu haben. Im Allgemeinen muss der Täter nur mit einer milden Strafe rechnen oder seine Tat bleibt sogar unbestraft, weil sie behördlich nicht erfasst wird. Bevor es zu dem Ehrenmord kommt, gehen oftmals Misshandlungen des Mädchens oder der Frau voraus, damit sie „zur Vernunft kommt“ [1, 69].

Unsere Studie belegt substanzielle Differenzen in der Haltung der Frauen unterschiedlicher sozioökonomischer Herkunft und unterschiedlichen Bildungsständen hinsichtlich der Geschlechtspräferenz und Familienplanung: Von insgesamt 85 (28,4%) befragten Frauen, die keine Kinder haben, gehörte die Mehrzahl (46,6%) dem „7th Day Adventist Hospital“ an.

Auch in Bezug auf Planung der Schwangerschaft und Idealanzahl der Kinder hebt sich das „7th Day Adventist Hospital“ von den anderen Einrichtungen hervor: 74,1% der Befragten hatten die Schwangerschaft angeblich geplant, wogegen die Schwangerschaftsplanung in den restlichen medizinischen Zentren zwischen 27% und 45 % schwankt.

Unterschiede werden auch hinsichtlich der Idealverteilung der Geschlechter bei mehreren Kindern innerhalb der Familie zwischen dem „7th Day Adventist Hospital“ und den restlichen medizinischen Zentren deutlich: 30 (51,7%) von 58 befragten Schwangeren aus dem „7th Day Adventist Hospital“ hatten das Interesse, eine gleiche Anzahl von Jungen und Mädchen zu haben, wogegen im „Sher Shah Health Centre“ weit weniger der Befragten (30,4%) sich ein gleiches Geschlechterverhältnis der Kinder innerhalb der Familie wünschten.

29 (29,3%) der 99 Befragten ohne Schulabschluss zeigten Präferenz für mehr Jungen in der Familie, 12 (21,1%) von 57 der befragten Schwangeren mit dem Abschluss Sekundarstufe II oder höher zeigten ebenfalls eine Präferenz für mehr Jungen.

Betrachtet man das Gesamtkollektiv, so wird ersichtlich, dass die meisten Schwangeren sich nicht nur ein Kind eines Geschlechts in der Familie wünschten (3,3 % wünschten sich nur Jungen, 1% der Befragten nur Mädchen) und dass eine Großzahl (27,6%) der Befragten den Wunsch äußerte, mehr Jungen in der Familie haben zu wollen.

Auf die Frage, wie die ideale Anzahl der Kinder innerhalb der Familie sei, geht aus der Statistik hervor, dass sich die meisten Befragten vier Kinder in der Familie wünschten, wobei die Subgruppe „Sher Shah Health Centre“ mit 41% der Befragten mit dem Wunsch, mindestens vier Kinder in der Familie haben zu wollen, oben lag. Nicht eine einzige der 301 befragten Frauen hatte den Wunsch, nur ein Kind in der Familie zu haben. Die zweitgrößte Mehrheit im Gesamtkollektiv äußerte den Wunsch nach zwei Kindern, wobei es auch hier zwischen den Befragten der einzelnen medizinischen Zentren Unterschiede gab: Neun von 46 (19,6%) Befragten vom „Sher Shah Health Centre“ wünschten sich zwei Kinder, 18 von 58 Befragten (31,03%) des „7th Day Adventist Hospital“ wollten ebenfalls zwei Kinder. Es war auch interessant zu beobachten, dass 28 (28,3%) der 99 Frauen ohne Schulabschluss den Wunsch für drei oder mehr Jungen äußerten, nur sechs (10,5%) von 57 Frauen mit einem Abschluss der Sekundarstufe II oder höher hatten die gleiche Präferenz.

Dass die pakistanischen Frauen in unserer Studie im Durchschnitt vier Kinder in der Familie bevorzugen, lässt sich mit Hilfe von traditionellen Werten erklären, die nach wie vor in weiten Teilen des Landes eine wichtige Rolle spielen. Diese deckt sich mit den demographischen Angaben der Regierung: Der Kern des sozialen Lebens in Pakistan ist die Familie, die im Allgemeinen aus einer „Großfamilie“ besteht. Statistisch nachgewiesen bekommt eine pakistanische Frau im Durchschnitt 4,14 Kinder, womit das Land weit über dem weltweiten Durchschnitt liegt [65, 66].

Es ist in dieser Studie in Ansätzen ablesbar, dass mit dem steigenden Bildungsgrad auch die sexuelle Aufklärung über die Verwendung möglicher Verhütungsmethoden und damit verbundene Planbarkeit der Schwangerschaft korrelieren, wobei auch hier, wie in der Durchführung der präkonzeptionellen Geschlechtswahl, der ökonomische Aspekt mit bedacht werden sollte. So kann auch bei der Frage nach dem Gebrauch der präkonzeptionellen Geschlechtswahl nahe liegend vermutet werden, warum von insgesamt 19 Teilnehmerinnen 16 aus dem „7th Day Adventist Hospital“, eine Einrichtung mit Schwangeren eines höheren sozioökonomischen Standes, stammen. Entsprechende Ergebnisse zeigten sich in Abhängigkeit des Bildungsstandes der Schwangeren: 13 von 57 Schwangeren (22,8%) mit einem Abschluss der Sekundarstufe II oder höher hatten Interesse an einer präkonzeptionellen Geschlechtswahl. Nur eine von 99 (1%) Schwangeren ohne Schulabschluss interessierte sich für eine präkonzeptionelle Geschlechtswahl.

Bei der folgenden Frage „präkonzeptionelle Geschlechtswahl ohne finanziellen und wenig zeitlichen Aufwand“ stieg die Zahl der interessierten schwangeren Frauen auch in den anderen medizinischen Einrichtungen an und lag bei insgesamt 18,3%. 19 (32,8%) der insgesamt 55 Befragten, die Interesse für eine präkonzeptionelle Geschlechtswahl ohne finanziellen und wenig zeitlichen Aufwand zeigten, kamen aus dem „7th Day Adventist Hospital“, 23,9% der Schwangeren von dem Gesamtkollektiv waren unschlüssig. Ähnliche Zahlenverhältnisse zeigten sich bei der Frage der präkonzeptionellen Geschlechtswahl mit Hilfe von einer Pille, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die hohen Kosten und der medizinische Aufwand nur einen kleinen Teil der befragten Frauen vor dem Gebrauch der Methode der präkonzeptionellen Geschlechtswahl zurückhalten, was sich auch in der Darstellung in Abhängigkeit von Bildungsstand widerspiegelt: 15 (26,3%) der 57 Befragten mit einem Schulabschluss der Sekundarstufe II oder höher konnten sich einen Gebrauch von einer präkonzeptionellen Geschlechtswahl ohne finanziellen und wenig zeitlichen Aufwand vorstellen, 15 (15,2%) der 99 Befragten ohne Schulabschluss teilten diese Meinung.

Die Gruppierungen der Befragten nach medizinischen Zentren (und damit nach sozialem Status) zeigten die Präferenzen meist klarer und signifikanter, als die Variablen „Alter“ und „Geschlecht früherer Kinder“ sowie nach „Bildung“ allein und machten deutlich, dass die Einzugsgebiete der jeweiligen Einrichtungen komplexen sozioökonomischen Einflüssen unterliegen.

