



UiT Norges arktiske universitet

Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning

Mørketiden er en årstid, ikke en sykdom

En kvalitativ studie av et utvalg sine opplevelser av mørketiden

Simen Halvor Setekleiv

Masteroppgave i Sosiologi – SOS-3981. Mai 2023



Sammendrag

Denne masteroppgaven har forsøkt å skape mer forståelse, og gå i dybden på opplevelser man kan ha under mørketiden. Problemstillingen som har blitt besvart i denne oppgaven er:

«Hvordan opplever en gruppe mennesker som har bodd nord for polarsirkelen fenomenet mørketiden?». Problemstillingen ble videre snevret ned ved hjelp av fire forskningsspørsmål. Disse fokuserte på om opplevelsene kan forstås som normale eller sykdomstegn, hvordan man snakker om mørketiden, og om det er noen måter man kan bli vant til mørketiden.

En kvalitativ tematisk analyse, ble benyttet for å svare på problemstillingen. Det analyserte datamaterialet er basert på sju semistrukturerte intervjuer, hvor utvalget var personer over 18 år, som har bodd store deler av livet sitt nord for polarsirkelen. Det teoretiske rammeverket for oppgaven er sentrale begreper og teorier som; medikalisering hos Conrad, normalitet og avvik, sykerollen til Parsons, og stigmatisering og tabu. Andre begreper som ble presentert i litteraturgjennomgangen er mørketiden og vinterdepresjon/SAD.

I oppgavens empiri- og drøftingsdel, kom det frem at informantene har ulike opplevelser og tanker om mørketiden. Felles for informantenes opplevelser, er en normalitet. De opplever at mørketiden er en normal del av dagliglivet i Nord-Norge om vinteren, og opplevelsene knyttet til nedsatt energinivå er normalt. Det forstås ikke som et sykdomstegn eller noe problematisk hos mine informanter. Selv om de ikke opplever mørketiden som problematisk, forsøker de å holde på god rutiner knyttet til søvn, kosthold og trening. Dette gir dem et overskudd til å komme seg gjennom dagen, og da unngår informantene å få problemer under mørketiden. Informantene har gjerne mørketiden som et samtaleemne. De opplever at man kan snakke om mørketiden på en «positiv» måte, men det er ikke greit å snakke om det på en «negativ» måte. Dette gjør at mine informanter opplever noe tabu rundt det å snakke om mørketiden, siden de opplever at det er noen deler de ikke for snakke om.

Hvorfor informantene opplever en normalitet i mørketiden, forteller de er fordi de har opplevd mørketiden såpass mange ganger, at de vet hva som kommer til å skje. De har skapt seg en forventning av hva som kommer til å skje. Dermed gjør de tiltak, for å komme seg gjennom tiden på best mulig måte. Selv om mine informanter opplever en normalitet, er det også personer som får problemer under mørketiden. Utvalget i denne oppgaven er relativt lite, med tanke på hvor mange som opplever mørketiden. Så andre vil ha annerledes opplevelser enn mine informanter. Mørketiden kan for dem være svært vanskelig, og alt annet enn normal.

Forord

Det er nesten en surrealistisk følelse å sitte her å avslutte en masteroppgave, og en studietid som begynte for fem år siden. Det å skrive en masteroppgave har vist seg å være en lang og krevende prosess, men jeg sitter igjen med masse ny kunnskap og erfaringer. Det å kunne fordype seg i noe man finner spennende, har gjort hele denne prosessen verdt det. Det er kanskje mitt navn som står på oppgaven, men det er mange personer som skal ha en stor takk for at man har kommet i mål.

Først å fremst vil jeg takke mine informanter, uten dere ville ikke denne oppgaven blitt noe av. Dere sa ja til å bli intervjuet, og må bare si tusen takk for at dere ville dele deres opplevelser og erfaringer med meg.

Jeg ønsker også å takke min veileder Jorid Anderssen. Du har vært en god støtte for meg under hele denne prosessen. Du har vært forståelsesfull, hjelpsom, motiverende, og ikke minst alltid hatt troa på meg. Uten dine konkrete tilbakemeldinger og tanker, ville ikke oppgaven sett ut som den gjør.

Videre vil jeg takke alle jeg møtt gjennom fem år på lektorstudiet. Dere har alle bidratt til at disse årene har vært morsomme, interessant og lærerike. Vil også takke alle vennene mine, som har gjort studietiden til et eventyr. Dere har alle sammen gitt meg opplevelser for livet, og gleder meg til å skape flere. Vil spesielt takke Thomas og Øystein. Uten dere vet jeg faktisk ikke hva jeg skulle gjort. Vi er ikke i samme by, men en samtale med dere gjør underverker for livet her oppe!

Til slutt vil jeg takke Mamma, Pappa, Einar og resten av familien. Dere har alle alltid hatt troa på meg, og har sørget for å bidra med det dere kan. Om det er gode ord, gjennomlesing, eller besøk. Dere har dere alltid vært der for meg, og er evig takknemlig for det!

Tromsø, Mai 2023

Simen Halvor Setekleiv

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Forord	3
1 Innledning	1
1.1 Begrunnelse og formål.....	2
1.2 Tema og problemstilling	3
1.3 Oppgavens oppbygging.....	4
2 Tidligere forskning	5
2.1 Mørketiden.....	5
2.2 Vinterdepresjon/SAD	6
2.2.1 Psykisk helse	8
2.3 Mørketidens påvirkning på ikke menneskelige biologiske vesener	9
2.4 Mørketidens påvirkning på mennesker	10
2.5 Forskning på seasonal affective disorder	11
3 Teoretisk rammeverk	11
3.1 Medikalisering.....	12
3.1.1 Demedikalisering.....	14
3.2 Normalitet og avvik.....	15
3.2.1 Normalitet.....	15
3.2.2 Sykdom som avvik	15
3.2.3 Endringstrend i forholdet mellom normalitet og avvik	16
3.3 Sykerollen til Talcott Parsons.....	17
3.4 Stigmatisering og Tabu	18
3.4.1 Stigmatisering	18
3.4.2 Tabu	18
3.4.3 Endringstrend i stigma og tabu knyttet til psykisk helse.....	19
4 Metodekapittel	20
4.1 Valg av metode.....	20
4.2 Innsamling av data.....	21
4.3 Rekruttering og utvalg.....	22

4.3.1 Strategisk utvalg og utvalgskriterier	22
4.3.2 Rekruttering av informanter.....	23
4.3.3 Presentasjon av informantene	23
4.4 Bearbeiding og analyse av data	24
4.4 Refleksjon rundt gjennomføringen av intervjuene	25
4.5 Forskningsetikk og kvalitet i forskningen	26
4.5.1 Bruk av personopplysninger, informert samtykke	26
4.5.2 Validitet, reliabilitet og overførbarhet.....	27
5 Empiri	28
5.1 Mørketiden som en normal del av en syklus i nord.....	28
5.2 Samtaleemne i dagliglivet.....	30
5.2.1 Normalt å prate om	30
5.2.2 Skal ikke klage under mørketiden	31
5.3 Normalt å være sliten	33
5.3.1 Opplevelsen av å være trøtt og sliten	33
5.3.2 Forståelse for at man er trøtt og sliten	34
5.4 Rutiner som håndteringsverktøy.....	35
5.4.1 Sesongvariasjon i hva man fyller en dag med	35
5.4.2 Ting tar lengre tid på vinteren	36
5.5 Oppsummering av hovedfunn	37
6 Drøfting.....	38
6.1 Hva er normalt å oppleve under mørketiden?.....	38
6.2 Er mørketiden et medikalisert fenomen?	42
6.3 Er mørketiden et tabubelagt samtaleemne?	45
7 Avslutning	47
7.1 Veien videre.....	49
8 Referanseliste	51
9 Vedlegg.....	56
9.1 Vedlegg 1: Intervjuguide	56
9.2 Vedlegg 2: Informasjonsskriv.....	61
9.3 Vedlegg 3: NSD godkjenning.....	66

1 Innledning

«Mørketiden. Det er den tiden da vi blir trøtte og fungerer dårligere enn ellers. Forskerne har fortalt at den tiden er farlig for oss. Vi blir deprimerte, feite og apatiske i den tiden. Vi blir altså syke av mørketiden. Fagfolk sier det kommer av mangel på dagslys. Mørketidsdepresjon, eller Seasonal affective disorder (SAD), som det heter på fagspråket, er godtatt som egen sykdom, og er blitt lansert som et mulig folkehelseproblem»
(Anderssen, 2013, s.40).

Mørketiden eller polar night er en periode av året, hvor solen ikke beveger seg over horisonten, og kan oppleves nord for polarsirkelen. Jo lengre nord man bor, jo lengre blir mørketiden (Arctic Council, 2014). For folk i Tromsø kan dette bety at den varer i over to måneder. Opplevelsen av mørketiden varierer, noen merker lite til den, men andre føler seg syke. De som sliter kan bli vinterdeprimerte, eller mørketidsdeprimerte som det kalles i populærsosiologien. Dette er en type depresjon som er forbundet med årstider, noe som gjør at man ikke opplever den hele året (Partonen & Rosenthal, 2001, s.11). Vanlige symptomer er opplevelse av tretthet, endring i spisevaner og tristhet (Partonen & Rosenthal, 2001, s.13).

Rundt 1980 var første gangen mørketiden ble forsket på i et helseperspektiv. Dette resulterte i diagnosen seasonal affective disorder (SAD), og dette er hva vi på norsk kaller vinterdepresjon. Når et fenomen blir gitt en diagnose, kan man si at det har vært gjennom en medikaliseringsprosess. Dette innebærer i korte trekk at medisinsk terminologi blir brukt til å forklare et ikke medisinsk fenomen, slik at fenomenet blir gjort medisinsk (Conrad, 2013). Siden mørketiden oppstår i land innenfor polarsirkelen og om vinteren, vil det være naturlig å se en sammenheng mellom breddegradsplassering, og utbredelse av SAD. Dette viser seg å stemme (Magnusson, 2000, s.177-178). Likevel viser det seg at man ikke blir psykisk sykere under mørketiden og vinteren (Johnsen, Wynn & Bratlid, 2012).

Dette er interessant, hva er årsaken til dette? Kan det være at man forstår mørketiden som en normal del av livet, slik at man har blitt vant til den, og vil ikke se på det som noe problem? Er det noe man prater om, eller har det seg sånn at man opplever det som stigmatisert og tabubelagt? Hva som regnes som normalt og avvik varierer i tid og sted, slik at begrepet er vanskelig å definere (Becker, 1973, s.15). Medisinen peker på at normalen er å være frisk, og alt som er sykdom er et avvik fra dette (Frances, 2013, s.8-9). Når medisinen går inn i enda

flere ikke medisinske-områder, medfører det at «the pool of normality is shrinking into a mere puddle» (Frances, 2013, s.3). Normaliteten vil da krympe, og til slutt kanskje forsvinne.

1.1 Begrunnelse og formål

Så hvordan falt egentlig valget på at akkurat mørketiden var noe jeg ville skrive om? Begrunnelsen for valg av tematikken, er både av den personlige og faglig art, og av samfunnsmessig interesse. Personlig har jeg lenge hatt en fascinasjon for helse og sykdom, og hvordan vi som samfunn håndterer ting som kan bli sett på som vanskelig. Når jeg da fikk muligheten til å ta et spesialemerne i sosiologien her på universitet, valgte jeg å ta et emne innenfor helse og medisin i sosiologien. Da ble jeg fast bestemt på at dette var noe jeg ville at min masteroppgave skulle handle om. Selv er jeg tilflytter til Tromsø, og fikk oppleve mørketiden i min første vinter her. Jeg syntes egentlig at mørketiden og vinteren her oppe har vært ganske fin, selv om det er mørkere og kaldere enn det jeg er oppvokst med. Selv om jeg har opplevd vinteren og mørketiden som fin, er det flere som opplever den som noe negativt og fælt. Denne forskjellen i oppfatning var noe som pirret min interesse. Hvorfor trives jeg under mørketiden, mens andre får problemer?

Som nevnt ovenfor, er det folk som sliter under mørketiden. De blir deprimert, slitne, sover mer, spiser mer, og tiden oppleves som spesielt tung. Andre syntes denne tiden er en fin tid. De koser seg under mørketiden. De koser seg foran peisen og man leker ute i snøen. Som allerede nevnt, ser jeg på mørketiden som noe fint, og jeg koser meg med å være ute. Samtidig har jeg hørt og selv opplevd, at det kreves litt mer ressurser under mørketiden. Mange holder seg aktive, bruker mer lys og spiser annerledes for å nevne noe. Så mørketiden er noe komplekst, den er negativ, positiv og vi må tilpasse oss. Så det vil være samfunnsnyttig å finne ut mer om dette fenomenet, og hvordan det påvirker individer og samfunnet. Det vil og være samfunnsnyttig å se på om mørketiden er noe folk prater om, og på hvilken måte. Eller er det slik at man ikke snakker om det, siden det er stigmatisert og tabubelagt?

Helsesosiologien tar blant annet for seg begreper som medikalisering, stigma, tabu, normalitet og avvik. Dermed er flere av oppgavens temaer svært sentrale for faget. Jeg kan samtidig trekke frem at mørketiden ikke er et tema som sosiologien i noe særlig grad, har tatt for seg tidligere. Det meste av tidligere forskning har dreid seg om hvordan mørketiden merkes på

kroppen og helsa. Dermed kan denne oppgaven kanskje bidra til å utvide fagets kunnskap om mørketiden.

1.2 Tema og problemstilling

I denne oppgaven skal jeg undersøke hvordan personer som har bodd store deler av sitt liv i Nord-Norge, opplever og snakker om mørketiden. For å finne ut av dette, skal denne oppgaven ta for seg følgende temaer; mørketiden/polar night, medikalisering, normalitet og avvik, og stigma/tabu.

På bakgrunn av oppgavens temaer og begrunnelsene ovenfor, har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

«Hvordan opplever en gruppe mennesker som har bodd nord for polarsirkelen fenomenet mørketiden?»

Polarsirkelen er to breddesirkler som strekker seg rundt jordens to poler. Stedene som befinner seg innenfor sirkelen, vil være de områdene som opplever mørketid og midnattssol. Dette betyr at det vil være flere ulike geografiske områder og land som kan oppleve mørketid. I Norge ligger sirkelen på rundt 66 grader nord. Dette betyr at den skjærer gjennom Nordland fylke, litt nord for Mo i Rana (Tjernshagen, 2020). Dette betyr at minst 400 000 nordmenn vil oppleve dette fenomenet. Regner man med andre land, vil tallet være enda større (SSB, 2022).

For å kunne besvare denne problemstillingen, er det sentralt å finne noen holdepunkter i hvilke syn og opplevelser man vil finne ut av. Som det kommer av oppgavens temaer, ønsker jeg å finne ut hvilke opplevelser som er normale knyttet til mørketiden. Videre vil jeg se på hvordan medisinen kan ha gjort mørketiden til et medisinsk fenomen. Til slutt vil jeg finne ut av hvordan mørketiden snakkes om, er det slik at samfunnet rundt oss har påvirkning på dette?

For å kunne belyse problemstillingen på best mulig måte, er fire forskningsspørsmål utarbeidet:

- *Hva oppfattes som normale reaksjoner på mørketiden?*
- *Finnes det noe måte man kan bli vant til, eller håndtere mørketiden?*

- *Forstås mørketiden som noe man blir syk av?*
- *Er mørketiden et tabubelagt samtaleemne?*

Problemstillingen og forskningsspørsmålene vil brukes til å analysere fenomenet mørketiden. Det første forskningsspørsmålet vil handle om å forstå hvilke opplevelser som er normale under mørketiden, hva man på mange måter forventer å oppleve. Videre vil spørsmål to handle om det finnes måter man kan bli vant til eller håndtere mørketiden. Spørsmål tre vil se på om mørketiden er noe man blir syk av, og om opplevelser kan forstås medisinsk. Fjerde og siste spørsmål, vil se på hvordan man snakker om mørketiden, og om det er et akseptert samtaleemne.

1.3 Oppgavens oppbygging

I dette delkapittelet skal jeg redegjøre for oppgavens oppbygging og ulike kapitler. Siden kapittel 1 i oppgaven er innledningen, vil redegjøringen starte med oppgavens andre kapittel.

Oppgavens andre kapittel er en tredelt litteraturgjennomgang. Den første delen vil presentere fenomenet mørketid. Videre vil jeg presentere diagnosen seasonal affective disorder (SAD), og hvordan diagnosen henger sammen med psykisk helse. Del to handler om forskning gjort på mørketiden og polar night. Både hvordan fenomenet påvirker biologisk liv, men også hvordan det påvirker mennesker. Den siste delen tar opp forskning gjort på blant annet utbredelsen av diagnosen seasonal affective disorder, og psykiske plager.

I det tredje kapittelet presenteres oppgavens sosiologiske teori rammeverk. Først blir teoriene medikalisering gjort rede for. Deretter vil begrepene normalitet og avvik bli presentert, og hvordan sykdom blir et avvik. Så skal jeg redegjøre for sykerollen til Talcott Parsons. Til slutt i teorikapittelet vil jeg belyse begrepene stigma og tabu i forhold til psykisk helse, og hvordan vi snakker om psykisk helse.

Valg av metode blir redegjort for i kapittel fire. Her vil jeg først komme med en forklaring på metodevalget og hvorfor jeg endte opp med et semistrukturert kvalitativt intervju. Deretter vil jeg belyse hvordan jeg samlet inn dataen og hvordan jeg gikk frem for å rekruttere informanter. Videre vil jeg vise hvordan jeg bearbeidet og analyserte dataen. Så vil jeg

komme med personlige refleksjoner om hvordan jeg syntes arbeidet gikk. Til slutt vil jeg redegjøre for hvordan jeg kan sikre at forskningen min har god forskningsetikk og kvalitet.

I det femte kapittelet presenteres de empiriske funnene som jeg mener er viktig for å belyse oppgavens spørsmål. Kapittelet vil være delt opp i følgende fire kategorier; Mørketiden som en normal del av en syklus i nord, samtaleemne i dagliglivet, normalt å være sliten, og rutiner som håndteringsverktøy.

Kapittel seks er oppgavens drøfting. Her vil jeg forsøke å svare på mine forskningsspørsmål og problemstilling. Dette vil skje ved hjelp av tidligere forskning på oppgavens temaer, oppgavens teoretiske rammeverk, og datamaterialet fra de gjennomførte intervjuene.

Det sjuende kapittelet er oppgavens konklusjon og avslutning. Her vil jeg sammenfatte mine funn. Kapittelet vil også foreslå hvordan man kan forske videre på temaet basert på funnene gjort i denne oppgaven.

Kapittel åtte og ni vil være oppgavens referanseliste og vedlegg.

