

Fokusgrupper i ett flerkulturellt perspektiv

Exempel från Zambia och Vietnam

Elisabeth Faxelid

Eva Johansson

I denna artikel ges några exempel från studier som genomförts i Zambia och Vietnam för att studera synen på sexuellt överförbara infektioner respektive tuberkulos och där fokusgruppsdiskussioner (FGD) använts som datainsamlingsmetod. Resultat från den zambiska studien redovisas i två vetenskapliga artiklar vilka föreligger i manuskript medan resultaten från den vietnamesiska studien föreligger i fyra vetenskapliga artiklar/manus varav en är accepterad för publikation. Syftet med artikeln är att utifrån ett zambiskt och ett vietnamesiskt perspektiv beskriva och diskutera fokusgruppsdiskussionens för- och nackdelar i ett flerkulturellt perspektiv.

Elisabeth Faxelid (EF) är forskare och högskoleadjunkt vid Institutionen för Folkhälsovetenskap, Enheten för Internationell Hälsa samt vid Institutionen för Kvinnors och Barns Hälsa, Enheten för Reproductiv och Perinatal Omvårdnad. EF har bedrivit större delen av sin forskning i Zambia. Eva Johansson (EJ) är vårdlärare och doktorand vid Institutionen för Folkhälsovetenskap, Enheten för Internationell Hälsa. EJ har bedrivit större delen av sin forskning i Vietnam.

BAKGRUND

Fokusgruppsdiskussioner (FGD) är en kvalitativ forskningsmetod som bl a används för att samla in data om olika gruppers attityder, erfarenheter och uppfattningar (1). Metoden ingår som ett av flera instrument i ett metodpaket, Rapid Evaluation Methods (REM), vilket utvecklats av världshälsoorganisationen (WHO) fr a för utvärdering av vårdkvalitet (2). I låginkomstländer har metoden ofta använts för att studera olika aspekter av reproduktiv hälsa fr a preventivmedelsanvändning och sexualbeteende (3-9). Fokusgruppsdiskussioner används också vid planering och utvärdering av interventioner. Metodens användbarhet som direkt interventionsinstrument är oprövad men erfarenheter ty-

der på indirekta effekter genom att gruppdeltagare åtminstone i vissa typer av gruppsammansättningar påverkar varandras attityder och åsikter (1,10).

Sexuellt överförbara sjukdomar i Zambia

Zambia, med cirka 9 miljoner invånare och ett 10-tal etniska grupper, är ett av Afrikas låginkomstländer. Sexuellt överförbara sjukdomar inklusive HIV/AIDS är ett stort folkhälsoproblem. Vanligast förekommande är gonorré, syfilis (cirka 10% av alla gravida), chancroid och HIV/AIDS (cirka 15-25% av alla gravida). Det finns inget officiellt rapporteringssystem avseende sexuellt överförbara sjukdomar och inte heller någon fungerande

Sexuellt överförbara sjukdomar inklusive HIV/AIDS är ett stort folkhälsoproblem i Zambia

lagstiftning när det gäller uppspårning och behandling av partner. Hälso- och sjukvård kan erhållas vid statliga eller av missionen drivna vårdinrättningar. I städerna finns ett växande antal privatkliniker och många sorters läkemedel finns tillgängliga vid marknader och hos enskilda försäljare. Traditionella "healers" är vanliga och traditionell medicin används både på landsbygden och i städerna.

Syftet med den zambiska studien var att studera olika gruppers syn på sexuellt överförbara sjukdomar, var och varför man söker vård samt attityder till partnerspårning.