Nach der persönlichen, moralischen Perspektive gefragt, stellte eine ernste medizinische Intervention für die Mehrzahl der Teilnehmerinnen (auch in den Interviews) den einzigen gerechtfertigten Grund für eine präkonzeptionelle Geschlechtswahl dar. Annehmbar ist auch, dass je nach Bildungsstand der Teilnehmerin, die geschilderte Durchführung einer präkonzeptionellen Geschlechtswahl mittels Spermioseparation unterschiedlich aufgefasst und interpretiert wurde. Eine Unentschlossenheit bzw. Unsicherheit seitens vieler der Gefragten, ob eine präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken letztendlich auch für die Allgemeinheit erlaubt sein sollte, begleitete den gesamten Verlauf der Studie. Ein häufig eingesetztes moralisches Argument der schwangeren Frauen in unserer Studie, das gegen eine präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken mittels Spermioseparation

spricht, war, dass es gegen den Willen Gottes sei. Es folgt ein Auszug aus einem Interview zu dieser Thematik:

Hausfrau: „...wir denken, dass das (=die Geschlechtswahl) die Entscheidung Gottes ist. Was „Leben“ angeht, dafür ist Gott zuständig...Diese Behandlungsweise ist nicht gut. Was Gottes Wille ist, das soll geschehen. Der Mensch soll keinen Einfluss auf Gottes Werk haben, in die „Entstehung des Lebens“...“

(Interviewauszug, Passage betreffend Geschlechtswahl mit Spermioseparation, Hausfrau mit sechs Kindern, Karachi, Seite 90, ab Zeile 31, 20.12.04, transkribiert und übersetzt aus „Urdu“)

Sowohl in unserer Studie als auch im gesamten Lande Pakistan bilden Menschen mit einem höheren Schulabschluss bzw. mit einem Hochschulabschluss eine kleine Minderheit:

Nachforschungen ergaben, dass Bildung ein sehr wichtiger Faktor ist, der die Armen von den Nichtarmen unterscheidet [68]. Mit durchschnittlich 75% mehr Kindern in ärmeren Haushalten als in reicheren, erhalten die meisten Kinder der ärmeren Familien -u. a. aufgrund der finanziellen Situation- keine Bildung und haben später wenig Einkommen. Somit ist die Fortführung der Armut vorprogrammiert [16, 73]. Eine Zunahme der Armut und eine unzureichende Bildung tragen zu einer Begünstigung der Geschlechterdiskriminierung auf dem Arbeitsmarkt und im häuslichen Bereich bei und unterstreichen die Männerdominanz im Land. Manche Menschenrechtsorganisationen gehen davon aus, dass etwa 80% der auf dem Land lebenden Frauen unter häuslicher Gewalt zu leiden haben; andere nehmen an, dass rund 40% der pakistanischen Frauen häusliche Gewalt als Teil ihres Frauenschicksals akzeptieren [1, 25].

Hierbei würden sich die verantwortlichen Ehemänner häufig auf die Aussagen der religiösen Gelehrten und dem Koran berufen, in welchem (interpretationsabhängig) neben der Betonung der Gleichheit des Ranges von Mann und Frau vor Gott und die Belobigung eines Mannes, der seine Frau(en) gut behandelt, dem Ehemann die Züchtigung der Ehefrau zusteht, wenn sich die Ehefrau ungehorsam bzw. rebellisch gegenüber ihrem Mann verhält: „Und wenn ihr befürchtet, dass eure Ehefrauen widerspenstig sind, dann ermahnt sie, meidet sie im Ehebett und schlagt sie“ (4,34) [47]. Im Koran ist ebenfalls die Rede von einer Überordnung des Mannes über die

Frau. Mögliche Folgen nach traditioneller Auffassung seien, dass es dem Ehemann unterläge, Entscheidungen wie Berufsausbildung und Schulbesuch, Wahl des Wohnorts sowie alle Entscheidungen, die den Bereich außerhalb des Hauses einbeziehen, zu treffen [47].

Zweifellos spielt die Religion eine zentrale Rolle im Leben der Bürger von Pakistan und nimmt ihrerseits Einfluss auf die Geschlechterpräferenz. Für gläubige Muslime hat der Koran unbestrittene Autorität als Richtlinie für Glauben und Leben. Es sind jedoch Unterschiede im Leben muslimischer Menschen zu berücksichtigen. Sie ergeben sich besonders aufgrund ihrer unterschiedlichen Bildungsmöglichkeiten, ihrer familiären Herkunft und sozialen Schicht, Verbundenheit mit Tradition und Kultur. Weiter sind von Bedeutung das Gefälle von Stadt und Land, der Grad der liberaleren oder konservativeren Frömmigkeit [47].

Hinsichtlich der Abtreibung gilt es im Islam, dass jeder einzelne Mensch ein Geschöpf Gottes ist und als sichtbares Zeichen in seiner Allmacht steht. Es liegt nahe, dann auch jeglichen Eingriff in das Leben eines Menschen abzulehnen. Es herrscht jedoch Uneinigkeit unter den verschiedenen theologischen Schulen, unter welchen Umständen eine Abtreibung durchgeführt werden darf [3, 4, 8, 67].

Aus der Stellungnahme islamischer Gelehrter zum Streitpunkt „Abtreibung“ resultiert ebenfalls, dass eine öffentliche Zulassung und Verbreitung der präkonzeptionellen Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken in Pakistan auf religiöser Ebene auf Widerstand stoßen würde.

Einschränkungen

Es gibt mehrere wichtige Einschränkungen unserer Studie: Obwohl das Gesamtkollektiv aus schwangeren Frauen mit unterschiedlicher sozioökonomischer Herkunft besteht, kann die Repräsentanz der Stichprobe für die übrige Bevölkerung in Pakistan nicht sichergestellt werden. Allerdings gibt es auch kaum eine Möglichkeit, epidemiologisch umfassend Schwangere repräsentativ zu erfassen. Hinzu kommt, dass - abgesehen von den durchgeführten Interviews mit männlichen Vertretern der Bevölkerung - über die Fragebögen der Studie nur schwangere Frauen befragt und somit nicht über die Geschlechterpräferenz der Männer ausgesagt werden kann.

Der hier gewählte Zugang zum Forschungsfeld mit Hilfe standardisierter Fragebogeninventare bietet also nur einen ersten Hinweis auf die Situation der Pakistani hinsichtlich der präkonzeptionellen Geschlechtswahl. Wie in Fragebogenuntersuchungen üblich, gelten als methodische Limitationen die Gefahr der Beantwortung im Sinne der vermuteten sozialen Erwünschtheit, die Probleme mangelnden Verständnisses der Fragen, die zu undifferenzierte Repräsentation des Forschungsfeldes durch die Fragen etc.. Um hier einen gewissen Ausgleich zu schaffen, wurden die beschriebenen Interviews mit einbezogen. Die Bedeutung dieser Limitationen wird im Diskussionsabschnitt weiter gewertet.