2 Tidligere forskning

I dette kapittelet vil jeg først presentere fenomenet mørketiden og diagnosen vinterdepresjon og seasonal affective disorder. Videre vil jeg presentere tidligere forskning gjort på hvordan mørketiden påvirker biologiske organismer og mennesker. Til slutt vil jeg presentere forskning gjort på seasonal affective disorder.

2.1 Mørketiden

Mørketiden er en periode av vinteren hvor sola ikke beveger seg over horisonten, noe som gir et konstant mørke. Dette betyr at det vil være perioder av året hvor man ikke vil se sola. Dette fenomenet oppstår i nærheten av jordens poler, så det finnes helt sør og helt nord i verden (Burn, 1996, s.5). I litteraturen brukes «polar night» isteden for mørketid, og fenomenet deles inn i fire ulike underkategorier. Det som er nevnt tidligere i avsnittet er det som blir kalt «the polar night». Det er også denne som vil bli referert til i resten av oppgaven. Videre har man:

astronomical polar night, civil polar night og nautical polar night. Disse er nordafor 72 grader, og gir ulik grad av skumring og lys/glød (Burn, 1996, s.4).

Lengden på mørketiden er som regel geografisk bestemt. Dette betyr at jo lengre nord man bor, jo lengre er mørketiden. Hvis man ser motsatt på dette, betyr det at jo lengre sør man bor, jo kortere er mørketiden. Dette ser man blant annet i Canada. Her har stedet «Alert» på 82 grader nord rundt 107 mørketidsdager. Stedet «Eureka» som ligger 79 grader nord har rundt 90 mørketidsdager. «Grise Ford» på 76 grader nord har rundt 64 dager med mørketid (Burn, 1996, s.7). Vanligvis regner man med at mørketiden varer et sted mellom to og tre måneder (Arctic Council, 2014). Vintersolverv trekkes frem som midten av mørketiden, og den pleier å være rundt 21. og 22. desember. Dette er da årets korteste dag (Burn, 1996, s.5).

Selv om man snakker om et konstant mørke, er det ikke slik at det er helt mørkt. Det er ikke slik at man må gå rundt med lommelykt eller nattkikkert for å få gjort ting på vinteren. Forskere, turister og beboere trekker frem at de opplever skumring flere plasser, slik at det kommer noe lys/glød. Dette gjør det mulig å gjennomføre normale utendørsaktiviteter. Forskeren Diamond Jenness skrev mens han var på besøk i Arktis i 1914, at det var et voksende mørke, noe som indikerer at det har vært lysere tidligere på dagen (Burn, 1996, s.5). Under vintersolverv vil ikke solen komme over horisonten, slik at den blir synlig. Likevel så vil solen ligge nær horisonten, slik at det blir noe synlig lys. Dette vil gi skumring, eller «twilight» (Burn, 1996, s.5). Dette er det lyset man opplever rett før, og rett etter soloppgang og solnedgang. Dette lyset kommer av at solens stråling blir reflektert ned fra de øverste lagene i atmosfæren (Burn, 1996, s.4). Denne formen for lys blir som regel kalt «blåtimen», hvertfall på de stedene som er innenfor polarsirkelen. (Arctic Council, 2014).

2.2 Vinterdepresjon/SAD

Vinterdepresjon er en psykisk lidelse, som gir sesongavhengig stemningsforstyrrelse under blant annet mørketiden. De fleste blir påvirket av skiftninger i årstider, men personer som blir diagnostisert med vinterdepresjon, vil reagere sterkere på disse endringene. På engelsk blir lidelsen kalt seasonal affective disorder, forkortet til SAD (NHI, 2022). SAD er en underkategori av depresjon og kjennetegnes ved gjentagende større depressive episoder i vintermånedene (Rohan & Rough, 2016). I diagnosesystemet DSM blir SAD definert som en diagnose med sesongmessige mønstre som kan bli brukt på alvorlige depressive lidelser eller

bipolar lidelse (Rohan & Rough, 2016). Opplevelsen av disse sesongavhengige depressive episodene, må være gjentakende i minst to sammenhengende år for at man skal bli tilskrevet diagnosen (Partonen & Rosenthal, 2001, s.11). Alle kan få diagnosen, men den er mest vanlig hos kvinner i alderen 20-30 år (Partonen & Rosenthal, 2001, s.15). For å finne ut av om personer har vinterdepresjon, har seasonal pattern assessment questionnaire (SPAQ) blitt utarbeidet. Dette spørreskjemaet brukes fortsatt i dag, og ser på endringer i humør og oppførsel i ulike årstider (Gotz, 2019, s.14).

En mildere form for SAD er subsyndromal SAD (S-SAD), kjent som winterblues. Dette er en form for vinterdepresjon, hvor individer opplever moderate sesongvariasjoner, uten at de føler på vesentlig nød eller svekkelse. Noe som medfører at de ikke vil bli preget i like stor grad (Rohan & Rough, 2016). De vil likevel oppleve lignende symptomer som man finner i «vanlig» SAD.

Variasjon i lysmengde blir ofte sett på som en av årsakene til at individer blir vinterdeprimerte. Lyset regulerer døgnrytmen og kroppens biologiske klokke, som bestemmer når man skal være våken og sove (NHI, 2022). Hormonet melatonin spiller en viktig rolle for søvn og regulering av døgnrytmen til individer. Hjernen skiller ut dette hormonet mens vi sover, men under vinternettene blir ekstra mye melatonin skilt ut. Dette medfører at kroppen må produsere mer, og dette skaper en forsinkelse i den vanlige døgnrytmen. Dette skaper en forskyvning i døgnrytmen og gjør individet mer trøtt (NHI, 2022). Dette kalles også «phase shift hypothesis» (Rohan & Rough, 2016). Lyset vil og påvirke signalstoffet serotonin, som påvirker menneskets stemningsleie. Når dagslyset treffer øyet, stimuleres produksjonen av stoffet. Denne produksjonen blir mindre på vinteren, siden det er mindre dagslys. Dette vil medføre at individet opplever lavere stemningsleie (NHI, 2022).

Symptomer på vinterdepresjon varierer fra individ til individ. De pleier å komme i løpet av høsten, og varer frem til januar/februar. Som regel opplever de fleste nedsatt energinivå, større behov for å sove, nedstemthet, endring i vekt, spiser mer karbohydrater, angst og så videre (Partonen & Rosenthal, 2001, s.13). Nedstemtheten kommer som regel av et nedsatt energinivå (Sandman, Merikanto, Määttänen, Valli, Kronholm, Laatikainen, Partonen, & Paunio, 2016, s.612) Dette medfører at man vil ha et større behov for å sove. Selv om man forsøker å sove nok, vil en person med vinterdepresjon ofte føle på at de har sovet for lite (Gotz, 2019, s.18). Lavere energinivå og nedstemthet kan sees på risikofaktorer for depresjon

(Gotz, 2019, s.17). Når man er mindre aktiv og har tilegnet seg andre spisevaner kan man gå opp i vekt (Rosenthal, 2013, s.34-35).

Det er flere ulike behandlinger for vinterdepresjon. Den mest brukte er lysbehandling, siden lys hjelper på søvnbalansen og humøret. Den antidepressive effekten lamper har på SAD ligger i at den bidrar til å holde produksjonen av melatonin nede, slik at man kan opprettholde normal døgnrytme. Lysbehandlingen går ut på at man sitter foran en kunstig dagslyslampe i minst 30 minutter med lysintensitet på minst 10.000 lux. Selve behandlingen varer imellom en til to uker, men kan også brukes som forebyggende tiltak for å bli syk (Rohan & Rough, 2016). Soloppgangssimulator bruker også lys som behandling for vinterdepresjon. Denne innebærer at man gradvis øker mengden lys, som kommer fra en lampe. Som regel varer denne også i rundt 30 minutter, men her kan brukeren sove til lyset blir sterkt nok til å våkne av. Hvor effektiv denne er som behandling, er fortsatt litt usikkert (Partonen, 2001, s.72). Som flere ulike andre underkategorier av depresjon kan man også her bruke antidepressive medikamenter som behandling. Dens effekt er relativt lik som den man finner i lysbehandling. Bupropion XL er en av de få antidepressive medikamentene som er godkjent for bruk mot SAD (Rohan & Rough, 2016).

Det å oppsøke og utsette seg for lys, er allerede nevnt som en måte å forebygge vinterdepresjon på. Ved å gjøre dette skaper man en god døgnrytme for seg selv. Dette gjør at man kan få sovet godt om natten og våkne uthvilt. En annen form for forebygging er å skape gode treningsrutiner. Det er ikke slik at man nødvendigvis må trene hardt, men det vektlegges at man skal få kroppen i gang, og utsette seg selv for lys. Dette har ikke bare blitt forsket på som et forbyggende tiltak, men også som en potensiell behandling for vinterdepresjon (Rohan & Rough, 2016).

2.2.1 Psykisk helse

Psykisk helse er en tilstand av psykisk velvære, som gjør mennesker i stand til å takle livets påkjenning, realisere sine evner, lære å jobbe godt og bidra til fellesskapet (WHO, 2022). Psykiske lidelser er en del av den psykiske helsen, og er når symptombelastningen blir så stor og vedvarer over tid. Slik at den oppfyller kriteriene for klinisk diagnose. Ved psykiske lidelser opplever man ofte et tap av funksjon, for eksempel i forhold til skole, familie eller jobb (FHI, 2014). En lidelse vil og oppleves forskjellig fra person til person. Det vil også

være ulik grad av vanskelighet, nød og mulige utfall knyttet til en bestemt lidelse (WHO, 2022). Et eksempel på lidelse er som nevnt ovenfor vinterdepresjon.

En diagnose er en klarlegging av et navn på sykdommer og tilstander med felles kjennetegn. Disse felles kjennetegnene regnes som bestemmelsen av sykdommen. Diagnose vil være en sentral del av det å gi tilstrekkelig behandling, samt å vurdere sykdommens prognose (Madsen, 2017). De vil og være relevante for å forstå psykiske lidelser. Diagnoser blir som regel klassifisert i ulike kategorier. Disse blir påvirket av medisinske, juridiske, moralske, økonomiske, politiske og sosiale forhold (Madsen, 2017). Disse vil danne grunnlaget for et diagnosesystem. Som vist ovenfor er en av disse «Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder», eller forkortet til DSM.

2.3 Mørketidens påvirkning på ikke menneskelige biologiske vesener

Dette å forske på mørketiden, eller «Polar night», er ikke noe nytt. Forskningen har i stor grad handlet om hvordan mørketiden påvirker maritimt biologisk liv i havet. I 2016 ble det gjennomført et forskningsprosjekt, hvor de skulle forske på aktivitetsnivået og «circadian rhythm» døgnrytmen til kamskjell på Svalbard (Tran, Sow, Camus, Ciret, Berge & Massabuau, 2016). De hadde i utgangspunktet trodd at mørketiden var en død periode for biologisk liv, hvor de var i dvale og ventet på varmere årstider. Studien peker på at biologisk liv vanligvis gjør dette fordi det er en mangel på mat og lys. Likevel viste dette forskningsprosjektet at kamskjellene klarte å beholde en form for døgnrytme gjennom mørketiden. Døgnrytmen de fant hos kamskjellene utenfor Svalbard var også relativt lik som døgnrytmen hos kamskjell lenger sør. Forskningen viste også en sammenheng mellom døgnrytme, og hvilken grad solen hadde over horisonten. Døgnrytmen var svakest midt på dagen, under nautisk skumring. På den andre siden, ble de overrasket av å oppdage at døgnrytmen ble bedre igjen under den mørkeste tiden av døgnet. Dette viser at kamskjellene har aktive rytmer, noe som bidrar til å optimalisere egen form. Studien viste altså at kamskjellene holdt seg aktive under mørketiden. Dette kan bli sett på som en kontrast til antakelsen om at slike organismer går i dvale om vinteren (Tran, Sow, et.al, 2016)

Det er også gjort forskning på hva biologiske organismer gjør, for å tilpasse seg svingninger i årstider og lys. En studie tar for seg hvordan økosystemprosesser foregår under mørketiden. Funn som denne studien trekker frem, er at det ikke er total mørke under mørketiden.

Arktiske organismer reagerer på lysnivåer, som det menneskelige øyet ikke kan se (Berge, Renaud, Darnis, Cottier, Last, Gabrielsen, Johnsen, Seuthe, Weslawski, Leu, Moline, Nahrgang, Søreide, Varpe, Lønne, Daase & Falk-Petersen, 2015). Studien viser også at organismene skaper seg rutiner, og driver med aktiviteter som maksimerer egen form. Artikkelen bruker ordet «fitness» istedenfor ordet «form», men egen oversettelse fant ordet «form» som en tilstrekkelig oversettelse. Viktigheten av disse rutinene blir begrunnet i at organismene opplever manglende lysbaserte signaler fra omgivelsene. Dette viser at rutiner er en sentral del av å opprettholde en god «form/fitness» (Berge, Renaud et.al, 2015).

2.4 Mørketidens påvirkning på mennesker

Ved hjelp av Tromsøundersøkelsen, har det blitt mulig å se på hvordan mørketiden kan påvirke innbyggerne i Tromsø. Undersøkelsen er en av Norges største befolkningsundersøkelser og tar for seg et bredt spekter av ulike temaer innenfor folkehelse (Berteussen, 2022).

Undersøkelsen har blant annet gjort det mulig å se på hvordan søvn endres i en by med mørketid og midnattssol. Studien viser at det er noen månedlige variasjoner i opplevelser av søvnproblemer (Sivertsen, Friborg, Pallesen, Vedaa & Hopstock, 2021). Søvnvansker var mer vanlig på vinteren, og hos menn. Insomnia trekkes frem som den vanligste søvnvansken hos folk. Studien trekker også frem at det er svært liten sammenheng mellom tid på året og hvor lenge man sover. Det viser seg at forskjellene på når man står opp om morgenen kun varierer med rundt åtte minutter gjennom året. Samtidig viser den at når man går og legger seg, kun varierer med fire minutter gjennom året. Dette betyr at man sover omtrent like lenge, uavhengig av hvilken måned og årstid det er. Artikkelen konkluderer med at ekstrem sesongbasert variasjon i dagslys, spiller lite inn på søvnstatus til innbyggerne (Sivertsen, Friborg, Pallesen, et.al, 2021).

En annen artikkel bruker Tromsøundersøkelsen for å se på psykiske plager under mørketiden. Artikkelen viser at det ikke er noe signifikant forskjell i opplevelsen av psykiske plager i ulike årstider, siden det kun skiller kun 1,4% mellom de ulike årstidene. Psykiske plager er mest utbredt på sommeren (8,0%), og minst på våren (6,6%). På bakgrunn av dette funnet trekkes det frem at den negative påvirkningen vinteren har på psykiske plager, er mer myte enn sannhet (Johnsen, Wynn, Bratlid, 2012). Likevel trekker den frem at flere opplever søvnproblemer på vinteren sammenlignet med andre årstider. Den presenterer en hypotese om

at breddegrad spiller inn på opplevelsen av søvnproblemer og vansker. Bakgrunnen for denne hypotesen kommer av en sammenligning med funn fra en studie gjennomført sør for polarsirkelen. Et av hovedfunnene til undersøkelsen gjennomført sørpå, var at årstider ikke spiller inn på opplevelsen av søvnproblemer for de som bor sør for polarsirkelen (Johnsen, Wynn & Bratlid, 2012).

2.5 Forskning på seasonal affective disorder

Diagnosen SAD er og et objekt for forskning. I en forskningsoversiktsartikkel fra 2000, pekes det på at det finnes breddegradsvariasjoner i opplevelsen av depresjon hos mennesker. Den viser at flere opplever SAD og depresjon i de nordlige breddegrader sammenlignet med mer sørlige breddegrader. Et eksempel på dette kan man finne innenfor de amerikanske landegrensene. I Florida rapporterer rundt 1,4% at de har SAD, i Maryland rundt 6,3%, og i Alaska rapporterer rundt 8% at de har diagnosen. Som eksemplet viser, jo lengre nord man er, jo høyere blir prosenten av de som rapporterer at de har SAD. Samtidig viser artikkelen at flere kvinner rapporterer at de har SAD sammenlignet med hva menn gjør (Magnusson, 2000, s.178). Artikkelen trekker også frem at det foreligger årstidsvariasjoner i utbredelse av depresjon. Den viser en klar sammenheng mellom at flere folk rapporterer at de har depresjon i vinter og høst sammenlignet med våren og sommeren. Forklaringen på hvorfor dette skjer har ikke artikkelen med (Magnusson, 2000, s.180).

3 Teoretisk rammeverk

Denne oppgaven handler om hvordan individer opplever fenomenet mørketiden. For å fange deres opplevelser er det mange teorier og begreper som kunne vært relevante. Jeg har valgt ut seks teorier og begreper, som jeg ser på som de mest relevante for min oppgave. Først vil jeg presentere medikalisering og demedikalisering. Disse vil jeg bruke for å se på om mørketiden har blitt et medisinsk fenomen, og om medisinsk terminologi kan brukes til å forstå individers opplevelser. Deretter vil jeg presentere begrepene normalitet og avvik, og disse vil jeg bruke for å se om man kan forstå deres opplevelser som normale eller avvikende. Jeg vil også her ta for meg sykdom som et potensielt avvik, og i denne sammenhengen også se på sykerollen til Parsons. Dette vil bidra til å forstå hva som kan skje om opplevelsene blir knyttet til sykdom,

og hvordan dette kan påvirke samfunnet. Avslutningsvis vil jeg presentere begrepene stigmatisering og tabu, som vil være med på å forstå hvordan informantene handler og forholder seg til mørketiden.

3.1 Medikalisering

Hva som regnes som helse og sykdom varierer i ulike kulturer, tid og sted. (Lian, 2012, s.39). Dette gir åpninger for at begrepene kan tolkes, og at mer eller mindre blir å regnes som helse og sykdom. Medikalisering er et av de mest sentrale analytiske temaene innenfor medisinsk sosiologi (Conrad, 2013). Conrad benytter seg av følgende definisjon av medikalisering: «a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problem, usually in terms of illnesses or disorders» (Conrad, 1992, s.209). Dette er da en prosess hvor tidligere ikke-medisinske problemer nå blir definert som medisinske problemer. Dette gjør da at mer og mer av dagliglivet vil komme under det medisinske feltet (Conrad, 1992, s.210). Dette vil gjøre at man bruker medisinsk rammeverk for å forstå problemet, og medisinske behandlinger til å behandle problemet (Lian, 2012, s.39).