Tuberkulos och gender i Vietnam

Vietnam är ett låginkomstland med cirka 80 miljoner invånare. Tuberkulos är den största enskilda dödsorsaken bland vuxna. Trots existensen av verksamma läkemedel sedan 1950-talet har Vietnam följt samma negativa utveckling vad gäller sjukdomsförekomst som många andra låginkomstländer. HIV/AIDS epidemin och utvecklingen av resistens och multiresistens mot existerande tuberkulosmediciner har kraftigt bidragit till svårigheterna att kontrollera spridningen av sjukdomen. Tuberkulosforskningen har länge dominerats av den biomedicinska forsknings-traditionen. Under de senaste åren har dock andra forskningsmetoder t ex fokusgruppdiskussioner och djupintervjuer introducerats för att få en ökad förståelse för hur kultur och socioekonomiskt status påverkar människors beteende när man söker vård (health seeking behaviour) och erhåller behandling (compliance).

Syftet med den vietnamesiska studien var att utforska och öka förståelsen för mäns och kvinnors kunskaper, föreställningar samt attityder till tuberkulos. Speciell vikt lades vid likheter och skillnader mellan män och kvinnor avseende vårdsökande beteende, hur det är att leva med en stigmatiserande sjukdom, samt följsamhet med behandling.

METOD Zambia

Under 1996/97 genomfördes 23 FGD med totalt 119 män och 94 kvinnor, vilka rekryterades från ett stadsområde och ett landsbygdsområde. I elva av grupperna fokuserades diskussionen på partnerspårning i samband med sexuellt överförbara sjukdomar. I tolv grupper diskuterades fr a "health seeking behaviour" i samband med sexuellt överförbara sjukdomar. En multidisciplinär grupp, bestående av forskare från Zambia och Sverige, förberedde, genomförde och analyserade fokusgrupperna.

Gruppdiskussionerna om partnerspårning genomfördes alla i ett landsbygdsområde. Alla deltagarna arbetade vid en kommersiell farm i området. Grupperna var sammansatta på följande sätt: 1) Gifta kvinnor som bodde i byn 2) Gifta män som bodde i byn 3) Ogifta flickor som bodde i byn 4) Ogifta pojkar som bodde i byn 5) Gifta män som bodde i baracker på farmen 6) Ogifta män som bodde i baracker på farmen samt 7) Ogifta kvinnor som bodde i baracker på farmen. Grupperna bestod av 8-13 deltagare och de flesta kände

Syftet med den vietnamesiska studien var att utforska och öka förståelsen för mäns och kvinnors kunskaper, föreställningar samt attityder till tuberkulos

varandra eftersom de var arbetskamrater (Se tabell 1).

Tabell 1. Gruppkonstellationer avseende partnerspårning i Zambia (11 grupper).

	Fokus på partnerspårning	
	<i>Boende i byn</i>	<i>Boende i baracker</i>
<i>Landsbygd</i>	Gifta kvinnor x2	Ogifta kvinnor x2
	Ogifta kvinnor	Gifta män
	Gifta män x2	Ogifta män x2
	Ogifta män	

Gruppdiskussionerna om "health seeking behaviour" genomfördes dels i stads- dels i landsbygdsmiljö. Dessa grupper var sammansatta på följande sätt: 1) Gifta män 2) Ogifta män 3) Gifta kvinnor 4) Ogifta kvinnor 5) Gifta kvinnor och män 6) Ogifta kvinnor och män. Grupperna bestod av 8-10 deltagare. I de grupper som genomfördes i stadsmiljö var deltagarna okända för varandra medan deltagarna i landsbygdsgруппerna i viss utsträckning kände varandra (Se tabell 2).

Tabell 2. Gruppkonstellationer avseende "Health seeking behaviour" i Zambia (12 grupper).