6.0 Zusammenfassung

Hintergrund: Seit 1994 von der Ethik-Kommission der International Federation of Gynecologists and Obstetricians (FIGO) entschieden wurde, die präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken zuzulassen, gehört dieses Thema zu den umstrittensten, auch im Hinblick auf die Gefahr einer demographischen Verschiebung und daraus resultierendem Ungleichgewicht der Geschlechter. Dazu müssten jedoch mindestens zwei Voraussetzungen erfüllt sein: Erstens müsste eine Präferenz für Kinder eines Geschlechts gegeben sein und zweitens müsste eine bedeutende Nachfrage für die präkonzeptionelle Geschlechtswahl mit Hilfe eines Verfahrens zur Spermioseparation bestehen. Um einen weiteren Beitrag zur Forschung des weltweit wachsenden Interesses für die präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu leisten, führten wir eine Umfrage in Pakistan durch, die unserem Wissen nach erstmalig die Geschlechtspräferenz und die Nachfrage für eine präkonzeptionelle Geschlechtswahl unter der Bevölkerung Pakistans in der medizinischen Literatur zeigt. **Methode:** Es wurden 301 schwangere Frauen in Karachi, Pakistan zur Präferenz für Kinder eines Geschlechts und Interesse an einer präkonzeptionellen Geschlechtswahl befragt. Fünf medizinische Zentren wurden gewählt, die unterschiedliche sozioökonomische Schichten der Bevölkerung reflektierten. Die eingesetzten Fragebögen der Umfrage bestanden aus 17 Fragen. **Ergebnisse:** 41,5% der Befragten wünschten sich eine Familie mit gleicher Anzahl von Mädchen und Jungen. 3,3% wünschten sich nur Jungen, 1% nur Mädchen, 27,6% mehr Jungen als Mädchen, 4,3% mehr Mädchen als Jungen und 22,3% sagten, dass sie keine Geschlechtspräferenz hätten. Während 6,3% sich ein Verfahren zur Spermioseparation für eine Geschlechtswahl vorstellen konnten, war dies bei 76,1% nicht der Fall; 17,6% waren diesbezüglich unentschlossen. 27,2% hatten die Meinung, dass die präkonzeptionelle Geschlechtswahl zu nichtmedizinischen Zwecken legal sein sollte, 48,8% waren dagegen und 23,9% waren bezüglich der Legalisierung unentschlossen. **Schlussfolgerung:** Trotz statistisch signifikanter Präferenz für mehr Jungen unter schwangeren Frauen in Pakistan scheint die Zahl der Frauen, die die Hilfe eines Verfahrens für Spermioseparation in Anspruch nehmen würden, viel zu klein, um ein resultierendes Ungleichgewicht der Geschlechter mit Hilfe einer präkonzeptionellen Geschlechtswahl zu bewirken. Die Motivation für eine Geschlechtspräferenz lässt trotz all dem viele Fragen offen und sie sollte auch in Zukunft weiter beachtet werden.

7.0 Summary

Background: Since the decision of the ethic commission of the International Federation of Gynecologists and Obstetricians (FIGO) in 1994 to permit the preconception gender selection for non medical reasons, this issue is one of the most debatable, also in view of the risk of structural demographic change and subsequent gender imbalance. But this would only become possible, if at least two conditions would be fulfilled: First there must be a preference for children of a particular sex and secondly there must be a significant demand for the preconception gender selection with help of a sperm separation technique. As a further contribution in worldwide growing interest in research for preconception gender selection, we conducted a questionnaire based survey in Pakistan. To our knowledge, it is the first study in the medical literature that examines the gender preference and demand for sex selection among a population in Pakistan. **Method:** 301 pregnant women in Karachi, Pakistan were asked about their gender-preference for children and about their interest in preconception gender selection. Five medical centres were included, reflecting different socioeconomic levels of the population. The questionnaire used for the survey contained 17 questions. **Results:** 41.5% of the participants said, they would prefer a family with an equal number of boys and girls. 3.3% would like to have only boys, 1% only girls, 27.6% more boys than girls, 4.3% more girls than boys and 22.3% stated that they do not care about the sex of their children in their family. While 6.3% could imagine using sperm separation technique for sex selection, 76.1% could not; 17.6% were undecided. 27.2% felt that sex selection for non-medical reason ought to be legal, 48.8% thought it shouldn't be legal, and 23.9% were undecided.

Conclusion: The number of pregnant women interested in preconception sex selection with the help of a sperm separation technique appears to be far too small to influence the demographic balance, although Pakistani women do show a statistically significant preference for boys. Therefore a resulting imbalance in sex-ratio through preconception gender selection is unlikely. In spite of everything, the motivation for a gender preference leaves many questions open and it must also be observed in future.

8.0 Anhang

8.1 Transkription ausgewählter Interviews

Interview mit Dr. Sher Shah, Facharzt für Gynäkologie, „Civil-Hospital“, Karachi, Pakistan, 23.12. 2004; transkribiert und übersetzt aus dem Englischen ins Deutsche. Interviewer: Herr Zubair

Herr Zubair:

Dr. Sher Shah, bitte stellen sie sich vor. Wie lange praktizieren Sie schon als Gynäkologe?

Dr. Sher Shah:

1992 kam ich zurück nach Pakistan und seit dem arbeite ich im Civil-Hospital Karachi. Davor arbeitete ich in Irland. Seit ca. 20 Jahren praktiziere ich als Gynäkologe.

Herr Zubair:

Wir redeten über das Thema präkonzeptionelle Geschlechtswahl. Was denken Sie im Allgemeinen: Ist es gut, diese für nichtmedizinische Zwecke einzusetzen oder sehen Sie Schwierigkeiten, insbesondere in Ihrem Land Pakistan?

Dr. Sher Shah:

Ich denke, es gibt keine Notwendigkeit eine „Geschlechtswahl“ zu nichtmedizinischen Zwecken durchzuführen. Es gibt keine Notwendigkeit. Warum sollten wir das tun?

Herr Zubair:

Da Sie ein Advokat für Frauenrechte sind: Sehen Sie, dass es Schwierigkeiten verursachen könnte?

Dr. Sher Shah:

Nicht, dass es Schwierigkeiten verursachen könnte, es verursacht Schwierigkeiten! Die Menschen wollen eine Ultraschalluntersuchung durchführen lassen, um herauszufinden, ob es ein Mädchen ist und wollen die Feten dann abtreiben. Und das ist ein sehr gängiges Verfahren in unserem Land, wie auch in Indien. Sogar die gebildeten Menschen in Pakistan möchten keine drei, vier, fünf oder sechs Töchter haben. Sie würden ein männliches Kind bevorzugen.

Herr Zubair:

Was ist mit Gewalt und Diskriminierung und auch mit Themen wie „honour-killings“? Was können Sie uns darüber sagen?

Dr. Sher Shah:

Frauen haben keine Rechte, sie haben keinen Status in der Gesellschaft und sind immer Opfer der Gewalt. Das ist sehr verbreitet in unserem Land. Sie haben bestimmt Geschichten gehört über Erniedrigungen von Frauen, über Ruten-Prozesse an nackten Frauen oder über Opferung und Anklage von Frauen, wenn ihre Brüder oder ihre Väter Fehler begangen haben. Also, wenn andere etwas falsch gemacht haben, sollten sie (die Frauen) dann bestraft werden? So etwas ist abstoßend, nicht akzeptabel und wir sollten dagegen ankämpfen.

Herr Zubair:

Wie kann man diese Dinge bekämpfen?