Conrad trekker frem fire kategorier av tilstander og problemer som kan bli medikalisert. Det er samtidig en mulighet for at det er flere kategorier, men Conrad har ikke belyst dette. Innholdet i hver av kategoriene vil også variere siden kategoriene regnes som elastiske. Dette gjør at de kan omhandle flere tilstander, men også færre (Conrad, 2013). De fire kategoriene som han trekker frem er; avvikende adferd, naturlige livshendelser, problemer i daglivet, og forbedringer hos sunne mennesker. Felles for alle kategoriene er at de dekker ulike tilstander, som nå blir forklart ved hjelp av medisinsk terminologi (Conrad, 2013). Avvikende adferd tar for seg handling som samfunnet stempler som avvik fra norm, og kan være ADHD, mentale lidelser eller alkoholisme. Naturlige livshendelser er tilstander som man vil oppleve i løpet av livet, så lenge man lever lenge nok. Dette kan være overgangsalderen, barnefødsel eller menstruasjon. Problemer i dagliglivet er tilstander som oppleves som normale, men til tider problematiske, selv om man som regel klarer å håndtere de. Dette er tilstander som man nå ofte har en diagnose på, og behandlinger er ofte knyttet opp mot medikamenter. Dette kan blant annet være tilstander som angst, normal tristhet og overvekt. Til slutt har man forbedringer hos sunne mennesker, som er inngrep som skal forbedre individers liv og helse. Dette kan være blant annet kosmetiske inngrep (Conrad, 2013). Ifølge Conrad vil mørketiden falle innunder en av disse kategoriene, siden han mener at de fleste tilstander og problemer vil passe innunder hans fire kategorier (Conrad, 2013).

Det er ulike måter å klassifisere medikalisering på. Det kan være konseptuell, som er når den medisinske terminologien blir brukt på nye områder, og for å definere et problem. Det er institusjonell medikalisering, som er når leger blir ledere uten utdanning. Til slutt har man den interaksjonell medikaliseringen, som er når leger definerer fenomener som sykdom gjennom en lege-pasient-interaksjon (Conrad, 1992, s.211). Man snakker og om at medikalisering har ulike grader. Noen tilstander er full medikalisert, som død og barnefødsel. Andre er delvis medikalisert, som avhengighet eller overgangsalderen. Til slutt har man minimalt medikalisert, som kan være sexavhengighet eller konemishandling. Det kan være vanskelig å bedømme i hvilken grad ulike fenomen er medikalisert, også fordi det kan endre seg over tid, og hvor mye det medisinske feltet er inne i tilstanden eller fenomenet. Man kan også se på om fenomenets medisinske begrunnelse blir utfordret. Hvis det blir utfordret som medisinsk fenomen, kan det hende det er lavt medikalisert (Conrad, 1992, s.220). Samtidig er medikaliseringskategorier elastiske, noe som kan bidra til at nye fenomener kommer innunder allerede eksisterende kategorier. Dette kan påvirke gradene av medikalisering, siden ulike fenomen vil passe mer eller mindre inn i de eksisterende kategoriene (Conrad, 2013).

Det er flere drivkrefter som ligger bak medikaliseringsprosessen, og disse har gjort at flere fenomen blir medikalisert. For det første er medisinen i stadig utvikling - det kommer hele tiden mer kunnskap og teknologi. Dette medfører en utvikling i hva medisinen kan gjøre, men også hvordan man kan løse problemer (Lian, 2012, s.44). Vi har samtidig en høy tiltro til medisinen. Dette medfører at hvis vi har et problem uten en løsning, ser vi fort til medisinen og hva den kan gjøre for å løse det. Dette gjør at medikalisering er et produkt av sosiale prosesser og samfunnsendringer (Lian, 2012, s.45-46). Samtidig så etterspør mennesker nye medisinske løsninger, slik at vi kan passe inn og ha god helse (Lian, 2012, s.48).

Når medikalisering har blitt mer utbredt, har det samtidig kommet en del kritikk mot prosessen. Det trekkes blant annet frem at individuelle forskjeller blir til diagnoser. Det trekkes også frem at normale livshendelser blir til medisinske hendelser, som barnefødsel og overgangsalderen. Samtidig har høyde, hårtap og bryststørrelse blitt til problemer som medisinen vil løse. Medikalisering har patologisert/sykeliggjort det som ellers ville bli sett på som enkle variasjoner i normal menneskelig funksjon (Conrad, 2007, s.148). Med økende medikalisering blir medisinen kritisert for å få for mye sosial kontroll, over blant annet samfunnets normer. De får kontrollen til å utvide medisinenes normer, og være med på å sette retningslinjer for adferd og velvære (Conrad, 2007, s.151). Samtidig vil medikalisering bidra til at flere hverdagslige adferd- og livsproblemer blir betraktet som medisinske diagnoser.

Dette kan være problematisk, siden den gir medisinen kontroll til å sette rammer for normaliteten. Dette tydeliggjøres gjennom diagnoseøkningen man ser i dagens samfunn (Norvoll, 2013, s.55). Diagnosesystemet DSM har sett en betraktelig økning i antall diagnosekategorier de siste årene. DSM er et klassifikasjonssystem for psykiske lidelser (Ekeland, 2019, s.132) Når systemet kom i 1918 hadde den omtrent 22 diagnosekategorier. I 2013 kom siste versjonen ut og den hadde rundt 350 kategorier. Det vil være naturlig å tenke at man vil se en slik medisinsk utvikling gjennom 100år, men i løpet av de siste 30årene har det kommet 120 nye diagnosekategorier, noe som viser en kraftig økning i nyere tid (Ekeland, 2019, s.132-133). En slik økning i antall diagnosekategorier medfører at en større andel av befolkningen kan bli tilskrevet en diagnose (Norvoll, 2013, s.55).

3.1.1 Demedikalisering

Medikalisering er en toveis prosess, problemer kan og bli demedikalisert. Dette innebærer at et problem ikke lenger har en medisinsk definisjon. Problemet blir heller ikke definert med medisinsk terminologi, og det er heller ikke behov for medisinske behandlinger, da disse ikke blir sett på som en passende løsning lenger (Conrad, 1992, s.224). Grunnet makten til medisin vil det som regel kreve organisert motstandsbevegelse for at noe skal bli demedikalisert (Conrad, 1992, s.226).

Ett eksempel på dette finner man rundt den tidligere diagnosen homofili. Etter protester om homofili frigjøring på 1970-tallet, vedtok den amerikanske psykiatriforeningen i 1973 at homofili ikke lenger skulle være en sykdom. Dette representerte i alle fall en symbolsk demedikalisering (Conrad, 1992, s.225). Ett annet eksempel på demedikalisering finner man i kunstig inseminering (KI), ved bruk av kjøkkenredskapet «turkey basters». Dette eksempelet presenterer en grunnleggende utfordring ved medikalisering. Grunnen er at denne formen for KI ikke krever noe medisinsk innblanding, noe som stiller spørsmål ved behovet for medisinsk ekspertise og kontroll (Conrad, 1992, s.225-226).

3.2 Normalitet og avvik

3.2.1 Normalitet

«Det er få omgrep som er så vanskelege som normalitet. Det virkar både gammalmodig og høgaktuelt, tilbakelagt og framoverskodande, statisk og dynamisk, positivt og negativt lada, inkluderande og ekskluderande, forsonande og truande, beroligande og angstfullt, trivielt og ekstraordinært, forvist til spesialregionar av samfunnet og med nesten ubegrensa generalitetsambisjonar » (Sirnes, 2006, s.119)

Det burde være en overkommelig oppgave å definere hva som er normalt, men dette er langt fra enkelt. Ordbøkene kan ikke gi en tilstrekkelig definisjon, filosofer diskuterer over dens mening, statistikere måler den uten å fange essensen og sosiologer tviler på dens universalitet (Frances, 2013, s.3). Ordboken peker på at normalitet er synonymt med begrepene standard, vanlig, rutine og forventet. Samtidig vil denne forklaringen være avhengig av at man vet hva som er unormalt og hvordan ordbøkene ville forklart dette (Frances, 2013, s.4). Filosofien mener at normalitet ikke har noe universell mening, og begrepet dermed ikke kan bli definert presist gjennom filosofisk deduksjon. Normalitet er som regel en subjektiv forståelse, og er avhengig av tid, sted og kultur (Frances, 2013, s.5-6). Sosiologien kan heller ikke brukes til å definere normalitet helt bestemt. Blant annet ser vi dette i menneskets oppførsel, som vil variere i tid, sted og kultur. Dette gjør normalitet til en sosial konstruksjon (Frances, 2013, s.13-14). Siden det ikke finnes noe norm for hva som er normalt, kan det eksistere motstridende normer innenfor samme tid og sted (Frances, 2013, s.14-15). Dette gjør at det nødvendigvis ikke er noe fasitsvar på hva som er normale og avvikende opplevelser knyttet til mørketiden, siden normalitetsforståelsen vil være ulik.

3.2.2 Sykdom som avvik

Menneskers handling og relasjoner er sosiale systemer, og forventninger, normer og roller regulerer samspillet mellom dem. De som følger normen og forventningene vil være normale, men de som bryter med normene og forventningene vil oppfattes som en avviker (Norvoll, 2009, s.102). Avvik kan også regnes som en sosial konstruksjon, siden det regnes først som et avvik når folk reagerer på det (Becker, 1973, s.11). Dette medfører at et avvik også vil være avhengig av tid, sted og situasjon. Når en person blir dømt av andre som en avviker, vil man

bli kalt en «outsider» av samfunnet (Becker, 1973, s.15). Dette vil være mennesker som man ikke kan stole på, siden de har brutt med samfunnets godkjente normer (Becker, 1973, s.1).

“Deviance is universal, but there are no universal forms of deviance. There are few acts, if any, that are defined as deviance in all societies under all conditions”
(Hillestad, 1999, s.5)

Et avvik kan også forstås individuelt, som en individuell egenskap, eller en biologisk eller psykologisk sykdomstilstand. Utgangspunktet for dette kan være den medisinske normalitetsbeskrivelsen, hvor sunnhet og friskhet er uttrykket for normalitet. Det å besitte usunnhet eller en sykdom vil da være et avvik (Morken, 2012 s.48). Sykdom kan også bidra til et avvik fra en norm om normal funksjon/deltakelse (Grue, 2016, s.78). Funksjon er det som bidrar til individets overlevelse og reproduksjon (Grue, 2016, s.74). Her snakker man om avvik i en relasjonell dimensjon, siden man snakker om avvik i forhold til noe som har fått status som normal eller gjennomsnittet (Grue, 2016, s.84). Stemplingen av avviket skjer gjennom at noen blir stilt en diagnose, dermed skjer en diagnostisering. Når diagnostisering skjer, blir det medisinske oppgave å fjerne avviket. Gjennom Talcott Parsons sin sykerolle må den syke også fatte tiltak for å forsøke å bli frisk igjen. Siden årsakene til sykdommen ofte er utenfor den sykes kontroll, blir man ofte fritatt for skyld (Norvoll, 2009, s.102-103). Sitatet nedenfor viser at det å ikke kunne oppfylle sine forpliktelser, skaper et avvik:

«Samfunnslivet er bygd på at de fleste mennesker er friske og kan fungere godt når det gjelder arbeid, familie og det sosiale liv. Det normale er derfor at vi er friske. Ved sykdom klarer vi ikke å oppfylle hverdagslivets forpliktelser, og vi bryter dermed normen om å være frisk og delta aktivt i samfunnslivet» (Norvoll, 2009, s.102).

3.2.3 Endringstrend i forholdet mellom normalitet og avvik

Gjennom en stadig utvikling av nye diagnosemanualer for psykiske lidelser flyttes grensene for hva som regnes som normalt og avvikende sinn. Denne utviklingen kan skyldes nye faglige og vitenskapelige oppdagelser og nyvinninger, når det kommer til å forstå menneskesinnet. Den kan og skyldes medisinske ekspansjon inn i nye felt av menneskelig adferd og liv, gjennom blant annet en medikaliseringsprosess (Grue, 2016, s.140). Dette medfører at mer av menneskelige væremåter og reaksjoner blir berørt av en diagnose

(Madsen, 2017). Dette kan medføre en innstramning og sykeliggjøring av den normale variasjonsbredden i menneskets emosjonelle og mentale uttrykk, noe som gjør at normaliteten kommer under et sterk press. Mer av menneskers følelsesliv og væremåter blir forstått som et avvik, og ikke som normale variasjoner i menneskelige uttrykk (Grue, 2016, s.141). Terskelen for å sette diagnoser er lavere enn tidligere, noe som gjør at en trist person fort blir å regnes som deprimert. Eller en innadvendt person risikerer å få diagnosen autisme (Madsen, 2017).

3.3 Sykerollen til Talcott Parsons

Tilbake i 1951 introduserte sosiologen Talcott Parsons en teori om hvordan vi som samfunn kan håndtere de syke/avvik, slik at det skulle gi minst mulig belastning på individet, og samfunnet som helhet. I de tilfellene et individ blir syk, og ikke kan oppfylle sine vanlige roller og forventninger (Anderssen & Gjernes, 2012, s.67). Parsons har et absolutt helsebegrep, der helse har en negativ verdi, og er fravær av sykdom. God helse er når man klarer å opprettholde sine vanlige oppgaver og roller i samfunnet (Anderssen & Gjernes, 2012, s.67). Parsons sosiologi bygger på systemteori, hvor hver del har sin funksjon for systemet som helhet. Han vektlegger at vi alle har en rolle og ett sett med forventninger og normer, som styrer relasjonen mellom mennesker (Norvoll, 2009, s.102).

Blir man tilskrevet sykerollen av en lege, skal man få fritak fra produksjonen og sine roller, siden man ikke alltid kan stilles ansvarlig for at man har blitt syk. Sykerollen skal også gi den syke bestemte rettigheter, samt aksept og forståelse for at man ikke kan oppfylle sine forventninger og roller (Anderssen & Gjernes, 2012, s.67)(Norvoll, 2009, s.103). Dette gjør sykerollen til en institusjonalisert sosial rolle (Gjernes, 2012, s.391). Sykerollen forutsetter samtidig at den syke setter i gang tiltak for å komme seg tilbake til vanlig aktivitet (Anderssen & Gjernes, 2012, s.67). Når Parsons har konstruert sin sykerolle, ser han på den som tidsbegrenset. Dette gjør at individer vil komme ut av den (Gjernes, 2012, s.391).

3.4 Stigmatisering og Tabu

3.4.1 Stigmatisering

En persons sosiale identitet blir skapt gjennom en plassering i en kategori som har bestemte egenskaper for hva som er vanlig og naturlig (Goffmann, 2000, s.13-14). Goffmann skiller mellom den identiteten man forventer at et individ har, og den faktiske identiteten til et individ (Goffmann, 2000, s.14). Dersom en person skiller seg fra det som forventes innen den kategorien man tilhører, kan det føre til en negativ stempeling og stigmatisering. Goffmann mente at stigma «indebærer en særlig uoverensstemmelse mellom den tilsynelatende og den faktiske sosiale identitet» (Goffmann, 2000, s.15)

Et stigma er en egenskap eller et kjennetegn som kan medføre at en person ikke vil bli sosialt akseptert på samme måte som andre. Når en egenskap blir stigmatisert, kan det virke negativ for dem som mottar stigmaet. Det kan og ha en positiv verdi for de som ikke blir stigmatisert, siden det virker som en bekreftelse på deres normalitet. Dermed har stigmatisering både en positivt og negativ verdi (Goffmann, 2000, s.15). Stigmabegrepet deles inn i tre hovedtyper: kroppslig stigma, karaktermessig stigma, og sosialt stigma. Kroppslig handler om synlige misdannelser på kropp. Karaktermessig knyttes til personers egenskaper, og sosialt stigma handler om tilhørighet til ulike sosiale grupper (Barry & Yuili, 2012, s.151).

3.4.2 Tabu

Tabu forbindes ofte med et slags forbud. En idé om at en gjenstand, begrep, person eller gruppe ikke bør nevnes eller røres. I dagligtalen brukes tabu som et forbud på ting som bryter med moral og normer, ikke nødvendigvis noe som bryter med loververket (Fosshagen, 2021). Fra gammelt av har også tabu blitt brukt som en restriksjon på mannfolks vilkårlige bruk av naturlige ting, siden det kan gi overnaturlige straffer. Her vil tabuet ligge i frykten for straff (Douglas, 2003, s.10).

Mary Douglas ser på tabu som en mekanisme som holder rent og urent adskilt. Det som er ønskelig er å kunne regnes som ren, og ikke ønskelig å regnes som uren. Dette kan skisseres gjennom religion, og det å være hellig. En person med et tabu vil ikke regnes som hellig. Han vil være skilt fra helligdom, og skilt fra kontakten til andre mennesker. Tabuet her vil være

forbundet med overnaturlige farer. Den som ikke har et tabu, vil da regnes som hellig (Douglas, 2003, s.10).

3.4.3 Endringstrend i stigma og tabu knyttet til psykisk helse

Som avsnittene ovenfor viser, er ikke nødvendigvis positivt å inneha ett stigma eller tabu. Rundt år 2000 ble det publisert en stor litteraturgjennomgang i Australia som tok for seg hvordan medier portretterer mental helse. Den konkluderte med at medier fremstiller mental helse som noe negativt, og at befolkningen har en negativ innstilling til personer med psykiske problemer (Edney, 2004, s.1). Denne negative fremstillingen bidrar til at personer med psykiske lidelser får enda dårligere mental helse, samt at det skaper tabu rundt det å besitte psykiske lidelser. Den trekker også frem at flere føler seg sosialt ekskludert fra fellesskap, og at flere søker profesjonell hjelp grunnet mediens negative fremstilling (Edney, 2004, s.7).

Den norske regjeringen trekker frem i sin rapport «mestre hele livet» at det har blitt mer åpenhet, og muligens mer aksept rundt psykisk helse de siste 10-15 årene. Kjente personer har gitt ett ansikt til det å leve med psykiske problemer, og dette kan ha bidratt til at stigmaet og tabuene rundt temaene minsker. Samtidig har mediene fortsatt med å fremstille psykiske lidelser som noe negativt. Når kriminalitet blir fremstilt i mediene, er det som regel fremstilt at personen som gjør kriminaliteten har en psykisk lidelse. Dette blir støttet opp av en litteraturgjennomgang gjennomført i Canada (Helse – og omsorgsdepartementet, 2017, s.23

Regjeringen har også utviklet en opptrappingsplan for psykisk helse. Den skal være med på å gjøre psykiske problemer til noe normalt, og en del av det å leve. Planen fokuserer og på økt åpenhet om psykiske problemer (Blåka, 2012, s.47). En studie basert på denne planen, peker på at viljen til å være åpen øker med nærheten til dem man vil være åpen ovenfor (Blåka, 2012, s.47). Studien viser også at kvinner er mer åpne, og at utdanning, alder, sosioøkonomisk status spiller inn (Blåka, 2012, s.50) Denne åpenheten skyldes mer kunnskap og forståelse for det å ha psykiske lidelser, og at personer blir mer trygge på hvordan man skal håndtere åpenhet om vanskeligheter ved livet (Blåka, 2012, s.48-49).