<i>Landsbygd</i>	Fokus på Health seeking behaviour	
	<i>Stad</i>	
Gifta kvinnor	Gifta kvinnor	
Ogifta kvinnor	Ogifta kvinnor	
Gifta män	Gifta män	
Ogifta män	Ogifta män	
Gifta kvinnor och män	Gifta kvinnor och män	
Ogifta kvinnor och män	Ogifta kvinnor och män	

Deltagarna till diskussionerna om partnerspårning rekryterades av lokala forskningsassistenter. Alla som arbetade vid farmen un-

der de dagar som diskussionerna pågick tillfrågades personligen någon dag i förväg och informerades om det övergripande syftet med diskussionen. Eftersom det var lågsäsong deltog nästan alla tillgängliga arbetare i någon av grupperna. I samband med rekryteringen framkom önskemål om ersättning eftersom deltagarna förlorade arbetsförtjänst när de deltog i gruppdiskussionerna. Eftersom ingen annan ersättning än förfriskningar gavs avstod några tillfrågade från att delta. Deltagarna till diskussionerna om "health seeking behaviour" rekryterades även de någon dag i förväg genom att personer som uppehöll sig vid respektive marknad och som bedömdes tillhöra åldersgruppen 15-50 år tillfrågades och informerades om det övergripande syftet. När tillräckligt många accepterat deltagande upphörde rekryteringen.

Flera av grupperna kom inte igång på utsatt tid och eftersläntare kunde dyka upp efter 10-20 minuter. En zambisk kvinnlig moderator ledde grupperna med kvinnor medan en zambisk manlig moderator ledde de grupper som bestod av män samt de blandade grupperna. Av praktiska skäl var observatören i de flesta fall av motsatt kön. Alla grupper accepterade detta utom de som bestod av yngre kvinnor som när de tillfrågades i början av diskussionen uttryckte att de inte ville ha en man som observatör i gruppen. Diskussionerna genomfördes på det lokalspråk, Nyanja eller Tonga, som deltagarna föredrog. De svenska forskarna fungerade som observatörer vid en del men inte alla gruppdiskussioner. Alla FGD bandades, transkriberades och översattes till engelska av zambisk moderator och observatör.

Vietnam

Sexton FGD genomfördes under 1996 i fyra

distrikt, vilka representerar såväl södra och norra Vietnam som stad och landsbygd. En multidisciplinär grupp, bestående av forskare från Vietnam och Sverige, förberedde, genomförde och analyserade fokusgrupperna. Urvalet till FGD grundades på att deltagarna var okända för varandra, att deras åldrar varierade, samt att deras socioekonomiska status var likartat. Deltagare med tidigare tuberkuloserfarenhet valdes från tuberkulosregistret i respektive distrikt, medan deltagare utan tidigare tuberkuloserfarenhet valdes bland grannar till de tuberkulossjuka. Grupperna var sammansatta på följande sätt;

- 1) män med tidigare tuberkuloserfarenhet,
- 2) män utan tidigare tuberkuloserfarenhet,
- 3) kvinnor med tuberkuloserfarenhet, och
- 4) kvinnor utan tuberkuloserfarenhet. Varje grupp bestod av åtta till tio deltagare i åldrarna 15 till 60 år (Se tabell 3).

Tabell 3. Gruppkonstellationer i den vietnamesiska studien (16 grupper).

	<i>Söder</i>	<i>Norr</i>
<i>Stad</i>	Män med TBC Kvinnor med TBC Män utan TBC Kvinnor utan TBC	Män med TBC Kvinnor med TBC Män utan TBC Kvinnor utan TBC
<i>Landsbygd</i>	Män med TBC Kvinnor med TBC Män utan TBC Kvinnor utan TBC	Män med TBC Kvinnor med TBC Män utan TBC Kvinnor utan TBC

Personer som hade insjuknat i TBC under det senaste året identifierades genom distriktets TBC register och alla tillfrågades om de ville delta i FGD. Undantag gjordes för de som insjuknat under de sista två månaderna. Dessa ansågs ej ännu ha tillräcklig "TBC erfarenhet". Personer utan TBC erfarenhet valdes ut bland grannarna till de TBC sjuka. Den