Dr. Sher Shah:

Zunächst Bewusstsein schaffen unter den Menschen. Sie sollten für ihre Rechte kämpfen. Solange kein Bewusstsein da ist, wird nichts passieren. Die zweite Sache: Die Spenden-Gesellschaften sollten etwas dagegen tun. Nehmen wir an, Deutschland gibt Pakistan etwas Geld ...Dieses Geld sollte „dicht“ sein. Aber es ist

sehr schwer, die Spender davon zu überzeugen, weil die Spender ihren eigenen Kopf haben.

Herr Zubair:

Denken Sie, dass die Religion einen großen Einfluss auf diese Methode haben wird, wenn sie nach Pakistan kommt und dass die Leute Angst bekommen werden?

Dr. Sher Shah:

Was meinen Sie damit?

Herr Zubair:

Dass die Religion zum Gebrauch der Technologie für präkonzeptionelle Geschlechtswahl mit Spermaseparation „Nein“ sagen wird.

Dr. Sher Shah:

Ich denke, die religiösen Gelehrten werden ein Problem damit haben und werden mit Sicherheit nicht einverstanden sein mit „präkonzeptioneller Geschlechtswahl“. Speziell in Pakistan sollte es nicht geschehen, weil es dann ein „offenes Tor“ sein würde für...(?)

Herr Zubair:

Welchen Vorteil hat die Familie, wenn sie mehr Jungen hat?

Dr. Sher Shah:

Es ist eine männerdominierte Gesellschaft... Erstens: Wenn man mehr Söhne hat, ist man darüber stolz. Zweitens: Die Söhne sind die „arbeitenden Hände“. Sie bringen Geld ein, obwohl die Mädchen auch zu Hause arbeiten und sehr hilfreich für die Familie sind... aber ein Sohn ist „mehr“. Bezogen auf Tradition und Kultur „besteht“ die Familie weiter mit dem Namen des Sohnes. Das sind die Vorteile.

Herr Zubair:

Sehen Sie irgendwelche Unterschiede zwischen Pakistan und Indien oder Pakistan und China?

Dr. Sher Shah:

Nein, China ist ganz anders, aber da ist eine Gemeinsamkeit zwischen Pakistan und Indien. In China herrscht die Regierung. Dort hat ein Paar ein Kind. Man kann Pakistan vergleichen mit Indien, Nepal oder vielleicht auch Bangladesch.

Interview mit einer schwangeren Frau mittleren Alters im „Sobhraj Maternity Hospital“, Karachi, Pakistan, 16.12. 2004; transkribiert und übersetzt aus „Urdu“ ins Deutsche. Interviewerin: Frau Dr. Farida; Teilnehmer: Herr Zubair

Frau Dr. Farida:

Was denken Sie? Sollte das erstgeborene Kind ein Mädchen oder ein Junge sein?

Schwangere:

Das ist die Entscheidung von meinen älteren Familienangehörigen. Mein Ehemann wollte einen Jungen haben.

Frau Dr. Farida:

Wie viele Kinder sollten in einer Familie sein?

Schwangere:

Zwei Mädchen und zwei Jungen. Vier Kinder sollten in einer Familie sein.

Frau Dr. Farida:

Jetzt gibt es diese Methode, mit der man im Vorfeld das Geschlecht des Kindes aussuchen kann. Wenn wir Ihnen alles darüber erzählen, würden sie das denn durchführen lassen?

Schwangere:

Ja, ich würde es machen.

Frau Dr. Farida:

Warum würden Sie es machen? Was ist der Grund dafür? Warum denken Sie so?

Schwangere:

Ich habe zwei Mädchen. Ich wollte von Anfang an einen Jungen und dann hätte ich mich sterilisieren lassen. Aber das ist nicht passiert, deshalb habe ich es weiter versucht.

Frau Dr. Farida:

Warum ist ein Junge wichtig?

Schwangere:

Das sagen die Familienangehörigen. Sie möchten gerne einen Jungen haben. Es geht um den Erhalt und die Weiterleitung des „Familiennamens“. Das geschieht nur, wenn man einen Jungen bekommt. Diese Methode sollte auf jeden Fall erlaubt sein für diejenigen, die Schwierigkeiten haben und weniger Kinder haben möchten.

Frau Dr. Farida:

Stehen Sie unter Druck, was die Geschlechtswahl angeht?

Schwangere:

Ja, der Wunsch ist da, dass es ein Junge wird.

Frau Dr. Farida:

Wird die Verwandtschaft unzufrieden (böse), wenn kein Junge kommt?

Schwangere:

Nein, so sind die Verwandten nicht. Das wird nicht der Fall sein.

Frau Dr. Farida:

Vielen Dank.

Interview mit einer Hausfrau mit sechs Kindern, Karachi, Pakistan, 20.12. 2004; transkribiert und übersetzt aus „Urdu“ ins Deutsche. Interviewerin: Frau Sultana; Teilnehmer: Herr Zubair

Frau Sultana:

Stellen Sie sich bitte vor!

Frau Mahar:

Mein Vater kommt aus Laknow, meine Mutter aus Amin-Sharif. Ich bin in Karachi verheiratet worden, mein Ehemann kommt aus Indien. Ich habe sechs Kinder. Ich wollte ursprünglich zwei Kinder haben, aber es ist so gekommen. Ich habe nicht so darauf geachtet. Jetzt ist mein Ehemann gestorben und ich weiß, dass zwei Kinder besser gewesen wären. Sechs Kinder sind zu viele und ich habe wenig Geld. Seit dem Verlust meines Ehemannes bin ich sehr verzweifelt. Ich arbeite, damit ich den Kindern Essen geben kann. Ich war sehr verzweifelt nach dem Tod meines Ehemannes, aber Gott wollte, dass ich sechs Kinder bekomme, drei Jungen und drei Mädchen.

Frau Sultana:

Jetzt haben Sie wenig Geld... Aber wie sieht es mit Ihren sechs Kindern aus? Sind Sie mit Ihren Kindern zufrieden und glücklich?

Frau Mahar:

Ja, ich bin zufrieden. Gott kümmert sich um uns und wir haben genug zu essen.

Frau Sultana:

Wie war es mit dem ersten Kind? War es ein Mädchen oder war es ein Junge?

Frau Mahar:

Es war ein Mädchen und dann kam ein Junge.

Frau Sultana:

Wie dachte Ihr Ehemann? Wollte er einen Jungen haben?

Frau Mahar:

Mein Ehemann wollte ein Mädchen haben. Er wollte viele Kinder haben.

Frau Sultana:

Wie denken Sie darüber? Wollen Sie lieber einen Jungen oder lieber ein Mädchen haben?

Frau Mahar:

Lieber ein Mädchen.

Frau Sultana:

Warum würden Sie ein Mädchen bevorzugen?

Frau Mahar:

Wenn die Eltern krank werden, dann passen die Mädchen bzw. die Frauen mehr auf die Eltern auf und nicht die jungen Männer. Ein Vorteil, wenn man ein Mädchen hat, ist, dass dieses Mädchen zuhört und die Sachen befolgt. Ein Junge würde das nicht machen. Die Mädchen würden sich um das Haus kümmern. Die Jungen sind zu Hause und machen nicht viel. Heutzutage arbeiten die Mädchen viel und kümmern sich um das Haus.

Frau Sultana:

Das ist ja richtig, aber wie ist es in anderen Familien? Die denken vielleicht, dass ein Junge besser ist.