4 Metodekapittel

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for den metodiske tilnærmingen som ligger til grunn for denne oppgaven, samt refleksjoner gjort rundt metodevalg. Jeg vil redegjøre for valg av metode, og innsamling av data. Videre vil jeg gjennomgå utvalget for forskningen, og hvordan jeg rekrutterte disse. Så vil jeg gå igjennom hvordan jeg analyserte datamaterialet. Til slutt vil jeg vise til hvordan jeg sørget for god forskningsetikk og kvalitet i forskningen, samt komme med egne refleksjoner rundt gjennomføringen av forskningen.

4.1 Valg av metode

I denne oppgaven ville jeg få frem personers opplevelser av mørketiden, og derfor falt valget på å gjennomføre kvalitativt intervju. Ved å gjennomføre kvalitativ forskning, fikk jeg mulighet til å se på egenskapene eller karaktertrekkene til det sosiale fenomenet jeg studerte. Intervju gjorde det mulig å intervjuer få enheter, og heller gå i dybden på deres tanker og opplevelser. Det ga meg også muligheten til å være litt mer fleksibel i forskningen, slik at jeg kunne endre på utformingen, og legge til erfaringer underveis. Jeg fikk også oppleve en nærhet mellom forsker og informant, som er en sentral del av intervjuprosessen (Thagaard, 2018, s.15-16). Kvantitativ forskning på sin side fokuserer mer på fenomeners utbredelse og antall. Den har som regel et større utvalg, og det er mer avstand mellom forsker og informant (Thagaard, 2018, s.16).

Jeg gjennomførte et semistrukturert kvalitativt intervju. Dette er en samtale mellom forsker og intervjuobjekt som styres av forhåndsbestemte temaer. Dette gjøres ved hjelp av en intervjuguide, basert på forskningens hovedspørsmål og temaer. Intervjuguiden legger en viss struktur for intervjuene. Siden det er et semistrukturert intervju blir det naturlig å gå bort fra denne når det er hensiktsmessig (Thagaard, 2018, s.91). Intervju er «en svært vanlig måte å tilegne seg kunnskap om menneskers livssituasjon, deres meninger, holdninger og opplevelser på» (Brinkmann & Tanggaard, 2012, s.17-18). Antall informanter man velger tar som regel utgangspunkt i ressurser og varighet. «Som en grunnregel er det bedre å gjennomføre relativt få intervjuer og gjennomanalysere disse» (Brinkmann & Tanggaard, 2012, s.21). Valget falt på semistrukturert intervju, siden jeg ønsket den fleksibiliteten som slike intervju gir. Ved

bruk av intervjuguide legges det litt føringer, men den gir og muligheten til å spille videre på interessante synspunkter informantene kommer med.

4.2 Innsamling av data

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide som skulle brukes i forskningen. De fleste spørsmålene var utarbeidet på forhånd og i en bestemt rekkefølge. De var også delt inn etter ulike tema. Dette sørget for at jeg fikk et sammenligningsgrunnlag mellom det informantene sier, siden de har forholdt seg til like temaer. En ulempe ved å ha struktur i intervjuguiden er at man kan bli for opphengt i den, slik at man ikke klarer å spille videre på informantenes synspunkter. Selv om jeg hadde en relativt strukturert guide, var det ikke noe problem å gå bort fra den. Dette gjorde jeg når det var hensiktsmessig med tanke på samtalen, eller hvis intervjuobjektet kom med relevante opplevelser som guiden ikke tar for seg. Intervjuene ble tatt opp med «diktafon-app», som er tilkoblet nettskjema.no. Siden lydopptak er personopplysninger, søkte jeg om godkjenning til innsamling hos NSD, og fikk den innvilget (vedlegg 3). Informasjonsskrivet som ble vedlagt meldeskjemaet, ligger som vedlegg 2.

Min ferdige intervjuguide ligger vedlagt som vedlegg 1. Innledningsvis i guiden har jeg med nøytrale spørsmål til mine informanter. Ved å starte litt lett og åpent, var tanken at det skulle ufarliggjøre hele situasjonen (Tjora, 2017, s.145-146). Hoveddelen tok mer for seg oppgavens tema og spørsmål. Gjennom relativt åpne og ikke ledende spørsmål ga det muligheten for at informantene skulle reflektere, samt komme med egne tanker og opplevelser. Spørsmålene i denne delen ble delt i fem hovedtemaer; hva er mørketiden, hvordan snakker man om mørketiden, hvordan skiller en dag på vinteren seg fra en på sommeren, blir man syk av mørketiden, og hvordan kan man håndtere mørketiden. Avslutningsvis velger jeg å høre med informantene om deres svar ble påvirket av tidspunktet de ble intervjuet på. Dette gjør jeg for å få dem til å reflektere rundt egne svar, og for å ikke ende på en altfor seriøs måte. Jeg valgte å følge gangen i intervjuguiden relativt strukturert gjennom intervjuprosessen. Allikevel ble spontane spørsmål og temaer tatt fortløpende gjennom intervjuene, siden dette var semistrukturerte intervju. Dette gjorde at man kunne gå i dybden på opplevelsene og tankene til informantene.

Jeg startet også samtlige intervju med å si at det ikke finnes noe «rett» svar, og at det er deres subjektive opplevelser og tanker som er interessant. Tanken bak dette var at de ikke skulle føle på noe press under intervjuet. Relasjonen mellom forsker og informant er preget av at forskeren har makten til å drive samtalen fremover. Forskeren besitter mest sannsynlig mest kunnskap om temaet, og den vet hva som er fremtidige temaer i samtalen.

Jeg lot informantene selv velge når og hvor de ønsket å gjennomføre intervjuet. Det var uten vanskeligheter å avtale tid og sted for intervjuene, og de ble gjennomført i januar og februar 2023. Intervjuene foregikk på ulike plasser, men jeg opplevde ikke at lokasjon spilte noe rolle på hvordan intervjuene gikk. Totalt ble det gjennomført sju intervju - fem ansikt til ansikt, og to digitalt. Optimalt sett ønsket jeg å gjennomføre alle ansikt til ansikt, men dette var ikke praktisk mulig å gjennomføre på grunn av informantenes tidskjema og geografiske plassering. Ved å gjennomføre intervjuene digitalt kan det oppstå problemer med lyd på opptaket. Dette var noe jeg ikke opplevde. Under de digitale intervjuene, hadde alle på kameraet. Det var satt av cirka 1 time til hvert intervju. seks av intervjuene holdt seg under denne tiden, mens et varte litt over en time. I gjennomsnitt varte intervjuene i cirka 45 minutter.

4.3 Rekruttering og utvalg

4.3.1 Strategisk utvalg og utvalgsriterier

Strategisk utvelgning handler om at man «systematisk velger personer eller enheter som har egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til problemstillingen» (Thagaard, 2018, s.54). Dette betyr at jeg la noen utvalgsriterier til grunn, når jeg skulle velge informanter. Disse var: over atten år, og må ha bodd nord for polarsirkelen store deler av livet.

Det første kriteriet var at informantene måtte være over atten år. Grunnen til dette var at jeg ønsket å intervju personer som har opplevd mørketiden flere ganger. Det gir dem et sammenligningsgrunnlag for hvordan de opplevde det i ulik alder, noe som kan bidra til reflekterte svar.

Det andre kriteriet er at informantene må ha bodd store deler av livet nord for polarsirkelen, men de må ikke gjøre det på intervjutidspunktet. Ved å inkludere de som bor sør for polarsirkelen, var det en mulighet for at de har andre erfaringer av mørketiden, sammenlignet

med de som bor nord for polarsirkelen ved intervju tidspunktet. Ved å vektlegge at de må ha bodd store deler av livet nord for polarsirkelen, var tanken at de har opplevd mørketiden mange ganger. Noe som kan gjøre at de har flere og mer reflekterte tanker og opplevelser av fenomenet.

4.3.2 Rekruttering av informanter

I rekrutteringsprosessen til mitt forskningsprosjekt benyttet jeg meg av snøballmetoden. I denne metoden kontakter man i første omgang personer som har de egenskapene og kvalifikasjonene som er relevante for problemstillingen. Deretter gir disse personene navn på andre med like egenskaper, noe som kan gjøre de aktuelle for deltakelse i prosjektet (Thagaard, 2018, s.56). Denne metoden var svært hensiktsmessig å bruke, siden jeg er tilflytter til en plass nord for polarsirkelen, og ikke har så stort nettverk utover de jeg allerede kjenner. Jeg startet med å bruke mitt eksisterende nettverk, også ga de meg navn på andre potensielle informanter. Ved å ikke bare bruke mine egne bekjenskaper som informanter, var ideen at ikke alle informantene skulle være i samme nettverk og miljø (Thagaard, 2018, s.56). Rekrutteringen resulterte i sju informanter. Alle disse ble gitt tilstrekkelig informasjon før starten, slik at de kunne gi informert samtykke. Dette ble gitt av samtlige informanter.

4.3.3 Presentasjon av informantene

Datamaterialet i dette prosjektet består av sju intervjuer. Nedenfor er en presentasjon av informantene.

Nummer:	Navn:	Alder:	Lengde bodd nord for polarsirkelen:	Bor eller bodd nord for polarsirkelen:
1	«Anne»	49år	28år	Bor
2	«Per»	54år	30år	Bodd

3	«Berit»	54år	21år	Bodd
4	«Espen»	24år	22år	Bor
5	«Kjell»	25år	25år	Bor
6	«Egon»	47år	46år	Bor
7	«Sara»	49år	45år	Bor

Informantene er tre damer og fire menn. Jeg har valgt å anonymisere informantenes navn, ved å gi dem andre navn som ikke er basert på personlige egenskaper. Ved å gi dem navn, slipper jeg å referere til de som «informant 1» eller «informant 2». Jeg valgte å ta med presis alder og hvor lenge de har bodd nord for polarsirkelen, siden dette gir et bilde av hvor ofte de har opplevd mørketiden som fenomen. Samtidig vil det om de bor eller har bodd nord for polarsirkelen kanskje påvirke deres forståelse av mørketiden, og dermed være relevant å presentere.

4.4 Bearbeiding og analyse av data

Etter gjennomføringen av alle intervjuene begynte jeg å transkribere. Her ble lydopptakene brukt, og disse gjorde det mulig å få så presis transkripsjon som mulig. Transkriberingen ble gjort med Word, og datamaterialet ble anonymisert. Transkriberingen tok en del tid, siden jeg ønsket å sitere så nøyaktig som mulig. Jeg valgte likevel å fjerne uttrykk som «hmm», «mmm» og «eehh», siden disse uttrykkene ikke har noe betydning for meningsinnholdet. Det skapes også en bedre flyt ved å fjerne slike uttrykk. Jeg valgte å transkribere på bokmål siden dette bidrar til at informantene forblir anonyme. Selv om alt ble transkribert på bokmål, valgte jeg etter beste evne å ta med språklige feil eller feil i setningsoppbygging som informantene hadde. Ved å transkribere det informantene sier sitter jeg på definisjonsmakten over meningsinnholdet i det de sier (Tjora, 2017, s. 237).

Når transkripsjonen av lydopptakene var gjennomført, begynte jeg på analysen av datamaterialet. Jeg valgte å gjennomføre en tematisk analyse av intervjumaterialet. Dette innebærer at jeg identifiserer, analyserer, og finner mønster/tema i et intervjumateriale. Dette

gjør at man kan se sammenkoblinger i ulike intervjuer. Samt at datamaterialet brukes til å svare på spørsmål som stilles (Braun & Clarke, 2006, s.79-80). Det blir også mulig å gå i dybden på temaer (Thagaard, 2018, s.171). Jeg valgte å ha en deduktiv tilnærming til dataene, siden begrepene jeg kommer til å bruke på materialitet er avledet av annen teori (Thagaard, 2018, s.172). For å oppnå en større forståelse over sammenhenger, fellestrekk og andre interessante funn i materialet, brukte jeg markeringstusjer i ulike farger, for å skille og sortere mine funn.

Til selve analysen benyttet jeg meg av analysestrategien til Braun og Clarke. Strategien handler om at man gjør seg kjent med datamaterialet. Deretter går man gjennom den flere ganger, og lager nye koder og kategorier/temaer for hver gang, helt til man sitter igjen med noen få kategorier/temaer. Disse vil danne grunnlaget for selve analysen (Braun & Clarke, 2006, s.87). Koder identifiserer interessante elementer, og viser til de mest elementære elementene i materialet (Braun & Clarke, 2006, s.88). Kategorier/temaer er gjentakende mønstre i datamaterialet, som kommer til syne gjennom gruppering av kodene (Braun & Clarke, 2006, s.89). Jeg startet med å bli kjent med datamaterialet, også lese over det flere ganger med et søkende blikk for mulige koder og temaer. Deretter startet jeg med å finne koder som var basert på interessante deler av materialet. I starten var denne listen med koder relativt lang. Så ved å lese gjennom materialet flere ganger, ble listen kortere gjennom at jeg slo sammen flere koder. Til slutt sto jeg igjen med fire kategorier/temaer som dannet grunnlaget for analysen. Disse kategoriene/temaene er: mørketiden som en normal del av en syklus i nord, samtaleemne i dagliglivet, normalt å være sliten, og rutiner som håndteringsverktøy. Dermed blir empirien i kapittelet fem, delt i fire deler.

4.4 Refleksjon rundt gjennomføringen av intervjuene

Relasjonen mellom forsker og informant var et fokusområdet under intervjuene, siden innsamlingen av dataen skjer i interaksjonen mellom forsker og informant. Under hele intervjuprosessen forsøkte jeg å gjøre informantene komfortable, og skape så mye tillit som mulig. Dette gjorde jeg for at de skulle føle seg trygge på at de kunne dele mest mulig informasjon og kunnskaper, og dermed sikre at intervjuene hadde god kvalitet (Thagaard, 2018, s.105). Hvis informantene hadde følt på et ubehag, kan det resultere i taushet eller misforståelser (Thagaard, 2018, s.92). Jeg opplevde at relasjonen mellom forsker og

informant var god under alle intervjuene. Hvis taushet oppsto, gikk jeg bare videre til neste spørsmål. Selv om jeg opplevde en god relasjon og kommunikasjon, oppsto det misforståelser til tider. Jeg opplevde misforståelser rundt noen spørsmål, men disse ble løst ved at vi snakket litt mer rundt spørsmålet. Jeg valgte å stille alle deltakerne spørsmål om de fikk sagt det de ville og om de syntes det gikk bra. Dette ble gjort for å sjekke at de fikk sagt sitt, samt at det ga meg muligheten til å eventuelt endre på ting til neste intervju. Alle sa det gikk bra, og noen opplevde samtidig at intervjuet fikk dem til å tenke på mørketiden på en ny måte. Dette ga meg troen på at dette satt i gang en tankeprosess hos dem.

Jeg følte at samtalene fløt godt, men det var ganger jeg måtte lene meg på intervjuguiden for å drive samtalen fremover. Når jeg måtte komme opp med spørsmål underveis i intervjuet, forsøkte jeg å holde meg til åpne og ikke ledende spørsmål. Ved å være en aktiv lytter ovenfor informantene mine ga det meg muligheten til å gå i dybden i deres opplevelser. Jeg følte at dette var noe jeg fikk til i ganske stor grad, og det ble lettere jo flere intervjuer jeg gjennomførte.

4.5 Forskningsetikk og kvalitet i forskningen

4.5.1 Bruk av personopplysninger, informert samtykke

Som nevnt tidligere i oppgaven, har jeg benyttet meg av lydopptak av intervjuene. Dette medfører at jeg har med personopplysninger å gjøre. Før jeg kunne begynne å behandle personopplysninger, meldte jeg inn prosjektet mitt til Norsk senter for forskningsdata (NSD). Den innsendte søknaden til NSD ble vurdert og godkjent. (Se vedlegg 3). For å ta opp intervjuene ble «diktafon-app» brukt. Her ble opptakene lagret anonymt, og videresendt til et nettskjema, fra nettskjema.no. Dette var for å sikre korrekt lagring av personopplysninger i tråd med retningslinjer gitt fra UiT.

I utformingen av meldeskjemaet til NSD, utformet jeg også et informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene. I dette skrevet sørget jeg for å gi informantene tilstrekkelig informasjon om blant annet forskningens formål, hvem har tilgang til datamaterialet, og hva datamaterialet skal brukes til (Thagaard, 2018, s.22-23). Det sto også at det er frivillig å delta, samt at man kan trekke seg når som helst. Det ble også nevnt at all personalia kom til å bli behandlet konfidensielt. Jeg valgte også å muntlig nevne for

informantene, at materialet kom til å bli anonymisert. Siden prosjektet tar for seg personopplysninger er det viktig at samtykket gis fritt, informert og uttrykkelig. Dette er fordi man skal respektere individers råderett over egne liv, og at de kan selv styre hvilken informasjon som skal deles med andre (Thagaard, 2018, s.23).

4.5.2 Validitet, reliabilitet og overførbarhet

I forskning brukes validitet, reliabilitet og overførbarhet for å måle kvaliteten på forskningen. Validitet handler om hvordan vi tolker dataen og gyldigheten til de tolkningene man kommer med. Den styrkes gjennom at man gjør grundige beskrivelser av hvordan det teoretiske ståstedet danner grunnlaget for tolkningene, og hvordan analysen danner grunnlaget for oppgavens tolkning og konklusjon (Thagaard, 2018, s.189). For å sikre at min forskning har validitet, vil jeg etter beste evne være tydelig i oppgavens redegjørelser og vise hvordan disse danner grunnlaget for tolkninger og konklusjon. Jeg vil samtidig si at validiteten styrkes når jeg bruker datamaterialet til å svare på oppgavens hovedspørsmål, siden jeg benytter meg av primærdata. Det er samtidig viktig å sørge for at mine subjektive opplevelser av mørketiden ikke påvirker analysen og tolkningene, selv om det å ha egne opplevelser av et fenomen kan bidra til å styrke validiteten. Man har da en viss forståelse av fenomenet (Tjora, 2017, s.237).

Reliabilitet handler om kritisk vurdering av forskningen, og om forskningen gir inntrykk av å være utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. Her vil fokuset være på troverdigheten til forskningen. Reliabilitet stiller og spørsmål ved om en annen forsker som anvender de samme metodene vil komme frem til de samme resultatet (Thagaard, 2018, s.187). Ved å ta opp intervjuene, kan jeg gjennomføre en nøyaktig transkripsjon av datamaterialet. Dette kan bidra til økt reliabilitet. I tillegg har jeg redegjort for mine metodiske valg underveis, slik at leseren får et innblikk i forskningsprosessen.

Den siste er overførbarheten til forskningen. Dette handler om at de tolkningene man gjør i dette prosjektet, kan være relevante i andre sammenhenger også (Thagaard, 2018, s.194). Mitt prosjekt baserer seg på sju informanter, noe som utgjør et relativt lite utvalg sammenlignet med alle de som opplever mørketiden. Mine tolkninger trenger ikke å gjelde for alle som opplever mørketiden, men det kan hende at store deler av befolkningen innenfor polarsirkelen kjenner seg igjen i opplevelsene og tankene som mine informanter har om mørketiden.

