

# **Maden hos indvandrere og flygtninge i Danmark**

## Maden hos indvandrere og flygtninge i Danmark

FødevareRapport 2002:?

1. udgave, 1. oplag, januar 2002

Copyright: Fødevaredirektoratet

Oplag: 1000 eksemplarer

Tryk:

ISBN:

ISSN:

Pris: Kr. 98,- inkl. moms

Fødevaredirektoratet

Afdeling for Ernæring

Mørkhøj Bygade 19, 2860 Søborg

Tlf. + 45 33 95 60 00, fax + 45 33 95 60 01

Hjemmeside: [www.foedevaredirektoratet.dk](http://www.foedevaredirektoratet.dk)

Publikationer kan købes i boghandelen eller hos:

**Statens Information**

Postboks 1300, DK-2300 København S.

Tlf. +45 33 37 92 28, fax +45 33 37 92 80

E-post: [sp@si.dk](mailto:sp@si.dk)

Fødevaredirektoratet er en del af Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. Direktoratet står for administration, forskning og kontrol på veterinær- og fødevareområdet.

# Indholdsfortegnelse

<b>FORORD</b> .....	<b>6</b>
<b>1 BAGGRUND</b> .....	<b>7</b>
1.1 INDVANDRERE OG FLYGTNINGE I DANMARK .....	7
1.2 FORMÅL MED DENNE RAPPORT .....	7
<b>2 SUNDHEDSPROBLEMER</b> .....	<b>9</b>
2.1 GENEREL SUNDHED .....	9
2.2 KOSTRELATEREDE PROBLEMER .....	10
2.2.1 <i>Ensidig kost og trivselsproblemer</i> .....	11
2.2.2 <i>Jernmangel</i> .....	11
2.2.3 <i>Dårlige tænder</i> .....	13
2.2.4 <i>D-vitamin mangel</i> .....	13
2.2.5 <i>Laktoseintolerance</i> .....	14
2.2.6 <i>Sukkersyge, hjertekarsygdomme og overvægt</i> .....	15
2.3 OPSUMMERING .....	16
<b>3 RELIGIONENS INDFLYDELSE PÅ KOSTVANERNE</b> .....	<b>17</b>
3.1 JØDEDOM.....	17
3.2 KRISTENDOM.....	18
3.3 ISLAM.....	18
3.4 ASIENS STØRSTE RELIGIONER .....	20
3.4.1 <i>Buddhisme</i> .....	20
3.4.2 <i>Hinduisme</i> .....	20
<b>4 SUNDHEDS-/SYGDOMSOPFATTELSERS INDFLYDELSE PÅ KOSTVANER</b> .....	<b>23</b>
4.1 DET NATURALISTISKE SYSTEM .....	25
4.1.1 <i>Ayurveda - medicinen</i> .....	25
4.1.2 <i>Unani (-i- Tibb)</i> .....	25
4.1.3 <i>Kinesisk medicin (Yin og Yang)</i> .....	26
4.2 DET PERSONALISTISKE SYSTEM .....	27
4.2.1 <i>Skæbne tro og troen på ånder</i> .....	27
4.2.2 <i>“Det onde øje”</i> .....	27
<b>5 ÆNDRINGER I KOSTVANER VED MIGRATION</b> .....	<b>29</b>
5.1 INDLEDNING .....	29
5.2 AMNING.....	29
5.3 ANDEN KOST TIL SPÆDBØRN OG SMÅBØRN.....	30
5.4 ÆNDRINGER I FØDEVAREVALG .....	31
5.4.1 <i>Ændringer i måltidsmønstre</i> .....	32
5.4.2 <i>Eksempler på kostændringer</i> .....	32
<b>6 KOSTVANER BLANDT BØRN I FORSKELLIGE KULTURER</b> .....	<b>35</b>
6.1 KOLOSTRUM (RÅMÆLKEN) .....	35
6.2 INTRODUKTION AF TILSKUD TIL AMNING OG AF OVERGANGSKOST .....	36
6.3 VITAMINER OG MINERALER .....	36
6.4 VITAMINBERIGEDE KIKS OG ANDRE PRODUKTER .....	37
6.5 MÅLTIDSTRADITIONER .....	37
<b>7 KOSTVANER I FORSKELLIGE KULTURER OG OMRÅDER</b> .....	<b>39</b>
7.1 DET TIDLIGERE JUGOSLAVIEN .....	39
7.1.1 <i>Amning og overgangskost</i> .....	39
7.1.2 <i>Familiens måltider</i> .....	40
7.1.3 <i>Fødevarer</i> .....	40

7.2	TYRKIET .....	41
7.2.1	<i>Amning og overgangskost</i> .....	42
7.2.2	<i>Familiens måltider</i> .....	42
7.2.3	<i>Fødevarer</i> .....	42
7.3	KURDERE .....	44
7.4	IRAK .....	44
7.4.1	<i>Amning og overgangskost</i> .....	44
7.4.2	<i>Familiens måltider</i> .....	45
7.4.3	<i>Fødevarer</i> .....	45
7.5	LIBANON .....	46
7.5.1	<i>Amning og overgangskost</i> .....	46
7.5.2	<i>Familiens måltider</i> .....	47
7.5.3	<i>Fødevarer</i> .....	47
7.6	IRAN .....	48
7.6.1	<i>Amning og overgangskost</i> .....	48
7.6.2	<i>Måltider</i> .....	48
7.6.3	<i>Fødevarer</i> .....	49
7.7	PAKISTAN .....	50
7.7.1	<i>Amning og overgangskost</i> .....	50
7.7.2	<i>Familiens måltider</i> .....	50
7.7.3	<i>Fødevarer</i> .....	51
7.8	INDIEN .....	51
7.8.1	<i>Familiens måltider</i> .....	52
7.8.2	<i>Fødevarer</i> .....	52
7.9	SRI LANKA OG SYDINDIEN .....	53
7.9.1	<i>Amning og overgangskost</i> .....	54
7.10	VIETNAM .....	54
7.10.1	<i>Amning og overgangskost</i> .....	54
7.10.2	<i>Familiens måltider</i> .....	55
7.10.3	<i>Fødevarer</i> .....	55
7.11	FILIPPINERNE .....	56
7.11.1	<i>Familiens måltider</i> .....	56
7.11.2	<i>Fødevarer</i> .....	56
7.12	SOMALIA .....	57
7.12.1	<i>Amning og overgangskost</i> .....	57
7.12.2	<i>Familiens måltider</i> .....	58
7.12.3	<i>Fødevarer</i> .....	58
7.13	MAROKKO .....	58
7.13.1	<i>Familiens måltider</i> .....	59
7.13.2	<i>Fødevarer</i> .....	59
<b>8</b>	<b>UDFORDRINGER VED KOSTVEJLEDNING AF INDVANDRERE OG FLYGTNINGE .....</b>	<b>61</b>
8.1	BØRNEOPDRAGELSE .....	62
8.2	FLYGTNINGE OG INDVANDRERES TAB .....	64
8.3	TVÆRKULTUREL KOMMUNIKATION .....	65
8.4	AFRUNDING .....	66
<b>9</b>	<b>REFERENCER .....</b>	<b>67</b>
	<b>BILAG 1: RESULTATER FRA EN SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE BLANDT SUNDHEDS- PLEJERSKER .....</b>	<b>73</b>
	<b>BILAG 1A: UDDYBNING AF ET PAR IDEER FRA SPØRGESKEMAUNDERSØGELSEN .....</b>	<b>76</b>
	<b>BILAG 1B: LITTERATUR OG MATERIALE HENVISNINGER .....</b>	<b>78</b>
	<b>BILAG 2: SPØRGESKEMA TIL SUNDHEDSPLEJERSKEGRUPPER .....</b>	<b>79</b>

<b>BILAG 3: BESVARELSE AF SPØRGSMAÅL 1 OG 2 I SPØRGESKEMA TIL SUNDHEDS-PLEJERSKE GRUPPER (BILAG 2) .....</b>	<b>85</b>
<b>BILAG 4: ANAMNESE PÅ INDVANDRERFAMILIER.....</b>	<b>87</b>
<b>BILAG 5: SPØRGEGUIDE TIL FAMILIERNE .....</b>	<b>89</b>

## Forord

Formålet med denne rapport er at give baggrundsviden - primært til sundhedspersonale – om den mad som spises i de kulturer, som indvandrere og flygtninge i Danmark stammer fra. Rapporten beskriver ikke, hvad indvandrere og flygtninge i Danmark faktisk spiser, fordi der ikke findes undersøgelser der beskriver dette.

Rapporten har taget udgangspunkt i en rapport fra Nordisk Ministerråd "Mat och Indvandring i Norden", hvorfra beskrivelserne af kosten i forskellige kulturer stammer.

Til at bearbejde og supplere teksten ansatte Fødevaredirektoratet sundhedsplejerske Susanne Uggerly i efteråret 1998, og der blev nedsat en arbejdsgruppe bestående af Grethe Mandrup (sundhedsplejerske i Århus), Karen Melgaard (sundhedsplejerske i København), Kirsten Abdalla (sundhedskonsulent for sundhedsplejen i Asylafdelingen i Dansk Røde Kors), Saida Sonne (sundhedsfaglig konsulent i København), Turf Böcker Jacobsen (Sundhedsstyrelsen), Margit Groth, Susanne Uggerly og Ellen Trolle (tre sidstnævnte fra Fødevaredirektoratet).

Susanne Uggerly har primært stået for at gennemføre en spørgeundersøgelse blandt sundhedsplejerskegrupper og supplere rapporten med afsnit om kosten til spædbørn og småbørn i de forskellige kulturer, om religioners betydning for kostvanerne samt afsnittet om forskellige sundhedsopfattelsers indflydelse på kostvaner. Ellen Trolle har primært suppleret med afsnittet om sundhedsproblemer blandt indvandrere og flygtninge og ændringer i kostvaner i forbindelse med migration. Arbejdsgruppen har bistået med kommentarer og rettelser til hele teksten.

Det ligger arbejdsgruppen meget på sinde at understrege, at de beskrivelser af kostvaner i andre kulturer, som findes i rapporten, naturligvis er generaliseringer, som ikke kan bruges til at få en præcis beskrivelse af kosten blandt bestemte personer fra pågældende kultur. Derimod kan det give et indblik i forskellige kosttraditioner, og dermed gøre det muligt at spørge til hvilken mad, der spises i familien eller af den person, man står overfor.

Stor tak til de sundhedsplejersker, der har bidraget med at udfylde spørgeskemaerne i efteråret 1998, til alle der velvilligt har kommenteret teksten og har vist stor interesse for projektet, og naturligvis til arbejdsgruppen og ikke mindst Susanne Uggerly, uden hvis indsats, rapporten ikke var blevet det den er.

Januar 2002

Ellen Trolle  
(formand for arbejdsgruppen)

# 1 Baggrund

## 1.1 Indvandrere og flygtninge i Danmark

Antallet af borgere i Danmark af udenlandsk herkomst, dvs. inklusiv efterkommere og naturaliserede, udgjorde 7,4% pr. 1/1 2001. Ca. halvdelen af disse borgere stammer fra de 10 lande uden for Norden, EU og USA, som der her vil fokuseres på. I tabel 1.1 ses de største grupper af ikke-vestlige indvandrere og flygtninge, opgjort pr. 1. januar 2001.

**Tabel 1.1:** De største grupper af borgere af ikke-vestlig herkomst i 2000, (Danmarks Statistik (1))

Oprindelse	Antal pr. 1. jan. 2000
Tyrkiet	ca. 48.800
Ex-Jugoslavien	ca. 39.900
Libanon	ca. 19.000
Pakistan	ca. 17.500
Iran	ca. 13.000
Somalia	ca. 14.800
Vietnam	ca. 11.000
Irak	ca. 14.900
Sri Lanka	8.323 <sup>1</sup>
Marokko	6.678 <sup>1</sup>
Mindre udviklede lande	ca. 207.200
Mere udviklede lande	ca. 170.900

<sup>1)</sup> pr. 1/1 1997

Alderssammensætningen blandt de udenlandske statsborgere afviger fra befolkningen som helhed, idet der er flere børn og unge, og en

mindre andel af de udenlandske statsborgere er fyldt 60 år.

Indvandringen i 60'erne og starten af 70'erne skete i første omgang fra Tyrkiet samt det tidligere Jugoslavien og Pakistan. Indvandrerne kom hertil for at arbejde. Den gang var arbejdsløshed stort set ikke noget problem i Danmark. Med oliekrisens begyndelse i efteråret 1973 blev der ved en regeringsbeslutning vedtaget et stop for denne "arbejdskraftindvandring". I stedet skete der en indvandring i form af familiesammenføringer og flygtninge. I midten af 80'erne begyndte indvandringen for alvor af flygtninge, navnlig på grund af krigen mellem Iran og Irak, men også statsløse palæstinensere fra Libanon og tamiler fra borgerkrigen på Sri Lanka flygtede hertil. I 90'erne kom der mange flygtninge som følge af borgerkrige fra det tidligere Jugoslavien og fra Somalia.

Det er vigtigt at gøre sig klart, at indvandrere og flygtninge i Danmark består af særdeles forskelligartede grupper. Ikke alene kommer de fra meget forskellige kulturer. Nogle er lige kommet til landet, andre har boet her i årevis eller er endda født her. Nogle kommer fra et moderne bymiljø, andre fra et meget traditionelt landmiljø. Nogle er analfabeter, andre er universitetsuddannede. Nogle taler intet dansk, andre taler og skriver dansk flydende.

## 1.2 Formål med denne rapport

I det afsluttende dokument fra WHO's og FAO's International Conference on Nutrition (ICN) 1992 peges på indvandreres øgede risiko for velfærdssygdomme. I den nordiske rapport "Mat och Indvandring i Norden" (2)

peges desuden på, at der er behov for en særlig indsats for at fremme amning, forbedre overgangskosten til spæd- og småbørn og lette rådgivningen i forbindelse med behand-

ling af fedme og forebyggelse af tandproblemer.

Formålet med denne rapport er at give baggrundsviden om den mad, som spises i de kulturer, som indvandrere og flygtninge i Danmark stammer fra. At beskrive hvad indvandrere og flygtninge i Danmark faktisk spiser, har ikke været muligt, fordi der ikke findes undersøgelser der belyser dette. Der er derimod taget udgangspunkt i en dansk oversættelse af de afsnit i ovennævnte nordiske rapport "Mat och Indvandring i Norden" (2), der beskriver kostvaner i de kulturer, hvorfra indvandrere og flygtninge i Danmark primært stammer. Her i denne rapport er de enkelte afsnit suppleret med en beskrivelse af, hvordan kosten til spædbørn og overgangskosten ser ud i disse kulturer. Rapporten giver desuden indsigt i forskellige kulturers måder at se på sundhed og sygdom samt deres praksis i forbindelse med mad og måltider til børn.

Rapporten beskriver først kort hvilke ernæringsrelaterede problemer, der ses hos indvandrere og flygtninge i Danmark og senere skitseres de problemer, der hyppigt opstår i forbindelse med kosten under immigration. Endelig beskriver rapporten i bilag 1, 2 og 3 en undersøgelse af sundhedsplejerskers vurdering af deres eget arbejde med forskellige indvandrere og flygtninge. Ud fra undersøgelsen belyses også hvilke materialer, pjecer og lignende som sundhedsplejerskerne bruger, og hvilke der er behov for - for at forbedre kostvejledningen.

Rapporten er primært tiltænkt sundhedspersonale og andre, som er involveret i at give

kostvejledning eller sørge for forplejning til forskellige befolkningsgrupper i Danmark. Mad er mere end næringsstoffer, og maden i alle samfund er en vigtig faktor i forskellige sociale, religiøse og økonomiske sammenhænge, så det er forsøgt at inddrage disse aspekter. Når man som dansk sundhedspersonale skal vejlede en udenlandsk familie i kost fx til deres børn, sker der et kulturmøde, der er meget vigtigt at forholde sig til. Man er altid nødt til at tage udgangspunkt i den familie, der skal vejledes. Og det skal ofte gøres varsomt.

*"Ved immigration er det ofte vigtigt at bekræfte sine værdier og normer. Når man er syg eller gravid er det endnu vigtigere at spise, det man er vant til og tror er godt og sundt. I disse situationer er man meget sårbar".* (Thomas Hylland Eriksen og Torun Arntsen Sørheim: Kulturforskjeller i Praksis, 1994 (3)).

Vel vidende at der er tale om en grov generalisering, er det her forsøgt at beskrive maden og måltider i andre kulturer. Det er da også vigtigt at understrege, at disse beskrivelser ikke kan bruges til at få præcis viden om, hvordan folk fra de forskellige kulturer spiser eller har spist, der hvor de stammer fra. Det er hensigten at danne et billede af de madkulturer som flygtninge og indvandrere i Danmark mere eller mindre kender til, så man i mødet med mennesker fra disse kulturer kan spørge til rigtige og vedkommende ting, og dermed danne sig et indtryk af kosten hos den pågældende familie.



## 2 Sundhedsproblemer

### 2.1 Generel sundhed

De etniske minoriteter i Danmark stammer fra mange forskellige steder i verden. De har derudover forskellig kulturel baggrund, men også forskellig baggrund på mange andre måder. Nogle er flygtet hertil fra områder med krig og sult og andre rædsler, andre er indvandret for mange år siden for at arbejde her. Nogle stammer fra meget fattige kår, andre er veluddannede og var velstillede i deres hjemland. Nogle stammer således fra fattige landområder andre fra moderne byer.

De sundhedsproblemer, der ses hos de etniske minoriteter, der er emigreret til et vestligt land, vil være af forskellig art. Nogle sundhedsproblemer vil være importeret med fra hjemlandet, andre vil opstå som følge af immigrationen med de tab og skift i identitet det medfører. Andre sundhedsproblemer udvikler sig i det nye land som følge af den ændrede livsstil.

På nogle områder kan immigrationen forbedre sundhedstilstanden, fordi den medicinske behandling, levikår og kostvaner forbedres. Men de kostvaner, som udvikles i det nye land kan også have uheldige ernæringsmæssige konsekvenser. De specielle sundhedsproblemer, som ses blandt flygtninge ved ankomsten til Danmark, vil ikke blive beskrevet her. Derimod beskrives hvilke sundhedsproblemer, der ses generelt blandt etniske minoriteter i Danmark, og især de problemer som kan relateres til kosten.

Forskelle i sygelighed mellem indvandrere og flygtninge og personer af dansk herkomst er undersøgt i to studier, hvor man har sammenlignet indlæggeshyppighed og -årsager i disse befolkningsgrupper. Begge undersøgelser, fra henholdsvis Århus 1996 (1) og Kø-

benhavn 1993-1994 (2), viste, at etniske minoritetsbørn oftere blev indlagt end danske børn, men ikke var indlagt i længere tid. Forholdsmæssigt flere mindre børn (0 -2 år og 3 -6 år) blev indlagt end større børn, og af de mindre børn har etniske minoritetsbørn forholdsmæssigt flere indlæggelser end danske børn. Lignende resultater er set i tidligere undersøgelser fra slutningen af halvfjerdserne og starten af firserne (3, 4). Ser man på børnenes udskrivelsesdiagnoser, så var der ikke nogen entydig forklaring på overhyppigheden af indlæggelser blandt etniske minoritets børn (1, 2). Der var ingen tilfælde af mangelsygdomme, heller ikke som sekundær eller tertiær diagnose. Dette tilskrives i undersøgelsen fra Århus sundhedsplejerskernes øgede indsats, samtidig med at det nævnes, at det ikke kan udelukkes, at systematisk undersøgelse for jernmangel og engelsk syge (rakitis) kunne have afsløret flere tilfælde. Undersøgelsen angiver desuden, at der var behov for tolk ved 1/3 af indlæggelserne af de etniske minoritetsbørn, men der var kun brugt professionel tolk ved 10 % af indlæggelserne.