Frau Mahar:

Ja, das gibt es heutzutage häufig. Er ist derjenige, der das „Feuer entzündet“, wenn z.B. der Vater gestorben ist. Der Sohn liest die Gebete vor und ist für die Beerdigung zuständig und entzündet das Feuer, wenn der Mann stirbt. Man sagt, „der Junge zündet das Feuer an“, das kann ein Mädchen nicht machen.

Frau Sultana:

Wie denken Sie? Ist eine Familie eine wichtige Sache für Menschen?

Frau Mahar:

Ja, sehr. Eine Familie ist sehr, sehr wichtig.

Frau Sultana:

In anderen Ländern ist die Familie nicht immer im Mittelpunkt. Es steht häufiger im Mittelpunkt, dass man eine gute Arbeit hat und dann hat man wenig Zeit für die Familie. Man möchte viel Geld verdienen... Wie denken Sie darüber?

Frau Mahar:

Nein, wir denken nicht so. Wenn ein Mensch alleine ist, ist das Leben sehr, sehr schlecht. Eine Familie ist sehr wichtig. Wenn Trauer da ist, wenn Probleme da sind, dann ist es eigentlich besser, wenn eine Familie da ist. Eine Familie kann sich darum kümmern, man unterstützt sich gegenseitig, wenn z.B. jemand stirbt.

Frau Sultana:

Wenn eine Familie groß ist, ist es doch noch besser oder nicht?

Frau Mahar:

Ja, das stimmt.

Frau Sultana:

Also, wenn ich mehr Kinder hätte, dann wäre es noch besser. Wenn eine Familie mehr Kinder hätte, wäre es doch auch besser.

Frau Mahar:

Nein, nein. Nur zwei Kinder, zwei Kinder sind genug.

Frau Sultana:

Heutzutage gibt es eine Behandlungsmethode, mit der man im Vorfeld, vor der Geburt, das Geschlecht des Kindes aussuchen kann, indem der Ehemann seinen Samen spendet. Das Ganze wird später in den Mutterleib künstlich eingepflanzt, nachdem man bestimmte Samen, die für einen Jungen oder ein Mädchen zuständig sind, ausgesucht hat. Und Sie können sich im Vorfeld aussuchen, ob es ein Junge oder ein Mädchen werden soll. Was denken Sie über diese Behandlungsmethode?

Frau Mahar:

Wir denken, dass das die Entscheidung Gottes ist. Was „Leben“ angeht, dafür ist Gott zuständig. Diese Behandlungsweise ist nicht gut. Was Gottes Wille ist, das soll geschehen. Der Mensch soll keinen Einfluss auf Gottes Werk haben, in die Entstehung des Lebens.

Frau Sultana:

Also sollte diese Technologie abgelehnt werden?

Frau Mahar:

Ja. Was Gott macht, ist eine bessere Sache.

Frau Sultana:

Wie sieht es damit aus, wenn Sie eine Tablette einnehmen: Mit einer blauen Tablette entsteht ein Junge mit einer rosanen Tablette ein Mädchen. Würden Sie es machen?

Frau Mahar:

Nein, ich würde das nicht machen.

Frau Sultana:

Was ist mit der gleichen Behandlungsmethode, die ich vorhin beschrieben hatte, wenn diese nichts kostet? Würden sie diese dann anwenden?

Frau Mahar:

Nein, das würde ich auch nicht machen. Das ist die Entscheidung Gottes. Was Gott macht, ist das Beste.

Frau Sultana:

Wie denken Sie über Gott?

Frau Mahar:

Gott macht sehr viel. Ich erzähle es Ihnen: Als mein Ehemann verstarb, war ich so verzweifelt. Wer würde sich um mein Haus und um meine Kinder kümmern? Ich hatte sehr, sehr kleine Kinder. Und damals (wie heute) ist es so gewesen, dass meine Kinder nicht hungrig waren. Gott gibt uns zu essen. Die Menschen geben nichts. Man kann sich auf die Menschen nicht verlassen, man kann sich aber auf Gott verlassen. Wenn man Probleme hat, richtet man sich an ihn.

Frau Sultana:

Wie denken Sie über Familien? In einer Familie gibt es Kinder, einen Ehemann, eine Ehefrau. Was für eine Rolle hat der Ehemann und was für eine Rolle hat die Ehefrau?

Frau Mahar:

Die Rolle des Ehemanns ist, dass er arbeiten geht und die Rolle der Frau ist, dass sie sich um die Kinder kümmert, im Haus ist und die Kinder richtig erzieht.

Frau Sultana:

Ist da eine Differenz in der Natur des Mannes und der Frau?

Frau Mahar:

Die Köpfe von vielen Männern sind im „Himmel“. Mein Ehemann war ein sehr „zorniger“, ich war nicht zornig. Er war so zornig, dass er auch mal kein Wasser getrunken hat vor Zorn. Ich habe mich immer zu Hause um alles gekümmert. Es gibt aber auch solche, die sich viel um die Ehefrau kümmern und der Ehefrau auch zuhören.

8.2: Fragebogen (Englisch)

QUESTIONNAIRE FOR PREGNANT WOMEN ABOUT “DESIRING A CHILD”

The Medical Centre for Psychosomatic Medicine of the Justus-Liebig-University Giessen/Germany and in Karachi/Pakistan are taking part on a clinical study about “desiring a child”. We would be pleased, if you could contribute to this study by filling out the questionnaire. Thank you very much for your kind support!

Q1 How old are you?

- under 18 years 18-25 years 26-30 years
 31-35 years 36-40 years above 40 years

Q2 Are you a single parent or are you in a well established relationship (for example married)

- single parent established relationship (married)

Q3 Education

- no education
 primary school education
 secondary school education
 higher secondary school education
 College/University

Q4 Have you got any children?

- yes no

Q5 If you have any, which gender do they have?

I have got.....boys and.....girls

Q6 In which month of pregnancy are you now?

1-3 month 4-6 month 7-9 month

Q7 Was your pregnancy planned?

yes no

Q8 Do you know, if you are pregnant with a boy or a girl?

yes no

**Q9 In case you do not know the gender of your child:
Would you like to know it before your child is born?**

yes no

**Q10 In case you do not know the gender of your child:
Would you prefer to have a boy than a girl or does it has no preference?**

a boy a girl no preference

Q11 If given a choice, would you like your first born child to be...?

a boy a girl no preference

Q12 If you were to have more than one child, would you prefer to have...?

- only boys
- only girls
- more boys than girls
- more girls than boys
- equal number of boys and girls
- no preference

Q13 It may soon be possible for parents to choose the gender of their children.

Couples interested in such a service would have to visit a fertility-centre, provide a sperm-sample, undergo an average of 3-5 cycles of artificial insemination, and pay a fee of approximately US\$ 2500 per artificial insemination attempt. If you and a partner were planning on having a baby and this service were available, would you take advantage of this technology?

yes no not sure

Q14 And how would you feel if this procedure would require just a single cycle of artificial insemination, could be performed at a doctor's office, would be of no charge? Would you then take advantage of this technology?

yes no not sure

Q15 Suppose there was a medication enabling the parents to choose the gender of their children. Couples would simply ingest a blue pill to ensure the birth of a boy, or a pink pill to ensure the birth of a girl. If you and the partner were planning on having a baby and this medication was available, would you take advantage of such a medication?

yes no not sure

Q16 What is your opinion: Should couples be allowed to choose the gender of their children?

allowed not allowed not sure

Q17 What is your picture of an ideal family ?