5 Empiri

I dette kapittelet skal jeg presentere empirien, det vil si mine funn fra intervjuene utført til denne masteroppgaven. I bearbeidingen og kodingen av datamaterialet har jeg utarbeidet ulike kategorier basert på mitt datamateriale. Empirien er strukturert etter informantenes fortellinger, med utgangspunktet i deres opplevelser og fortellinger om mørketiden. Disse kategoriene er; 1.«mørketiden som en normal del av en syklus i nord», 2.«samtaleemne i dagliglivet», 3.«normalt å være sliten», og 4.«rutiner som håndteringsverktøy», og disse vil bli presentert i samme rekkefølge. Alle direktisitat fra informantene er skrevet i *kursiv*.

Informantene i denne oppgaven står beskrevet i kapittel 4.3.3, men for å rekapitulere er det sju deltakere, fire menn og tre kvinner. De ble valgt ut siden de har vært eksponert for mørketiden mange ganger, siden de bor eller har bodd nord for polarsirkelen. Samtlige informanter er også over atten år. Dermed er dette empiri som baserer seg på sju voksne - sine opplevelser av mørketiden.

5.1 Mørketiden som en normal del av en syklus i nord

«Mørketiden har liksom alltid vært der. Og man må bare forholde seg til den. Den forsvinner jo ikke» (Anne). Mørketiden er en del av livet i Nord-Norge. Det samme kan Per fortelle:

«Vi forholder oss til de svingene i årstidene, det er jo derfor vi bor i Norge. Vi har fire årstider, og en av de er mørk. Vi har valgt det, det er en del av pakken. Så vi må bare forholde oss til det. (..) Det handler som regel om at man ikke skal bruke energi på det man ikke kan gjøre noe med. Den kommer uansett» (Per).

Han opplever i likhet med Anne at mørketiden er noe som alltid kommer, og er en del av livet i nord. Derfor må vi bare lære oss å forholde oss til den. I likhet med de to andre har også Egon et fokus på at mørketiden er noe som kommer normalt. Han forteller at:

«Jeg er i utgangspunktet, tenker ikke på vinteren som noe negativt. Utover at den er nødvendig som en syklus. Men man har gode vintere, og man har dårlig vintere. (..)

Mørketiden er jo et naturlig fenomen, av at jorda heller litt mer den ene veien enn den andre. Slik at vi havner litt på baksiden, Kontra av at vi ligger på framsiden.» (Egon).

Han og forstår mørket som et naturlig fenomen siden jorda heller på en bestemt måte. Samtidig som det oppleves som normalt i Nord-Norge, kan det og oppleves normalt på Østlandet. Per som nå bor på Østlandet, forteller at:

«For man kan si at folk ikke legger merke til at også på Østlandet har man mørketid, om man har en ni til fire jobb. Man går på jobb eller skole når det er mørkt. Er på jobb eller skole på det lyseste. Også går man hjem fra skole og jobb når det er mørkt igjen. Så man har da ikke tilgang til uterom midt på dagen. Da vil jeg mene at mørketiden kan oppleves vel så ille på Østlandet som i Nord-Norge (..) Så oppleves det for mange de samme utfordringene som de nordpå. Nemlig det at man går og kommer hjem fra jobb når det er mørkt» (Per).

Per sin opplevelse er nødvendigvis ikke i kontrast til hva de andre tenker om mørketiden, men han åpner opp for at fenomenet også er en del av syklusen på Østlandet. Sara er og åpen for denne tanken, og forteller at:

«Har slekt sørpå og de sier de har, med det er ikke på samme måten (..) Men det er jo litt gradvis lengre ned (..) Så i sør så ser man den litt, men den forsvinner» (Sara)

Hun er altså åpen for at man kan ha en form for mørketid sørpå, men de vil aldri oppleve den slik man har i nord. Hvis man har en forståelse for at mørketiden er en normal del av livet, kan det være enklere å forholde seg til den. Informantene forteller at mørketiden kommer uansett, derfor må vi ha måter å takle/håndtere den på. Egon forteller at:

«Som er en måte å takle, ved at det er en syklus som vi bare må gjennom. (..). Du må bare takle den, fordi du bare må. Du har ikke noe valg. Hvis man ikke takler den, så må man bare flytte (..) Det er veldig mye på det mentale, du må bare godta at sånn er det. Du vet at den kommer. Du kan ikke se på det som en overraskelse at den kommer. Du kan ikke gå i kjelleren, fordi det er en del av syklusen her oppe i Nord-Norge» (Egon).

Han forteller at man bare må godta at mørket kommer, og at det er ikke så mye vi for gjort med det. Slik tankegang blir da en måte å takle mørketiden på. Det vil samtidig føre til vanskeligheter ved å be om hjelp for å håndtere mørketiden. Kjell forteller at:

«Tror det er tøffere for en nordlending å gå til psykolog i mørketiden, enn det er for en østlending eller vestlending. Det kan være fordi vi har opplevd det hele livet våres, og vi vet dette kommer. Mens de får det mer brutalt på. Man veit at når september kommer, så må man passe litt mer på» (Kjell)

Siden nordlendingene har opplevd mørketiden hele livet mener Kjell det vil påvirke dem i mindre grad, sammenlignet med de som er tilflytter til Nord-Norge. Dette gjør at de ikke vil bli like påvirket og derfor er det ikke behov for hjelp.

5.2 Samtaleemne i dagliglivet

5.2.1 Normalt å prate om

Er mørketiden noe man prater med andre om? Espen forteller at:

«Det er jo ett hyppig samtaleemne her oppe i nord. Vi som lever med det. Har ekstremt mye med det nå, som student ambassadør. For da har jeg reist mye rundt i landet og blitt spurt mye. For mange sørfra har hørt mye om den skumle mørketida. Så det er jo veldig aktuelt, for å si det sånn» (Espen).

Mørketiden er ofte et samtaleemne i nord, men også andre plasser i Norge. Anne opplever også at det er greit å snakke om, og legger ved *«at folk som ikke bor i nord er mer nysgjerrig»* (Anne). Tematikken i samtalene rundt mørketiden handler om forutinntatte oppfatninger av mørketiden. Berit prater også gjerne om mørketiden. Hun forteller at:

«Jeg prater gjerne om det. Gjør det hver jul, når jeg er nede på Østlandet. Fordi det blir helt feil, det skal ikke komme sol inn på julemiddagen. Det er helt feil. Så det prater jeg gjerne om. Men jeg trives jo med mørketiden og da. (..) Ja altså det er jo ett naturlig samtaleemne, siden noen sier det er så forferdelig med mørketiden. De blir både trøtt, ukonsentrert og uopplagt» (Berit).

I kontrast til hva Espen tematiserer i sine samtaler, snakker hun mer om variasjon i opplevelsen av vinteren på Østlandet og Nord-Norge. Det er også slik at folk opplever mørketiden som en problematisk periode, og dette snakkes også om. Sara snakker om de negative påvirkningene mørketiden har på individers helse:

«Jeg prater av og til om det, om at det ofte det ikke er hvem som helst som kan bo her oppe. For mørketiden er tøff, for de som har psykiske utfordringer. (..) Så mørketiden er absolutt noe, ved at det kan bli tungt å stå opp, om sommeren og noen sliter på vinteren. Fordi de skjønner ikke om det natta eller om det er midt på dagen. Man våkner når det mørkt, samme er det når man drar og når man kommer hjem» (Sara).

Hun spiller altså videre på hva Berit sier om at folk sliter under mørketiden. Ting blir som regel tungt når man ikke kan skille mellom hva som er dag og natt. Til forskjell fra resten kan Egon fortelle at det ikke er så vanlig å prate om mørketiden:

«Ikke så mye, noen ganger. Snakker mer med folk om det som ikke er fra Nord-Norge, som er en merkelig greie. (..). Det er det spesielt om de for å sove. For man vil jo vite om de takler det å sove. For da er det mye morsomt man gjør for å få sove. Fra å teipe igjen vinduene, eller at man har andre ritualer for å kunne sove. (..) Det er egentlig det man føler er greit å spørre om. Føler ikke at jeg kunne spurt deg om du tar medikamenter. Du har jo den lampen som kan være sånn på midten. (..). Det er kanskje det som kjennetegner oss som typisk norsk. Det er ikke alt man bør snakke om, noe er mer tabu enn annet. (..) men man går ikke så veldig inn på det. Ofte så fleiper man det bare bort. Man sier ofte at «det er sikkert bare mørketida» (Egon).

Egon sier altså at det ikke er så vanlig å prate om. Det er noen ting som er greit å snakke om, men noe vil være tabubelagt ifølge han. Det er noe ved det typisk norske om at man ikke skal grave i folks helse.

5.2.2 Skal ikke klage under mørketiden

Som vist i kapittelet ovenfor, er mørketiden et vanlig samtaleemne. Samtidig så opplever informantene en del klaging under mørketiden. Berit kan fortelle at:

«Jeg hører stadig at det klages på mørketiden, når jeg er der oppe. Der hører jeg at man klager, og snakker ned mørketiden. Det kan være fordi man plages av det, men det kan og være fordi man vil ha noe å skylde på. For det kan være andre faktorer som egentlig påvirker og plager deg. (..). At de påvirkes faktisk, og at de blir syk. De blir rett og slett deprimert» (Berit).

Berit som bor på Østlandet opplever at det klages over mørketiden når hun er på besøk nord for polarsirkelen. Denne klagingen medfører at mørketiden blir snakket om på en negativ måte. Egon forteller også at klaging skjer:

«Jeg vet ikke om det er en greie, at man ikke skal snakke så mye om det, man vet jo hvor man bor. (..). Så er det ikke noe man klager over. Er lov å klage fra dag til dag hvis det er skikkelig dårlig vær. Hvis det er skikkelig vått og glatt, men man skal ikke klage om at det er mørkt» (Egon).

Han er av den oppfatning at man ikke skal klage over at det er mørkt, men det er greit å klage over været i korte perioder. Samtidig er det viktig at klaginga ikke skal bli vedvarende, så man bør ikke klage for lenge eller mye. Dette med hvorfor man ikke kan klage forteller også Espen noe om:

«Det er en kjip tid av året, men som nordlendinger flest er vi litt robuste. (..) Så det er ikke sånn at jorda går under når det kommer litt snø. Det er lov å klage og syte litt. Det er absolutt lov å si at det er dritt. (..) Jeg tror det finnes tabu, men for min del er det mer det som kommer innenfra. Man skal ikke syte, fordi folk andre plasser har det verre. Men jeg føler det er en gutteting» (Espen).

Espen opplever i likhet med de andre informantene, at mørketiden er noe man ikke skal klage over. Han opplever i likhet med Egon at det er et tabu over noe av mørketiden. Tabuet skyldes at man har selv valgt å bosette seg i Nord-Norge, dermed skal man ikke klage over noe man har valgt selv. Ingen av de andre informantene benytter seg av ordet tabu når de forteller om sine opplevelser under mørketiden, men flere opplever at man ikke skal klage.

5.3 Normalt å være sliten

5.3.1 Opplevelsen av å være trøtt og sliten

Under mørketiden kan folk oppleve at man er mer trøtt sammenlignet med på sommeren.

Dette kan Kjell fortelle:

«For noen kan det virke som at det er et slit og man er trøtt. (..). Vil si det er normalt, men det er ikke alle som blir syke. Det er jo mange som holder seg på det slitne og trøtte nivået, og ikke blir deprimert eller syk» (Kjell).

Han opplever at det å være sliten og trøtt er normalt under mørketiden. Det er nødvendigvis ikke et tegn på at man blir syk. Det samme kan Espen og fortelle:

«Det er mer normalt å være litt mer trøtt og sliten på vinteren, enn det man er på sommeren. På sommeren er man mer kvikk, mens på vinteren går man mer i hi og er mer hjemme» (Espen).

Slitenhet og trøtthet vil oppleves i større grad på vinteren, men det har samtidig blitt en normal opplevelse å ha. Dette gjør at man tilpasser seg mørket og vinteren. Berit opplever i likhet med Espen, at det er normalt å være sliten under vinteren. Hun kan fortelle at:

«Da tenker jeg dette er normalt, men er ett avvik fra det vanlige energinivået. Så det kan bli sett på som ett avvik. For noen kan det. For dette er veldig individuelt, fordi noen vil bli påvirket og andre vil ikke bli påvirket i det hele tatt.» (Berit).

Samtidig som trøtthet og slitenhet forstås som noe normalt av informantene, avviker det fra det normale energinivået de vanligvis har. Berit peker på det samme som Kjell at opplevelsen av trøtthet og slitenhet er individuelt. Sara kan fortelle hvorfor man er mer trøtt og sliten:

«Det krever mer fysisk og psykisk energi å gjøre ting, man må jo bare gjøre det. (..). Normalt er at de ikke vil stå på. Unormalt er jo hvis de popper opp» (Sara).

Hun merker at ting krever mer energi, og at dette påvirker energinivå. Per forteller om andre grunner til endret energinivå:

«Det er også under mørketiden er også sammenfattende med kulde med vinter. Alle virus og bakterieflora, hvertfall virus og smittsomme sykdommer blomstrer opp under

vinteren. Så man har under mørketiden mangel på lys og D-vitamin mangel, samtidig som man har noe som påvirker virusstettheten og smittsomheten mellom folk» (Per).

Ved at man opplever økning i sykdommer, sammen med mangel på lys og vitaminer vil gjøre at man blir sliten og trøtt på vinteren.

5.3.2 Forståelse for at man er trøtt og sliten

Når det er normalt å være sliten, er det samtidig slik at det vises en forståelse for at folk opplever tiden som vanskelig? Egon har en jobb hvor han omgås barn og unge. Han forteller at han viser en viss forståelse for at folk er mer trøtt og sliten i mørketiden:

«Det man gjør i dette eksemplet er at man er litt mer snill, når det kommer til det å sette fravær og anmerkninger. Fordi man vet at enkelte av de elevene begynner å slite å komme seg på skolen når mørket kommer. Men det er ikke noe diagnose. De får ikke noe melding fra fastlegen, men man veit at det skjer. Også er man litt rundere i kantene. Men når snøen begynner å forsvinne, og sola kommer tilbake igjen. Da er det no mercy igjen. Da er normalen tilbake igjen» (Egon).

Han blir «litt rundere i kantene». Samtidig er denne forståelsen tidsbegrenset, så han vil gå tilbake til vanlige rutiner når mørketiden er over. Per har også opplevd at det legges til rette under mørketiden. Han kan fortelle at:

«Under studiene mine så hadde jeg en danske foreleser som sleit veldig under mørketiden. Han fikk aksept fra arbeidsgiver. Han fikk utvidet lunsjen fra 30min til 60min. Slik at han fikk tatt seg en liten nap «siesta», og fikk muligheten til å gå ut på den lyseste tiden av døgnet» (Per).

Dette å komme seg ut i dagslys ble for vedkommende en måte å håndtere mørketiden på. Anne på sin side mener at det er individets eget ansvar å fungere i dagliglivet. Hun kan fortelle at:

«Nei da er det litt sånn ta deg sammen. Ja det mener jeg faktisk. Man kan akseptere at man er litt sliten til tider, men da må man og gjøre det man kan for å komme seg over det igjen. (...) Jeg tenker at man har selv ett ansvar om å komme ganske oppegående

på jobb. (...) Men man kan ikke komme subbene på jobb. Men det er lov å si at idag er man ekstra trøtt» (Anne).

Hun er ikke enig med de andre informantene, i at det skal vises forståelse under mørketiden. Det er individets eget ansvar å være oppegående i dagliglivet, uansett tid på året. Det er lov å være sliten, men det er samtidig vårt eget ansvar å komme tilbake til normal form.

5.4 Rutiner som håndteringsverktøy

5.4.1 Sesongvariasjon i hva man fyller en dag med

Hva man fyller en dag med vil være avhengig av hvilke årstider man er i. Noen forsøker å ha dagene så like som mulig, mens andre endrer mer på hvordan dagene er. Per skisserer en vanlig dag:

«Om morgenen er det opp kl7. Lage frokost. Spise frokost med barna. Mens kona er på badet. Også ut av huset sånn åtte halv ni, og da starter dagen. Så forløper dagen med hverdagslige gjøremål. Frem til middagstider. Og vi ser hvert fall ett behov og nødvendighet om å ha felles måltid. Både frokost, middag og kvelds. Det å samles rundt matbordet er mer enn å bare få næring. Det er og et naturlig samlingspunkt og oppfølging, og man kan se formen til alle i flokken. Der man kan prate om løst og fast. Også er det trening og lekser. Også er det ofte litt etterarbeid i huset eller jobb. Også er det å gå til sengs i ti tida, både sommer og vinter» (Per).

Han opplever at ved å ha samme rutinene året rundt, bidrar det til at han og familien får et overskudd til å takle vanskeligheter de kom ovenfor. Hans rutiner vektla nok søvn, rett kosthold og nok fysisk fostring. Berit kan på sin side fortelle at hun tilpasser seg mer til ulike årstider:

«Man tilpasser seg jo årstidene. Jo jeg tar jo tran, på vinteren. Har lært at man skal gjøre dette i månedene med r i. Er jo fostra opp på tran og fisk. Det er jo også for å få i seg nok D-vitamin i mørketiden» (Berit).

Hun forteller at hun opplever en grad av sesongvariasjon, ved at hun har egne rutiner som bidrar til å opprettholde normal funksjon i bestemte årstider. Sesongvariasjon kan og Kjell fortelle at han har:

«Jeg trener mye mer. Det blir mye mer relevant for å holde hodet i sjakk. Også kanskje det hjelper litt å dra på gymmen, og slås litt mot demonene sine. Det høres kanskje litt teit ut, men det er en realitet for mange. Kanskje mer normalt å bruke mer tid på skole når det er mørkt. Det er ikke noe bevisst, men hva skal man gjøre» (Kjell).

Kjell har også egne rutiner på vinteren, noe som skaper sesongvariasjon. Han forteller at dette med å trene bidrar til at han klare å håndtere vanskelige situasjoner på en god måte.

Selv om informantene benytter seg av ulike rutiner, har de til felles at de ikke bruker energi- eller lyslampe. Egon ville blant annet opplevd å *«kjeda meg i halvt i hjel ved å sitte foran en sånn lampe»* (Egon). Samtidig så trekker Per frem at slike lamper kan være et godt verktøy for å skape melatoninsvingninger: *«Man må skape lys rundt seg 4 til 5 timer om dagen. Enten i form av en lampe eller komme seg ut»* (Per). Så lampen har en viss effekt, men man kan få effekt ved å bare skape lys rundt seg. Det å ha lys rundt seg har også praktisk betydning, som Egon opplever gjør lyset det mulig at *«man ser hvor man går»* (Egon).