vietnamesiska forskaren gick tillsammans med det lokala TBC-teamet runt till alla presumtiva deltagare. Forskarna hade en skriftlig information som presenterades muntligt. Deltagarna tillfrågades och informerades om syftet med studien ett par dagar före genomförandet av FGD. Alla tillfrågade var villiga att delta och samtliga kom till FGD. Även ett antal ej inviterade personer kom, vilket kan tolkas som ett uppdämt behov av att tala om sin sjukdom. Detta var förstås ett metodologiskt dilemma. Efter "te och bananer" och en förklaring ombads de flesta av de icke inviterade att gå hem igen. Fokusgruppdiskussionerna hölls i möjligaste mån i avskildhet vilket i några fall innebar förbommade fönster och stängda dörrar. Ingen släpptes in efter diskussionens start. Fokusgruppdiskussionerna hölls med något undantag på icke medicinsk "mark" för att deltagarna inte skulle känna sig hindrade att diskutera fritt på den medicinska personalens närvaro. I några fall hölls FGD på distriktets tuberkulosenhet vilket medförde svårigheter att förklara för personalen varför de ej fick delta.

En manlig vietnamesisk forskare (läkare och epidemiolog) samt en vietnamesisk kvinnlig sociolog fungerade som moderatorer. De svenska forskarna fungerade endast som observatörer. Alla FGD bandades, transkriberades och översattes till engelska. Översättningarna gjordes av professionella översättare. Två FGD översattes av två oberoende översättare och fanns överensstämma väl.

RESULTAT OCH DISKUSSION

En av tumreglerna vid FGD är att deltagarna ska vara okända för varandra (1). I de zambiska landsbygdsgруппerna var det oundvikligt att deltagarna till viss del kände varandra eftersom de arbetade tillsammans och/eller

I dessa grupper kunde t ex mönstret av att beskylla det andra könet för diverse negativa beteenden inte passera osagt

bodde i samma by. En risk när deltagarna känner varandra är att diskussionen kan hämmas. Detta problem upplevde vi dock inte i de zambiska grupperna. Däremot undvek vi att rekrytera släktingar till samma grupper eftersom vissa släktförhållanden, speciellt mellan äldre och yngre, kan innebära att den yngre personen inte kan tala öppet när den äldre släktingen är närvarande.

Vidare bestod de flesta grupperna i Zambia av antingen kvinnor eller män men i några grupper blandades män och kvinnor. Denna blandning visade sig fungera bättre i grupper med äldre deltagare där en relativt dynamisk diskussion mellan män och kvinnor utvecklades. I dessa grupper kunde t ex mönstret av att beskylla det andra könet för diverse negativa beteenden inte passera osagt. Vilka gruppssammansättningar, homogena eller heterogena, som fungerar bäst beror enligt Morgan (1) i hög utsträckning på ämnets karaktär och det kulturella sammanhanget.

I Vietnam blandades ej kvinnor och män, men deltagarna i grupperna representerade olika åldrar. Därmed utvecklades en klar hierarki, baserad på ålder, mellan de olika deltagarna i FGD. Ålder är viktigt för status i Vietnam. Liknande erfarenheter har beskrivits av Folch-Lyon & Trots (11). Den äldste började tala och följdes sedan av de andra beroende av ålder. Alla inledde med en mer eller mindre lång monolog, vilken ej avbröts av de övriga deltagarna. Det fanns en tendens att fortsätta på detta sätt och det var svårt för moderatören att bryta det monotona mönstret. Upprepade försök fick göras innan en livli-

gare diskussion kunde komma igång och som också inkluderade ett spontant utbyte mellan de olika deltagarna och därmed de metodologiska fördelar, som finns med FGD. Det var svårt att få deltagarna att vända sig till varandra och inte bara till moderatören.