A family with..... children, consisted of..... boys and.....girls

8.3 Fragebogen (Urdu)

QUESTIONNAIRE FOR PREGNANT WOMEN ABOUT "DESIRING A CHILD"

The Medical Centre for Psychosomatic Medicine of the Justus-Liebig-University Giessen/Germany and..... in Karachi in/ Pakistan are taking part on a clinical study about "Desiring A Child". We would be pleased, if you could contribute to this study by filling out the questionnaire. Thank you very much for your kind support!

"بچے کی تمنا" حاملہ خواتین کے لیے سوال نامہ

سوال نمبر 1: آپ کی عمر کیا ہے؟

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | تھارہ سال سے کم | <input type="checkbox"/> | اٹھارہ سے پچیس سال | <input type="checkbox"/> | تھالیس سے تیس سال |
| <input type="checkbox"/> | اٹھارہ سے پچیس سال | <input type="checkbox"/> | تھالیس سے چالیس سال | <input type="checkbox"/> | چالیس سال سے زیادہ |

سوال نمبر 2: کیا آپ کنواری (غیر شادی شدہ) ہیں یا شادی شدہ ہیں؟

- | | | | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | غیر شادی شدہ | <input type="checkbox"/> | شادی شدہ |
|--------------------------|--------------|--------------------------|----------|

سوال نمبر 3: تعلیم

- | | | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | ان پڑھ | <input type="checkbox"/> | پرائمری اسکول تک | <input type="checkbox"/> | سیکنڈری اسکول تک |
| <input type="checkbox"/> | سیکنڈری اسکول سے زیادہ | | | | |

سوال نمبر 4: کیا آپ کے بچے ہیں؟

- | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | ہاں | <input type="checkbox"/> | نہیں |
|--------------------------|-----|--------------------------|------|

سوال نمبر 5: اگر بچت ہیں تو ان کی جنس کیا ہے؟

مجھے _____ لڑکے اور _____ لڑکیاں ہیں۔

سوال نمبر 6: آپ کے حمل کو کتنے دن ہوئے؟

- | | | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | ایک سے تین مہینے | <input type="checkbox"/> | چار سے چھ مہینے | <input type="checkbox"/> | سات سے نو مہینے |
|--------------------------|------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|

سوال نمبر 7: کیا آپ نے منصوبہ بندی کی ہے؟

ہاں نہیں

سوال نمبر 8: کیا آپ کو معلوم ہے کہ آپ کو لڑکا یا لڑکی ہوگی؟

ہاں نہیں

سوال نمبر 9: اگر آپ کو معلوم نہیں تو کیا آپ بچے کی جنس معلوم کرنا چاہتی ہیں؟

ہاں نہیں

سوال نمبر 10: آپ کو بچے کی جنس نہیں معلوم ہے تو کیا آپ لڑکی کے بجائے لڑکا چاہیں گی یا کوئی بھی؟

لڑکا لڑکی کوئی بھی

سوال نمبر 11: آپ دونوں میں پہلا بچہ کونسا چاہیں گی؟

لڑکا لڑکی کوئی بھی

سوال نمبر 12: اگر ایک سے زیادہ بچے ہوں تو پ کیا چاہیں گی؟

صرف لڑکے صرف لڑکیاں
لڑکے زیادہ لڑکیاں کم لڑکیاں زیادہ لڑکے کم
لڑکے لڑکیاں برابر کوئی بھی

سوال نمبر 13: جلد ہی ممکن ہے کہ والدین لڑکی یا لڑکے کا خود انتخاب کر سکیں۔ اس کے لیے انہیں افزائش پیدا کرنے کی سہولت دینی ہوگی، اور پیدا کرنے کا جراثیم دینا ہوگا۔ تین چار مرتبہ مصنوعی پیدا کرنے کا عمل دہرانا ہوگا اور تقریباً تین سو ڈالریس دینا ہوگی۔ کیا آپ اور آپ کا شوہر ایسا کرنا پسند کریں گے اور اس ٹیکنالوجی سے فائدہ اٹھائیں گے؟

ہاں نہیں کہہ نہیں سکتی

سوال نمبر 14: آپ کیا چاہیں گی۔ اگر صرف ایک مرتبہ ڈاکٹر کے آفس آپ کو جاننا پڑے اور کوئی نہیں بھی نہ ہو تو آپ اس ٹیکنالوجی سے فائدہ اٹھائیں گی؟

ہاں نہیں کہہ نہیں سکتی

سوال نمبر 15: فرض کیجئے ایسی دوا مل سکتی ہو جن کے ذریعے لڑکا یا لڑکی کی پیدائش آپ کے اختیار ہی ہو۔ صرف نیلے رنگ کی گولی کھانے سے لڑکا ہوگا اور سرخ رنگ گولی کھانے سے لڑکی ہوگی تو کیا آپ اس طریقہ علاج سے فائدہ اٹھا سکتی؟

ہاں نہیں کہہ نہیں سکتی

سوال نمبر 16: آپ کی کیا رائے ہے۔ کیا والدین کو لڑکے یا لڑکی کی پیدائش پر اختیار ہونا چاہئے؟

ہونا چاہئے نہیں ہونا چاہئے کہہ نہیں سکتی

سوال نمبر 17: ایک مثالی خاندان کیا ہونا چاہئے؟

ایک ایسا خاندان جس میں _____ بچے ہوں، جن میں _____ لڑکے ہوں اور _____ لڑکیاں ہوں۔

9.0 Literaturverzeichnis

1. Ali SM, Bashir MZ, Hussain Z, Zain-ul-Abidin, Kaheri GQ, MZalil IU. (2003). Unnatural female deaths in Peshawar. *J. Coll Physicians Surg Pak.*, 13, 198-200.
2. Allahbadia, G.N. (2002). The 50 million missing women. *J. Assist. Reprod. Genet.*, 19, 411-416.
3. Asman O. (2004). Related Articles, Abortion in Islamic countries - legal and religious aspects. *Med Law*, 23, 73-89.
4. Baljon J. (1996). Related Articles, Indo-Pakistani and Egyptian muftis on medical issues. *Muslim World (Hartford)*, 86, 85-95.
5. Beermink, F.J., Dmowski, W.P., and Ericsson, R.J. (1993). Sex preselection through Albumin separation of sperm. *Fertil Steril*, 59, 382-386.
6. Benagiano, G. and Bianchi, P. (1999). Sex Preselection: An Aid to Couples or a Threat to Humanity? *Hum. Reprod.*, 14, 868-870.
7. Bhatta Z. (1994). Related Articles Socio-economic status of Muslim women. *Indian J Soc Sci.*, 7, 335-40.
8. Bose S, Trent K. (2006). Socio-demographic determinants of abortion in India: a north-south comparison. *J Biosoc. Sci.*, 38, 261-82.
9. Cardarelli, Luise. (1996). The Lost Girls. *Utne Reader*, 75,13-15.
10. Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health (1994). *Sex Selection*. International Federation of Gynecologists and Obstetricians, London.
11. Dahl, E. (2003). Procreative liberty: the case for preconception sex selection. *Reprod. BioMed. Online*, 7, 380-384.
12. Dahl, E. (2005). Sex selection: laissez faire or family balancing? *Health Care Analysis*, 13, 87-90.
13. Dahl, E., Beutel, M., Brosig, B. and Hinsch, K.-D. (2003). Preconception sex selection for non-medical reasons: a representative survey from Germany. *Hum. Reprod.*, 18, 2231-2234.
14. Dahl, E., Hinsch, K.-D., Beutel, M. and Brosig, B. (2003). Preconception sex selection for non-medical reasons: a representative survey from the United Kingdom. *Hum. Reprod.*, 18, 2238-349.
15. Davis, D. (2001). *Genetic Dilemmas: Reproductive Technology, Parental Choices, and Children's Futures*. Routledge, New York.