5.4.2 Ting tar lengre tid på vinteren

På vinteren opplever man andre temperaturer og andre forhold som påvirker hvordan man gjør ting. Egon forteller at:

«På den andre siden har man vintertid. Der begrenses, det er ikke bare det at man ikke kan gå overalt. Men er og det at energinivået er lavere, og det krever mere planlegging for å gjøre ting. Og den spontaniteten forsvinner litt på vinterstid. (...). Jeg tror at jeg og familien planlegger mer på vinteren (..) Bilen må skrapes. Har man ikke måka innkjørsel, eller den ... ploegen har lagt brøytekanter. Også må man ta den. Mye fordi at vi har tre kids, og de kan ikke stå å vente. Det er kaldt, og da må man være der. Mens på sommeren kan man si at de skal gå til han, eller vente litt. Der er det mer ordna forhold». (Egon).

Egon forteller altså at han planlegger mer på vinteren. Dette gjøres fordi det er andre forhold man må forholde seg til på vinteren. På sommeren derimot er han mer spontan, siden det er andre forhold å forholde seg til. Kjell kan og fortelle at ting tar lengre tid om vinteren:

«Og det er ikke ting som trenger å ta så lang tid, men føler på vinteren så tar ting litt lengre tid. Det blir litt mer brettspill, dra å spille minigolf eller bowling. Man for kanskje litt mer sosiale ting på sommeren, enn det man gjør på vinteren» (Kjell).

I likhet med Egon så planlegger også Kjell mer på vinteren. Han vektlegger at man må planlegge for å kunne få gjort sosiale aktiviteter. Samtidig så forteller han at man er fortsatt sosial om vinteren, men man gjør andre aktiviteter. Espen forteller også at man vil være mer inne om vinteren:

«Men jeg synes det er lettere å stå opp, og man har lyst til å gjøre mere ting på sommeren. Fordi det er nicere. På vinteren så fallhøyden mye større, og man får mer lyst til å ligge hjemme og se i taket» (Espen).

Han forteller at under sommeren er det mye «nicere» å gjøre ting. Noe som medfører at man klarer å være spontan, og mer ute.

5.5 Oppsummering av hovedfunn

Samtlige av mine informanter opplever at mørketiden er en normal del av livet i Nord-Norge. Samtidig som det er opplevd i Nord-Norge, mener enkelte av informantene at det også opplevs på Østlandet, bare på en annen måte. Siden mørketiden er en del av dagliglivet, er det noe de må håndtere. Rutiner er at av de viktigste håndteringsverktøyene hos mine informanter, og rutinene skaper en normalitet hos dem. Noen av informantene tilegner seg nye rutiner under mørketiden, mens andre holder på faste rutiner hele året. Felles for rutinene er at de vektlegger søvn, kosthold og fysisk bevegelse, noe som vil bidra til at de får et overskudd.

De opplever også at det er normalt å være mer trøtt og sliten under mørketiden sammenlignet med resten av året. Informantene mener dette skyldes at det trengs mer energi for å gjøre daglige gjøremål, mens andre trekker frem at det kommer av mørke og D-vitaminmangel.

Siden det er en normal opplevelse, opplever de at det ikke er et sykdomstegn. Selv om det er normalt å oppleve, vil det samtidig være et avvik fra det normale energinivået.

Informantene opplever at mørketiden er noe man prater om, men det er litt variasjon i hvor vanlig det er. De alle opplever at de kan snakke om det, men innholdet i samtalen varierer. De kan snakke om at det mørkt, at folk sliter, og mørketidsområde. Samtidig som man kan snakke om at folk sliter, så opplever enkelt av informantene at man ikke skal grave for mye i individers helse. Man skal heller i ikke klage over mørketiden, eller snakke om den på en negativ måte. Informantene opplever at man ikke skal klage fordi man har valgt å bosette seg her og man vet hvor man bor. Det er en naturlig del av det å bo i nord.

6 Drøfting

6.1 Hva er normalt å oppleve under mørketiden?

Informantene opplever mørketiden som et normalt fenomen i Nord-Norge. Som Anne forteller har de en forventning om at den skal komme hvert år. Mens Egon fokuserer på at mørketiden kommer av at jorden har en viss helling, noe som gjør at sola ikke kommer over horisonten. Dette er i tråd med hva teorien peker på som årsak til at mørket oppstår (Burn, 1996, s.4). Samtlige av informantene opplever at vi lever i et land med fire årstider og en av disse er vesentlig mørkere enn de andre. Dette gjør at man bare må forholde seg til mørket som oppstår. Her vil normalitetsforståelsen være knyttet opp mot forventningen om at mørketiden kommer (Frances, 2013, s.4).

Selv om mørketid oppleves som en normal del av det å bo nord for polarsirkelen oppleves det også sørpå. Per som har bodd på Østlandet i lengre tid har fortalt at man kan oppleve de samme utfordringene knyttet til mørketiden sørpå. Dette er fordi de som bor sørpå kan gå glipp av det lille lyset som er midt på dagen. Om det er like normalt å oppleve sørpå var ikke informantene enige om. Enkelte forteller at de er åpen for tanken, men det vil ikke oppleves på samme måten som man har oppe i nord. Hvis man går glipp av det lille lyset som er midt på dagen, kan man oppleve det samme mørke som de andre informantene forteller om. På den andre siden peker litteraturen på at mørketiden er et fenomen man kun opplever innenfor polarsirkelene (Burn, 1996, s.5). Samtidig så viser litteraturen at mørketiden er geografisk bestemt. Jo lengre nord man bor, jo lengre vil man oppleve mørketiden, og det vil bety at jo

lengre sør man bor, jo kortere vil mørketiden vare (Burn, 1996, s.7). Dette utelukker ikke at det er mulig å oppleve mørketiden sør for polarsirkelen også. Dette er et eksempel på at normalitetsforståelsen er en sosial konstruksjon, siden informantene har ulik forståelse av mørketidsområdene. De som fortsatt bor i nord opplever at mørketiden kun er der oppe, mens de som bor sørpå opplever at det også er normalt der nede.

Ut ifra det mine informanter forteller er mørke de opplever under mørketiden, noe som er en normal del av det å bo i nord. Enkelte opplever at de har blitt så vant til mørke at det oppleves som unormalt å ha sollys i vintermånedene. Selv om de opplever mørke som normalt, er det ikke slik at det vil være helt mørkt. De vil oppleve en form for skumring, når solen akkurat ikke kommer over horisonten. Forskeren Diamond Jennes beskriver det som et voksende mørke, noe som indikerer at man har opplevd det som lysere i løpet av dagen (Burn, 1996, s.5). Litteraturen viser at også biologiske organismer opplever en form for lys under mørketiden (Berge, Renaud et.al, 2015). Så selv om flere av informantene trekker frem at det er normalt å oppleve mørke under mørketiden, vil det samtidig være en form for lys.

Alle informantene hadde fokus på å holde på rutiner under mørketiden, og som teorien viser, vil rutiner være med på å skape en normalitet (Frances, 2013, s.4). Per forteller at han på samme måte som kamskjellene på Svalbard, opprettholder en aktiv rytme og rutiner for å optimalisere formen til han og familien (Tran, Sow et.al, 2016). Rutinene han vektlegger er knyttet opp til å få rett mengde søvn, opprettholde et sunt kosthold, og sørge for å få nok fysisk fostring. Per sørger for å opprettholde de samme rutinene hele året, mens andre av mine informanter tilegner seg nye rutiner under mørketiden. Enkelte sørger for å endre på kostholdet under mørketiden, slik at de får dekt eventuelle vitaminmangler som kommer om vinteren. Andre sørger for å trene mer, slik at man sikke blir værende for mye i ro. Tromsøundersøkelsen viser også at det er normalt å sove omtrent like lenge på vinteren som på sommeren. Deltakerne i Tromsøundersøkelsen opplever svært liten til ingen sesongvariasjon når det kommer til søvnmønster. Noe som viser at det opprettholdes rutiner knyttet til søvn hos deltakerne (Sivertsen, Friborg et.al, 2020).

Samtidig som informantene vektlegger rutiner for å komme seg gjennom mørketiden, er det også normalt for dem å oppleve at ting tar lengre tid om vinteren. Her vil normaliteten komme av at de opplever det som vanlig (Frances, 2013, s.4). Om vinteren forholder man seg til andre forhold enn det man gjør under de andre årstidene. De opplever at de må beregne bedre tid når de skal gjøre ting, siden barn må klees på, bilen må måkes, barn må hentes og så

videre. Når ting tar lengre tid, opplever de at man blir værende mer inne. I likhet med hva litteraturen viser er også menneskene aktive om vinteren, bare litt annerledes sammenlignet med på sommeren (Tran, Sow et.al, 2016). På sommeren opplever informantene at de er mer spontane og er mer sosiale ute, mens på vinteren er man mer sosiale innendørs.

Allerede i innledningen ble det hintet til at noen blir syke under mørketiden, mens andre holder seg friske. Mine informanter opplever at det er normalt og vanlig å være mer sliten og trøtt under mørketiden sammenlignet med andre tider på året. De mener samtidig at det vil være et avvik fra det vanlige energinivået man vanligvis har. Selv om de opplever det som normalt å ha nedsatt energinivå om vinteren, vil de oppleve det som et avvik i de andre årstidene. Det å være trøtt og sliten er noe normalt og ikke et sykdomstegn. Likevel knyttes diagnosen vinterdepresjon ofte til de som opplever blant annet nedsatt energinivå og andre helseproblemer under mørketiden (Partonen & Rosenthal, 2001, s.13). Tromsøundersøkelsen viser at det ikke er noe signifikant sesongvariasjon i rapportering av psykiske plager (Johnsen, Wynn, Bratlid, 2012). Samtidig er det mer vanlig å oppleve depresjonssymptomer i vinter- og høstmånedene sammenlignet med resten av året (Magnusson, 2000, s.180). Mine informanter opplever ikke typiske depresjonssymptomer som et problem, de har på en måte klart og internalisert disse opplevelsene. Slik at de blir å regnes som noe normalt. For dem er det nesten en forventning om at vinteren skal være litt hardere enn de andre årstidene. Dette har gjort at avviket i helsetilstand har blitt til normalen.

Det er ikke lett å forklare hvorfor de har gjort opplevelsen av å være sliten og trøtt til noe normalt under vinteren, en årsak kan være at de er redd for å bli stigmatisert. Når informantene opplever mørketiden som noe normalt og noe de vet kommer vil det også være en forventning om at de skal klare å håndtere den. Enkelte av mine informanter forteller at siden mørketiden kommer hvert år, vil det bidra til at de takler den bedre. Det vil også gi dem muligheten til å ta bestemte forhåndsregler. Flere av informantene forteller at det er kun «søringene» som skal oppleve problemer under mørketiden, og de som nordlendinger er robuste og vant til mørke. En slik tankegang kan føre til at mine informanter velger å ikke be om hjelp hvis de finner mørketiden problematisk.

Siden informantene opplever det å være sliten og trøtt som noe normalt stilles det også krav til å være oppegående i dagliglivets situasjoner. Mine informanter mener at det er lov å være sliten en gang iblant, men man må selv sørge for å ta seg sammen og være velfungerende. Hvis man derimot opplever det å være sliten og trøtt som en hindring til å fungere i

samfunnslivet vil man bli stemplet som en avviker. Dette er fordi man ikke klarer å opprettholde hverdagslivets forpliktelser (Norvoll, 2009, s.102). Noe som igjen kan medføre at man vil ha problemer med å bli sosialt akseptert, og dermed bli stigmatisert. Som allerede diskutert er det ikke ønskelig hos mine informanter å bli stigmatisert.

Hvis man blir stemplet som syk/avvikende, kan man ifølge sykerollen til Parsons få fritak fra sine daglige gjøremål og man skal bli vist forståelse og aksept (Anderssen & Gjernes, 2012, s.67). Enkelte av mine informanter opplever at det vises forståelse, for at noen opplever mørketiden som vanskelig. Egon forteller at han viser forståelse når han setter fravær og anmerkninger til de som kommer for seint til skoletimen. Samtidig så viser han kun forståelse og aksept i en tidsbegrenset periode, så når sola er tilbake er han tilbake til vanlige rutiner. Per har opplevd at noen har fått forlenget pause om vinteren, slik at de kan gå ut i det lille lyset som er i løpet av dagen. Både dette med forståelse og tidsbegrensning er trekk ved sykerollen til Parsons, men informantenes opplevelser er kun symptomer som kan kjennes igjen i diagnosen vinterdepresjon. Allikevel ser de ikke på dette som tegn på at man blir syk. Dermed vil deres opplevelsene kun være noe som minner om sykerollen til Parsons, men de vil ikke tre inn i rollen selv om man opplever mørketiden som vanskelig. Eksemplene ovenfor viser en forståelse på individnivå, men ikke noe spesielt på samfunnsnivå.

Dette kan bety at påvirkningen av avviket/problemet er såpass liten og at det ikke påvirker samfunnet i så stor grad. Dette står i kontrast til hva litteraturen sier, som peker på vinterdepresjon som en mulig folkehelseutfordring (Andressen, 2013, s.40). Ser man på blant annet arbeidsmiljøloven, ser man at mørketiden og dens mulige problemer ikke nevnes som noe man skal legge til rette for. I blant annet §4-6 står det at: «hvis en arbeidstaker har fått redusert arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom (..), skal arbeidsgiver, iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstaker skal kunne beholde (..) arbeid.» (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4-6). Dette viser at det kun skal legges til rette dersom man har vært utsatt for ulykke eller sykdom, men mine informanter opplever ikke det å ha nedsatt energinivå som sykdom. Selv om det påvirker hvordan de klarer å fungere i hverdagen.

Mine informanters normalitetsforståelse er knyttet opp mot det de ser på som vanlig og forventet å oppleve under mørketiden (Frances, 2013, s.4). De har en forventning om at mørketiden skal komme og at det bringer med seg mørke. De skaper også normalitet gjennom at de benytter seg av rutiner knyttet til rett kosthold, nok søvn og nok trening. Dette bidrar til at de får et overskudd, som er viktig for å takle det nedsatte energinivået man kan oppleve.

For dem vil det være en normal opplevelse under vinteren, men vil oppleves som et avvik og mulig sykdomstegn resten av året.

6.2 Er mørketiden et medikalisert fenomen?

Et medikalisert fenomen blir definert og forklart ved hjelp av medisinsk terminologi (Conrad, 1992, s.209). Hvis mørketiden blir å regnes som et medikalisert fenomen, vil mine informanternes opplevelser kunne bli forklart ved hjelp av det medisinske feltet. Som allerede presentert, opplever mine informanter at de problemene som kan komme under mørketiden er noe normalt. De opplever at nedsatt energinivå skyldes andre forhold på vinteren, sammenlignet med resten av året, noe som gjør at de må bruke mer energi på å få gjort daglige gjøremål. De opplever også at mørketiden er en del av hverdagen i Nord-Norge på vinteren. Siden informantene ikke opplever at dette er problematisk i hverdagen, trenger man kanskje ikke medisinsk terminologi for å forstå deres opplevelser.

Conrad peker på at de fleste fenomener som blir medikalisert kan plasseres innunder fire kategorier. Som allerede presentert i teorikapittelet er disse; avvikende adferd, naturlige livshendelser, problemer i dagliglivet, og forbedringer for friske mennesker. Felles for alle kategoriene er at de tar hensyn til mennesker, men tar sjeldent hensyn til fenomener. Siden mine informanter opplever at mørketiden er en del av dagliglivet i nord kan man se fenomenet opp mot kategorien «problemer i dagliglivet». Conrad forklarer at denne kategorien tar for seg «problems were long considered common parts of life that, while sometimes problematic, were tolerated or managed. These conditions have now become medical diagnoses» (Conrad, 2013). Innenfor denne kategorien vil ifølge Conrad, farmasøytiske løsninger være best egnet som løsning (Conrad, 2013). Denne kategorien tar forbehold for fire «punkter»: 1.problemet som skal bli medikalisert må være en normal del av dagliglivet, 2.problemet må være noe man håndterer, 3.problemet må nå ha fått en medisinsk diagnose, og 4.farmasien må ha den beste løsningen (Conrad, 2013).

Mine informanter opplever, som allerede nevnt, at mørketiden er en normal del av dagliglivet. Eventuelle problemer knyttet til mørketiden ser de på som normalt, og noe de håndterer. Dette viser at informantenes opplevelser oppfyller de to første punktene. De opplever at problemer knyttet til det å være sliten og trøtt under vinteren er normalt, og ikke noe de forstår som problematisk eller sykdomstegn. Likevel så forbindes ofte helseproblemer som kommer av

mørketiden til diagnosen vinterdepresjon/SAD. Som teorien viser, brukes diagnosen til å forklare opplevelser under mørketiden. Vinterdepresjon blir ofte knyttet til mørketiden gjennom at flere opplever depresjonssymptomer om vinteren (Magnusson, 2000, s.180). Dette skyldes at flere av symptomene kan knyttes opp mot mangelen på lys, som blant annet fører til endringer i melatoninsvingninger og mangel på serotonin (NHI, 2022). Så informantenes opplevelser kan oppfattes som symptomer til en diagnose, men den oppfatter ikke dette slik. De opplever fortsatt at det er en normal del av livet selv om det er snakk om helseproblemer.

Likevel forteller flere av informantene at de har bekjenskaper som trenger tilrettelegging for å komme seg gjennom vinteren. Om disse er deprimerte, vinterdeprimerte eller annet, forteller ikke informantene noe om. Så det finnes en diagnose som forbindes med mørketiden, men mine informanter opplever ikke at den blir benyttet når de skal forstå sine opplevelser. Dette kan skyldes at de selv ikke opplever det som noe problem, og at det er kun leger som kan stille en diagnose på problemet (Conrad, 1992, s.211). Likevel er det en mulighet for at diagnosen er svært gjeldende for å forklare individers problemer og opplevelser under mørketiden, men dette viser seg ikke i mine data.

Det siste punktet handler om at farmasøytiske løsninger skal være den mest egnede løsningen. Som vist ovenfor kan problemene knyttes til depresjon. Da vil det være naturlig å tenke at antidepressive medikamenter vil være den beste løsningen. Teorien viser at den eneste godkjente antidepressive medikamentet for SAD er Bupropion XL (Rohan & Rough, 2016). Det er ingen av mine informanter som forteller at de har brukt noen former for medikamenter for å håndtere problemer som oppstår under mørketiden. Dette forklarer de i at de ikke ser på det å være trøtt og sliten som noe problem, som igjen gjør at de ikke trenger medikamenter. Bupropion XL har relativt lik effekt som lysbehandling, noe som viser at det finnes andre alternativer, som ikke krever farmasøytiske løsninger (Rohan & Rough, 2016).