Generelt benytter københavnere med dansk baggrund sundhedsvæsenet mere end indvandrere og efterkommere af indvandrere. Der er dog tilfælde, hvor antallet af hospitalsindlæggelser var markant højere blandt bestemte grupper af indvandrere og efterkommere. Undersøgelsen peger på, at der inden for muskel- og skeletsygdomme sås forholdsmæssigt flere med tyrkisk herkomst i alderen 45-66 år og især blandt kvinder. Hvad angår hjerte- og karsygdomme, sås forholdsmæssigt mange mænd med pakistansk baggrund, og her peges specielt på de 25-44 årige. For kræftsygdomme, hvis forekomst generelt stiger med alderen, ses derimod, at københavnere med dansk

baggrund havde næsten dobbelt så mange indlæggelser.

En spørgeundersøgelse fra 1998 fra Socialforskningsinstituttet (5, 6) viste imidlertid ud fra forældrenes egen vurdering, at etniske minoritetsbørn under 1 år stort set er lige så raske og syge som danske børn. Undersøgelsen bygger på en stikprøve på 610 børn af ex-jugoslavier, pakistanere, tyrkere, irakere, tamilere (Sri Lanka) og somaliere, hvoraf 482 deltog i undersøgelsen. Der er således tale om en god svarprocent på 79%. Af hensyn til undersøgelsesdesignet var det en forudsætning for at barnet indgik i undersøgelsen, at mødrene havde været i Danmark i mindst 3 år. Resultaterne sammenlignes med en tilsvarende undersøgelse blandt danske børn. 93% af minoritetsforældrene vurderer, at deres barns helbred alt i alt er udmærket eller godt. Det tilsvarende tal for danske børn er 96%. Af børn i alderen 3-6 måneder har 12% af minoritetsbørnene været raske hele tiden mod 7% af danske børn. Etniske minoritetsbørn har hyppigere haft besøg af vagtlæge og været på skadestue. 16% af minoritetsbørn mod 13% af danske børn har været indlagt på hospital. Forskellen er ikke statistisk sikker, men der er en svag tendens i retning af hyppigere indlæggelser i overensstemmelse med ovenstående undersøgelser. Det fremgår ikke, om en del af indlæggelserne kan relateres til mangelfuld kost.

Desuden sandsynliggøres, at lav vækst findes i en lille gruppe af de etniske minoritetsbørn.

Det konkluderes endvidere i undersøgelsen, at børnene vokser op i mere harmoniske familier end danske børn, idet forældrene oplyser, at de sjældent eller aldrig skændes om de huslige pligter, er enige om børneopdragelse, og de fleste mødre er hjemme hos deres barn det første år. Undersøgelsen viser dog også, at flere minoritetsmødre fx har nervøse symptomer end danske mødre, ligesom minoritetsmødre lidt hyppigere synes, det er anstrengende at passe barnet og er usikre på, om de giver barnet den rigtige omsorg. Desuden må etniske minoritetsbørn meget hyppigere end danske børn vokse op uden kontakt og omsorg fra bedsteforældre, fordi de ikke er i landet. Der er dog 11% af de etniske minoritetsbørn (flere end danske børn), der bor sammen med bedsteforældrene.

Undersøgelsen peger også på nogle afgørende forskelle på de materielle levevilkår. Minoritetsfamiliers indkomst er betydeligt lavere end danske børnefamiliers, og de føler oftere, at familiens økonomi er dårlig, og de har meget hyppigere undladt at købe fodtøj, tøj og dagligvarer på grund af pengemangel, samt undladt at gå til tandlæge, undladt at invitere gæster mm, fordi de ikke havde råd til det. Hverken de dårligere økonomiske forhold eller den høje arbejdsløshed blandt etniske minoritetsfamilier har medført en større sygelighed for de 0-1 årige børn i denne undersøgelse. Det kan dog ikke udelukkes, at nogle ernæringsrelaterede problemer ikke er erkendt og derfor ikke rapporteret i undersøgelsen.

## 2.2 Kostrelaterede problemer

Forebyggelsespolitisk Råd har i sin beretning 1996-1998 fra 1998 (7) et afsnit om fejlnæring, hvor der står: "Sundhedsplejersker og praktiserende læger ved erfaringsmæssigt, at børn af etniske minoriteter hyppigt er udsat for fejlnæring. Især mange spædbørn ernæres udelukkende af mælk, mælkeprodukter og høj sukkerindtagelse. D-vitamin-mangel samt

jernmangel ses ofte hos børn af udlændinge på grund af fejlnæring. Visse grupper har tilpasset sig den vestlige norm om kortere ammeperioder uden samtidig at lære om sufficient ernæring til spædbørn."

I "Anbefalinger for spædbarnets ernæring" (8) er der et ganske kort afsnit om børn fra frem-

mede kulturer, hvori der også peges på ernæringsproblemer i forbindelse med langvarig flaskeernæring og sen introduktion af varieret kost. Specielt peges der på vigtigheden af at forebygge D-vitamin mangel og sikre et tilstrækkeligt jernindtag.

Der refereres imidlertid ikke til undersøgelser, der dokumenterer, hvor udbredte ernæringsproblemer er blandt indvandrere eller flygtninge i Danmark. I de følgende afsnit omtales kort de undersøgelser, der kan belyse emnet.

### **2.2.1 Ensidig kost og trivselsproblemer**

I en lille spørgeskemaundersøgelse gennemført i efteråret 1998 (se bilag 1, 2 og 3) oplyser 11 udvalgte sundhedsplejerskegrupper i Danmark, at ernæringsproblemer ses i de forskellige etniske minoritetsgrupper. Sundhedsplejerskegrupperne oplyser at have kendskab til følgende 10 etniske minoritetsgrupper: tyrkere, kurdere, irakere, palæstinensere, somaliere, albanere, bosniere, vietnamesere og tamilere.

Sundhedsplejerskernes styrke ligger i at vurdere trivsel, kost og tænder hos børnene. Undersøgelsen er derfor god til at belyse disse felter. Derimod kan sundhedsplejerskernes observationer af D-vitamin- og jernmangel ikke dokumenteres, da det ikke er oplyst, hvilke kriterier der ligger til grund.

For alle etniske grupper beskrives problemer med en ensidig kost. Generelt drejer det sig om, at der gives for meget mælk og mælkeprodukter, især når sødmælk gives i flaske, og overgangskost introduceres sent, og der gives for mange søde sager, fx søde drikke og kiks. Der er dog forskelle mellem de forskellige etniske grupper, se bilag 3, ligesom der også vil være forskelle inden for grupperne. Hvor udbredt problemerne er inden for hver minoritetsgruppe, fremgår ikke af undersøgelsen, blot at det er set af sundhedsplejerskerne.

Jernmangel og dårlige tænder er de problemer, som sundhedsplejerskerne nævner om de fleste etniske grupper. Det er ikke overraskende for den ensidige kost, som beskrevet ovenfor, kan netop medføre huller i tænderne og lav indtagelse af jern, hvilket kan føre til lave eller tomme jerndepoter og jernmangel.

Kun for bosniere nævnes jernmangel ikke. Trivselsproblemer blandt spædbørn ses også i de fleste etniske minoritetsgrupper. I de tilfælde hvor det er oplyst, handler det om spisvægring og manglende appetit. Endvidere nævnes forstoppelse, som følge af at modermælkserstatning ikke er tilberedt efter anvisningen på pakningen.

Undervægt eller manglende vækst ses i få etniske grupper: For irakere kun i 1 sundhedsplejerskegruppe ud af 6, for palæstinensere 2 ud af 9 og for pakistanere 1 ud af 4. Dette understøtter resultaterne fra Socialforskningsinstituttet som er omtalt ovenfor: at problemet muligvis findes i en lille gruppe af de etniske minoritetsbørn.

### **2.2.2 Jernmangel**

I spørgeskemaundersøgelsen blandt sundhedsplejerskegrupper i Danmark nævner 7 ud af 9 besvarelser om tyrkere, at jernmangel forekommer. De tilsvarende tal for de øvrige etniske minoritetsgrupper er for kurdere 3 ud af 3, for irakere 2 ud af 6, for palæstinensere 4 ud af 9, for pakistanere 3 ud af 4, for somaliere 2 ud af 7, for albanere 2 ud af 2, for bosniere 0 ud af 3, for vietnamesere 2 ud af 4 og for tamilere 1 ud af 2 besvarelser. Det fremgår ikke af undersøgelsen, hvilke symptomer, der er observeret, eller om jernmanglen er blevet bekræftet ved en blodprøve. Den ensidige kost, der er beskrevet for de fleste etniske grupper, sandsynliggør risiko for udvikling af jernmangel.

Jernmangel er nok den mest udbredte kostrelaterede mangelsygdom i verden (9). Symptomer på jernmangel er træthed, hovedpine, søvnløshed, bleghed og ved anæmi nedsat ar-

bejdsevne i bred forstand og nedsat indlæringsevne. Jernstatus hos det enkelte menneske afhænger af jernindtagelsen og absorptionen samt af det aktuelle jerntab ved især blødninger, fx fra tarmen eller ved menstruation. Absorptionen af det indtagede jern afhænger dels af jernstatus, så der generelt absorberes mere, når jerndepoterne er lave, dels af mængden og typen af jern i kosten samt måltidssammensætningen. Der findes to typer jern i kosten, hæmjern og ikke-hæmjern. Hæmjern findes i kød og fisk, hvor det udgør 50% af jernet. Jern i vegetabilier som kornprodukter og grønsager er ikke-hæmjern. Hæmjern absorberes bedre end ikke-hæmjern, således absorberes sædvanligvis ca. 25% af hæmjernet. Tilgængeligheden af ikke-hæmjern kan fremmes af askorbinsyre (vitamin C) og ved en fremmede faktor som findes i kød og fisk. Den fremmede effekt opnås kun, når de fremmede faktorer findes inden for samme måltid. Hvorvidt andre organiske syrer kan have samme effekt som askorbinsyre er ikke klarlagt.

Tilgængeligheden af jern kan også hæmmes af en række faktorer i måltidet. Det drejer sig især om:

*Fytinsyre og nedbrydningsprodukter heraf*, som findes i tørrede frø fra bælgplanter og visse nødder, og især i kornprodukter med et højt indhold af kostfiber, dvs. produkter hvor klid, hele kerner og groft mel indgår. Det findes især i ugærede kornprodukter, idet en del af fytinsyren forsvinder under hævnningen. Surhedsgraden, der opnås ved langtidshævning fx med surdej, giver en mere effektiv nedbrydning af fytinsyren, hvorved jernabsorptionen forbedres.

*Polyphenoler*, bl.a. tanniner, som findes i bl.a. kaffe og te.

*Mangan* i større mængder, end der normalt findes i kosten, kan hæmme ved at konkurrere i absorptionen af jern.

*Calcium* kan også hæmme absorptionen af jern, men det afhænger af mængden af calcium i det pågældende måltid. Det er således vist, at calciummængder, der blev indtaget som et glas mælk til et måltid, kunne hæmme absorptionen af jern med 40-50%.

Effekten af de hæmmende faktorer kan modvirkes af forekomsten af de fremmede faktorer i måltidet, i form af C-vitaminrige frugter og grønsager og af kød. Effekten af de enkelte fremmede eller hæmmende faktorer er vel-dokumenteret, hvorimod samspillet mellem faktorerne kun er sparsomt belyst. I en enkelt undersøgelse har man fundet, at ca. 2,5 gange mere jern blev absorberet fra en kost, der indeholdt meget af de fremmede faktorer mod en kost, der indeholdt meget af de hæmmende faktorer. En lignende forskel blev fundet i en anden undersøgelse, der sammenlignede en kost med høj tilgængelighed, som indeholdt en del kød, med en kost med lav tilgængelighed, der indeholdt mindre kød og mere fytinsyre og calcium.

Kun i meget få undersøgelser har man målt jernparametre i blodet fra indvandrere eller flygtninge i de nordiske lande og/eller foretaget en egentlig registrering af kosten. I en rapport fra 1994 fra Statens Ernæringsråd i Norge (10) konkluderes, at det tyder på, at en let til moderat jernmangelanæmi er udbredt hos pakistanske kvinder og børn, og hos tyrkiske børn i Norge. Baggrunden for konklusionen er en undersøgelse af gravide pakistanske kvinder i Oslo, en undersøgelse af tyrkiske og andre børn i Drammen (11) og en undersøgelse af etårige fra Norge og andre lande, suppleret med en undersøgelse af indvandrerbørn, der var indlagt på et sygehus i Sverige samt en ældre dansk undersøgelse fra 1984 af pakistanske og tyrkiske børn i Danmark. Fælles for disse undersøgelser er, at der er få undersøgelsesdeltagere, og at der kun findes små forskelle i hæmoglobin-niveauer mellem indvandrere og nordmænd hhv. svenskere eller danskere. Derimod finder man flere personer blandt indvandrere med tomme

jerndepoter. Også nyere norske undersøgelser (12, 13) af jernstatus og kosten blandt toårige viste en tendens til, at flere indvandrerbørn end norske børn havde tomme jerndepoter, og indtagelsen af mælk var omvendt korreleret med jerndepoterne.

Det er derfor sandsynligt, at jernmangel er et ernæringsproblem, som findes både blandt kvinder og børn i forskellige etniske grupper også i Danmark, fx blandt pakistanere og tyrkere. Det er imidlertid ikke muligt at vurdere, hvor udbredt jernmangel er. Det er muligt, at problemet ikke er mere udbredt end blandt danske kvinder og børn. Ifølge De nordiske næringsstofanbefalinger fra 1996 (9) tyder undersøgelser på, at der blandt nordiske kvinder i den fertile alder findes jernmangel hos 10-22%, mens der for danske børn ikke findes gode data på området.

### 2.2.3 Dårlige tænder

Dårlige tænder ses også i mange af de etniske grupper, hvilket beskrives i ovennævnte spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedsplejerskegrupper. Det er oplyst for tyrkere (2 ud af 9 besvarelser), irakere (1 ud af 6), palæstinensere (1 ud af 9), somaliere (1 ud af 7), bosnierne (3 ud af 3) og vietnamesere (2 ud af 4). En enkelt dansk undersøgelse støtter disse iagttagelser. Det er en undersøgelse fra 1990 (14), der bygger på registrering af caries, plak og suttevaner. Undersøgelsen viste, at fremmedsprogede børn havde større carieserfaring, større frekvens af forlængede suttevaner og mere plak end danske børn. Næsten alle børn med mange behandlingskrævende carierede tandflader havde natsuttevaner efter 1 års alderen. Lignende resultat er fundet i en tilsvarende svensk undersøgelse fra 1992 (15). Situationen er muligvis forbedret i de senere år, men der er sandsynligvis stadig problemer, og der er under alle omstændigheder fortsat brug for vejledning i det forebyggende arbejde.

### 2.2.4 D-vitamin mangel

Sundhedsplejerskegrupperne oplyser, at mangel på D-vitamin er set blandt irakere, palæ-

stinensere og pakistanere, idet det er oplyst af hhv. 2 ud af 6 sundhedsplejerskegrupper, 3 ud af 9 og 1 ud af 4. Det fremgår ikke af undersøgelsen hvilke symptomer, der er set og heller ikke hvor hyppigt de ses.

Hvor hyppigt mangel på D-vitamin forekommer blandt indvandrere og flygtninge i Danmark er ikke undersøgt. I en rapport fra 1998 (16) er forsyningen med D-vitamin i den danske befolkning generelt vurderet. Det konkluderes bl.a., at indtagelsen af D-vitamin generelt er lavt i forhold til anbefalingen for indtagelse, men da D-vitamin også dannes via soleksponering af huden, er indtagelsen fra kosten ikke afgørende, hvis man kommer udendørs dagligt i sommerhalvåret. Det vurderes, at der i Danmark er behov for at anbefale D-vitamin tilskud til

- ældre over 65 år,
- tilslørede og mørklødede kvinder,
- piger i puberteten, og
- personer, der ikke kan komme udendørs dagligt i sommerhalvåret. Det er i mange år blevet anbefalet at give spædbørn tilskud af D-vitamin fra de er 14 dage og til de er 1 år, men for mørklødede anbefales det dog frem til de er 2 år. Det anbefales stadig.

D-vitamin er nødvendigt for normal knogledannelse og spiller en vigtig rolle i reguleringen af calciumkoncentrationen i blodet blandt andet ved at fremme calciumoptagelsen i tarmen. Svær D-vitamin-mangel medfører osteomalaci hos voksne og rakis hos børn, hvilket ses hyppigst i faser med hurtig vækst. Begge sygdomme er præget af karakteristiske knogleforandringer som følge af utilstrækkelig knoglemineralisering. Det giver anledning til symptomer fra skelettet i form af smerter, ømhed og en øget forekomst af brud. Desuden kan tilstanden også resultere i neuromuskulære symptomer i form af muskelsvaghed og borende smerter, først og fremmest i lår og overarme. Gangen bliver vraltende og usikker, og det kan være svært at gå op af fx høje kantsten. Ved rakis er der tidlige tegn på

væksthæmning, træthed og irritabilitet. Tandfrembrud er forsinket og børnene begynder at gå sent. Senere udvikles karakteristiske knogledeformiteter, specielt i kranie, ribben og underarme. Hos lidt større børn ses også forandringer i benene bl.a. hjulbenethed. I de ældre befolkningsgrupper er D-vitaminmangel desuden blandt risikofaktorerne for osteoporose.

Fra udenlandske undersøgelser (17-25), især engelske, er det godt gjort at D-vitaminmangel er udbredt blandt indvandrere på tværs af aldersgrupperne. Dette skyldes ikke kun et utilstrækkelig indtag, men nok i højere grad religiøse eller sociale/kulturelle påbud, som forhindrer let påklædt færden i solen. I Danmark er vi først de senere år blevet opmærksom på problemet. Blandt 69 tilfældigt udvalgte palæstinensiske kvinder fandt man D-vitaminmangel hos 85%. Der er desuden beskrevet en case (26), hvor svær D-vitaminmangel er fundet hos en 14-årig pige, født af indiske forældre. Hos resten af familien blev der efterfølgende fundet D-vitaminmangel i varierende grad. Tilsvarende viser resultaterne fra en undersøgelse i Danmark (27), at der hos palæstinensiske indvandrere hyppigt ses lave serumkoncentrationer af 25 OH-D (25 hydroxycalciferol), ledsaget af sekundær hyperparathyreoidisme og andre tegn på D-vitaminmangel. En undersøgelse af pakistanske kvinder i Oslo (28) viste ligeledes, at disse kvinder havde stor risiko for udvikling af D-vitaminmangel under graviditeten. Årsagen hertil var dels, at sollys blev undgået, dels at indtaget af D-vitamin gennem kosten var lavt, og der blev kun taget tilskud i et meget lille omfang. D-vitaminmangel blandt de gravide øger risikoen for, at også spædbørn udvikler D-vitaminmangel. En anden norsk undersøgelse (29) viste, at størstedelen af de børn, der i de senere år har fået konstateret rakitis i Norge, har pakistansk baggrund.

### 2.2.5 Laktoseintolerance

Det nævnes i spørgeskemaundersøgelsen blandt sundhedsplejersker, at større børn ind-

tager for lidt mælk i modsætning til spæd- og småbørn. Dette kan muligvis hænge sammen med at laktoseintolerance er meget udbredt blandt tyrkere, pakistanere og andre asiater efter 3 - 4 års alderen. Laktose (mælkesukker) skal spaltes, før det kan absorberes fra tarmen. Spaltningen foregår ved hjælp af enzymet laktase, som findes i tyndtarmens væg. Der er tale om laktoseintolerance, hvis enzymet mangler eller kun findes i meget lille koncentration. Så kan laktosen ikke nedbrydes og fortsætter videre ned til tyktarmen, hvor det delvist kan nedbrydes af bakterier, med oppustet mave og øget flatulens til følge. Hvis der indtages en for stor mængde laktose vil en del af laktosen forblive tilstrækkelig uomdannet og dermed virke på den måde, at det holder på væsken i tyktarmen, og der opstår diaré.