16. Filmer D, Pritchett LH. (2001). Related Articles, Estimating wealth effects without expenditure data-or tears: an application to educational enrollments in states of India. *Demography*, 38, 115-32.
17. Fugger, E. F., Black, S.H., Keyvanfar, K., and Schulman, J.D. (1998). Births of normal daughters after MicroSort sperm separation and intrauterine insemination, in-vitro-fertilization, or intracytoplasmic sperm injection. *Hum. Reprod.*, 13, 2367-2370.
18. Fugger, E. (1999). Clinical experience with flow cytometric separation of human X- and Y-chromosome bearing sperm. *Hum. Reprod.*, 52, 1435-40.
19. Fukuyama, F. (2002). *Our posthuman future: consequences of the biotechnology revolution*. Farrar Straus & Giroux, New York.
20. Hank, K. and Kohler, H.-P. (2000). Gender Preferences for Children in Europe: Empirical Results from 17 FFS Countries. *Demographic Research* 2, 1-12.
21. Hill, D.L., Surrey, M.W., and Danzer, H.C. (2002). Is Gender Selection an Appropriate Use of Medical Resources? *J. Assist. Reprod. Genet.* 19, 438-439.
22. Hudson, V.M. and Den Boer, A.M. (2002). A surplus of men, a deficit of peace: security and sex ratios in Asia's largest states. *International Security* 26, 5-38.
23. Hudson, V.M. and Den Boer, A.M. (2004). The Security Threat of Asia's Sex Ratios. *SAIS Review*, 24, 27-43.
24. Hudson, V.M. and Den Boer, A.M. (2004). *Bare branches: the security implications of Asia's surplus male population*. MIT Press: Cambridge.
25. Iqbal. R. (ed) (1999). *Violence Against Women Swat North West Frontier Province*, Researcher Advocate Ziauddin, M., published by UNICEF.
26. Jha P, Kumar R, Vasa P, Dhingra N, Thiruchelvam D, Moineddin R. (2006). Low female[corrected]-to-male [corrected] sex ratio of children born in India: national survey of 1.1 million households. *Lancet*, 367, 1730.
27. Johnson, L.A. (1995). Sex Preselection by Flow Cytometric Separation of X and Y-Chromosome-Bearing Sperm Based an DNA Difference: A Review. *Reprod. Fertil. Dev.*, 7, 893-903.
28. Klasen, S. and Wink, C. (2003). Missing women: revisiting the debate. *Feminist Econ.*, 9, 263-300.
29. Lopez O, Mata A, Antich M, Bassas L. (1993). Sperm selection by PD-10 sephadex columns: comparison with SpermPrep filtration and Percoll centrifugation. *Hum. Reprod.*, 8, 732-6.

30. Mahowald, M. (2001). Cultural differences and sex selection. In: Tong, R. (ed.) *Globalizing feminist bioethics: cross-cultural perspectives*. Westview Press, Boulder.
31. Malpani, A. et al (2002). „Preimplantation Sex Selection for Family Balancing in India", *Hum. Reprod.*, 17, 11-12.
32. Mamdani B, Mamdani M. (2006).The impact of China's one-child policy. *Indian J Med Ethics*, 3,106-8.
33. Matken, R., Karabinus, D., Harton, G., Stern, H., Wiley, S. and Blauer, K. (2003). *MicroSort® Separation of X- and Y-chromosome bearing sperm: ongoing clinical trial results*. Presented at the Annual Meeting of the American College of Obstetricians and Gynecologists, New Orleans, Louisiana.
34. McCarthy, D. (2001). Why Sex Selection Should Be Legal. *Journal of Medical Ethics*, 27, 302-307.
35. McKusick, V.A. (1998). *Mendelian Inheritance in Man: A Catalog of Human Genes and Genetic Disorders*. Johns Hopkins University Press, Baltimore.
36. McMillan, J. (2002). Sex selection in the United Kingdom. *Hastings Center Report*, 32, 28-31.
37. Miller, B.D. (2001). Female selective abortion in Asia: patterns, policies, and debates. *American Anthropologist*, 103, 1083-1095.
38. Mosher SW. (2006). China's one-child policy: twenty-five years later. *Hum Life Rev.*, 32, 76-101.
39. Mushayandebvu TI, Santoro NF, Lipetz KJ, Colon JM. (1995). Comparison of Percoll and swim-up techniques for sperm recovery in patients with male factor infertility. In: *IX World Congress on In Vitro Fertilization and Alternative Assisted Reproduction*, Monduzzi Editore, Bologna, Italy, pp. 577-580.
40. Oster, E. (2005). Hepatitis B and the case of the missing women. *Journal of Political Economy*, 113, 1163-1216.
41. Pennings, G. (1996). Family Balancing as a Morally Acceptable Application of Sex Selection. *Hum. Reprod.*, 11, 239-2345.
42. Pogrebin, Letty Cottin. (1981). *Growing Up Free: Raising Your Child in the 80's?* New York: Battam Books.
43. Prakash P, Leykin L, Chen Z, Toth T, Sayegh R, Schiff I, Isaacson K. (1998). Preparation by differential gradient centrifugation is better than swim-up in selecting sperm with normal morphology (strict criteria). *Fertil Steril*, 69, 722-6.
44. Ramachandran, R. (1999). In India, sex selection gets easier (Brief Article). *UNESCO Courier*, p. 29.