Bruk av lys og lamper forteller informantene at brukes mer i vintermånedene. Litteraturen viser at den mest effektive og brukte måten å tilegne seg tilstrekkelig med lys er ved hjelp av lysbehandling. Dette er en prosess som tar rundt 30 minutter, og skal bidra til normal døgnrytme og nok serotonin (Rohan & Rough, 2016). Selv om det er medisinske forklaringer på hvorfor man bør benytte seg av lysbehandling, velger mine informanter å ikke bruke det, og heller utsette seg for lys på andre måter. De er ikke nødvendigvis kritiske til effekten av lysbehandling, men de opplever den som tidkrevende og kjedelig. Informantene forteller at de heller velger å lyse opp sine omgivelser og gjennom dette utsette seg for lys jevnt over hele

dagen. Dette gjør de ikke fordi de tenker over de medisinske fordelene, men de ser på lys som en nødvendighet for å se når det er mørkt. Informantene bruker da lyset som en praktisk ordning som ikke er medisinsk begrunnet. Ved at de lyser opp sine omgivelser opplever de at de klarer å skille mellom natt og dag, og da holde på en døgnrytme.

Informantene benytter seg også av rutiner for å komme seg gjennom og håndtere mørketiden. Som allerede diskutert i kapittel 6.1, vil rutiner være med på å skape normalitet hos informantene. Innholdet i rutinene varierer hos dem, men de kan oppsummeres ved at de har fokus på nok søvn, rett kosthold og nok fysisk bevegelse. Viktigheten av nok søvn, er som allerede presentert i teorien, viktig for rett mengde melatonin. Rutinene knyttet til kostholdet begrunner informantene er fordi de må få dekt eventuelle vitaminmangler som kommer om vinteren. Ved å ha gode bevegelsesrutiner føler enkelte av informantene at de klarer å holde hodet klart, og sørge for å ha en god form. Dette er i likhet med de biologiske organismene, som litteraturen viser til (Berge, Renaud et.al, 2015). Når informantene klarer å opprettholde sine rutiner under mørketiden opplever de at de får et overskudd. Dette gjør det mulig for dem å takle det nedsatte energinivået, som de opplever er normalt og vanlig under mørketiden.

For å rekapitulere litt, mine informanter ser på mørketiden, og dens opplevelser som noe normalt. Det er også en del av dagliglivets deres. Samtidig så opplever ikke informantene at fenomenet har noe diagnose som de bruker for å forstå egne opplevelser. Til slutt så trekker informantene frem at de ikke benytter seg av farmasøytiske eller medisinske løsninger for å håndtere mørketiden. Deres løsninger er mer praktiske ordninger og begrunnes ikke i noe særlig grad i det medisinske feltet. Så mine data viser at mørketiden ikke passer innunder kategorien «problemer i dagliglivet», og dermed vil det være vanskelig å plassere fenomenet innunder Conrads typiske kategorier.

Mørketiden kan fortsatt være medikalisert, siden det kan være snakk om en konseptuell medikalisering. Dette er når den medisinske terminologien blir brukt på nye områder (Conrad, 1992, s.211). Som nevnt opptil flere ganger opplever ikke mine informanter det å være sliten og trøtt som noe problematisk om vinteren. De velger å benytte seg av lys, men ikke på grunn av dens medisinske effekt, mer dens praktisk betydning. De velger også å benytte seg av rutiner som i seg selv ikke er noe medisinsk. Likevel velger flere av informantene å begrunne valg av rutiner i medisinsk terminologi. Diagnosen vinterdepresjon kan også brukes for å forstå opplevelser under mørketiden. Selv om mine informanter ikke benytter seg av diagnosen, kan den bidra til å forklare opplevelser som symptomer på en diagnose. Så mine

informanter forteller om en kombinasjon i bruk av medisinske termer og ikke når de skal forklare valg og opplevelser under mørketiden.

Ut ifra mine data er det vanskelig å gi noe bestemt svar på om mørketiden har blitt medikalisert. Benytter man seg av mine informanternes opplevelser vil man nok si at fenomenet ikke er medikalisert. Hvis man bruker den medisinske diagnosen SAD for å se på mine informanternes opplevelser av mørketiden, vil man kanskje forstå det som medikalisert. Likevel trenger ikke fenomenet å være fullt eller ikke-medikalisert, det kan befinne seg en plass i midten (Conrad, 2013). I dette tilfellet er det ikke holdepunkter for å si at fenomenet er fullt medikalisert, siden informantene ikke nødvendigvis trenger medisinsk terminologi for å forstå mørketiden. De opplever mørketiden som et naturlig/normalt fenomen og ikke et problem. Fenomenet passer heller ikke inn i noen av Conrads typiske kategorier for medikaliserte fenomener og tilstander. Samtidig så benytter informantene seg av medisinsk terminologi når de blant annet snakker om valg av rutiner knyttet til søvn og kosthold. Dermed ser det ut som at mine informanter opplever mørketiden som lite medikalisert.

6.3 Er mørketiden et tabubelagt samtaleemne?

Mørketiden er et normalt samtaleemne nord for polarsirkelen, og normaliteten kommer av at det er vanlig å prate om (Frances, 2013, s.4). Mine informanter mener at det er et hyppig samtaleemne oppe i nord, og noe de gjerne snakker om. Selv om de gjerne snakker om mørketiden med andre som bor nord for polarsirkelen, er det oftere samtaleemne med personer som bor sør for polarsirkelen. Dette er noe blant annet Egon ser på som en merkelig greie. Hvorfor mørketiden oftere er et samtaleemne sør for polarsirkelen opplever mine informanter skyldes at personer sørpå er mer nysgjerrige. De er nysgjerrige på hvordan man klarer å leve i omgivelser som er preget av mørke.

Hva som er innholdet i samtalene som tar for seg mørketiden, opplever mine informanter varierer fra tid og sted. Enkelte opplever at samtalene ofte dreier seg om det mørke man opplever, og at det vil være unormalt å oppleve lys i vintermånedene. Mine data viser også at det snakkes om at mørketiden kan oppleves sør for polarsirkelen. Dette skyldes, som allerede nevnt, at man går glipp av det lille lyset man kan oppleve på vinteren. Så samtalene vil da dreie seg om hvor stort mørketidsområdet er.

Mine informanter forteller at påvirkningen mørketiden har på kroppen også er noe de snakker om. Under mørketiden opplever folk at de blir mer trøtt, ukonsentrerte og uopplagte, noe som kan påvirke hvordan de fungerer i hverdagen. Dette er symptomer som kan knyttes til diagnosen seasonal affective disorder (Partonen & Rosenthal, 2001, s.13). Dette er en type psykisk lidelse, og en underkategori av depresjon (NHI, 2022)(Rohan & Rough, 2016). Til forskjell fra de andre samtaletemaene knyttet til mørketiden, kan denne delen være vanskeligere å snakke om. Enkelte av informantene opplever at det er greit å snakke om søvn, siden individer har ulike «morsomme» måter man klarer å sove på. De opplever samtidig at det er ikke er greit å grave for mye i individers opplever, siden personer kan oppleve helsemessige utfordringer knyttet til mørketiden.

Noen av informantene opplever at noe knyttet til mørketiden, bærer et tabu. Det er noe innenfor fenomenet som blir forbudt, eller noe som ikke bør nevnes. Velger man å gjøre dette, bryter man med normer og moral (Fosshagen, 2021). Som allerede vist ovenfor, opplever enkelte av mine informanter at det ikke er greit å grave for mye i individers helse og hvordan mørketiden påvirker helsa. De opplever dette som ugreit, og enkelte bruker ordet «tabu» når de forklarer hvorfor man ikke skal grave i individers helse. Tabuet rundt det å snakke om egen helse, er det kun enkelte av informantene som opplever. De opplever også at mørketiden er noe man ikke skal klage over, noe som kan bety at de opplever en form for tabu når de prater om mørketiden på en negativ måte. Det er kun enkelte av informantene som benytter seg av ordet «tabu» når de skal forklare hvorfor de føler de ikke kan klage. Likevel betyr ikke dette at tabuet ikke er der. Hvorfor de føler på et tabu knyttet til mørketiden, trekker informantene frem ulike årsaker til. Enkelte trekker frem at de har selv valgt å bo her, og derfor må man finne seg i å oppleve disse problemene og utfordringene. Andre nevner at «man vet hvor man bor», så mørketiden vil da være en del av «pakka» ved å bo her. En informant forteller at det kan være en kjønnsgreie at man ikke skal klage. Han som da er mann føler at han ikke kan klage på en generell basis.

Enkelte av mine informanter forteller at det ikke er greit å grave i hva mørketiden gjør med folks helse og de problemer som kan oppstå under mørketiden. Dette gjelder også for helseutfordringer. Her er informantenes opplevelser i kontrast til det økende fokuset på åpenhet og aksept knyttet til helseproblemer (Blåka, 2012, s.47). Hvorfor det ikke er noe sammenheng mellom det økte fokuset, og mine informanters opplever, er ikke lett å gi noe svar på. En mulig årsak er at mine informanter opplever at det fortsatt er tabu knyttet til det å snakke om helseproblemer. Så derfor velger de å ikke snakke om det. En annen mulig årsak er

som tidligere nevnt, at nordlendinger ser på seg selv som tøffe og robuste, mens det er «søringene» som skal klage og slite. En siste mulig årsak er at informantene opplever at man ikke skal klage over noe man vet kommer, siden det er normalt for dem å oppleve dette. De vet at mørketiden kommer, og de har en forventning om hva den blir å gjøre med helsa (Frances, 2013, s.4).

Så på den ene siden så er mørketiden helt normalt å prate om. Mine informanter snakker med hvem som helst om fenomenet, uavhengig av hvor de bor, og om de har opplevd mørketid eller ikke. Det oppleves som greit å snakke om at det er mørkt, men det er ikke greit å klage over at det er mørkt. De opplever også at det ikke er innafor å grave for mye i hvilke helseproblemer individer får under mørketiden. Flere av informantene forteller at de føler at dette er preget av tabu, og dette kommer av at de ser på mørketiden som noe normalt. Så hos mine informanter, vil hvert fall noe av mørketiden bære en form for tabu.

7 Avslutning

Denne masteroppgaven har tatt utgangspunktet i problemstillingen: «*Hvordan opplever en gruppe mennesker som har bodd nord for polarsirkelen fenomenet mørketiden?*». Med denne problemstillingen ønsket jeg å vektlegge informantene sine opplevelser av mørketiden, og la disse være i fokus for å besvare oppgavens spørsmål. For å besvare denne problemstillingen på best mulig måte, har jeg utarbeidet fire forskningsspørsmål. Det første forskningsspørsmålet spør etter hva som er normale reaksjoner på mørketiden. Det andre forskningsspørsmålet spør etter om mørketiden er noe man blir syk av. Dette kan sees i sammenheng med spørsmål en, om opplevelsene under mørketiden er normale, eller om de er et sykdomstegn eller avvik. Tredje forskningsspørsmålet spør etter om det er noe måter man kan bli vant til mørketiden. Det fjerde og siste forskningsspørsmålet spør etter om mørketiden er et tabubelagt samtaleemne.

For å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene har jeg gjennomført en tematisk analyse etter strategien til Braun og Clarke. Datamateriale er basert på sju semistrukturerte intervjuer, av et utvalg individer som har bodd store deler av livet sitt nord for polarsirkelen. Analysestrategien til Braun og Clarke baserer seg på å lage temaer i datamaterialet, basert på flere gjennomlesninger av dataen (Braun & Clarke, 2006, s.87). De analytiske temaene jeg

endte opp med var: 1.mørketiden som en normal del av en syklus i nord, 2.samtaleemne i dagliglivet, 3.normalt å være sliten, og 4.rutiner som håndteringsverktøy. Disse fire temaene dannet grunnlaget for en firedeling av empirien. For å videre forklare informantenes opplevelser, benyttet jeg meg av begreper som: medikalisering, normalitet og avvik, sykerollen til Parsons, og stigmatisering og tabu, som ble gjennomgått i teorikapittelet. Andre begreper som mørketiden og vinterdepresjon/SAD ble gjennomgått i litteraturgjennomgangen. Her ble det også redegjort for tidligere forskning på mørketiden og SAD, som har bidratt til å belyse oppgavens temaer og funn.

En gjennomgående tråd i opplevelsene til mine informanter er normalitet, og normalitetsforståelsen kommer av at de ser på mørketiden som vanlig, rutine og forventet (Frances, 2013, s.4). De opplever at mørketiden er en normal del av deres dagligliv nord for polarsirkelen og kan være normalt sør for polarsirkelen også. Den kommer uansett og de opplever at det er bare noe de må takle. De velger å bruke rutiner som håndteringsverktøy, hvor de vektlegger nok søvn, rett kosthold, og nok fysisk fostring. Litteraturen trekker samtidig frem at også lysbehandling og antidepressive medikamenter kan brukes for å komme seg gjennom mørketiden, men mine informanter velger å ikke bruke dette (Rohan & Rough, 2016).

Under mørketiden opplever informantene også at det er normalt å føle seg mer trøtt og sliten sammenlignet med de andre årstidene. Siden de opplever dette som normalt, ser de ikke på dette som problematisk, sykdomstegn eller symptomer på en diagnose. Likevel så knyttes mørketiden ofte til diagnosen vinterdepresjon/SAD, hvor blant annet nedsatt energinivå er et av symptomene (Partonen & Rosenthal, 2001, s.13). Siden de ikke ser på nedsatt energinivå som problematisk vil de heller ikke gå inn i sykerollen til Parsons, selv om informantene opplever trekk ved sykerollen knyttet til aksept og forståelse for at de er mer trøtte og slitne. De opplevet ikke at man blir syk av mørketiden, siden man har blitt vant til følelsene, og kan derfor ta forhåndsregler for å ikke bli syk. Informantene vil heller ikke oppleve mørketiden som fullt medikalisert, men de opplever fenomenet som lite medikalisert. Dette er fordi mørketiden ikke passer innunder de typiske kategoriene hos Conrad. Likevel velger de å benytte seg av en konseptuell medikalisering når de benytter seg av medisinske termer når de blant annet begrunner sine rutiner (Conrad, 2013)

Mørketiden er også et normalt samtaleemne hos informantene. De snakker gjerne om det til hvem som helst, men de opplever at de ikke kan snakke om hva som helst. De opplever at

man kan snakke om det på en «positiv» måte, men de kan ikke snakke om det på en «negativ» måte og klage over mørketiden. De opplever at man ikke skal klage over mørket eller at man har det tøft. Man skal heller ikke spørre og grave for mye i personers helse siden folk kan oppleve helseproblemer under mørketiden. Flere av informantene bruker blant annet ordet «tabu» når de skal forklare hvorfor man ikke skal prate om det. Dette betyr at mørketiden, eller hvertfall deler av mørketiden er et tabubelagt samtaleemne.

7.1 Veien videre

Sosiologien har ikke tidligere forsket på mørketiden i noe særlig grad. Mesteparten av forskningen knyttet mørketiden, fokuserer på hvordan mørketiden påvirker helsa til en person på en negativ måte. Så denne oppgaven kan være med på å skape et nytt blikk på mørketiden. Mine informanternes opplevelser er normale for dem, men litteratur peker på at de samme opplevelsene er sykdomstegn eller problematiske. Dette svarer jo til sosiologiens tanke om at normalitetsforståelsen vil variere på ulike plasser (Frances, 2013 s.13-14). Denne forskjellen i oppfatning kan være noe man vil forske videre på. Nå er det viktig å nevne at jeg benyttet meg av et relativt lite utvalg, med tanke på at det er tusenvis som opplever mørketiden. Så det kan hende at med et større utvalg ville man fått andre oppfatninger. Utvalget hadde også med personer som har flyttet fra nord. Så for fremtidige studier kunne man vurdert å snevre ned utvalget til de som enten har flyttet fra nord, eller de som fortsatt er boende der oppe.

Til denne oppgaven valgte jeg å ikke legge noe særlige føringer for hvilke opplevelser informantene skulle snakke om. Dette ga informantene frihet til å dele de opplevelsene de ville. Det ga et komplekst og variert datamaterie som tar for seg mange forskjellige opplevelser. Så til fremtidig forskning kan det være en mulighet å fokusere på færre opplevelser, og heller gå enda mer i dybden på disse. Som man kan se av min oppgave, opplever noen av informantene at mørketiden er et tabubelagt samtaleemne, men andre opplever at det ikke er det. Hadde man hatt mer data knyttet til dette, kunne man muligens gitt ett enda «bedre» svar enn det jeg kom med. Eller man kunne fokusert mer på helseutfordringene som mine informanter opplever som normale, men teori og litteratur viser skal være problematiske. Denne forskjellen i opplevelse, er et spennende tema for fremtidige forskning.

Det er fortsatt mye forskning man kan gjøre innenfor mørketiden i et sosiologisk perspektiv. Som denne oppgaven har vist, eksisterer det en forskjell i hva mine informanter opplever som normalt og uproblematisk, men litteratur og teori peker på at de samme opplevelsene skal være problematiske og symptomer på sykdom. Denne motsetningen kan være interessant å forske videre på. De opplever mørketiden som en normal årstid, og ikke en sykdom som litteraturen vil ha det til. Oppgaven min har også vist at det eksisterer motstridende opplevelser om mørketiden er et tabubelagt samtaleemne eller ikke, så dette kan også forskes videre på. Som allerede presentert i avsnittene ovenfor, kan man snevre den utvalgsriteriene og øke antallet i utvalget. Dette kan bidra til at man får flere opplevelser og kanskje mer presise svar. Siden sosiologien ikke har forsket så mye på mørketiden, er det mange flere muligheter for hva man kan forske videre på som denne oppgaven ikke har belyst. Denne oppgaven kan bli sett på som et tilskudd til at man kanskje begynner å tenke litt annerledes om mørketiden, og at flere ser at mørketiden kan være et interessant forskningsobjekt.

8 Referanseliste

Anderssen, Jorid. (2013). Mørketid. *Sosiologinytt*. 38 (4). Side: 40

Anderssen, Jorid & Gjernes, Trude. (2012). Det moderne behandlingssamfunnet. I Tjora, Aksel (red.) *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. (Utgave 1. Sidespenn: 62-78). Gyldendal akademisk

Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid, og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. URL: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Arctic council. (15.12.2014). *Arctic residents cozy up during the polar night*. Arctic-council.org. URL: <https://www.arctic-council.org/news/arctic-residents-cozy-up-during-the-polar-night/>

Barry, Anne-Marie, & Yuill, Chris. (2012). *Understanding the sociology of health* (Utgave 3). SAGE

Becker, Howard (1973). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. Free Press

Berge, Jørgen., Renaud, Paul., Darnis, Gerald., Cottier, Finlo., Last, Kim., Gabrielsen, Tove., Johnsen, Geir., Seuthe, Lena., Weslawski, Jan Marcin., Leu, Eva., Moline, Mark., Nahrgang, Jasmine., Søreide, Janne., Varpe, Øystein., Lønne, Ole Jørgen., Daase, Malin., & Falk-Petersen, Stig. (2015). In the dark: A review of ecosystem processes during the Arctic polar night. *Progress in Oceanography*, 139, 258–271.
<https://doi.org/10.1016/j.pocean.2015.08.005>

Berteussen, Line Marie. (Sist endret: 21.11.2022). Tromsøundersøkelsen. SNL. URL: <https://sml.snl.no/Tromsøundersøkelsen>

Blåka, Sara. (2012). *Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom : [status etter Opptappingsplanen]* (Vol. 2012:9, p. 107). Norsk institutt for by- og regionforskning

Braun, Virginia & Clarke, Victoria. (2006). Using thematic analysis in psychology

. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.