Fra 3 - 4 års alderen reduceres laktasekoncentrationen for langt de fleste børn i verden, for nogle allerede fra 2 års alderen. Før 2 års alderen er laktasemangel yderst sjælden. Kun for nordeuropæere og nordamerikanere er det almindeligt at bevare koncentrationen af laktase hele livet. Forekomsten af laktoseintolerance er lavest i nordvest Europa ved Nordsøen og rundt om den sydvestlige del af Østersøen (0-5%). I Centraleuropa, Spanien, Italien og det tidligere Jugoslavien er forekomsten noget højere, ca. 20-30%, men forekomsten i Grækenland er omkring 50%. I Mellemøsten og afrikanske lande er forekomsten af laktoseintolerance typisk omkring 75%, dog ses en noget lavere forekomst blandt nomader og kvægopdrættere både i arabiske og afrikanske lande, ca. 20-30%. Blandt israelske arabere er tallet omkring 80 %, og i Nigeria og Zaire, hvor indtagelsen af mælk er meget lav, er det over 90%, der har laktoseintolerance. I den vestlige del af Asien, Pakistan og det nordlige Indien er forekomsten omkring 30%, mens den ellers ligger omkring 70-80% i asiatiske lande. I Thailand og Vietnam ligger forekomsten nær 100%, mens den i Kina, Japan og Korea ligger på 70-80% (30).

Børn (og voksne) med laktasemangel tåler ikke laktose i for store mængder. Dvs. de tåler ikke at drikke mælk ad libitum, men mindre portioner mælk i løbet af dagen tåles af de fleste, fx hvis mælk indgår i små mængder i madlavningen. Undersøgelser med blindede tests (31-33) viser, at de fleste kan tåle at drikke et glas mælk til morgenmaden og et til aftensmaden, mens ikke blindede tests tidligere tydede på, at folk med laktoseintolerance ikke kunne tåle så meget. Det kunne tyde på, at der ud over den fysiologiske forklaring på hvorfor mælken ikke tåles, også er en psykologisk faktor, der fremmer symptomerne. Laktose findes primært i mælkeprodukter. Yoghurt indeholder en mindre mængde laktose end drikkemælk og andre mælkeprodukter. De fleste oste og smør indeholder kun ubetydelige mængder laktose. Myseost (brun ost) har et højt indhold af laktose, mens bløde oste som flødeost og rygeost har et indhold på et noget lavere niveau. Laktose tilsættes også en del industrielt fremstillet bagværk, og så fremgår det af næringsdeklarationen. Valle indeholder meget laktose, så hvor det indgår i en fødevarer, kan der også være en del laktose. Selv om børn har laktoseintolerance, vil det være muligt for de fleste at få dækket deres calciumbehov med mælkeprodukter alligevel, blot ved at fordele indtagelsen i løbet af dagen og lade yoghurt og ost være en del heraf. Når børn ikke drikker mælk eller spiser mælkeprodukter, er der risiko for at få for lidt **calcium** med kosten, især i perioder hvor børn vokser meget. Det må derfor i de tilfælde tilrådes, at der gives calciumtilskud.

### 2.2.6 Sukkersyge, hjertekarsygdomme og overvægt

Sundhedsplejerskegrupper nævner i spørgeskemaundersøgelsen, at sukkersyge er set blandt tyrkere, kurdere, irakere og palæstinensere, dog kun af 1 eller 2 sundhedsplejerskegrupper. I hvilke aldersgrupper, sukkersygen forekommer, fremgår ikke.

Undersøgelser fra bl.a. England (fx 34) viser, at forekomsten er høj af type 2 sukkersyge (NIDDM, ikke insulin krævende diabetes mellitus), overvægt og hjertekarsygdomme hos indvandrere fra Indien og Pakistan. En hollandsk undersøgelse (35) har vist, at overvægt er meget udbredt blandt tyrkiske indvandrere. En rapport fra en konference om fedme fra WHO peger desuden på, at der kan være en særlig genetisk disposition for overvægt blandt en lang række folkeslag i bl.a. Østeuropa og Mellemøsten, hvilket i højere grad kommer til udtryk i form af overvægt, når de flytter til en vestlig storby, hvor kosten bliver mere energirig, og manglende fysisk aktivitet også er en del af livsstilen. Samtidig er lav social status også en faktor, der kan associeres til forekomst af overvægt.

En undersøgelse fra England (34) viste, at sydasiaterne havde taget de uheldige sider ved den engelske kost til sig bl.a. de fede produkter som chips og fede tilberedningsmetoder som fx stegning. I Danmark findes ikke opgørelser over forekomsten af overvægt, hjertekarsygdomme og diabetes blandt etniske minoriteter, men det må formodes at være omtrent lige så udbredt som i andre vestlige lande. Man skal være opmærksom på, at der kan være forskellig genetisk disposition for disse sygdomme og lidelser i de forskellige kulturer. Således anslås på baggrund af tal fra England og Norge, at op mod 1/4 af de herboende pakistanter lider af type 2 sukkersyge. Usund kost og livsstil med manglende fysisk aktivitet fremmer fedme og sukkersyge, samt følgesygdomme som hjerte- og karlidelser. Det kræver derfor en aktiv indsats af den enkelte person at forebygge og behandle sukkersyge af type 2. På Bispebjerg Hospital ved København har man udviklet et meget interessant undervisningsprogram for pakistanske patienter med type 2 sukkersyge, hvor der netop er taget udgangspunkt i den pakistanske kultur, herunder kostvaner (36).

## 2.3 Opsummering

To opgørelser over indlæggelser på hospitaler viser, at det er de små børn af etniske minoriteter, der indlægges hyppigere på hospitaler end danske børn. De er ikke indlagt i længere tid, og ud fra diagnoserne finder man ikke umiddelbart en mulig forklaring. Der er ikke registreret nogen kostrelaterede mangelsygdomme, men det kan skyldes, at der ikke systematisk er undersøgt for jernmangelanæmi og rakitis.

Når sundheden hos 0-1 årige børn vurderes af forældrene selv, som i undersøgelsen fra Socialforskningsinstituttet, er der stort set ikke forskel på hvor syge og raske etniske minoritets børn og børn af dansk herkomst er.

Spørgeskemaundersøgelsen blandt sundhedsplejerskegrupper dokumenterer, at ensidig kost er et problem som ses i alle de etniske minoritetsgrupper. Generelt kan det dreje sig om, at børnene får for meget mælk, mælkeprodukter og søde sager samt at overgangskost introduceres sent. Trivselsproblemer ses også i de fleste grupper. Der kan være tale om spisevægring og manglende appetit. Hvor udbredt problemerne er, og hvor stor betydning det har for sundheden er ikke belyst.

Jernmangel og rakitis er de mangelsygdomme som sandsynligvis findes blandt småbørn i de etniske minoritetsgrupper. Den ensidige kost gør det sandsynligt, at der opstår jernmangel, og de få undersøgelser, der findes fra andre lande peger i retning af, at både jernmangel og rakitis findes både blandt småbørn og

kvinder i forskellige etniske minoritetsgrupper. Men problemets omfang kendes ikke, og sundhedsplejerskernes observationer kan ikke dokumentere dette.

Blandt voksne indvandrere og flygtninge er overvægt, sukkersyge type 2 og hjertekarsygdomme udbredt, og voksne kan ligesom børn have mangel på jern og D-vitamin.

De kostrelaterede problemer (både blandt børn og voksne etniske minoriteter) er problemer som ses også hos børn og voksne af dansk herkomst. Men der er generelt indtryk af, at problemerne er mere udbredt blandt de etniske minoriteter, men det er ikke dokumenteret.

Problemernes omfang kan kun dokumenteres med egentlige kostundersøgelser, kombineret med undersøgelser af ernæringsstatus blandt de etniske minoritetsgrupper. Undersøgelserne bør være repræsentative, og kræver - for at være velgennemførte - viden om kostundersøgelsesmetoder og indholdet af næringsstoffer i de fødevarer, der indgår i kosten, samt indsigt i kostvaner og kulturerne blandt de forskellige grupper. Vurdering af ernæringsstatus vil som minimum kræve måling af forskellige parametre i blodet.

På trods af at omfanget af problemerne ikke er dokumenteret, er der ingen tvivl om, at der er behov for vejledning om kost både til børn og voksne i etniske minoritetsgrupper.



### 3 Religionens indflydelse på kostvanerne

De fleste religioner har regler for, hvad man må spise. Det varierer dog meget, i hvilken udstrækning de religiøse påbud bliver fulgt, og hvordan de ytrer sig i praksis i forskellige lande og kulturer og hos forskellige personer. Nogle er stærkt troende og efterlever alle forskrifter, mens andre er troende, men efter-

lever ikke de forskellige forskrifter. Andre igen vil fastholde visse forskrifter af vane og ikke på grund af religionen. Derfor bør man være meget varsom med at generalisere og med at definere en persons kostvaner på baggrund af vedkommendes religion.

#### 3.1 Jødedom

Det Gamle Testamente tillader mennesket at spise alle vegetariske fødevarer (1 Mos 1,29). Men mennesker må ikke spise al slags kød, men kun kødet fra visse planteædende dyr: *Alle, som har spaltede hove og kløft i hovene, og som tygger drøv, må I spise* (3 Mos 11,3).

Man må fx ikke spise kameler, harer eller (...) *svinet, for det har ganske vist spaltede hove og kløft i hovene, men tygger ikke drøv; det skal I regne for urent.* (3 Mos 11,7). Kødædende dyr, skaldyr og fisk, hvis skæl ikke kan fjernes, er også forbudt (3 Mos 11,9).

Den vigtigste regel, når man forbereder kød til et måltid, er at fjerne alt blod fra dyrekroppen. Blodet betragtes som synonymt med sjælen eller livet. Kød, som stadig indeholder blod, kommer fra dyr, som ikke anses for at være helt døde. I følge Det Gamle Testamente er det derfor forbudt at spise blod:

*(...) Ingen af jer må spise blod; den fremmede, der bor som gæst blandt jer, må heller ikke spise blod. Hvem som helst af israelitterne og af de fremmede, der bor som gæst blandt dem, som fanger noget vildt eller en fugl, der må spises, skal lade blodet løbe fra og dække det til med jord. For blodet er livet i alt kød; det er dets liv* (3 Mos 17,12-14).

Kun en shochet (en person med speciel uddannelse inden for rituel slagting) kan dræbe et dyr med mindst mulig smerte og derefter på

korrekt måde befri kroppen for blod, så kødet bliver rent. Halspulsåren skæres over med et snit med en skarp kniv, hvorved dyret omgående mister bevidstheden. Det fraløbne blod dækkes med jord, så det bliver ubrugeligt. Efter aftapning og rengøring vaskes kroppen med salt, så alt resterende blod fjernes. Retroende jøder spiser ikke bagstykker op til 12. revelsben, med mindre iskiasnerven og blodkarrene er fjernet. Kødet vaskes igen. Derefter betegnes kødet som "kosher", dvs. egnet til at spise. En anden regel med hensyn til kød er, at det ikke må spises sammen med mælk: *Du må ikke koge et kid i dets moders mælk* (2 Mos 23,19).

Baggrunden for denne regel er, at man ikke vil aflive en kalv og dens moder. Man afliver i det hele taget ikke dyr, som stadigvæk dier. I praksis betyder dette, at alle køkkenting, som bruges til kød respektive mælk skal opbevares særskilt, og at man venter med at indtage mælk eller mælkeprodukter fra fire til seks timer efter, at man har spist kød.

Den vigtigste faste holdes under forsoningsfesten (*Jom Kippur*), den 10. dag i den 7. måned ifølge den jødiske kalender (4 Mos. 19,7). Den falder i september eller oktober. Man afstår helt fra al mad, drikke og rygning i et døgn og helliger sig andagtsøvelser og meditation. 24 timers faste overholdes også i forbindelse med højtiden *Thisha Be'an*. Ifølge den mundtlige tradition, der er nedfældet i *Talmud*, skal man ved fire andre lejligheder

faste udelukkende i dagtimerne (sørgedagene).

Der er specielle madregler i forbindelse med påsken (15. - 22. april ifølge den jødiske

kalender). Den vigtigste regel er, at man ikke må have gær i hjemmet og kun må spise usyret brød (*matzah*) i syv dage (2 Mos. 13,7).

### 3.2 Kristendom

Med den kristne lære forsvandt de fleste forbud mod fødevarer, og alle fødevarer blev erklæret for rene:

*Fatter I ikke, at alt det, som kommer ind i et menneske udefra, ikke kan gøre det urent? For det kommer ikke ind i hjertet, men ned i maven, og det kommer ud igen. Dermed erklærede han al slags mad for ren (Mark 7, 15-19).*

Derimod kan kristne faste (Matt 6,16). Det Ny Testamente giver ingen regler for fasten. Til forskel fra jødedommen og islam praktiserer

man ikke total faste i kristendommen. I stedet afstår man fra at spise visse fødevarer på visse dage. Rituel faste praktiseres af flere kristne retninger. Katolikker undgår at spise kød fra varmblodige dyr om fredagen og 40 dage inden påske. De ortodokse undgår kød og kødprodukter, fedt og vin, de spiser intet før middagen og begrænser mængden af mad eller faster onsdag og fredag, enten hele året eller 40 dage før påske, i påskeugen, 1. - 27. august, 29. august - 11. september, 14. - 27. september, 14. - 27. november og 24. december - 6. januar.

### 3.3 Islam

Nogle af forskrifterne i Koranen er skrevet med udgangspunkt i måden man levede på i den tid, hvor Koranen er skrevet, hvilket også gælder for mange andre religiøse skrifter. Et eksempel er, at kvinder efter en fødsel er urene og skal holde sig inde 40 dage.

Muslimere betragter det for ønskværdigt at dele et måltid med andre. Selve samværet omkring et måltid anses for en velsignelse ifølge Koranen og en bekræftelse af fællesskabet i familien og mellem venner.

Reglerne for fødevarer inden for islam er ikke så komplicerede som inden for jødedommen. Det er fx tilladt at spise alle grønsager og alle produkter fra havet inklusive skaldyr (Koranen 5,97). Dog anses blod og svinekød for at være urent og er derfor forbudt:

*Forbudt for jer er det selvdøde og blod og svinekød og det, et andet navn end Allahs er påkaldt over (ved dets slagning), og det kval-*

*te og det, der er dræbt med sten eller stav, og det, der er dræbt ved fald, og det ihjelstangede og det, som de vilde dyr har ædt af - og det, som er ofret på et alter (til afguderne) (Koranen 5,4).*

Dyret skal slagtes ved, at halspulsåren skæres over, samtidig med at man udtaler ordene "i Guds, den barmhjertige forbarmeres navn" for at understrege, at dyret ikke er et hedensk offer. Dyr, som slagtes af jøder eller kristne, kan også spises under forudsætning af, at Guds navn nævnes i dødsøjeblikket, og at blodet er tappet. Derefter er kødet *halal*, dvs. tilladt. Det er derimod forbudt at spise kød, som er slagtet af hedninge.

Om en muslim følger svinekødsforbudet i yderste konsekvens, er meget individuelt. Et stort problem i Danmark for mange muslimske familier er, at mange madvarer kan indeholde svineprodukter som fx animalsk fedt, gelatine/husblas og en række tilsætningsstof-

fer, som bruges som emulgatorer eller fortykningsmiddel. En del chips, brød, kager, mælkedesserten, margarine, kødprodukter, slik og vitaminpiller kan således indeholde svineprodukter.

Nogle moskeer har lister over madvarer i Danmark, man skal undgå som muslim. Det gælder om at kunne bruge varedeklarationen på den færdiglavede madvare rigtigt. I pjecen "Mad uden dyrefedt" fra Fødevarerdirektoratet findes oplysninger om dette.

Islam advarer også imod vin: *O I som tror, vin og lykkespil og gudebilleder og pile (til lodkastning) er ikke andet end urenhed, et Satans værk. Undgå det da (...) (Koranen 5.91).*

Alle sunde, voksne muslimer skal i en måned hvert år faste i dagtimerne:

*Ramadanmåneden er den, i hvilken Koranen blev åbenbaret (...). Derfor skal den, som er vidne til denne måned, faste i den. Men den, som er syg eller på rejse, (skal faste) det (samme) antal af andre dage (...) spis og drik, indtil morgenrødens hvide tråd kan skelnes fra dens sorte tråd, og fuldend så fasten til natten (falder på) (Koranen 2,186-188).*

Ramadanen (fastemåneden) indtræder 10 dage tidligere hvert år, idet den muslimske kalender følger månens bevægelse. Man må ikke spise, drikke, ryge, spise eller injicere medicin i dagtimerne. Der står nævnt flere grupper i Koranen, der ikke skal overholde fasten. Det gælder børn under skolealderen, gravide og ammende kvinder, syge og svage eller rejssende. Det tolkes meget forskelligt. Som regel vil gælde, at det er **haram** (forbudt) for kvinder at faste de første 40 dage efter en fødsel og når de har menstruation (så længe en kvinde bløder, anses hun for at være uren).

Enhver handling en muslim skal foretage, kan måles på en moralsk skala bestående af fem kategorier: **Wadjib** (obligatoriske), **musta-**

**habb** (anbefalelsesværdigt), **mubah** (det tilladelige) og **makruh** (misbilliges) og det absolutte forbudte **haram**. Der kan være forskellige opfattelser af, hvilken kategori en specifik handling hører til, men de fleste ortodokse muslimer vil tage det for givet at stille sig selv spørgsmålet og handle derefter. "Lærde" kan spørges til råds, hvis man er usikker på, hvor en handling hører til (1,2).

Børn skal lære at faste inden puberteten, hvilket kan foregå ved, at de øver sig ved fx at faste i kortere intervaller, 4-6 timer om dagen eller faste i færre dage (den sidste dag i fasten er meget vigtig).

For ammende kvinder er der forskellige holdninger til, om de kan/skal faste. Nogle steder i Somalia gælder, at ammende kvinder ikke faster, hvis barnet er under 6 måneder. Er barnet over 6 måneder ammes morgen og aften, og barnet får tilskud for resten, og kvinden faster. Hvis en voksen ikke faster pga. en af nævnte årsager, skal han/hun senere på året gennemføre en faste. Her vil der igen være variationer. Nogle vælger fx at faste en bestemt ugedag i en lang periode og ikke en sammenhængende periode.

Islam er den eneste religion, der har regler om brystmælk, menneskets første føde: *Og mødre skal amme deres børn to fulde år (Koranen 2,234).*

Hvis den biologiske moder ikke kan amme, har barnet ret til at få mælk fra en anden kvinde. Brystgivningen skaber et "mælkebånd" imellem barnet og den kvinde, der ammer det. Dette forhold betragtes som helligt. Ammen anses for at blive barnets moder "igennem mælken". Som følge heraf er der incesttabu imellem det barn, kvinden har givet mælk og hendes egne børn, som hun også har ammet (Koranen 4,27). Dette indebærer, at en muslimsk kvinde har en forpligtelse til at lære de børn, som får hendes mælk, at kende, idet disse børn bliver hendes "mælkebørn".

I islam har profeten Muhammad udtalt, at honning er en af de tre ting, der kan helbrede og forebygge sygdom, hvorfor nogle mødre giver honning som det første til et nyfødt barn. (I Danmark fraråder Sundhedsstyrelsen, at børn under 1 år får honning som følge af ri-

siko for botulisme, se Anbefalinger for spædbarnets ernæring, Sundhedsstyrelsen 1998).

I islam bruges dadler til at bryde fasten, og dadler vil også kunne være det første et nyfødt barn får i munden.

### 3.4 Asiens største religioner

Buddhisme og hinduisme er to af Asiens største religioner. Disse religioner adskiller sig på mange måder væsentligt fra de mono-teistiske religioner, dvs. jødedom, kristendom og islam. Sammenlignet med mono-teistiske religioner, som baserer sig på åbenbarelsen, der er samlede i Bibelen eller Koranen, og som giver rimeligt konkrete regler, er kilderne til religionsudøvelse i hinduismen og buddhismen flere. Det er derfor svært fx at finde vers med tilsvarende klare budskaber om valg af fødevarer. Vegetarisme og afholdenhed, hvad mad angår og periodisk faste, er vigtige indslag i buddhismen og hinduismen.