I Zambia gick diskussionerna i grupper med yngre deltagare trögt jämfört med diskussionerna i grupper med äldre. Detta berodde troligen på att en person som är gift anses ha kunskap om sex samt ha "rätt" att samtala om sådant som berör sex medan ogifta inte förväntas ha denna kunskap. I flera av de zambiska grupperna, speciellt de som bestod av män respektive de som bestod av inflyttade säsongsarbetarna, hade man mycket skilda åsikter om t ex behovet av många sexualpartners, betydelsen av att informera partners om man hade en infektion, hur en partner skulle informeras och påverkas, tvingas med våld eller övertalas att söka vård, var man erhöll bra vård etc. Vissa kommentarer skapade motsättningar men även öppningar och diskussionen blev i vissa fall mycket öppen men också humoristisk. En styrka med FGD är just att kunna observera graden av samtycke respektive motsättning bland deltagarna (12). Att FGD är en metod som lämpar sig för att diskutera frågor av känslig natur bekräftas alltså i våra studier.

Morgan (12) menar vidare att det lämpar sig bättre med mindre grupper när man diskuterar ämnen av känslig natur. I Zambia upplevde vi dock att diskussionen flöt lättare i de något större grupperna eftersom de individuella deltagarna och deras synpunkter fick möjlighet att "försvinna i mängden". Det gick alltså inte att knyta uttalanden till enstaka individer. I början av varje FGD påpekade moderatören vikten av att det som diskuterades i gruppen skulle stanna inom gruppen. I vilken

Vi bedömer det som en viktig uppgift för moderatorn att hålla diskussionen på ett sådant plan att enstaka individer inte säger/berättar sådant som de sedan kan ångra

utsträckning detta fungerade vet vi inte. Där emot kunde vi i samband med analysen konstatera att diskussionerna skett på ett övergripande plan och att endast enstaka exempel med egna erfarenheter fanns med. Vi bedömer det som en viktig uppgift för moderatorn att hålla diskussionen på ett sådant plan att enstaka individer inte säger/berättar sådant som de sedan kan ångra.

I Zambia användes relativt standardiserade frågeguider. I samband med analysen konstaterade vi dock att det kanske hade varit bättre med en något "friare" stil för att få fram mer av deltagarnas egna tankar. Detta kräver dock erfarna moderatorer. På grund av det stora antalet grupper blev moderatorerna mer erfarna efterhand och diskussionerna blev följaktligen mer "fria" mot slutet av studien. I båda länderna märktes dessutom en betydligt lättare stämning och friare diskussion efter det att den egentliga sessionen var över och bandspelaren stängts av. Då gavs också tillfälle för deltagarna att ställa egna frågor till forskarlaget. Ett flertal grupper hade svårt att bryta upp efter diskussionen och framförde önskemål om att ytterligare gruppdiskussioner skulle anordnas.

Vissa av de vietnamesiska deltagare hade mera kunskap om tuberkulos och dess behandling än andra. Det var uppenbart att de andra deltagarna lyssnade till deras synpunkter och det föreslogs också att dessa f d patienter, som kunde tala om tuberkulos på ett för de andra belysande sätt, skulle kunna an-

vändas i hälsoupplýsningen av andra patienter. Denna typ av oavsiktlig intervention, som uppstår under FGD skulle kanske beaktas mera. Kanske ligger effekten i att "interventionen" är oplanerad. Det finns enstaka studier som visat på attitydförändringar i samband med FGD. Sussman et al.(10), lät FGD deltagare besvara en enkät före samt efter gruppdiskussionen. Man fann att deltagarnas attityder förändrades och blev mer polariserade efter diskussionen. Interventionseffekter har dock inte studerats systematiskt. Morgan (12) hävdar att gruppaktiviteter vars huvudsyfte är att förändra beteenden inte bör räknas till fokusgrupper. Andra författare anser å andra sidan att fokusgrupper mycket väl kan användas som interventionsinstrument i t ex aktionsforskning (13).

Moderatorn har en enormt betydande roll och måste vara vältränad och medveten om de metodologiska problem, som kan uppstå i en viss kultur (12,14). Det är också viktigt att moderatorn har god kunskap och medvetenhet om fördelar och nackdelar med FGD och kan hantera tekniken i olika kulturer, framförallt sin egen. Det är en nödvändighet att moderatorn talar samma språk som deltagarna (15). I Vietnam övervägde vi att genomföra några av FGD med tolk eftersom forskarlaget var både vietnamesiskt och svenskt, men insåg att den dynamik, som kan och bör utvecklas med FGD tekniken skulle hämmas av ett sådant tillvägagångssätt.