<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brinkmann, Svend & Tanggaard, Lene. (2012) Intervjuet: Samtalen som forskningsmetode. I Brinkmann, Svend & Tanggaard, Lene (red). *Kvalitative metoder: Empiri og teoriutvikling*. (1.utg, sidespenn 17-45) Gyldendal Akademiske

Burn, Chris. (1996). *The polar night*. The aurora research institute. URL:

<https://nwtresearch.com/sites/default/files/the-polar-night.pdf>

Conrad, Peter. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209–232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>

Conrad, Peter. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press

Conrad, Peter. (2013). Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts. I Cockerham, William. (eds) *Medical Sociology on the Move*. Springer, Dordrecht. https://doi-org.mime.uit.no/10.1007/978-94-007-6193-3_10

Douglas, Mary. (2003). *Purity and danger: an analysis of concepts of pollution and taboo*. Routledge

Edney, Dara Roth. (2004). *Mass media and mental illness: a literature review*. Canadian Mental Health association. URL: https://ontario.cmha.ca/wp-content/files/2012/07/mass_media.pdf

Ekeland, Tor-Johan. (2019). Medikalisering – epistemologiske forutsetninger. I Kolstand, Arnulf & Kogstad, Ragnfrid (red.). *Medikalisering av psykososiale problemer*. (Sidespenn: 127-144). Abstrakt forlag

Folkehelseinstituttet. (2014). *Psykiske lidelser hos voksne*. Sist oppdatert: 10.02.2023. URL: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/>

Fosshagen, Kjetil. (Sist oppdatert: 15.9.2021). Tabu. *SNL*. URL: <https://snl.no/tabu>

Frances, Allen. (2013). *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. Mariner Books

Gjernes, Trude. (2012). Sykerollen som ressurs i arbeidslivet. I Tjora, Aksel (red.) *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. (Utgave 1. Sidespenn: 389 - 405). Gyldendal akademisk

Goffman, Erving. (2000). *Stigma: om avvigerens sociale identitet*. Pensumtjenesten

Gotz, Jannik. (2019). *Seasonal Affective Disorder and Light Therapy*. Springer Vieweg. in Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Grue, Lars. (2016). *Normalitet*. Fagbokforlaget

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. URL:

https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf

Hillestad, Torgeir. (1999). *Sentrale vitenskapsperspektiv i studiet av normalitet og avvik*. Apeiros forlag

Johnsen, May Trude., Wynn, Rolf., & Bratlid, Trond. (2012). Is there a negative impact of winter on mental distress and sleeping problems in the subarctic: The Tromso Study. *BMC Psychiatry*, 12(1), 225–225. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-225>

Lian, Olaug. (2012). Medikaliseringens uttrykk, drivkrefter og implikasjoner. I Tjora, Aksel (red.) *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling*. (Utgave 1. Sidespenn: 38-61). Gyldendal akademisk

Madsen, Ole Jacob. (2017). Diagnosenes makt over sinnene: refleksjoner om diagnoser og diagnosekritikkens mangler. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1), 25–41.

<https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-01-04>

Magnusson, Andres. (2000). An overview of epidemiological studies on seasonal affective disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(3), 176–184. <https://doi.org/10.1046/j.0902-4441.2000.x>

Morken, Ivar. (2012). *Normalitet og avvik : spesialpedagogiske utfordringer : en innføring* (Utgave 2). Cappelen Damm akademisk

NHI. (2022). *Vinterdepresjon*. (sist revidert: 10.02.2022). URL:

<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/vinterdepresjon/?hp=true>

Norvoll, Reidun. (2009). Sosiale avvik og sosial kontroll. I Brodtkorb, Elisabeth & Rugkåsa, Marianne (red.). *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*. (utgave 2. Sidespenn: 99 - 122). Gyldendal akademisk

Norvoll, Reidun. (2013). Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykisk helse og psykiske helsetjenester. I Norvoll, Reidun (red.). *Samfunn og psykisk helse: Vitenskapelige perspektiver*. (Utgave 1. Sidespenn: 38 - 72). Gyldendal Akademisk

Partonen, Timo. (2001). Light therapy. I Partonen, Timo & Magnusson, Andres (red.). *Seasonal affective disorder: practice and research*. (Sidespenn: 65-78). Oxford university press

Partonen, Timo & Rosenthal, Norman. (2001). Symptoms and course of illness. I Partonen, Timo & Magnusson, Andres (red.). *Seasonal affective disorder: practice and research*. (Sidespenn: 11-18). Oxford university press

Rohan, Kelly & Rough Jennifer. (2016). Seasonal affective disorder. I DeRubeis, Robert & Strunk, Daniel. *The oxford handbook of mood disorders*. (Sidespenn: 254-265). Oxford university press

Rosenthal, Norman. (2013). *Winterblues: Everything you need to know to beat seasonal affective disorder*. (4 utgave). The Guilford press

Sandman, Nils., Merikanto, Ilona., Määttänen, Hanna., Valli, Katja., Kronholm, Erkki., Laatikainen, Tiina., Partonen, Timo., & Paunio, Tiina. (2016). Winter is coming: nightmares and sleep problems during seasonal affective disorder. *Journal of Sleep Research*, 25(5), 612–619. <https://doi.org/10.1111/jsr.12416>

Sirnes, Thorvald. (2006). Den gode normaliteten. I Eriksen, Thomas & Breivik, Jan-Kåre (red.). *Normalitet*. (Sidespenn: 119-134). Universitetsforlaget

Sivertsen, Børge., Friborg, Oddgeir., Pallesen, Ståle., Vedaa, Øystein, & Hopstock, Laila. (2021). Sleep in the land of the midnight sun and polar night: The Tromsø

study. *Chronobiology International*, 38(3), 334–342.

<https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1845191>

Statistisk sentralbyrå. (2022). Areal og befolkning, etter region, statistikkvariabel og år. URL:

<https://www.ssb.no/statbank/table/11342/tableViewLayout1/>

Thagaard, Tove. (2018). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder* (5. utgave). Fagbokforlaget

Tjernshagen, Andreas. (sist endret: 15.06.2020). Polarsirkel. *SNL*. URL:

<https://snl.no/polarsirkel>

Tjora, Aksel. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utgave.). Gyldendal Akademisk

Tran, Damien., Sow, Mohamedou., Camus, Lionel., Ciret, Pierre., Berge, Jorgem & Massabuau, Jean-Charles. (2016). In the darkness of the polar night, scallops keep on a steady rhythm. *Scientific Reports*, 6(1). <https://doi.org/10.1038/srep32435>

WHO. (17.06.2022). *Mental Health*. Lest: 17.03.2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

9 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1: Intervjuguide

Intervjuguide:

Introduksjon: Intervjuet handler om dine erfaringer med mørketiden man opplever i Nord-Norge.

Anonymitet: Ditt navn vil bli anonymisert.

Båndopptakelse: Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og transkribert. Hvis det er ønskelig, sendes transkripsjonen til deg for gjennomlesning.

Tid: Intervjuet vil ta ca. 45 minutter, maks en time.

Bakgrunns spørsmål:

- Kjønn?
- Alder?
- Hvor kommer du fra?
- Hvor lenge har du bodd i Nord-Norge?
- Har du bodd andre steder enn i Nord-Norge?
- Bor du aleine, eller sammen med noen?
- Har du barn, eller annen familie i Nord-Norge?
- Bor du i kollektiv, hybel, leilighet, rekkehus, hus++?
- Hvis du har flyttet fra Nord-Norge, hvor mange ganger i året reiser du tilbake hit.
- Har du jobb? Hvordan type jobb? Har du mye omgang med mennesker i den?
- Hva er din favoritt, og minst favoritt årstid? Hvorfor?

Tema:

- Hva er mørketiden?

Intervjuspørsmål:

- Hvordan opplever du mørketiden? Som noe fint, eller en hard tid?
- Hva tror du mørketiden er for noe?
- Når vil du si at mørketiden varer?
- Er dette ett fenomen som kun finnes i Nord-Norge, eller er dette noe vi også finner i andre deler av landet?
- Er dette ett fenomen som kun finnes i Norge?

Tema:

- Er mørketiden noe man prater om? (Tabu/sosialt avvik)

Intervjuspørsmål:

- Er mørketiden noe du prater med familie, venner eller kollegaer om?
- Kan du fortelle meg hvordan dere snakker om det? Eventuelt hvorfor det ikke snakkes om?
- Snakkes det og om hvordan det påvirker kroppen og helsa?
- I dine omgangskretser, vil du si at det er aksept å snakke om mørketiden og hvordan det påvirker oss? På hvilke måter er det greit eller ikke greit?
- Vil du si du føler tabu eller lignende, når det kommer til det å snakke om hvordan man har det? Ikke bare i mørketiden, men også generelt.
- For de som syntes mørketiden er hardere, sammenlignet med sommeren for eksempel. Legges det noe til rette fra arbeidsgiver eller skole for å gjøre mørketiden enklere? (forståelse). Endre arbeidstid, andre pauser ++
- Kan du fortelle litt om hvordan dere snakket om mørketiden når du var yngre?
- Ser du noe forskjell sammenlignet med nåtiden? Veit du mer eller mindre? Har du mer eller mindre kunnskaper nå enn da?
- Opplevde du mørketiden på en annen måte når du var yngre? Merket du mer eller mindre til den? Hvordan merkes du det nå?

Tema:

- Hvordan avviker/endrer handlinger under mørketiden seg, fra handlingsmønsteret man har på sommeren? (normalitet)

Intervjuspørsmål:

- Hvordan pleier en vanlig dag å foregå på sommeren?
- Er det noe du pleier å unngå å gjøre på sommeren?
- Er det noe som er lettere, og tyngre å gjøre på sommeren?
- Hvorfor tror du nettopp dette er lettere og tyngre på sommeren?
- Hvordan pleier en vanlig dag å foregå på vinteren?
- Er det noe du pleier å unngå å gjøre på vinteren?
- Er det noe som er lettere, og tyngre å gjøre på vinteren?
- Hvorfor tror du nettopp dette er lettere og tyngre på vinteren?

Tema:

- Hvordan har medikalisering bidratt til at mørketiden har fått medisinsk diagnose? (Mørketiden som biologisk/medisinsk fenomen)

Intervjuspørsmål:

- Kan du fortelle meg litt hva du ser på som normalt? Og hva ser du på unormalt/avvik?
- Vil en gjennomsnittlig person alltid være normal? Hvorfor eller hvorfor ikke?
- Skille mellom hva som er normalt og avvik, endres hele tiden. Dette kan medføre at mere blir å regnes som avvik. Hva blir da å regnes som normalt? Har du sett en endring i dette skille mellom normalt og avvik?
- Under mørketiden opplever mange at man har nedsatt energinivå og man er mer sliten, og dermed kan det sees på som nedsatt funksjonsevne. Hva tenker du rundt dette? Og er det slik at nedsatt energinivå blir å regnes som ett avvik? Vil du si at det er normalt å være sliten i mørketiden? Eller er det ett tegn på at man blir syk.

- Kan du fortelle meg litt om når du mener man går fra å være sliten/trist/nedstemt/sadness, til man blir å regnes som sykelig deprimert og nedfor. Noe som vil medføre behandling.
- Kan du fortelle meg litt om hvordan du og din omgangskrets snakker om dette med psykisk helse? Og mer spesifikt depresjon?
- Hvordan spiller årstider inn på personers psykiske helse? Her i nord vil det være naturlig å gi oppfølgingsspørsmål som tar for seg konstant lys og mørket.
- Er du kjent med diagnosen seasonal affective disorder? Har du noe tanker rundt denne diagnosen. Eventuelt har du noen kunnskaper om diagnosen? Her vil det være naturlig å gi oppfølgingsspørsmål på det de veit, samtidig gi dem litt kunnskaper hvis de ikke besitter noe.
- Er du kjent med fenomenet vinterdepresjon? Kan du fortelle meg litt om hva du veit om denne formen for depresjon? Veit du om hvordan denne formen for depresjon kan påvirke oss mennesker? Kan vi bli mer trøtt, sulten, glad, skape nye vaner ++? Merker du noe på det her selv? Den står i dsm5
- Vil du si at diagnosen depresjon «kastes» rundt i dagens samfunn? Hvorfor eller hvorfor ikke?
- SAD er en form for depresjon, og allikevel pekes det på at få personer går eller ber om hjelp. Har du noe tanker om hvorfor?

Tema:

- Er det noe behandling for seasonal affective disorder, eller er det noe man kan gjøre for å håndtere SAD/mørketiden?

Intervju spørsmål:

- Kan du fortelle litt om hva du gjør for å komme deg gjennom og bli vandt til mørketiden. Hvorfor tar du nettopp dette? På hvordan måte tror du at disse bidrar til en akklimatisering til at det er mørkt. (Soving, spising, lys, øvelser)
(Hvis intervjuobjektet har noen andre møter enn de nedenfor, spør mer rundt de.)

- Vil du si at det er flere ting man kan gjøre, men du velger å ikke gjøre det? Hvorfor velger du å ikke gjøre det.
- Samtidig er det noe du gjør for å bli vandt til sommertiden? Hvorfor gjør du dette. Er det ting du velger å ikke gjøre? Hva?
- Vil du si at det er noe fasitsvar på å håndtere mørketiden og sommertid? Hvorfor? Vil noe funke på noen, men ikke på andre? Har du selv opplevd at du og noen andre har ulike rutiner eller gjør ulike ting?
- Har du egne opplevelser eller tanker rundt dette med at rutiner og planlegging bidra til at vi takler ting bedre? (Her vil jeg komme med oppfølgingsspørsmål om rutiner de har i livet, eller om de ikke har noen)
- Bruker du mer lys på vinteren? Har du noe spesielle lamper du bruker på vinteren? Hvis ja, hvordan bruker du? Ved bruk av energi lamper, vet du eller tror du om de har noe effekt på energi nivået til personer?
- Spiser du noe annerledes på vinteren? Mer av en type mat? kosttilskudd, varm mat, kald mat, mer snacks.

Helt til sist vil jeg spørre deg om du tror at svarene dine blir påvirket av at jeg intervjuet deg midt under mørketiden?

9.2 Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet?

”Perspektiver på mørketiden i Nord-Norge ”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, hvor formålet er å belyse ulike sider ved opplevelsen av mørketiden i Nord-Norge. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet, og hva deltakelse vil innebære for deg

Formål:

I dette prosjektet vil vi finne ut av hvordan personer som har bodd i Nord-Norge i lengre tid, oppfatter vinterens mørketid. Det vil legges vekt på opplevelser, reaksjoner på mørketiden, og hvordan mørketid blir knytt til medikalisering.

En foreløpig problemstilling er: *Hvordan oppleves/ser nordlendinger på fenomenet mørketid, og hvordan har medisinen påvirket fenomenet?*

Andre spørsmål deltakerne vil bli stilt, handler om erfaringer, normalitet, og om de opplever fenomenet mørketidsdepresjon.

Dette forskningsprosjektet er en del av min masteroppgave ved lektorutdanninga. Jeg har fagene sosiologi og nordisk.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT – Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi spør deg om å være med, fordi du passer de utvalgsriteriene prosjektet har. Det utvalgsriteriet dette prosjektet her har, er at deltakerne må ha bodd i Tromsø i minst fem år. Planen er å ha ca. seks deltakere i forskningsprosjektet.

Hvis du har lyst til å delta, må du skrive under på siste arket. Da vil jeg ta kontakt med deg.
Hvis du ikke vil være med, tar jeg ikke kontakt med deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du har lyst å delta i forskningsprosjektet, vil vi ha et intervju med deg. Et intervju er en samtale der vi stiller deg forskjellige spørsmål. Spørsmålene vil handle om erfaringer og opplevelser av mørketiden. Intervjuet vil ta ca. 45 minutter. Det vil bli gjort både lydopptak og noteringer under intervjuet. Intervjuet vil foregå med noe forutbestemte spørsmål, og noen som kommer opp underveis.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Det betyr at du kan velge selv om du har lyst å være med eller ikke. Ingen andre kan velge dette for deg. Det er bare du som kan samtykke. Samtykke betyr at du sier at du synes noe er greit.

Hvis du vil delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake, uten å oppgi noen grunn. Det betyr at det er lov å ombestemme seg, og det er helt i orden. All informasjon om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta, eller om du først sier «ja» og så «nei». Ingen vil bli sur eller lei seg, og det vil ikke ha noe å si for jobben din.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Vi vil ikke dele din informasjon med andre. Det er bare veileder Jorid Anderssen som har tilgang til informasjonen.

Vi passer på at ingen kan få tak i informasjonen som vi samler inn om deg.

Vi lagrer all informasjon på en sikker datalagringstjeneste.

Vi sletter lydopptak fra intervjuet når vi har skrevet ned alt som vi har snakket om.

Vi passer på at ingen kan kjenne deg igjen når vi skriver forskningsartikler. Vi vil for eksempel finne opp et annet navn når vi skriver om deg.

Vi følger loven om personvern.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Vi er ferdig med forskningsprosjektet når masteroppgaven er ferdig. Regner med at dette vil skje i løpet av juni 2023.

Da vil vi passe på at all informasjon om deg er slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitet i Tromsø har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Jorid Anderssen ved UiT. Epost: jorid.anderssen@uit.no.
- Vårt personvernombud: Sølvi Brendeford Anderssen. Epost: personvernombud@uit.no . Telefon: 77646153.

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Jorid Anderssen.

Simen Setekleiv

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*perspektiver på mørketiden i Nord-Norge*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet. Er og klar over at jeg når som helst kan trekke meg, hvis jeg ikke ønsker å delta i prosjektet lengre. Da vil informasjonen bli slettet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

9.3 Vedlegg 3: NSD godkjenning

[Meldeskjema](#) / [Hvordan oppleves mørketiden for menn...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

 Skriv ut

 10.01.2023 ▾

Referansenummer	Vurderingstype	Dato
254256	Standard	10.01.2023

Prosjekttittel

Hvordan oppleves mørketiden for mennesker i Nord-Norge

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Fakultet for humaniora, samfunnsvitenskap og lærerutdanning
/ Institutt for lærerutdanning og pedagogikk

Prosjektansvarlig

Jorid Anderssen

Student

Simen Setekleiv

Prosjektperiode

01.12.2022 - 11.06.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Særlige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 11.06.2023.

Kommentar

OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

TYPE PERSONOPPLYSNINGER

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