#### 3.4.1 Buddhisme

Der er to begreber inden for buddhismen, der fremmer vegetarisme. Det er *karuna* (medlidenhed) og *karma* (opførsel, handling). Begrebet *karuna* indebærer, at livet skal beskyttes. Begrebet *karma* udelukker alle handlinger, som kan føre til ihjelslåning. At tilslutte sig buddhismen medfører tre faser, som ligner kristendommens dåb og konfirmation. Den første fase er at bekræfte Buddhas lære. Den anden fase er at aflægge de fem løfter. Disse fem løfter er ikke at dræbe, ikke at stjæle, ikke at lyve, ikke at begå seksuelle forbrydelser og ikke at bruge rusmidler. Den tredje fase indebærer aflæggelse af *bodhisattva* løfterne, hvor man forpligter sig til at forsvare alle levende væsener. Den, der har aflagt de fem løfter, kan vælge at blive vegetar. Men der findes dem, der bliver ved med at spise kød fra dyr, som andre har slagtet. Efter anden fase skal man også holde sig fra alkohol og andre rusmidler. Den tredje fase forpligter til at være vegetar eller vega-

ner. I veganerkosten udelukkes foruden kød og fisk som hos vegetarer også mælkeprodukter og æg. Hvordan dette praktiseres, varierer landene imellem. Kinesiske buddhister, som er kommet til tredje fase, spiser veganekost, der tillige udelukker alle typer løg. Forskellige former for faste forekommer også inden for buddhismen, men forskellene mellem landene og forskellige områder er ganske store.

#### 3.4.2 Hinduisme

Hinduismen har ikke en enkelt grundlægger og baserer ikke sin lære på noget enkelt, af alle anerkendt helligt skrift. Hinduismens normsystem er baseret på det princip, at forskellige kategorier mennesker skal følge *forskellige* regler af etisk og rituel karakter, fx madregler. Den vigtigste type tekster, som redegør for hinduismens normsystemer, kaldes *Dharmashastra* ("læreskrifter om normer"). Her beskrives også hvilke madregler, der skal følges af medlemmer fra de fire sociale hovedkategorier (*varna*, "stand") i de forskellige stadier af livet. Madreglerne hænger sammen med forestillinger om, hvordan maden kan formidle (rituel) urenhed. Det vigtige er ikke blot, *hvad* man spiser, men også *hvem der har tilberedt* maden, og *sammen med hvem* man spiser den. Individets rituel-moralske ("renhed") status påvirkes af alle disse faktorer, dvs. mennesket er, hvad det spiser. Man må ikke spise mad, som er tilberedt af en, der er "uren" i forhold til en selv, eller spise sammen med sådanne personer. Mad, som andre har spist af, formidler urenhed; man undgår madrester, fordi de er urene. Der er dog undtagelser: Småbørns madrester er ikke urene; rester fra hellige

personers og guders måltider formidler vel-signelse.

Til den centrale del af hinduismens norm-system hører *ahimsa* ("ikke-vold"), princippet om ikke at skade eller dræbe andre levende væsener. Strengt overholdt indebærer ahimsa en konsekvent lakto-vegetarisk holdning til kost, dvs. at kød, fisk og æg undgås. Mange afholder sig fra at spise visse grønsager, fordi deres røde farve giver associationer til blod, fx tomater og rødbeder, eller betragtes som meget "varme" fødevarer (se næste kapitel). Ghi (klaret smør) anses for at være det fineste levnedsmiddel. Det anvendes både ved religiøse ritualer og ved tilberedning af mad. Mad tilberedt med *ghi* kaldes for *pakka*. Den

bruges som festmad og anses ikke at formidle urenhed på samme måde som den hverdagsmad (*kachcha*), der er tilberedt med vand alene (uden *ghi*), fx ris eller *chapati*-brød. Mange hinduer kompletterer grønsagerne og mælkeprodukterne med æg og fisk. Et stort antal hinduer spiser også kylling og lam-mekød (i Indien sædvanligvis gedekød). Man holder sig fra svinekød (grisen er et urent dyr), og oksekød er som regel strengt forbudt. Forbudet mod oksekød hænger sammen med forkærligheden for mælkeprodukter og brugen af ko-urin som rengøringsmiddel: *koen er ren og ukrænkelig*. Okser og køer må altså ikke slagtes af hinduer, og det at spise oksekød indebærer ekstrem urenhed. Det er i denne betydning, koen er "hellig".



## 4 Sundheds-/sygdomsopfattelsers indflydelse på kostvaner

Den mad, man vælger at spise er dybt forankret i social identitet og kultur. Mad sættes også gerne i forbindelse med sundhed, men ofte på forskellige måder i forskellige kulturer. Det kan give anledning til misforståelser og problemer, når der skal gives kostvejledning, når man har forskellige teorier om, hvad der er sundt og rigtigt at spise.

En dansk sundhedsplejerske rådgiver eksempelvis en pakistansk mor i at give hendes barn jerntilskud fra barnet er 6 til 12 måneder. Den pakistanske kvinde følger ikke rådet, fordi hun er bekymret over, at hendes barn vil få for meget varme tilført og blive sygt. En iransk mor fortæller sundhedsplejersken, at hun ikke ønsker at give sit barn fisk, så længe barnet får meget mælk, idet både mælk og fisk er kolde fødevarer. For mange kolde fødeemner kan gøre barnet sygt med opkast og diarre. I følge moderens kultur skal man sørge for, at barnet får lige mange kolde og varme fødevarer. Et tredje eksempel er beskrevet af sundhedsplejerskerne Saida Sonne og Inger Jacobsen, hvor en gruppe pakistanske kvinder spørger til, hvorfor hospitalet serverer kold mælk og juice til kvinder, der lige har født. De pakistanske kvinder mener, at det giver problemer med maven, og man kan risikere at få underlivsbetændelse. Deres forklaring er, at barselskvinder er i en kold tilstand, hvor kroppen må have tilført varme fødemidler. Derfor kan der fx serveres mandler, varm mælk og honning i stedet for. Umiddelbart virker disse opfattelser underlige på en dansk sundhedsplejerske, der er opvokset og uddannet i en kultur domineret af den biomedicinske tankegang (den vestlige medicin).

En del sundheds/sygdomsopfattelser inddrager kostens betydning. I den biomedicinske tradition har kosten dokumenteret betydning for forebyggelse af visse sygdomme. Fx mindskes risikoen for at udvikle hjerte/karsygdomme og visse kræftsygdomme

ved at nedsætte fedtindholdet i kosten og ved at spise varieret af frugt og grønt i store mængder. I forbindelse med andre opfattelser af sundhed/sygdom er der tale om andre årsagssammenhænge, hvilket beskrives i dette kapitel.

Mange mennesker kan ikke gøre rede for, hvorfor det er sundt og godt at spise noget frem for andet. Det er overleveret til dem via deres opdragelse, og bliver en naturlig handling, de foretager, uden at kende til de bagvedliggende begrundelser. Måske kan de huske noget om, at deres mor eller andre har fortalt, hvad der er godt at spise.

Generelt kan siges, at sundheds/sygdomsopfattelser er dynamiske og ændrer sig over tid både i befolkningen som helhed og hos det enkelte menneske. Nogle mennesker påvirkes hurtigere af samfundet og den kultur, som de er omgivet af fx gennem reklamer og supermarkedernes udvalg, mens andre i længere tid vil fastholde traditioner og den kultur, de er vokset op med. Nogle mennesker er måske ikke så bevidste omkring det, men de fastholder traditioner uden at tænke nærmere over det. I en undersøgelse blandt døtre af indvandrerfamilier fortælles om en ung kvinde, der siger, at hun ikke tager hensyn til det med ”kold og varm”, men alligevel tilberedte hun kosten, så den passede ind i teorien om, at maden skal tilpasses efter den tilstand, hendes krop havde, for at genskabe balance i kroppen.

I de fleste kulturer er det ligeledes normalt at veksle mellem de forhåndenværende traditioner. Også mange danskere vil veksle mellem de overleverede husråd, og de råd som sundhedspersonalet giver. De lidelser som biomedicinen erfaringsmæssigt ikke kan gøre ret meget ved, prøver mange at få afhjulpet ved at henvende sig til zoneterapeut eller andre ”alternative behandlere”. På den måde kom-

binerer danskere også forskellige traditioner, som på det teoretiske niveau indbyrdes er forskellige. Det kaldes medicinsk pluralisme.

I det følgende beskrives kort tre naturalistiske opfattelser af sundhed/sygdom, hvor kosten har stor betydning. Der er tale om komplicerede systemer og sammenhænge, som her fremstilles meget forenklet. Derfor kan det blot bruges af fagpersoner i forbindelse med kostvejledning som udgangspunkt for at komme i dialog om emnet. Det skal gøres varsomt og med forståelse for, at det sker i konkurrence med andre opfattelser. Det er vigtigt, fx når en sundhedsplejerske skal vejlede om kost, vitaminer og mineraler, at hun ved, at der kan ligge forskellige ting til grund for, at en mor siger, at hun ikke vil give jerndråber til sit barn. Det er her sundhedsplejerskens vejledning tager udgangspunkt, men hun skal selvfølgelig oplyse/rådgive ud fra dansk viden og anbefalinger.

Forskellen på det naturalistiske medicinske system og det biomedicinske system er bl.a., at krop og sjæl ikke kan skilles ad i det naturalistiske system. I stedet for at finde symptomer hos patienten, er man her mere interesseret i, om patienten er i balance eller ej. Sygdom opstår, når kroppen er i ubalance. Det betyder bl.a., at det ikke er så afgørende, hvor man har ondt, men at man har ondt i kroppen. Modsat i biomedicinen, hvor det er vigtigt at fortælle præcist, hvor man har ondt. Oprindeligt har alle tre naturalistiske opfattelser udgangspunkt i kold/varm-princippet, hvor madvarer bliver delt op i kolde og varme kategorier. Denne klassificering har ikke noget at gøre med madens temperatur, men beskriver hvilken indvirkning maden har på kroppen.

De tre naturalistiske opfattelser, der omtales her er den græske (Unani i Tibb), den indiske (Ayurveda) og den kinesiske. Udbredelsen af disse systemer er forsøgt listet her:

**Det græske** er mest udbredt. Det opstod i Grækenland, men blev spredt via den muslimske ekspansion til Tyrkiet, Iran, Afghanistan, Pakistan, Indien, Malaysia, dele af Indonesien, langs den afrikanske Middelhavskyst og til Spanien. Spanierne tog systemet med til Latinamerika.

**Det indiske** er udbredt i Indien, Nepal, Sri Lanka og dele af Pakistan.

**Det kinesiske** er udbredt i Kina, Korea, Japan, Thailand, Vietnam og de omkringliggende områder.

Systemerne er blevet udviklet forskelligt efter den kultur og religion, som teorien skulle tilpasses. I dag er biomedicinen nået til de fleste lande, men flere steder bliver den brugt på lige fod med de andre systemer, og ikke som den eneste måde at behandle sygdom på. Det betyder, at mange flygtninge og indvandrere vil kende og være påvirket af den biomedicinske tradition eller elementer deraf, især hvis de kommer fra en storby og har en uddannelse.

Foruden det biomedicinske og det naturalistiske system findes et tredje nemlig det personalistiske system, der ligger op af det naturalistiske system ved at have fokus på, om kroppen er i balance. Det specielle ved systemet er, at årsagen til sygdom påføres et menneske af udefra kommende kræfter. Hvad der ellers sker i kroppen hentes mest fra det naturalistiske systems teorier, men kan også være fra det biomedicinske systems. Forskellen er, at det er udefra kommende kræfter, som skaber ubalance, og at der må gøres noget mod disse kræfter, før behandlingen af personen kan begynde. Det betyder, at det personalistiske system normalt ikke står i modsætning til det naturalistiske system, mens det biomedicinske system ofte vil betegne personalistiske årsagsforklaringer som overtro. Til det personalistiske system hører troen på magi, hekseri, guds straf, "det onde øje" og lignende. "Det



onde øje” og skæbne tro/overtro omtales afslutningsvis i dette kapitel.

Tabuer (forbud, noget man ikke må gøre) findes i alle kulturer. Mad er i høj grad omfattet af tabuer. I alle samfund er der en række fø-

devarer, der anses for udelukket at spise, mens det i andre samfund måske anses for hverdagsmad eller en delikatesse. Der gøres ikke yderligere rede for tabubelagt mad her (se afsnittet om religion).

## 4.1 Det naturalistiske system

### 4.1.1 Ayurveda - medicinen

Ayurveda er den ældste medicinske skole. Den er knyttet til hinduismen og indisk filosofi.

Det er vigtigt, at behandlingen sættes ind før symptomerne optræder. Det betyder, at alle må have et tæt og kontinuerligt forhold til udøverne af systemet, der kaldes Vaidas. Der indgår tre former i behandlingen: medicinsk behandling (urter og grønsagsafkog), diætbehandling og praktiske hjælpemidler.

Grundtanken er, at den fysiske krop og den psykiske sjæl er knyttet sammen. Krop og psyke skal være i balance, ellers opstår sygdom. Når kroppen er i balance, vil maden, man indtager, blive naturligt nedbrudt og omdannet, først til lymfe, så til blod, så til muskler, til fedt, videre til benmarv, så til uterine sekreter og til sidst til sæd (kvinder har også sæd) for så at forlade kroppen i form af affaldsstoffer. Tre elementer påvirker denne for-brænding, nemlig vand, ild og luft. Disse elementer tilføres kroppen gennem maden. Gennem maden vil man kunne opretholde eller genskabe balancen i kroppen:

- **Vandelementer:** Frugt, grønsager og ris. De har også en kold funktion.
- **Ildelementer:** Æg, kød, mælk, skaldyr, alkohol og krydderier. De har også en varm funktion.
- **Luftlementer:** Bælgfrugter, løg og fisk. De har også en transportregulerende funktion.

Kvinden er i graviditeten i en “varm” tilstand. Hun skal derfor undgå varme og meget kolde madvarer. Når barnet er født går kvinden over

i en kold tilstand, og hun får traditionelt serveret en suppe indeholdende hvidløg, peber, ingefær og løg. Kvinden er i en kold tilstand ca. 1 måned efter fødslen (40 dage) og så længe hun ammer, befinder hun sig også i en kold tilstand. I denne periode må kvinden ikke spise friske fisk og frugt, især ananas skal undgås.

### 4.1.2 Unani (-i- Tibb)

“Unani” betyder jonisk eller græsk, og “Tibb” betyder medicin. Det er betegnelsen på en medicinsk teori og praksis, der er udbredt i dele af den islamiske verden. I Pakistan kaldes udøverne “hakimer”. Hakimer findes både i byerne og på landet, og de har ofte en uddannelse. Unani teorien bygger på muslimsk filosofi med rødder til det græske naturalistiske system, og Unani var i sin oprindelse ikke en religiøs medicin. Teorien lægger meget vægt på forebyggelse af sygdom.

Kroppen består af fire væsker. De fire væsker er blod, slim samt gul og sort galde. De fire væsker skal være i indbyrdes ligevægt. Hvis en af dem får overtaget, vil der opstå symptomer. Hvert enkelt individ har sit unikke temperament, der er bestemt af kropsvæskerne. Kropsvæskernes kvaliteter er i forskelligt omfang forbundet med varme og kulde, fugtighed og tørhed.

Varme og kulde spiller en større rolle end fugtighed og tørhed, der ikke vil blive beskrevet nærmere her. Om man er varm eller kold påvirkes dels af det personlige temperament og dels af de ydre faktorer såsom temperatur, fysisk aktivitet og andet. Kosten indtager en ganske særlig placering i varme/ kulde balan-

cen. De forskellige madvarer kan besidde varme og kolde egenskaber, ligesom de også kan have egenskaberne fugtighed og tørhed. Via kosten kan kroppens balance genoprettes. Varme/kulde-balancen ændres gennem livet, små børn har fx tendens til at være varme.

Kvinder er i graviditeten i en varm tilstand. De skal derfor undgå varme madvarer. Der er stor forskel fra egn til egn på hvilke fødevarer, der betegnes som varme, og hvilke der er kolde. Kombinationer og tilberedningen af fødevarer vil også have en betydning for inddelingen. Næsten al vestlig medicin vil være varm. Det gælder også vitamin- og mineraltilskud. Når kvinder har født, kommer de i en kold tilstand, og de får traditionelt serveret noget varmt. I dele af Pakistan kan det være nødder, smør og gurkemeje kogt sammen. Libanesiske kvinder fortæller, at de får suppe kogt på kød med krydderier (fx kanel) eller te efter en fødsel. Kvinder er i en kold tilstand ca. 1 måned efter fødslen (40 dage), og ammende kvinder befinder sig også i en kold tilstand. I den periode må de ikke drikke koldt vand eller frugtjuice.

#### 4.1.3 Kinesisk medicin (Yin og Yang)

Et generelt træk i kinesisk traditionel medicin er, at kroppen opfattes som en ligevægtsorganisme.

I kroppen findes en energi, universets energi, der er udgangspunkt for alt liv. Chi hedder energien, og i kroppen strømmer Chi i baner, der kaldes meridianer. Strømmer energien frit, er der balance i kroppen.

Kræfterne i menneskets indre samler sig på en måde i to modsatte poler Yin og Yang:

Yin	Yang
kold	varm
feminin	maskulin
passiv	aktiv
udvidet	sammentrukket

For at man kan holde sig sund og rask, skal man i sin kost sørge for at opretholde en har-

moni og ligevægt mellem Yin og Yang. Ubalancen giver sig udslag i sygdom, og for at genoprette balancen må man indtage noget, som er kendt for at indeholde modsatte værdier af det, som man har fået for meget af.

Der findes ingen eksakte regler for, hvilke madvarer, der er kolde, og hvilke der er varme. Oplevelsen af madvarer som kolde og varme er individuelle og afhænger af den indre balance. Der kan være store variationer fra person til person. Der er imidlertid visse generelle retningslinier:

- **Energirige og proteinrige madvarer**, ofte stærkt krydret og med kraftig smag klassificeres som varmt.
- **Vandholdige (med lavenergiindhold) madvarer** (inkl. urtete) klassificeres som koldt.
- **Neutrale madvarer** og af disse anses ris for at være vigtigst.

Der er konflikt mellem kravet om, at spise varm og tør mad efter en fødsel af hensyn til moderen, og kravet om at spise kold mad og drikke rigeligt af hensyn til amningen. Kvinder skal spise varme og tørre fødevarer efter en fødsel, da de er i en kold tilstand. Denne tilstand varer omkring en måneds tid efter fødslen. Derimod er et nyfødt barn relativt varmt og balancen må oprettes med kold mad. Kolde madvarer gør kvindens mælk køligt, og det er mere næringsrigt end varm mælk. I en norsk undersøgelse fandt man, at nogle få af kvinderne, der medvirkede i undersøgelsen, havde løst dilemmaet ved at amme mindre den første måned, hvor de skulle spise varmt og tørt. De havde så givet komælk og grød i den periode. Efter en måned begyndte de så at amme mere. Andre kvinder anså det ikke for at være skadeligt for barnet, at de i den første måned havde indtaget varme og tørre fødevarer, fordi det var en kort periode, og derefter havde de været påpasselige med at spise kold mad.

Overdrivelse af enten varm eller kold mad kan føre til forskellige tilstande og sygdomme hos et barn, og derfor må man give barnet mad, der modsvarer tilstanden. Fx kan over-

drevent varme madvarer medføre forstoppelse, rastløshed, udslet eller knopper. Mange kolde madvarer kan medføre diarre, hoste eller højt blodtryk.

## 4.2 Det personalistiske system

### 4.2.1 Skæbne tro og troen på ånder

Sygdom kan skyldes eller forårsages af Gud/Allah, Djævlens ånder eller forfædre. Mennesker har dermed ingen indflydelse på sygdom eller ulykker, og de kan således ikke forebygges, men man kan beskytte sig imod de onde kræfter. Det er Guds/Allahs vilje, når man bliver syg, og det er op til dem at helbrede. Mundtlige overleveringer om ånder og troen på, at nogle mennesker kan kaste onde øjne har været fremherskende i mange kulturer og findes endnu mange steder.