45. Robertson, J. (2001). Preconception Gender Selection. *American Journal of Bioethics*, 1, 2-9.
46. Savulescu, J. (1999). Sex Selection - The Case For. *Medical Journal of Australia*, 171, 373-375.
47. Schirrmacher, Christine: *Frauen und die Scharia: die Menschenrechte im Islam*, München 2004.
48. Sen, A. (1992). Missing women. *BMJ*, 304, 586-587.
49. Sen, A. (2003). Missing women - revisited. *BMJ* 327, 1297-1298.
50. Sen, Gita and Rachel C. Snow. (1994). *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*, Massachusetts. Harvard University Press.
51. Silverman, A.Y., Stephens, S.R., Drouin, M.T., Zack, R.G., Osborne, J., and Ericsson, S.A.(2002). Female Sex Selection Using Clomiphene Citrate and Albumin Separation of human sperm. *Hum. Reprod.*, 17, 1254-1256.
52. Smith TT, Byers M, Kaftani D, Whitford W. (1997). The use of iodixanol as a density gradient material for separating human sperm from semen. *Arch. Androl.*, 38, 223-30.
53. Statham, H., Green, J., Snowdon, C. and France-Dawson, M. (1993). Choice of baby's sex. *Lancet*, 341, 564-65.
54. Stern, H., Wiley, R., Matken, R., Karabinus, D., and Blauer, K. (2002). MicroSort babies: 1994-2002. Preliminary postnatal follow-up results. *Fertil Steril*, 78,133.
55. Stern, H., Karabinus, D., Deresh, D., Matken, R. and Blauer, K. (2003). MicroSort Babies: 1994-2003. Preliminary Postnatal Follow-Up Results. American Society of Reproductive Medicine Annual Meeting, San Antonio, Texas.
56. Sureau, C. (1999). Gender Selection: A Crime Against Humanity or the Exercise of a Fundamental Right? *Hum. Reprod.*, 14, 867-868.
57. "Unnatural Selection." (Jan. 30, 1993). *The Economist*.
58. USAID Country Health Statistical Report Pakistan, March 2004.
59. Van der Zwalmen P, Bertin-Segal G, Geerts L, Debauche C, Schoysman R. (1991). Sperm morphology and IVF pregnancy rate: comparison between percoll gradient centrifugation and swim-up procedures. *Hum. Reprod.*, 6, 581-8.
60. Winkvist, Anna and Humaira Zareen AMZtar. (2000). God should give daughters to rich families only: attitudes towards childbearing among low-income women in Punjab, Pakistan. *Social Science & Medicine*, 51, 73-82.

10.0 Internetquellen

61. BabyChoice© and Selnas©. De Meyer Media SA,
<http://www.babychoice.com/index.asp> [Zugriff vom 07.08.2006].
62. Buchsteiner, J. (2005). Neun Frauen auf zehn Männer Delhi, 30. November 2005, <http://www.faz.net/s/homepage.html> [Zugriff vom 20.03.2006].
63. Cloonan et al. (2003). The Historical, Scientific, Cultural, and Economic Aspects of Gender Preselection. Developmental Biology Online, April 16. 2003, <http://www.devbio.com/article.php?ch=21&id=185> [Zugriff vom 04.07.2006].
64. Gechter, M., (2005). Examining the Sex Ratio in Pakistan. Pomona College Economics Department, Claremont,
<http://www.economics.pomona.edu/GarySmith/Econ190/PakistanSexRatio.pdf> [Zugriff vom 18.04.2006].
65. Human Development Reports (2006). United Nations Development Programme, <http://hdr.undp.org/hd/> [Zugriff vom 20.09.2006].
66. Hussain, A. (2003). Poverty, Growth and Governance, National Human Development Report 2003, United Nations Development Programme, <http://www.un.org.pk/nhdr/> [Zugriff vom 20.09.2006].
67. Institut für Islamfragen der Deutschen Evangelischen Allianz „Abtreibung“ von IFI, <http://www.islaminstitut.de/Artikelanzeige.41+M569f7caf19e.0.html> [Zugriff vom 12.08.2006].
68. Marshuk, A. S. (2002). The Growth of Poverty in Pakistan – Issues and Causes, seminar on Poverty Alleviation in Pakistan, National Institute of Public Administration, Lahore,
<http://www.adb.org/Documents/Speeches/2002/ms2002095.asp> [Zugriff vom 06.02.2006].
69. Pakistan - Violence against women in the name of honour, 22. September 1999. Amnesty International, <http://web.amnesty.org/library/Index/engASA330171999> [Zugriff vom 21.04.2006].
70. Population Policy Data Bank maintained by the Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations, <http://www.un.org/esa/desa/> [Zugriff vom 06.02.2006].
71. Richter, S. (2004). Showdown ist abgesagt. Debatte: Die Globalisierung verhilft Indien und Pakistan zur Aussöhnung. Die Welt. de, <http://www.welt.de/data/2004/03/11/249382.html> [Zugriff vom 20.03.2006].
72. Rizvi, M. (2001). India/Pakistan, Anger flares over pre-birth gender choice service. Asia Times Online, <http://www.atimes.com/ind-pak/CA23Df03.html> [Zugriff vom 02.06.2006].

73. Shah, M.A. (2002). The Growth of Poverty in Pakistan - Issues and Causes Pakistan Resident Mission. Asian development bank <http://www.adb.org/Documents/Periodicals/PRM/july2002.pdf> [Zugriff vom 02.06.2006].
74. Statistics Division, Government of Pakistan, <http://www.statpak.gov.pk/> [Zugriff vom 18.06.2006].
75. Terzieff, J. (2004). Dowry practice challenged in Pakistan's northwest. Women's E-News, <http://www.womensenews.org/article.cfm/dyn/aid/1765/context/cover/> [Zugriff vom 02.06.2006].
76. Tohid, O. (2004). Pakistan's novel attack on poverty: ban wedding feasts. Christian Science Monitor, <http://www.csmonitor.com/2004/1222/p01s03-wosc.html> [Zugriff vom 02.06.2006].
77. Wikipedia Foundation Inc. Pakistan, <http://de.wikipedia.org/wiki/Pakistan> [Zugriff vom 18.06.2006].

11.0 Lebenslauf

Angaben zur Person

Name: Fabian Zubair
Geburtsdatum/-Ort: 01.09.1976 / Herdecke
Staatsangehörigkeit: Deutsch

Schulischer Werdegang

1985-1987: Hibernia-Schule Wanne-Eickel, Herne
1987-1988: Waldorfschule Märkisches Viertel, Berlin
1988-1996: Rudolf-Steiner-Schule, Neuwied

Zivildienst

08.1996-01.1998: Sozialer Friedensdienst in der Arche Cork, Irland
(nach § 14b des Zivildienstgesetzes)

Studium

04.1998-11. 2004: Humanmedizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen

Prüfungen

06.1996: Allgemeine Hochschulreife
03. 2000: Ärztliche Vorprüfung
03. 2001: Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
09. 2003: Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
11. 2004: Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Praktisches Jahr

10. 2003-06. 2004: Innere Medizin und Chirurgie, Asklepios Klinik Lich
06. 2004-09. 2004: Psychosomatische Medizin, Justus-Liebig-Universität
Gießen

Beruflicher Werdegang

03. 2005-03. 2006: Assistenzarzt, Abt. Geriatrie, St. Josefs- Krankenhaus
Gießen
Seit 03.2006: Assistenzarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Marburg-Süd

Publikationen

10. 2006: F. Zubair, E. Dahl, S. Sher Shah, M. Ahmed and B. Brosig
(2006). Gender preferences and demand for
preconception sex selection: a survey among pregnant
women in Pakistan. *Hum. Reprod.*, 22, 605-609

Gießen im Januar 2007

Fabian Zubair

12.0 Danksagungen

Ich bedanke mich herzlich bei meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. Burkhard Brosig, für die freundliche Überlassung des Dissertationsthemas und für die gute Betreuung in allen Arbeitsphasen.

Ebenfalls möchte ich mich für die Unterstützung zur Verwirklichung der Doktorarbeit bei meinem Vater, meinem Onkel in Pakistan, meiner Freundin, Dr. Sher Shah und allen anderen beteiligten Menschen herzlich bedanken.

Erklärung

Ich erkläre: Ich habe die vorgelegte Dissertation selbständig, ohne unerlaubte fremde Hilfe und nur mit den Hilfen angefertigt, die ich in der Dissertation angegeben habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten.

Gießen im Januar 2007

Fabian Zubair