I ett relativt hierarkiskt samhälle som Vietnam kan det uppstå svårigheter med den nöd-

Denna typ av oavsiktlig intervention, som uppstår under FGD skulle kanske beaktas mera. Kanske ligger effekten i att "interventionen" är oplanerad

Moderatorn har en enormt betydande roll och måste vara vältränad och medveten om de metodologiska problem, som kan uppstå i en viss kultur

vändiga dynamiken i FGD tekniken. Det kan vara svårt att få igång ett samtal mellan deltagarna, där man mer eller mindre "går förbi" moderatorn. Detta beror förstås också på vem som är moderator. I vår studie var en läkare/epidemiolog moderator i de flesta FGD och det hade med all sannolikhet en hämmande inverkan på diskussionen. Man får dock väga detta mot den funktion moderatorn ändå har att "leda" diskussionen, vilket kan vara svårt för en alltför neutral moderator, som kanske inte alls respekteras av de övriga deltagarna.

Vissa deltagare kom inte i tid till FGD, vilket oftast berodde på att man inte uppfattat mötestiden som speciellt strikt. Tid har olika betydelse i skilda kulturer. I Zambia förhöll vi oss relativt accepterande till dessa "senkomlingar". De som tillkom efter introduktionen och de första "startfrågorna" visade sig dock ha svårt att komma in i diskussionen. Trots detta anser vi att det var befogat att låta dem delta eftersom ett avvisande skulle kunnat äventyra förtroendet för forskarlaget. Dessutom upplevde vi inte att "senkomlingarna" hindrade diskussionen på något sätt. I flera av de zambiska grupperna deltog kvinnor med små barn (under 3 år). Att barn deltar är en självklarhet i det zambiska samhället och det medförde inga andra problem än vissa svårigheter med ljudkvaliteten på banden. Ett återkommande störningsmoment i Vietnam var svårigheten att få gehör för nödvändigheten av att få genomföra FGD ostört och utan publik.

Alla forskningsmetoder är behäftade med vissa validitetsproblem och FGD utgör inget undantag. Yelland och Gifford (16) använde exempelvis FGD för att studera plötslig spädbarnsdöd i ett flerkulturellt sammanhang. De hade relativt stora problem vid rekrytering av gruppdeltagare, vid genomförande av grupperna och vid analys av materialet. De drog slutsatsen att metoden kan innebära allvarliga validitetsproblem när den används i ett flerkulturellt sammanhang.

Vår erfarenhet är dock att validiteten förbättras om man har ett "team approach" d v s att forskare från båda kulturerna deltar i processen. Betydelsen av ett "team approach" och av moderatorns deltagande i analysen har också poängterats av andra forskare (14).

Vi bedömer att FGD är en forskningsmetod som lämpar sig väl i ett flerkulturellt sammanhang. Det är av vikt att metoden används på ett flexibelt sätt dvs att planering, genomförande och analys anpassas till varje kultur i sin kontext. En lärdom kan möjligtvis vara att i åldershierarkiska kulturer bör man vara restriktiv med att blanda deltagare i olika åldrar.

REFERENSER

1. Morgan DL: Focus groups as qualitative research. Sec. ed. London: SAGE Publ. Inc. 1997.
2. WHO. Rapid evaluation method guidelines for maternal and child health, family planning and other health services. Geneva: World Health Organization, Division of Family Health and Division of Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Assessment, 1993.
3. Knodel J, Chamratrithirong A, Debavalya N: Thailand's reproductive revolution: rapid fertility decline in a third world setting. Madison, WI: Univ. Wisc. Press, 1987.
4. Sittitrai W, Brown T: Training manual on focus group discussions in human sexuality research. Bangkok: Chulalongkorn University 1989.

Fullständig referenslista kan fås av författarna.