Ånder er beskrevet i Koranen, som "jinner" (arabisk). Det er onde ånder, der er usynlige, men de har visse menneskelige egenskaber. De kan være direkte årsag til sygdom og i nogle tilfælde slå mennesker ihjel. I mange kulturer vil kvinder traditionelt opfattes som værende urene og meget sårbare den første måned efter fødslen, og de skal holde sig indendøre. Perioden har også et navn i flere kulturer, fx hedder den på tyrkisk: "Lohusa". Der er ofte forbundet helt specielle kosttraditioner til denne periode, se ovenstående. De to følgende beskrivelser af onde ånder knytter sig også til denne periode, hvor spædbarnet ligeledes er meget sårbart.

#### "Alkarisi" eller "Albasmasi"

Er det tyrkiske ord for en fødselsheks, der kan angribe både mor og barn i op til 40 dage efter fødslen. Heksen kommer ofte i mørke, og når mor og barn er alene. Den får kvinden til at sove, og stikker hånden ind i kvindens mund og trækker leveren eller lungerne ud. Kvinden må derfor ikke være alene. Andre ting, der beskytter mod heksten, kan være at have lyset tændt om natten eller at have Koranen, amuletter eller en skarp genstand under hovedpuden.

#### "Pham Nhan"

Er et vietnamesisk ord for en ond ånd. Ånden skader kvinderne, og gør børn syge eller stjæler dem. Det er især barselskvinder og nyfødte børn, der er udsatte. Man kan beskytte sig mod ånden på samme måde som tidligere beskrevet med amuletter, klæde barnet på i gammelt tøj og/eller dække barnets fontanelle med en hat, da den bløde plet gør det lettere for en ånd at komme ind og ud.

### 4.2.2 "Det onde øje"

Det onde øje er en ubevidst skadelig kraft i mennesker, som virker gennem blikket, ofte kvinders blik. Det er en forestilling, der har eksisteret meget længe, og den har været udbredt i store dele af verden blandt jøder, kristne, muslimer, hinduer og andre. I dag er den opfattelse stadigvæk udbredt, bl.a. i nogle muslimske lande. På arabisk kaldes "det onde øje": "El áyn" og på tyrkisk: "Nazar". Det er især kvinder, som ikke selv har børn, der kan kaste "det onde øje" på et barn.

Det onde øje sætter sig på barnet og giver sygdom. Det kaldes også misundelsens øje. Blikket og eventuelt rosende ord aktiverer de onde kræfter. Børn er særligt udsatte for at blive ramt af "det onde øje". Der er flere måder, at beskytte barnet mod "det onde øje". Fx kan man skjule barnets skønhed ved at klæde det på i gammelt tøj, give barnet et grimt navn, tegne barnet i ansigtet, hænge amuletter på barnet ("Blå øjne" er tyrkiske amuletter) eller have en metalting liggende i vuggen.

I bogen "Pakistanske indvandrerkvinder fortæller" beretter nogle kvinder, at det ikke gør noget, at fx sundhedsplejersken roser deres barn. De ved, at der ikke er samme tradition i Danmark, og at sundhedsplejersken derfor ik-

ke roser barnet af ond vilje. Andre af de interviewede pakistanske kvinder mener, at "det onde øje" rammer deres barn, hvis sundheds-

plejersken roser barnet. Så man er nødt til at forhøre sig i den enkelte familie, hvilken betydning det har for dem.

## 5 Ændringer i kostvaner ved migration

### 5.1 Indledning

Migration påvirker de traditioner og vaner, som flygtninge og indvandrere har med sig. Ikke alle reagerer ens. Nogle vil i vid udstrækning fastholde traditioner og vaner, an-

dre inspireres hurtigt af de vaner, det nye land har, og nogle mister fuldstændigt normer og værdier omkring mad og måltidsvaner.

### 5.2 Amning

En undersøgelse (1) fra Socialforskningsinstituttet af børn født i 1995 viste, at for 91% af børn fra etniske minoriteter mod 96% af danske børn lykkes det at etablere amning. Bortset fra somaliske mødre, lykkes det lidt sjældnere at etablere amningen hos andre nationaliteter end hos danske. Det ser desuden ud til, at efter 3 måneders alderen falder andelen af børn, der fortsat ammes lidt hurtigere hos minoritetsbørn end hos danske børn. I overensstemmelse med en tidligere undersøgelse af 398 børn i Københavns kommune fra 1992 (2), er der ikke tale om sikre eller markante forskelle på ammevarighed. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at spædbørn udelukkende ammes til 4-6 måneders alderen, men da det ikke fremgår af undersøgelsen fra Socialforskningsinstituttet, hvor mange der ammes henholdsvis fuldt ud og delvist, er det ikke muligt at vurdere resultaterne præcist i forhold til anbefalingen. Da de danske spædbørn ikke i tilstrækkeligt omfang ammes fuldt ud, og der stadig er behov for at forbedre vilkårene for amningen af danske børn, kan undersøgelsen tyde på, at der er brug for mindst lige så megen støtte og vejledning til mødre fra de fleste andre kulturer.

En undersøgelse fra 1995 fra Rinkeby nær Stockholm i Sverige (3) har set mere detaljeret på ammeforløbet blandt forskellige indvandrergrupper og flygtninge, og netop fundet generelle forskelle i forhold til amningens længde og brug af tilskud til amningen blandt grupperne. Således har de efterfølgende kun-

net dele indvandrergrupperne op i følgende grupper.

1. Ammer længe, sjældent tilskud, få holder op med at amme før 4 måneders alderen (Eritrea, Nordafrika, Irak, Øvrige Asien, Mellemøsten (Libanon og Syrien)).
2. Ammer længe, begynder med modermælkserstatning tidligt, få holder op med at amme før 4 måneders alderen (Somalia, Øvrige Afrika, Tyrkiet).
3. Ammer kort, sjældent tilskud ved to måneders alderen (Grækenland, Latinamerika, Sverige, Iran, Østeuropa, Finland).

Indvandrergruppernes ammemønster ligner grundlæggende de mønstre, der kendes fra deres oprindelsesland. Men andre svenske undersøgelser (4, 5) viser, at de oftest ammer i kortere tid, end de ville have gjort i hjemlandet.

Undersøgelser i andre lande har givet lignende resultater. En norsk undersøgelse af børn født i 1991 og 1992 viser et amningsforløb for tyrkiske indvandrere svarende til den svenske beskrivelse (6). Flere undersøgelser blandt sydøstasiatiske indvandrere i USA viser, at ammeperioden generelt er kortere end i deres oprindelseslande (7).

Kvalitative studier og erfaringer fra sundhedspersonale kan pege på mulige årsager til disse ændringer med kortere ammeforløb og mere tilskud i form af bl.a. modermælkser-

statning og vællinger blandt indvandrere i det nye land i forhold til i det gamle. Der er ikke een forklaring, der dækker alle, men en kombination af flere forhold. Der er en tiltro til, at modernælk er godt for barnet, men tilskud af modernælkserstatning anses af nogle for næsten lige så vigtigt. Det kan give tykke børn,

som opfattes som tegn på sunde børn. Modernælkserstatning er for nogle indvandrere blevet mere tilgængeligt og overkommeligt i pris i det nye land. Samtidigt kan det af nogle opfattes som højere status at give modernælkserstatning, svarende til middelklassestatus og bybefolkning i hjemlandet (8, 9).

### 5.3 Anden kost til spædbørn og småbørn

I spørgeskemaundersøgelsen blandt sundhedsplejerskegrupper i Danmark (se bilag 1, 2 og 3) peges på ensidig kost som et problem, der ses blandt alle de indvandrer- og flygtningegrupper, der besøges. Generelt drejer det sig om for meget mælk og mælkeprodukter, især når sødmælk gives i flaske og overgangskost introduceres sent, og for mange søde sager, fx søde drikke og kiks. Der er dog forskelle mellem de forskellige etniske grupper, se bilag 3, ligesom der også vil være forskelle inden for grupperne.

Principperne fra den kost, der gives i hjemlandene, afspejler sig i den kost, de etniske spædbørn og småbørn får i Danmark. Nogle af disse principper er ikke i overensstemmelse med anbefalinger for spædbarnskost herhjemme og fra WHO, der anbefaler at børn ammes (uden tilskud) de første 4-6 måneder, og først herefter bør anden mad introduceres. Måske fordi amningen ikke foregår i så lang tid som i hjemlandet, og mælk og mælkeprodukter samt søde sager er mere tilgængelige og overkommelige i pris, kan kosten blive mere ensidig og mangelfuld her end i hjemlandet. Dertil kommer at det at give børnene slik og andre sukkerholdige sager, er en måde som forældre og bedsteforældre bruger til at forkæle deres børn med i den bedste mening. Man er ikke opmærksom på de uheldige ernæringsmæssige konsekvenser af en ensidig kost med lavt indhold af næringsstoffer som vitaminer og mineraler. Man er tilsyneladende heller ikke bevidst om, at det kan være årsag til mange huller i tænderne.

Udenlandske undersøgelser støtter disse resultater. En engelsk undersøgelse (10) blandt pakistanske mødre viste, at kun få af de pakistanske børn stoppede med at få flaske før toårs alderen. Flaskerne indeholdt ofte sødet mælk eller andre søde drikke. En svensk undersøgelse (11) der sammenligner svenske børn, græske indvandrerbørn i Sverige og græske børn i et landdistrikt i Grækenland i alderen 1-7 år viser, at både de græske børn og de græske indvandrerbørn spiste meget sukker, mens de græske indvandrerbørn spiste mindre frugt og grønt end både de svenske og de græske børn. En lille norsk undersøgelse (6) har påvist jernmangel og jernmangelanæmi i en gruppe af tyrkiske spædbørn og en gruppe af andre indvandrerbørn, men ikke i den tilsvarende gruppe norske børn (alle børn var 1 år). De norske børn fik i større udstrækning grovbrød, leverpostej, kød og fisk, mens de øvrige i højere grad fik mere ris og grønsager. De tyrkiske børn fik desuden flere snacks, som kunne være frugt, men også slik, kiks, kager mm. Der var ikke forskel på indtaget af mælk, selv om den tyrkiske gruppe var yngre, da den startede med at få komælk. Indtag af leverpostej, kød og fisk samt amning i 6 måneder eller mere var mest konsistent relateret til positiv jernstatus. At indtaget af kød kan have betydning for jernstatus støttes af en dansk undersøgelse blandt danske spædbørn (12). Derfor er det ikke kun et spørgsmål om indtaget af mælk og mælkeprodukter samt søde sager, men også at kostens sammensætning i øvrigt har betydning for ernæringsstatus.

En dansk oversigt fra 1990 (13) pegede på de samme problemer med overgangskosten tilbage i 70'erne og 80'erne. Ligesom nu fandtes der heller ikke dengang undersøgelser, der kunne vise problemernes omfang blandt ind-

vandrergrupperne. Men at det stadig er udbredt, bekræfter ovennævnte svar fra sundhedsplejerskegrupperne. De omtalte kostproblemer ses i alle de etniske grupper, blot har vi ikke et mål for, hvor ofte det ses.

## 5.4 Ændringer i fødevalg

### Model for kostændringer

Det er ikke nemt at ændre folks kostvaner i hvert fald ikke bevidst i en sundere retning. Det vil de fleste ernæringsoplysere og –vejledere kunne bekræfte. Alligevel ændrer de fleste mennesker kostvaner i løbet af deres liv. Hvordan ændringerne former sig afhænger dels af den fortid, man har haft, og dels af de påvirkninger, man får undervejs.

Der er en tæt sammenhæng mellem identitet og kostvaner. Nogle måltider og nogle dele af måltidet har større betydning for den kulturelle og personlige identitet end andre. Afhængig af hvor meget den enkelte ønsker at holde fast i sin etniske og kulturelle identitet,

er der forskel på, hvor hurtigt de forskellige dele af kosten vil ændres ved migration. En tyrkisk forsker bosiddende i Sverige, har opstillet en forenklet model, som man kan tage udgangspunkt i, når man vil beskrive forskellige kulturers kostvaner og ændringer i disse kostvaner ved migration (14).

De fødevarer, som måltiderne består af, deles op i 2 hovedgrupper: Basisfødevarer og tillægsfødevarer. Basisfødevarerne deles yderligere op i to grupper nemlig: Hovedbasisfødevarer og kompletterende fødevarer. I tabel 5.1 ses hvilke typer af fødevarer, der hører under hver af de nævnte grupper.

**Tabel 5.1:** Inddeling af fødevarer i tre grupper (Kocktürk–Runefors, 1995)

Basisfødevarer		Tillægsfødevarer
Hovedbasisfødevarer	Kompletterende fødevarer	
Kartofler Ris Brød, hvede, rug Pasta	Kød/fisk/æg Mælkeprodukter Grønsager Bælgplanter	Fedtstoffer Krydderier og krydderurter Slik, kager, desserter Nødder og frø Frukt Drikkevarer

Ifølge modellen har de tre grupper forskellig betydning for identiteten. Hoved-basis-fødevarerne har den centrale placering, de kompletterende fødevarer er sekundære, mens tillægsfødevarerne er tertiære. Tillægsfødevarerne er dermed de fødevarer, som lettest kan udskiftes med andre, uden at det opleves, at måltidet er grundlæggende ændret.

Hver madkultur kan karakteriseres ved hvilke fødevarer, der er de mest brugte inden for hver af de tre grupper.

Ifølge modellen vil det ofte være tillægsfødevarer, der først ændres i indvandreres kost. Dernæst kan de kompletterende fødevarer byttes ud med andre varianter fra den nye kultur, mens hoved-basisfødevarerne er de, der bevares længst i indvandrerens kost. Først når de ændres, er der tale om en ændring til en anden madkultur.

Men selv om ændringerne i brugen af tillægsfødevarer og de kompletterende fødevarer ofte ikke mærkes som egentlige kostændringer af den enkelte person, så kan der være tale

om ændringer, som kan have ernæringsmæssig betydning.

#### **5.4.1 Ændringer i måltidsmønstre**

Man ser også at måltidsmønstre ændrer sig i nogen grad som følge af migration til et vestligt land. Også her har det betydning hvor meget det enkelte måltid er bærer af den kulturelle identitet, og i hvor høj grad man ønsker at bevare den. Der er naturligvis et samspil mellem ændringer i måltidsvaner og ændringer i brugen af de enkelte levnedsmidler. Ifølge samme svenske forsker sker der først det, at småpiseri imellem måltiderne øges. Herefter kan der ske ændringer i morgenmæden, der ofte er det måltid, der er mindst knyttet til den kulturelle identitet. Frokosten ændres dernæst, oftest som følge af, at det er ved frokosten, der er størst kontakt mellem indvandrere og det nye land. Ved aftensmæden derimod søges de traditionelle vaner bevaret. Tilsvarende ændres måltidsvaner og kostvaner mere på hverdage, mens der i weekender, ferier og på fridage, samt især på helligdage gøres mere ud af de traditionelle måltider.

#### **5.4.2 Eksempler på kostændringer**

En lille undersøgelse (15) blandt iranske og eritreanske kvinder i Sverige, bl.a. udført af "ophavsdamen" til ovennævnte model giver dog begrænset støtte til modellen. Kostændringer blev undersøgt blandt iranske og eritreanske kvinder i Sverige. Ændringer var sket inden for alle tre grupper af fødevarer. Det konkluderes desuden i undersøgelsen, at tilgængeligheden af og prisen på fødevarer ser ud til at være det, der styrer kostændringerne mest. Dertil kommer tiden, det tager at lave de forskellige måltider, samt børnenes ønsker om - i dette tilfælde - svensk mad. Den lille undersøgelse var dog ikke repræsentativ, og man havde ikke en tidsfaktor med inde for, hvor længe indvandrerne havde været i landet som mulig forklaring for udviklingen i kostændringerne.

Den skitserede model mangler derfor stadig at blive af- eller bekræftet, og kan foreløbig bruges som udgangspunkt for studier af forskellige madkulturer og ændringer heri. At også andre faktorer spiller ind og har betydning for, hvordan kostændringerne konkret udformer sig, tyder en række andre små undersøgelser fra forskellige europæiske lande på. En undersøgelse i Storbritannien (10) viste som den svenske, at ændringer primært kan skyldes praktiske årsager i kombination med graden af betydning for identitet. Desuden havde graden af kontakt med personer fra det nye land betydning. En hollandsk undersøgelse (16) blandt ældre indiske kvinder viste tilsvarende, at nødvendigheden for at skifte til andre fødevarer i kombination med hvor stærkt den pågældende fødevarer er bærer af identitet for den pågældende, er væsentlige parametre. Ændringen i fødevarer valg skete også under indflydelse af: - Hvor stor forskel der er på madkulturerne, - årsagen til indvandringen, - om man kommer alene eller med familie, - hvor længe man regner med at blive i landet, - placering i livsforløbet, - tilgængeligheden af madvarer, herunder pris, - ændret levestandard, - nye omgivelser fx andre temperaturer, anden fysisk aktivitet, andre interesser og andre påvirkninger. Denne undersøgelse viste bl.a., at kvinderne ikke brugte så megen olie som tidligere, fordi budskabet om at fedt ikke er godt for sundheden, var kendt samtidig med, at madolien ikke blev opfattet som en vigtig ingrediens i madlavningen i denne kultur. En tredje undersøgelse (17) peger også på, at sociokulturelle forhold kan påvirke, hvordan man i praksis reagerer på oplysninger om de kostvaner, man har. Fx kan tidligere påvirkninger, hvor smør eller spiseolie har haft en høj status i hele ens opvækst, have betydning for om officielle kostråd følges.

Endelig har smagen af såvel de nye som de traditionelle fødevarer naturligvis betydning. Mange indvandrere spiser flere søde sager og snacks end tidligere efter indvandring til et vesteuropæisk land, og småpiseri bliver ud-



bredt. Omvendt vil traditioner for særlige smagskomponenter i retter bestå i længere tid, hvis det, der kan sættes i stedet, giver et mere kedeligt smagsindtryk i retterne i det nye land.

I ovennævnte undersøgelse blandt iranske og eritreanske kvinder i Sverige oplyste begge grupper, at de spiste mere slik og søde sager samt flere snacks i form af chips og lignende, hvor snacks i hjemlandet havde været bønner, nødder og lignende. Undersøgelsen kan også tyde på, at begge grupper spiser flere animalske produkter og dermed mere animalsk fedt, og derfor har øget indtaget af mættet fedt. Undersøgelsen kan dog ikke fortælle om de aktuelle mængder, så derfor kan det kun sandsynliggøres, at det kan have en negativ betydning for sundheden.

En undersøgelse af kostvaner blandt etiopiske indvandrere i Israel (18) viste, at de havde øget deres energiindtag og også deres vægt efter indvandringen. BMI (Body mass index,

et mål for graden af undervægt/overvægt) var øget, men stadig inden for normalen i forhold til vestlig målestok. Ifølge deltagerne i undersøgelsen, så er vægtstigningen ønskelig, idet det "ikke at være overvægtig" opfattes som en sundhedsrisiko. Indvandrerne havde været henholdsvis 2 og 18 måneder i Israel og det vurderes i undersøgelsen, at hvis de ændrede kostvaner med et øget indtag af fedt og sukker fortsatte, så ville der være risiko for udvikling af hjertekarsygdomme og især diabetes, som de etiopiske indvandrere er særligt disponerede for.

Det anslås, som omtalt i kapitel 2, at det er op mod 1/4 af de voksne pakistanere i Danmark, som har udviklet sukkersyge type 2. Den høje forekomst skyldes for det første genetisk disposition, som er meget høj bl.a. som følge af den udbredte tradition for at fætre og kusiner giftes med hinanden, og for det andet ændrede kostvaner og nedsat fysisk aktivitet i Danmark og den deraf følgende udvikling af overvægt og fedme.



## 6 Kostvaner blandt børn i forskellige kulturer

En del flygtninge- og indvandrerfamilier kommer fra udviklingslande, hvor høj spædbarnsdødelighed er et stort problem. Mange børn dør af diarre og underernæring. Det medfører et andet sundhedsideal, end det vi har i den vestlige verden. Fx er det udbredt at mene, at et sundt barn er et stort og tykt barn. I nogle kulturer er det ligefrem ensbetydende med høj status at være overvægtig (udfra vestlig indstilling). Det gælder også større børn og voksne.

Det vil ofte være kvindernes opgave og ansvar at opdrage børnene. En kvindes succes med det spæde barns pleje kan for nogle bl.a. aflæses af, om barnet er tykt. Det er forskelligt, hvor kvinderne har deres viden om spædbørnspasning fra, men gennemgående er det fra deres egne mødre, svigermødre og andre slægtninge. Nogle kvinder vil have deres viden fra læger og andet sundhedspersonale. Andre kvinder vil kombinere traditioner fra deres familie med viden fra sundhedsvæsenet.

I kapitel 7 vil forskellige landes/kulturers kosttraditioner blive beskrevet hver for sig. For de 10 største flygtninge- og indvandrer-

grupper i Danmark er der desuden indenfor hver kultur søgt oplysninger om følgende i deres oprindelsesland:

- Ammetraditioner
- Hvornår gives tilskud til amningen og hvilket tilskud anvendes?
- Gives kolostrum?
- Hvornår får barnet overgangskost?
- Typisk overgangskost
- Hvornår spiser barnet som resten af familien?
- Drikkevaner

Ligesom for resten af familien vil spædbørns kost være afhængig af, om familien kommer fra et landområde eller en storby, men der er mange lighedspunkter fx mellem landbefolkninger i Tyrkiet og den urbaniserede befolkning og indvandrere, der kommer fra landet. Kosten er desuden afhængig af den økonomiske status og uddannelse i familien. Det har været svært at finde alle relevante oplysninger. Det følgende er et kort sammendrag af nogle kosttraditioner, der går igen i flere kulturer.

### 6.1 Kolostrum (råmælken)

I mange af de kulturer, der beskrives i det følgende, er det almindeligt ikke at give råmælken til det nyfødte barn. Råmælken anses af nogle for at være uren, at smage grimt, at være svær for barnet at fordøje eller at kunne give barnet diarre. I nogle kulturer vil kvinden ikke amme sit barn, før ca. 3 døgn efter fødslen. Andre vil amme i løbet af det første døgn, men måske malke den første mælk ud og smide den væk (fx nogle somaliske kvinder).

Barnet får så i stedet tilbudt sukkeropløsning, honning, modermælksstatning, urtevand eller andet. Nogle af tilskuddene mener man, vil rense barnets tarmkanal. Det ses også i nogle kulturer, at barnet får mælk fra en anden kvinde (en nabo eller en veninde) de første par dage. Traditionerne bliver oftest videreført i landområder, mens kvinder i storbyer også påvirkes af sundhedspersonalets holdninger.

## 6.2 Introduktion af tilskud til amning og af overgangskost

I mange kulturer er det almindeligt at give tilskud til amningen meget hurtigt i form af vand, urtete, te, modermælkserstatning eller fortyndet ko-, gede- eller kamelmælk. En del af det tilskud, der bliver givet, vil også være sødet med sukker eller honning. I mange lande vil det kun være den velstillede del af befolkningen, der har mulighed for at købe modermælkserstatning. I de fleste udviklingslande ses et ensartet ammemønster, nemlig at kvinder fra landsbyer traditionelt ammer i længere tid end kvinder i byerne, og i byerne er det kvinder fra den laveste socialgruppe, der ammer længst. Desuden er der en tendens til, at man i flere kulturer kommer sent i gang

med at give børn en tilstrækkelig overgangskost, nogle steder først når barnet er mellem 1 og 2 år. Det vil ofte være børn fra landsbyer, der kommer sent i gang. Nogle børn går nærmest direkte over til at spise familiens mad uden en egentlig periode med overgangskost. På den anden side er det også meget almindeligt, at starte med at lade barnet smage alt muligt forskelligt, fx juice eller æggeblomme, fra de er et par måneder gamle for at vænne barnet til anden mad, men det er små mængder ad gangen. Nogle kvinder vil holde op med at amme, når de bliver gravide igen. Nogle stopper da med at amme, fordi de mener, at deres mælk bliver dårlig, fx sur.

## 6.3 Vitaminer og mineraler

En del flygtninge- og indvandrerfamilier er ikke vant til, at give deres børn vitamintilskud. Det er især familier fra landsbyområder. D-vitamin dannelsen sker normalt i huden ved ultraviolet bestråling fra dagslyset. Det sker i tilstrækkelig grad for børn fra lande med mange solskinstimer, hvis børnene er ude og ikke er tildækket på ansigt, arme og ben. I Tyrkiet ses mange børn med rakitis, og officielle skrivelser anbefaler, at man giver små børn D-vitamin dråber. I Danmark forstærkes behovet for at give D-vitamin-tilskud. I begge lande er indtaget gennem kosten ofte ikke tilstrækkelig, og dannelsen af D-vitamin i huden sker kun ved sollys af bestemte bølgelængder. Aftagende solhøjde (aften, vinter og høje breddegrader) vil forskyde sammensætningen af sollyset således, at D-vitamin ikke dannes. Det betyder her i Danmark, at vi kun kan danne D-vitamin fra april til og med september ved hjælp af solen. Heldigvis lagres det D-vitamin, vi danner, i adskillige måneder, men for at sikre spædbørnene er det nødvendigt at give dem tilskud.

I tilknytning hertil vil det også være nyt og anderledes at skulle give sit barn jerndråber, selvom jernmangel er en meget almindelig mangelsygdom i mange kulturer. Sort te, som nogle børn får helt fra spæd kan hæmme optagelsen af jern i kroppen, men det store problem er nok, at overgangskosten ikke er varieret nok, eller barnet starter meget sent med egentlig overgangskost. Selvom kostvejledningen i Danmark tager udgangspunkt i varieret overgangskost, anbefaler Sundhedsstyrelsen jerndråber eller 400 ml jernberiget modermælkserstatning til alle børn fra de er 6 måneder til 12 måneder, fordi børn i den alder har svært ved at spise tilstrækkelige mængder af de jernholdige madvarer.

Som beskrevet i kapitel 2 om kold/varm-balancen kan denne opfattelse også have indflydelse på ønsket om at give barnet D-vitamin og jerndråber. For det meste vil vestlig medicin være varm, hvilket også kan gælde vitamin- eller mineraltilskud. Derfor kan man møde familier, der ikke ønsker at give deres barn vitamin- eller mineraltilskud, fordi bar-

net vil få for meget varme tilført kroppen og dermed blive syg.

#### 6.4 Vitaminberigede kiks og andre produkter

I mange lande udenfor Nordeuropa er det almindeligt at bruge vitaminberigede kiks til børn, og det anses for at være et sundt tilskud. Kiksene indeholder ofte meget sukker og kan indeholde forskellige vitaminer og mineraler. Fx "Bebe bisküvi" fra Tyrkiet indeholder 9 forskellige vitaminer og mineralerne jern og calcium. Kiksen opblødes i mælk, kogt vand eller te. Den gives ofte i sutteflaske eller som grød, som morgenmad eller mellemmåltid. I nogle kulturer vil det være almindeligt at give et barn på 6 måneder kiksevælling flere gange i døgnet.

I Danmark er kiks ikke vitaminberigede og anses ikke for at være optimalt for spædbørn. Sammensætningen af de vitaminberigede kiks er ikke tilpasset et spædbarns behov, så kiksene eller kiksevælling kan ikke erstatte modermælk eller modermælkserstatning i sutteflasken. Andre steder i verden, hvor varieret kost i overgangsperioden ikke er mulig, kan det ikke udelukkes, at børnene kan have gavn af tilsatte næringsstoffer i kiks. Vitamin- og mineralberigede kiks bruges visse steder som nødhjælp. De vitamin- og mineralberigede kiks købes i etniske butikker eller hentes hertil. Man bør læse varedeklarationen, da kikse-

ne har forskelligt indhold og nogle indeholder honning (i Danmark fraråder Sundhedsstyrelsen honning til børn under 1 år). De fås også med diverse frugt- eller chokoladesmag.

Industrifremstillet vælling/grødprodukter: Cerelac er et velkendt navn blandt sundhedsplejersker, der kommer hos flygtninge- og indvandrerfamilier. Det er et produkt fra Nestlé, der både findes i form af modermælkserstatning og af grød. Grøden svarer til Nestlé's risgrød i Danmark, men Cerelac er lavet på hvede i stedet for på ris. Derfor er produktet ikke lanceret i Danmark, idet Cerelac er glutenholdigt og anbefales på pakken til børn fra 4 måneders alderen. Cerelac gives til børnene som overgangskost, da mange kvinder kender produktet fra deres hjemland.

Der findes sikkert mange andre eksempler på importeret børnemad. Familiene føler sig trygge ved noget, som de kender eller har fået anbefalet af andre i familien. Sundhedsplejersken kan bede om at se pakningen på det, som børnene får at spise, men da indholdet ikke altid er til at tyde, kan man ofte ikke sige andet til familien, end at det ikke kan anbefales at give det til barnet.

#### 6.5 Måltidstraditioner

Der er mange forskellige måder at spise på. I mange kulturer vil børn blive madet længe - op til 3 års alderen. Det er der sikkert forskellige årsager til, men i hvert fald vil en grund være, at man ikke ser barnet som et lille individuelt væsen, men som en del af familien/kollektivet, som barnet skal opdrages til at værdsætte (se kapitel 8). Det betyder bl.a., at fokus ikke direkte er rettet mod at styrke det enkelte barns motoriske udvikling ved fx tidligt at lade barnet øve sig i at spise med ske. At made barnet er umiddelbart lettere end at

lade barnet øve sig i at spise selv, og det sviner, når barnet skal øve sig. Kvindens rolle er traditionelt at passe børnene, huset og lave mad til hele familien, så hun kan have meget at se til. Desuden kan det at made et barn også være en måde at vise omsorg overfor barnet på.

Nogle har tradition for at barnet lægges på en pude eller sættes i en skråstol og makes med ske eller sutteflaske, indtil barnet kan sidde selv. Når barnet kan sidde selv, breder nogle

et stort klæde ud på gulvet, og barnet sættes foran moderen og mades. Nogle familier sidder på puder, som er placeret på gulvet og spiser, og hele familien spiser måske af samme fad eller skål. I nogle kulturer vil spiseredskabet være ske, og andre igen spiser med pinde eller bruger fingrene eller brød som spiseredskab.

I mange danske familier sættes rammer omkring det lille barn. Voksne bestemmer, hvornår barnet har godt af at sove, spise osv. I an-

dre kulturer sættes ikke så mange rammer omkring det lille barns liv. Barnet får mad, når det er sultent, og det falder i søvn, når og hvor det bliver træt osv.

Sutteflasker er ikke så almindelige udenfor storbyer i nogle lande. Derfor vil mange børn blive madet af kop eller ske fra de er helt spæde. Andre mader deres børn med højre hånd, og ofte får flere børn mad fra samme tallerken.

## 7 Kostvaner i forskellige kulturer og områder

Beskrivelser af kostvanerne i et land eller område bliver nødvendigvis meget generelle. I de beskrevne lande kan der være enorme forskelle i kostvanerne - formodentlig endnu større forskelle, end der typisk er i danskernes kostvaner - mellem beboere i storbyer og i landdistrikter, mellem unge og gamle, mellem rige og fattige, mellem intellektuelle og ikke-uddannede osv.

Men der er også som regel nogle fællestræk, som gør, at man overhovedet kan tale om et lands eller områdes madkultur. Beskrivelserne i det følgende skal betragtes som en overfladisk indføring i nogle typiske måltidsmønstre, retter og fødevarer i de dele af ver-

den, hvorfra Danmark har flest indvandrere eller flygtninge. Der er taget udgangspunkt i den nordiske rapport ”Mat och Indvandring i Norden” (5), men denne tekst er suppleret med nye oplysninger om især overgangskost blandt spædbørn. Referencerne hertil kan ses side 70 eller kommenteres i teksten.

*Det skal understreges, at beskrivelserne ikke kan bruges til at definere, hvordan en persons kostvaner er alene ud fra den oprindelige nationalitet. I de konkrete tilfælde må man spørge sig frem. Beskrivelserne kan være en hjælp til at få stillet de rigtige spørgsmål.*

### 7.1 Det tidligere Jugoslavien

Madtraditionerne i området minder meget om traditionerne i de nærliggende lande. Specielt i de nordlige egne minder maden om Italien, Østrig og Ungarn, men specielt i de sydlige egne er der også indflydelse fra Grækenland og Tyrkiet. Området kendetegnes af en stor blanding af forskellige etniske grupper og religioner. De vigtigste religioner er kristen-ortodoks (specielt i Serbien og Makedonien), katolicisme (specielt i Kroatien og Slovenien) og islam (specielt blandt albanere og dele af Bosnien).

#### 7.1.1 Amning og overgangskost

Til dette afsnit er der kun indhentet oplysninger om forhold for albanere og bosniere i det tidligere Jugoslavien.

##### Bosniere

Børn i Bosnien ammes typisk til de er 6-8 måneder. Amningen kan komme sent i gang, da nyfødte børn kan være adskilte fra deres mor i op til flere døgn på hospitalet. Nogle børn ammes fuldt ud, men de fleste børn får kamillete en til flere gange om dagen, ofte tilsat sukker eller honning fra barnet er ca. 3

måneder. Derudover kan gives tilskud som modernælkserstatning (dyrt), risvælling kogt på vand eller kiksevælling (det kan være vitaminberigede kiks).

Fra barnet er ca. 3 måneder tilberedes ris og kiksevælling med mælk, og nogle begynder at få mannagrynsvælling, der koges med sukker. Mange børn vil også starte med overgangskost i den alder, som fx supper kogt på kylling, kalvekød eller ben, grønsagsmos eller æg. Banan, abrikos eller frugtjuice med vand tilbydes også barnet. Overgangskosten vil ofte være anderledes i storbyer og typisk gives fra barnet er omkring 4 måneder. Grønsagsmos vil være det første sammen med friskpresset frugt- eller grønsagsjuice. Grød gives fra 6 måneder, evt. med frugtmos. Især i landsbyerne er det normalt at give et 6 måneders barn kiksevælling flere gange i døgnet, måske tilsat saftevand, presset appelsinsaft eller banan og æggeblomme. Derudover gives et par skemåltider med grønsagsmos evt. med kød, suppe eller frugtmos. Drikkevarer: Saft, vand eller kamillete enten med ske eller i sutteflaske. Barnet får familiens kost fra 1 års alder.

ren. Et barn vil ofte få A- og D-vitaminer fra fødslen og op til 1 år, og derefter kan gives fiskeolie til svage børn om vinteren.

### **Albanere**

Albanerne i Danmark, kan enten være kommet som indvandrere fra forskellige dele af ex-Jugoslavien, fx Makedonien, eller som flygtninge. De albanske flygtninge kommer især fra Kosova og Makedonien.

Det har ikke været muligt at finde litteratur om albaneres kosttraditioner til børn, men sundhedsplejerske Karen Melgaard har foretaget kostinterview i to albanske indvandrerfamilier, hvor 3 generationer boede sammen. Familierne stammede fra landsbyer i Makedonien. Det familierne fortalte, er enslydende med, hvad der er beskrevet under bosniere. Bedstemødrene oplyste dog, at deres børn blev ammet, fra de var nyfødte. På landet er det ikke så almindeligt med sutteflaske, så der bruges ofte kop til børn i stedet for. De kunne bekræfte, at børn i Makedonien i dag anbefales et vitamintilskud.

Desuden har sundhedsplejerske Vivian Lauridsen haft lejlighed til at interviewe 3 albanske familier fra henholdsvis Kosova og Albanien: Råmælken gives ikke til det nyfødte barn. Børn ammes gerne mere end 1 år. På landet er det almindeligt at lade en anden kvinde overtage amningen, hvis mor er syg eller væk fra barnet. Supplement til amningen er ofte komælk tilsat sukker eller honning, da modernælkserstatning er dyrt. Vitaminberiget kiks kendes i Kosova. I Kosova gives vitamindråber og jern til barnet fra fødslen. Overgangskost ligner det beskrevne under bosniere. Barnet får lov til at spise selv fra 1½ års alderen. Sutteflaske gives meget længe til børnene, nogle får flaske op til skolealderen.

### **7.1.2 Familiens måltider**

Måltidsmønsteret skifter afhængigt af årstiderne og mellem storbyer og landsbysamfund. Eksemplerne er ret typiske for storbyerne:

**Morgenmaden** består ofte af et meget let måltid med kaffe. Børn spiser oftest mere: brød med smør og marmelade samt varm mælk.

**Frokosten** er dagens hovedmåltid. Den begynder ofte med suppe, derefter følger kød- eller fiskegryde. En portion ost eller en osteret (fx gratinerede grønsager) serveres somme tider bagefter. Salater, der kan bestå af hvidkål, bønner eller henkogte grønsager, serveres altid til maden. Desserten består oftest af frisk frugt eller frugtkompot. Til maden spises altid hvede- eller majsbrød. Man drikker vin eller *spricer* (vin blandet med mineralvand).

**Eftermiddag:** Efter arbejdsdagens afslutning er det almindeligt, at man sammen med venner eller familie spiser et ret stort mellemmåltid, som kan bestå af små grillede kødretter, forskellige typer ost, brød, henkogte grønsager m.m.

**Middagen** er et mindre måltid, som spises ved nitiden om aftenen. Det kan være rester fra frokosten eller en pastaret med salat, efterfulgt af frugt.

### **7.1.3 Fødevarer**

**Brød og kornprodukter:** Både hvede- og majsbrød anvendes. Brød er med ved ethvert måltid. Majs bruges også til grød. Andre kornprodukter er ris, pasta og nudler samt brød- og kartoffelboller (*knedla*). Tynd hvede-dej bruges til fremstilling af forskellige typer pirogger (*burek*), der fyldes med ost, kød, grønsager og/eller sødt.

**Grønsager:** Variationen fra nord (kartofler, hvidkål) til syd (aubergine, squash, græskar, peberfrugt, grønne bønner, spinat) er stor. Svampe findes i visse områder. Nogle grønsager spises rå (fx løg, hvidløg, agurk). Mange grønsager (fx hvidkål, agurk, peberfrugt) gøres mere holdbare med henkogning med eddike (*turshu*). Grønsager bruges også i gryderetter, med eller uden kød.



Grønsager såsom peberfrugt, squash, vinblade og aubergine serveres ofte fyldt med kød (*sarma, dolma*). Kartoffler friteres også ofte.

**Bælgfrugter:** Hvide og brune bønner, røde og sorte linser, hestebønner m.m. bruges ofte som grønsager i gryderetter og supper. Kogte bønner serveres også som salat med olie og vineddike.

**Frugt og bær:** Al slags europæisk frugt forekommer i området. Der findes også bær i de nordlige dele og i bjergområderne. Området er kendt for sine blommer, som man laver desserter, syltetøj, vin og brændevin af.

**Mælk og ost:** Der findes ko-, gede- og fåremælk. Man spiser både *feta*, hytteost og lagret ost (*kashkaval*). Ost er meget populært og bruges også i gratinerede retter. Man kan også fritere eller stege den. Frisk mælk drikkes i visse områder, men betragtes som mest egnet til børn. Mange voksne foretrækker at drikke kærnemælk (*dhalti*) og spise yoghurt (*kos*). Yoghurt bruges også i madlavningen og som sovs. Fløde bruges i madlavningen.

**Kød, fisk og æg:** Afhængig af område bruges mest svine- eller lammekød. Oksekød, vildt (især i Slovenien) og kylling forekommer

også. Fisk er begrænset til kystområderne og til visse årstider. Kød bruges mest i gryderetter, som ligner den ungarske *gullasch*, eller grilles på spyd (*bosnien raznsici*). Grillet kød, serveret med stærkt krydrede sovs, fx *Aivar*-sovs, er en specialitet på udendørs spisesteder. Indmad spises også. I visse områder, specielt blandt albanere, anses lever for at være en delikatesse. *Kisela chorba* er en typisk kødsuppe, som man tilbereder af lammekød, kylling, grønsager, æggeblommer og fløde. Der er et stort udvalg af forskellige slags pølser, som man spiser sammen med kartofler og surkål. Der er også retter, som minder om wienerschnitzel og brød- og kartoffelboller som i Tjekkiet og Slovakiet.

**Fedtstoffer:** Smør, fedt, margarine, oliven-, solsikke- og majsolie.

**Sødt:** Der er et meget stort udbud af søde sager, inkl. østrigske fløde- og frugtlagkager og kager fyldte med nødder (fx *baklava*) i mere orientalsk stil. Der er desuden syltede frugter, hårde og bløde karameller og is.

**Krydderier:** Hvidløg, løg, citron, persille, mynte, oregano, basilikum, paprika, koriander m.m.

**Drikke:** Vand eller vin til maden. Tyrkisk kaffe. Blommebrændevin og rosévin.

## 7.2 Tyrkiet

95% af befolkningen i Tyrkiet er sunnimuslimer. Assyrere/syrere er en minoritet, der er tilhængere af den kristne ortodokse kirke. Udøvende muslimer følger islams madregler, se kapitel 3, og de vigtigste højtider i Tyrkiet er knyttet til den muslimske tro, fx ramadanen (fastemåned), hvor de rettroende muslimer undgår al mad og drikke i dagtimerne. Fasten brydes efter solnedgang ved, at man spiser oliven eller lidt salt og drikker et glas vand. Derefter spiser man et stort måltid (*iftar*), som sædvanligvis begynder med suppe og afsluttes med mælkebudding eller frugtkompot. Lige

før daggry spiser man også et måltid (*sahur*) for at kunne klare sig igennem dagen. I slutningen af ramadanen fejrer man en højtid (*seker bayrami*), som varer i tre dage. Man ser venner og familie og spiser mange søde sager. To måneder og ti dage senere fejrer man en anden højtid (*kurban bayrami*), der varer i fire dage. Alle, som har haft en god indtægt i årets løb, slagter et dyr - oftest et får - tidligt om morgenen den første dag i *kurban bayrami*. En tredjedel af kødet gives til venner og naboer, en tredjedel til de fattige. I højtiden spiser man meget kød og mange søde sager,

og man besøger venner og familie. Andre højtider, som fejres uanset etnisk eller religiøs tilhørsforhold, er nytårsaften og bryllup. Ved disse lejligheder er det almindeligt at spise en speciel risret (*jali pilav*) og kylling eller kalkun. Drengenes omskærelsesfest, som er en muslimsk skik, er også en vigtig højtid, hvor der kan serveres kalkun og ris.

### 7.2.1 Amning og overgangskost

Børn i Tyrkiet ammes traditionelt længe, gennemsnitligt til de er omkring 1 år. Mange nyfødte bliver først ammet efter et døgn. De fleste børn får tilskud til amningen fra begyndelsen. Nogle kun ganske lidt hver dag, for at vænne barnet til andet. Det første tilskud er vand eller sukkervand. Efter en måned vil mange børn få modermælkserstatning, komælk (ofte fortyndet og tilsat sukker) eller andet (fx mælk, sukker og rismel kogt sammen). Børn fra landsbyer ammes generelt i længere tid end børn fra storbyer.

Overgangskost får nogle børn fra 2 -3 måneders alderen, mens flertallet af børn først får introduceret overgangskost omkring 1 års alderen. Det er især børn fra landsbyerne, der begynder sent. Overgangskosten er i starten vælling/grød (mælk, sukker og rismel (eller andet stivelse som hvede eller kartoffelmel)), suppe, grønsagsmos, kiks (det kan være vitaminberigede kiks) eller brød dyppet i te, mælk, kogt vand, suppe eller yoghurt, frugtmos eller æggeblomme. Drikkevarer til børn er traditionelt te med sukker, frugtjuice, komælk eller yoghurt. Nogle børn får et par skefulde frugtjuice dagligt, fra de er omkring 2 måneder gamle.

### 7.2.2 Familiens måltider

Måltiderne varierer afhængigt af årstider og ugedage og mellem storbyer og landsbysamfund. De økonomiske forudsætninger er også forskellige og har betydning.

**Morgenmaden** er et lettere måltid med smør, brød, marmelade, oliven, fåreost og tomat eller melon. I weekenden kan morgenmaden

bestå af mere mad, fx. æg og forskellige typer pølse. Man drikker sødet te til morgenmaden. På landet er det om vinteren almindeligt, at man til morgenmaden spiser en tyk suppe af linser (*tarhana*) med brød og ost.

**Frokosten** er et lettere måltid. På landet kan den bestå af brød, fåreost, oliven, skalotteløg, kogt æg og yoghurt. Folk, der arbejder i store byer, spiser ofte ude. Frokosten kan bestå af en mindre portion grillet kød (*döner kebab*) eller grillede kødboller (*köfte*) eller hamburgere med pommes frites eller ris, salat og brød. Hjemme kan frokosten bestå af ostefyldte pirogger (*börek*), en kold grønsagsgryde, salat, brød, frugt og *ayran* (yoghurt blandet med vand) eller vand som drikke.

**Eftermiddag:** Efter skole- og arbejdsdagens afslutning er det almindeligt, specielt i børnefamilier, at spise et stort mellemmåltid bestående af marmelade, ost, brød eller saltede boller (*cörek*) og te.

**Middagen** er dagens hovedmåltid og serveres omkring klokken ni. En almindelig middag med familien indeholder oftest en grønsags- eller bønnegryde, nogle gange med kød, ris (*pilaf*) eller *bulgur* (forkogt, knust hvede), en kold grønsagsret, salat og brød samt frugt til dessert. Om vinteren indleder man ofte måltidet med suppe, efterfulgt af en gryderet med kød, ris eller brød og salat. Ofte spiser man budding til dessert. Hvis man har gæster til middag, byder man dem oftest på et *meze*-måltid, som består af mange små retter og strækker sig over lang tid. Både kolde og varme hovedretter serveres ofte flere timer inde i måltidet. Der drikkes stærk spiritus eller vin til.

### 7.2.3 Fødevarer

**Brød og kornprodukter:** Hvert måltid ledsages af hvidt, sprødt brød. Fladt brød (*pide*, *yufka*) forekommer også, specielt på landet. *Bulgur* (se side 42) er meget typisk for Tyrkiet. Man spiser også pasta og ris. En

meget populær pastaret i det centrale Anatolien er *manti*, som er en slags ravioli med hvidløgs- og yoghurtsovs. Man bruger tynd hvededej (*yufka*) til fremstilling af forskellige typer pirogger (*börek*).

**Grønsager:** Gulerødder, kartofler, aubergine, squash, peberfrugter, grønne bønner, spinat, artiskokker, friske hestebønner og mange andre grønsager anvendes. Grønsager er en meget vigtig del af madlavningen. Alle dagens måltider indeholder mindst én grønsag. Grønsager kan tilberedes med olivenolie eller anden olie og serveres kolde som vegetariske retter. Grønsager, fx aubergine, squash og peberfrugter, friteres og serveres med en sovs af yoghurt og hvidløg. Grønsager fyldes ofte med kød eller ris (*dolma*). Kartoffler anvendes i gryderetter eller friteres. Man anvender også grønsager i kødgryder (*tusulla*, *moussaka*, *yahni*) i salater, og desuden bruges henkogte/eddikesyltede grønsager (*tursu*). På landet er det almindeligt at soltørre grønsager til vinteren.

**Bælgfrugter:** Hvide og brune bønner, hestebønner, røde og sorte linser. Bælgfrugter anvendes ofte som grønsag i gryderetter og supper. En gryde med hvide bønner og lammekød (*etli kuru fasulya*) serveret med kogt *bulgur* (se side 42), *ayran* (se side 42) og frugtkompot til dessert er så populær, at den anses som værende en af tyrkernes nationalretter. Man serverer også kogte bønner som salat med olie- og citron-dressing.

**Frugt og bær:** Alle europæiske frugtsorter forekommer i området. Bær, med undtagelse af skov-jordbær og jordbær, er ualmindelige. De mest typiske frugtsorter er kirsebær, abrikoser, figner, druer og forskellige typer melon. Frisk og tørret frugt spises ofte som dessert eller mellemmåltid. Man anvender også frugt til syltetøj, marmelade og kompot.

**Mælk og ost:** Ko-, gede- og fåremælk findes. Man spiser både frisk ost (*beyaz peynir*) og lagret ost (*kahsar*, *gravyer*). Den mest

populære er fetaosten, som også anvendes i madlavningen som fyld til filodej eller i gratiner. Frisk mælk drikkes ikke af voksne og anses for at være mest egnet til små børn og som ingrediens i budding (en slags risengrød - *süllore*, *muhallebi*). Voksne drikker kærnemælk og *ayran* (se side 42). Yoghurt bruges som drikkelse, alene som ret, i madlavning og som sovs.

**Kød, fisk og æg:** Lamme- og fårekød, oksekød, kylling og indmad anvendes. Til gryderetter blander man en lille smule kød med mange grønsager eller bønner. Kødfars er mest anvendt, især i gryderetter og som kødboller. Retter, som hovedsageligt består af kød, kaldes *kebab* og kan have forskellige navne, alt efter hvordan de tilberedes. *Döner kebab* betyder ”spindende” eller drejende kød, *shish kebab* betyder kød på spyd. Man sætter stor pris på indmad, såsom mave, lever, hjerne, hjerte og fårehoved. Indtagelse af fisk er begrænset til kystområderne og er størst om vinteren. *Hamsi* (en slags sild), makrel, sværdfisk og muslinger er de mest almindelige arter. Fisk er dyrt. Mennesker, der bor inde i landet, er ikke vant til at spise fisk.

**Fedtstoffer:** Smør og margarine er de vigtigste fedtstoffer, men også majs-, solsikke-, soja- og olivenolie anvendes meget.

**Sødt:** Den mest almindelige dessert til hverdag er frugt. Man sætter stor pris på søde sager. De almindeligste søde sager er *yufka* og *kadayif* fyldt med pistacie- og valnødder (af *baklava*-typen) med en koncentreret sukkerlage. Mælkebuddinger (*muhallebi*, *sollac m.m.*), forskellige typer *helva* (nødder, sesampasta og sukker), syltede frugter og hårde og bløde karameller (*lokum*) er andre søde sager. Der findes også konditorier (*pastahane*), der som speciale tilbyder europæiske lagkager og desserter.

**Krydderier:** Hvidløg, løg, citron, dild, persille, mynte, oregano, basilikum, paprika.

Stærke, 'brændende' krydderier bruges sparsomt.

**Drikke:** Vand eller *ayran* (yoghurt blandet med vand) til daglig. Te med sukker til

mellemmåltiderne. Tyrkisk kaffe efter store måltider. Den mest typiske alkoholiske drik er *raki* (spiritus med anissmag).

### 7.3 Kurdere

Kurdernes fællesskabsfølelse er mere end noget andet knyttet til geografien, det nordlige Mesopotamiens bjergrige landskab. Kurdistan er ikke et anerkendt land, og følgende lande kontrollerer det kurdiske område: Tyrkiet, Irak, Iran, Syrien og det tidligere USSR. Det er således en meget stor spredt gruppe. Umiddelbart er det ikke lykkedes at finde meget litteratur om kurderes kost-traditioner til børn. Desuden er kurdere også en stor og meget forskelligartet gruppe, der nok er svært

at beskrive under et. Når man spørger grundigt ind til hver enkel kurdisk families kostvaner, vil det sikkert vise sig, at de har nogle vaner fra det land, som de har boet i tidligere eller måske en blanding mellem flere forskellige lande, som de har boet i. En gruppe på 12 tyrkiske kurdere fra Sverige er blevet interviewet om emnet, og deres beskrivelse svarer nogenlunde til den tyrkiske beskrivelse af amning og overgangskost.

### 7.4 Irak

Majoriteten i Iraks befolkning er af arabisk oprindelse. Ca. 45 procent af befolkningen er sunnimuslimer. Men der er også shiittiske arabere i Irak. Andre etniske grupper er kurdere og turkomaner, som sædvanligvis er sunnimuslimer. Der er også kristne armeniere og syrere og mindre grupper jøder.

*Ramadanen* (fastemåned) er den vigtigste højtid for alle muslimer. Den fejres på sædvanlig måde med faste i dagtimerne. Man bryder fasten efter solnedgang med et stort måltid (*iftar*), som indledes med et par dadler. Lige før daggry spiser man et måltid (*sahur*) for at klare dagen. I slutningen af ramadanen fejres *id al-fitr* i tre dage (jvf. tyrkernes bayram). To måneder og ti dage efter ramadanen fejres *id al-athta* i fire dage som markering af valfartens afslutning (besøg i Mekka, som skal gøres én gang i livet - *haddsch*). De, der har haft god indtægt i årets løb, slagter et dyr og deler kødet med de fattige. Ud over disse højtider fejrer kurderne i det nordlige Irak nytåret, *navroz*, og *döndüsene*, som falder sammen med forårsjævndøgnet den 21. marts.

Shiitter har specielle sørgedage, som tilbringes med bøn. Til disse regnes ramadanens 19. til 21. dag. På sørgedagene spiser man hverken søde sager eller nødder, og man spiser mindre mad end normalt. Derimod giver man mad og penge (almisser - *sadakha*) til de fattige. Brylluppet er en vigtig højtid, som fejres af alle uanset religion.

#### 7.4.1 Amning og overgangskost

Irak har været i krig i mange år, og der har efterfølgende været flere sanktioner mod Irak. Det betyder, at nogle former for madvarer er svære at få. Tidligere ville børn i storbyerne ofte få modermælkserstatning og industri-fremstillet grødprodukter (fx Cerelac (se side 37)). I Irak starter de fleste børn med at blive ammet. Nogle børn får sukkervand først. Man mener, at barnet derved får maven "i orden" inden amningen påbegyndes. I velstillede familier er ammeperioden ofte kort, mens der i landområderne ses en lang ammeperiode op til barnet er 1-2 år. Det er normalt at give tilskud til amningen fra barnet er et par måneder

gammelt. Tilskuddet kan være vand, komælk eller modermælkserstatning ofte tilsat sukker.

Overgangskost tilbydes nogle børn fra de er ca. 3 måneder, det vil typisk være i velstillede familier, mens børn fra landområderne ofte først får overgangskost, når de er mellem 12 og 18 måneder. Overgangskosten består af ris (grød), frugt (fx banan), æggeblomme, linse- eller grønsagssuppe, grønsagsmos, brød, kiks og/eller yoghurt. I landområder kan overgangskosten nogle steder kun bestå af ris og brød. I nogle områder af Irak introduceres saft fra kogt kød tidligt til børn, mens i andre dele af Irak vil børn først sent få kød, af frygt for, at kødet kan forårsage en ormeinfektion. Nogle mener, at for tidlig introduktion af fisk og æg kan give barnet eksem. Drikkevarer: Te, saft og/eller frugtjuice. I landområder bruges mere kop og glas til børn end sutteflaske.

#### 7.4.2 Familiens måltider

Kostvanerne ligner Tyrkiets, og mange retter har tyrkiske navne. Som i de fleste andre lande er der stor forskel på den mad, man spiser på landet og i storbyerne. Hverdagsmaden i en storby kan være følgende:

**Morgenmaden** er et vigtigt måltid. En let hverdagsmorgenmad kan bestå af sødet te, brød, kogt æg eller spejlæg, smelteost og tyk piskefløde (*gaymar*), som bruges i stedet for smør. Et kraftigere morgenmåltid kan bestå af grillet lever eller lammekød (*tikke*) på spyd eller omelet med kødfars, løg og tomat.

**Frokosten** er ligeledes et vigtigt måltid, som altid består af en risret og en gryderet samt brød og yoghurt-drik. Om foråret serveres endvidere en speciel type salat med friske hestebønner.

**Mellemmåltidet** indtages ved fire-fem-tiden. Om vinteren spiser man ofte skorper eller saltboller (*chörek*) med sødet te. Om sommeren er det frugt - ofte melon eller druer.

**Middagen** spises ikke på et fast tidspunkt. Familiemedlemmerne spiser kun middag, hvis de har lyst til det. Middagen kan være rester fra frokosten eller kan bestå af grillet kød eller kødboller, brød, salat, fetaost og yoghurt.

#### 7.4.3 Fødevarer

**Brød og kornprodukter:** Der serveres brød til alle måltiderne. Men man spiser også meget ris (*pilaff*). Som i mange andre lande i området foretrækker man at spise jasmin- eller basmatiris, fortrinsvis til frokost. Der er forskellige typer brød (*somon*). *Khubuz* er et fladbrød, der ligner pitabrød og bages på opvarmede sten i en speciel ovn (*tandoor*). Pasta og nudler bruges også.

**Grønsager:** Aubergine er en af de vigtigste grønsager. Også okra (*bamya*), græskar, spinat, grønne bønner, squash, tomat og agurk bruges meget. Grønsagerne bruges i ris- og kødretter eller fyldes med ris (*shekh mahshi*). Ofte henkoges eller syltes grønsager i vineddike (*turshu*).

**Bælgfrugter:** Bælgfrugter bruges ofte i stedet for kød i gryderetter og supper. Mest bruges kikærter, fx ristede (*leblebi*), hestebønner, hvide bønner og linser. En speciel salat med brød, friske hestebønner, løg og olie- og vineddikedressing (*bagila khubuz*) serveres til frokost hver dag om foråret og sommeren.

**Frugt og bær:** Friske dadler, figner, druer, granatæbler, citrusfrugter, abrikoser, ferskner, æbler, meloner m.m. anvendes. Der findes ingen bær. Frugt, både frisk og tørret, spises til dessert og som mellemmåltid.

**Mælk og ost:** De vigtigste kilder er fåre- og komælk. Gedemælk findes også i det nordlige Irak. Voksne drikker ikke mælk. Man kan godt lide budding med mælk (*muhallebi* er en budding med rismel, sukker, mælk og kanel). Yoghurt bruges i stedet for mælk som sovs og som drikkelse blandet med vand og salt (*shenina*). Ost er en vigtig ingrediens i irakisk

mad. Der spises mest frisk fåreost (*djeben*), men lagret ost og smelteost er også populære.

**Kød, fisk og æg:** De mest almindelige kødtyper er lamme-, kyllinge- og oksekød. Kødstykker med ben blandes med grønsager eller bønner, som sammen med tomatsovs koges til en gryderet (*kiymeh*), der serveres med ris. *Tashrip* er en populær kødgryde, der indeholder kikærter. Kødet bliver også grillet (*kebab*) eller laves til kødboller (*köfte*). *Kuzi* er et festmåltid, hvor man griller et helt lam over åben ild og serverer det med ris indeholdende forskellige krydderier, nødder, rosiner og korender (jvf. tyrkernes *ichli pilaff*). Også indmad spiser man. Der er restauranter, som har specialiseret sig i retter med indmad. En typisk ret med indmad er *pacha*, hvor man koger komave og klove, som serveres med en sovs, der består af vineddike, hvidløg og cayennepeber. Kylling er meget populært. Den bruges blandt andet i suppe med kikærter, som man mener kan kurere alle sygdomme. Fisk er dyr og anses for at være en delikatesse, især hvis den er røget

(*mezghuf*). Forskellige typer omelet (*mahleme*) er også populære.

**Fedtstoffer:** Forskellige typer olie og fedt fra fedthalefårets hale er de typer fedtstof, der bruges af irakere.

**Sødt:** Den mest almindelige dessert til daglig er frugt - meloner, druer, dadler. Men man sætter stor pris på søde sager. De almindeligste er *baklava* og *kadayif*, tynde mørdejsplader fyldt med pistacie- og valnødder med en koncentreret sukker- og honninglage. Buddinger (*muhallebi*, *zarde*), forskellige former for *halvah* (nødder, sesampasta og sukker), syltet frugt, hårde og bløde karameller (*lokumi*).

**Krydderier:** Persille, kanel, safran, krydderellike, ingefær, kardemomme, chili- og cayennepeber.

**Drikke:** Sødte te med kardemomme, vand, yoghurt blandet med vand (*shenina*). Arabisk kaffe med kardemomme i små kopper (drikkes kun ved dødsfald). *Arak* (spiritus med anissmag), øl.

## 7.5 Libanon

Libanons befolkning er af arabisk oprindelse. Cirka halvdelen er kristne (maronitter og asyrere), og halvdelen er muslimer (drusere, shiitter og sunnitter). Alle former for livsstil findes i Libanon, fra meget kosmopolitisk til yderst enkel.

De vigtigste højtider for muslimer er *ramadanen* (fastemåned) og de to tilknyttede *eid-højtider* (jvf. *bayram i Tyrkiet og højtider i Iran (se side 41 og 48)*). Maronitterne starter med at fejre *marfeh* (faste) to uger før med at spise en masse ost og drikke mælk i den første uge og spise meget kød i den anden. Derefter begynder fasten, hvor man holder sig fra animalske produkter og fedt frem til påske. Andre fastedage, ud over onsdage og fredage, er 5. januar, 29. juni, 1.-15. august, 14. sep-

tember og 15.-25. november. Påsken er maronitternes vigtigste højtid.

Der er også visse festdage: Den 25. marts spiser maronitterne skaldyr, den 5. august en fiskeret og den 6. januar pandekager. Brylluppet er en vigtig højtid for alle libanesere, som man fejrer med en masse mad.

### 7.5.1 Amning og overgangskost

Mange af de flygtninge, der kommer fra Libanon, er palæstinensere, der har boet i lejre i Libanon. Det er ikke lykkedes at finde litteratur om kosttraditioner til børn, men gennem samtaler med libanesiske og palæstinensiske familier i Århus og København kan det konkluderes, at deres traditioner for amning og overgangskost ligner meget det beskrevne un-

der Irak. I Libanon har der kørt store kampanjer for at få kvinder i storbyerne til at amme deres børn i længere tid. En oversat libanesisk bog om børn har også et langt afsnit om vigtigheden af amning. De kvinder, vi har talt med, mener alle, at råmælken er god for det nyfødte barn. Flere fortæller følgende: I et lille stykke klæde lægges et stykke krystalsukker og evt. lidt hakkede mandler, klædet snøres sammen, og barnet bruger dette som sut. En mormor fortæller, at hun har anbefalet det til sit barnebarn, idet børn, der får dette, bliver kloge, men at hendes datter ikke fulgte rådet. En kvinde fra en storby fortæller, at sutteflaske ofte gives til børn til de er mellem 2 og 4 år.

### 7.5.2 Familiens måltider

**Morgenmaden** er et ganske let måltid, som kan bestå af brød, oliven, ost, yoghurt, nogle gange kogt æg og te.

**Frokosten** er sædvanligvis hovedmåltidet. Den kan bestå af en kødgryde med ris eller *bulgur* (forkogt, knækket hvede), en eller to vegetabiliske retter, salat og brød. Vand til at drikke og bagefter kaffe med kardemomme.

**Middag:** Oftest spiser man rester fra frokosten og en eller to typer salat. Hvis man har gæster, spiser man et meze-måltid, se under Tyrkiet.

### 7.5.3 Fødevarer

**Brød og kornprodukter:** Til måltiderne spises hvidt brød. Forskellige typer brød findes, inkl. ugæret, fladt brød. Bulgur (se side 42) er meget typisk for området. *Fabbouli* er en bulgursalat med løg, tomater, citronsaft, persille og mynte. Den anses for at være en af Libanons nationalretter. Ris og pasta forekommer også.

**Grønsager:** Tomater, løg og kartofler findes året rundt. Aubergine og okra hører til områdets specialiteter. Nogle gange moses grønsager og blandes med hvidløg, nødder, krydderier m.m. og bruges som sovs eller

kolde forretter. Man bruger grønsager i gryderetter (*ablama*) og fyldte med ris og kød (*mehshi*) og i salater.

**Bælgfrugter:** Kikærter i suppe, i *humus* sammen med bl.a. sesamfrøpasta, salater og vegetariske "kødboller" (*falafel*). Hvide bønner, hestebønner og linser bruges også.

**Frugt og bær:** Druer, meloner, appelsiner, grapefrugt, abrikoser, ferskner m.m. Bær er sjældne. Man bruger frisk frugt til dessert. Tørret frugt i desserter og fyldt med nødder som snacks.

**Mælk og ost:** Man bruger mest forskellige typer surmælksprodukter som fx yoghurt, *leban*, *labneh* og *madxoon*. Frisk ost (*tazaja gybna*) fra ko- eller gedemælk er mest almindeligt. Man sier væden fra yoghurt og laver en slags ost, som man derefter opbevarer i olivenolie. Drikkemælk bruges kun til små børn.

**Kød, fisk og æg:** Man spiser ikke kød hver dag. Det almindeligste kød er lammekød, som man enten griller (*kebab*) eller bruger som ingrediens i gryderetter. *Kibbe* er kødboller, som man laver af lammefars, bulgur (forkogt, knækket hvede), hvidløg og cayenne. Man spiser også indmad. Fisk spises relativt sjældent. *Samak tahini* er en fiskeret, som man tilbereder med sesamfrøpasta (*tahina*), æg og kommen.

**Fedtstoffer:** Olivenolie, sesamfrøpasta (*tahina*), smør fra fåre- eller gedemælk, fedt fra fedthalefårets hale.

**Sødt:** Bløde bolsjer, filodej fyldt med nødder (*baklawwa*) i sukker- og honninglage. Tørrede frugter.

**Krydderier:** Hvidløg, løg, persille, kommen, kardemomme, mynte, kanel, citron, cayenne. Kanel bruges også som krydderi i kødretter.

**Drikke:** Vand. Sødet te. Arabisk kaffe med kardemomme. *Arak* (spiritus med anissmag).

Vin.

## 7.6 Iran

Den største gruppe iranere tilhører folkegruppen persere og er shiitiske muslimer. Andre muslimske grupper i Iran består af azeri-tyrkere og kurdere. Der findes også kristne grupper (armeniere, assyrere), jøder og andre. De praktiserende muslimer faster under ramadanen. Shiitter har specielle sørgedage, som de tilbringer med bøn. Til disse regnes ramadanens 19. til 21. dag, hvor man mindes Alis, Muhameds svigersøns martyrium, og de første ti dage af måneden *muharrem*, hvor man sørger over Muhameds dattersøn Husseins martyrium i Karbela. Man sørger også over de tolv imamers dødsdage. På sørgedagene spiser man mindre mad end normalt og ingen søde sager eller nødder. I slutningen af *ramadanen* (fastemåneden) fejres *eid-i fethr* i tre dage. To måneder og ti dage efter ramadanen fejres *eid-i korban* i fire dage som markering af valfartens afslutning (besøg i Mekka, som man bør gøre én gang i livet - kaldet *haddsch*). De, som har haft god indtægt i årets løb, slagter et dyr og deler kødet med de fattige (jvf. tyrkernes *bayram* (se side 41)).

Ud over disse højtider fejrer man i Iran det persiske nytår, *navroz*, som falder sammen med forårsjævndøgnet den 21. marts. Den sidste onsdag før nytår, *charshambasuri*, laver man åben ild og springer over den for at befri sig selv fra alt det, der ikke gik godt året før. Man spiser *sebzi polo mahi*, en ret, der består af grønsager, ris og fisk. Nytåret fejres i 13 dage, hvor man giver gaver, tager på udflugter i naturen og spiser mange søde sager (*shekar polo*, *baklava*). Man dekorerer bordet med ting, som i Iran starter med bogstavet 's': Fisk, hvedespirer, spejl og en masse æg. I traditionelle familier og på landet serveres måltiderne på gulvet på en hvid dug. Man spiser enten med en ske eller med hænderne. Andre vigtige højtider er bryllup og drengenes omskærelsesfest.

### 7.6.1 Amning og overgangskost

Her beskrives traditioner fra storbyer, da det kun er lykkedes at finde beskrivelser herfra i litteraturen. De fleste børn fødes på et hospital. Mange børn får flaske indenfor de første døgn, selvom de fleste børn bliver ammet, dog starter amningen typisk efter 1-2 døgn. De fleste børn får modernælkserstatning som supplement til amningen, startende fra barnet er 1-4 måneder gammel. Mange børn bliver ammet til de er omkring 1 - 2 år, men en del børn ammes dog kun til de er ca. 6 måneder. Udover modernælkserstatning som tilskud bruges også vand eller sukkervand. Overgangskost introduceres til børn fra ca. 5 måneder, dog starter nogle fra 2 måneder. Overgangskost kan være frugtjuice, frugtmos, yoghurt, risgrød/ vælling tilsat sukker eller grønsagsmos (fx med ris, kartofler eller linser). I starten er grønsagsmosen tynd (suppe) og den er ofte kogt på kylling. Omkring 7 måneder introduceres kød, fisk eller æg. Generelt får børn meget sukkerholdige fødevarer og te med sukker. Mange børn spiser familiens kost fra omkring 1 års alderen. Nogle børn får et vitamin- og/eller mineraltilskud.

### 7.6.2 Måltider

Iran er et land med store regionale variationer hvad angår klima og vegetation. De økonomiske forudsætninger er også meget forskellige, og maden adskiller sig markant fra land til by. Hverdagsmaden i en storby kan se ud som følger:

**Morgenmaden** er et vigtigt måltid, som består af sødet te, ost, marmelade, cornflakes eller lignende og mælk samt brød. Nogle gange spejlæg, nogle gange kød fra fårehoved.

**Frokost** spises ved tolv-et-tiden. Det kan være suppe eller en gryde med grønsager og bønner (*ash*), eller en risret. *Masthiar* (en salat af



yoghurt med agurk og mynte) eller henkogte grønsager serveres til. Yoghurt eller vand drikkes til.

**Middagen** spises ved otte-ni-tiden. Menuen ligner den fra frokosten, men er ofte lidt lettere.

**Mellemmåltider:** Der er ingen faste tider for mellemmåltider. Man drikker næsten hele tiden sødet te, og nogle gange spiser man nødder og frisk eller tørret frugt til. Der er ingen kager eller lignende til kaffen.

### 7.6.3 Fødevarer

**Brød og kornprodukter:** Ris og brød er basisfødevarer. Det siges, at iranerne laver verdens bedste risretter. Man bruger langkornet jasminris, og næsten alle hjem har en speciel riskoger for tilberedning af *chelo* og *techin* (en risret med sprød, brun skorpe) eller *polo* (kogte ris med fx. kød, bønner og/eller grønsager). Ris konsumeres som basismad mindst én gang om dagen. Ris bruges også til desserter, blandet med sukkerlage og nødder (*shekar polo*). Hvidt brød er det næst vigtigste levnedsmiddel. Der findes mange forskellige typer brød, hvis navne hentyder til brødets gæring, tykkelse og bagemetode. Også pasta og nudler bruges i Iran.

**Grønsager:** Aubergine er en af de vigtigste grønsager. Også græskar, spinat, grønne bønner, tomat og agurk bruges meget. Man bruger grønsager i ris- og kødretter eller fyldte med ris (*dolmeh*). Rå løg, tomat og agurk spises som tilbehør. Grønsager henkogt i vineddike (*torshi*) bruges på samme måde i vinter-halvåret.

**Bælgfrugter:** Bælgfrugter bruges ofte i stedet for kød i gryderetter og supper. Man bruger mest kikærter, hestebønner, hvide og røde bønner og linser. *Ash* er en typisk suppe med bønner, grønsager (spinat, porrer) og nudler. Ristede og saltede bønner spises også mellem måltiderne.

**Frugt og bær:** Friske dadler, figer, citrusfrugter, abrikoser, ferskner, kirsebær, æbler, blommer, druer, kvæder, meloner m.m. findes. Frugt, både frisk og tørret, spises som dessert og som mellemmåltid. De bruges også som ingredienser i ris- og kødretter. Man laver *dolmeh* af æbler og kvæder.

**Mælk og ost:** Man bruger mest fåre- og gedemælk og fetaost. Frisk mælk drikkes ikke af voksne. Yoghurt spises som sovs, marinade og drikkes blandet med vand (*dugh* eller *abdugh*).

**Kød, fisk og æg:** Lammekød spises som gryderet (*koresh*), med ris (*chelo*) eller grillet (*kebab*). Gedekød, oksekød og kylling forekommer også. Oksekød bruges i *kufteh* (kogte kødboller med fyld). *Abgusht* er en tyk suppe, som kan bestå af kylling, forskellige bønner og være krydret med citron. Hvis man enkelte gange spiser fisk, er det grillet sværdfisk fra det Kaspiske Hav. Derimod har man kaviar. Æg er ret populære, specielt som omelet med grønsager (*kuku* eller *kukune*).

**Fedtstoffer:** Olivenolie, smeltet, klaret smør (*ghee*) og fedt fra fedthalefårets hale er de fedtstoffer, iranerne bruger.

**Sødt:** Udvalget af søde sager og desserter i den iranske madtradition er begrænset. Man spiser frugt som mellemmåltid og som dessert. Desuden drikker man meget sødet te, næsten uafbrudt hele dagen. Der findes også kandiseret og tørret frugt, *shekar polo* (se side 49), *baklava* og *halvah* (se side 46).

**Krydderier:** I Iran bruger man ikke stærke, 'brændende' krydderier. Man bruger mest dild, persille, kanel, safran, gurkemeje, koriander, mynte, kryddernellike og til tider ingefær og kardemomme.

**Drikke:** Te. Yoghurt blandet med vand (*dugh* eller *abdugh*). Kogt kaffe i små kopper.

## 7.7 Pakistan

Pakistan er delt i fire provinser, som domineres af forskellige etniske grupper. Ca. 95% af befolkningen er muslimer. Flertallet er sunnimuslimer, mens 10% er shittiske.

*Ramadanen* og *Eid* er muslimernes vigtigste højtider. Under Ramadanen faster muslimerne om dagen og indtager et stort festmåltid efter solnedgang. Ramadanen er i høj grad en social begivenhed, se også under Tyrkiet og Iran.

Ifølge det naturalistiske medicinske system som er udbredt i Pakistan (se Unani (-i- Tibb) i kapitel 4) besidder de forskellige fødevarer kolde og varme egenskaber, som kan påvirke balancen i den menneskelige krop.

### 7.7.1 Amning og overgangskost

De fleste kvinder i Pakistan ammer deres barn, men de starter ofte først et par døgn efter, at barnet er født. Barnet kan tilbydes urte- vand (fx anis eller kardemomme), eller honning- eller sukkervand som det første. Tilskud til amningen starter generelt meget tidligt. Hvad der gives afhænger af hvilken social- gruppe, man tilhører.

Middelklassen starter tidligt, nogle fra barnet er 1 måned, med at give modernælkserstatning som tilskud, og mange af disse kvinder stopper med at amme, når barnet er omkring 4 måneder. I denne gruppe begynder mange at give overgangskost fra 4 måneder i form af industrifremstillet grød, hakket kød, æg, kiks og lidt frugt.

Kvinder fra byslum eller landsbyer starter også tidligt med at give tilskud til amningen, nogle fra barnet er 1 måned gammel. Det kan være vand, eller bøffel- eller komælk, ofte fortyndet. Børn bliver typisk ammet længe, mange til de er 14-18 måneder. Overgangskosten introduceres sent, især i landsbyerne. Her får omkring halvdelen af børn først over-

gangskost ved 1 års alderen. Overgangskosten kan være kogt ris med bælgfrugter, sago, kogt ris med mælk, banan og lidt æg. I landsbyerne kan overgangskosten bestå af *chapatti* (et fladt ugæret brød) dyppet i mælk eller i smør og sukker. Det er almindeligt i alle sociale lag at søde vand og mad med sukker eller honning.

### 7.7.2 Familiens måltider

I Pakistan er der stor forskel på land og by, og dette genspejler sig også i kostvanerne. Den traditionelle måltidsrytme er baseret på 2-3 hovedmåltider pr. dag. Maden tilberedes med stærke krydderier.

**Morgenmaden** består af frisk brød, som regel *chapatti* (se ovenfor). Spejlæg eller en salat kan være tilbehør. I byerne er det almindeligt at spise en lettere morgenmad, fx hvidt brød med marmelade. Sød te med mælk, *chai*, drikkes til.

**Frokosten** består sædvanligvis af en gryderet, som kaldes *salen*. *Salen* laves af grønsager, fedt, ingefær, hvidløg og krydderier (*masala*), som tilsættes kød, fisk eller bælgfrugter efter smag og økonomi. Til *salen* spises *chapatti* og/eller ris og gerne en frisk salat. Vand drikkes til. I byerne spiser man gerne *kababs* (grillet kød) og pommefrites til frokost og drikker sødet mineralvand til.

**Middagen** er dagens hovedmåltid, hvor hele familien er samlet. På samme måde som den traditionelle frokost er middage bygget op omkring en gryderet, *salen*. *Chapatti*, ris og salat anvendes som tilbehør, og man drikker vand til. Måltidet afrundes med frisk frugt og en kop *chai* (se side 50).

**Mellemmåltider:** Som mellemmåltid spiser man frugt, dadler, nødder, sukkerrør samt drikker *chai* (se side 50) eller surmælksdrikkene *lassi*.

### 7.7.3 Fødevarer

**Brød og kornprodukter:** Den vigtigste fødevarer er *chapatti*, som er et fladt, ugæret brød. Chapatti kan bages ind med fedtstof og steges i fedt, og det kaldes så *paratha*. *Paratha* bruges mest i weekenden og under højtider. Det hvide brød kaldes *naan* og er et gæret, luftigt brød. Ris benyttes enten kogt til gryderetter eller stegt som selvstændig ret, *pulao*. Ris kan også koges i mælk og sukker og bruges som dessert, fx *zarda*.

**Grønsager:** Grønsager bruges traditionelt i store mængder både i gryderetten *salan* og i salater. Løg, tomat, blomkål, spinat, squash, gulerod, aubergine, okra, græskar, agurk, bladsalat og ræddike er de mest brugte grøn-sager. Kartofler bruges også i gryderetter som grønsag.

**Bælgfrugter:** Bælgfrugter bruges meget, især på landet. Der findes gule, røde, grønne og brune linser, hvide og brune bønner, kikærter og mange andre. Varme retter med bælgfrugt kaldes *dahl*. Bælgfrugter benyttes også som snacks, ristet i olie med krydderier. Linsemel bruges desuden til bagning af et tyndt, fladt brød, som kaldes *papards*.

**Frugt og bær:** Mango, druer, bananer, æbler, citrusfrugter, guava, papaya og dadler spises både til dessert og som mellemmåltid.

**Mælk og ost:** Surmælksdrikken *lassi* (tynd yoghurt) regnes for at være landets national-

drik. Mælk drikkes og bruges i te og i mange desserter. Yoghurt bruges blandt andet i *raita*-salaten, se under Indien, side 53.

**Kød, fisk og æg:** Lammekød, fårekød, oksekød, kylling og indmad bruges mest. Kødet blandes i gryderetter eller grilles til kebabs. Fisk bruges kun langs kysten. Æg spises som spejlæg til frokost eller hårdkogte i gryderetter.

**Fedtstoffer:** Forskellige typer vegetabiliske olier bruges til madlavningen. Der bruges også klaret smør, som kaldes *ghee*, i såvel gryderetter som i desserter og til at smøre på brødet *chapatti* (se ovenfor).

**Sødt:** *Barfi*, *jelabi*, *halva* er navnene på nogle traditionelle søde sager, som er meget ba-stante. Mælk, sukker og fedtstof er hoved-ingredienserne, tilsat fx pistacienød eller kokos.

**Krydderier:** Hvidløg, ingefær, chili og *masala* er nødvendige ingredienser i det pakistanske køkken. *Masala* er en krydderiblanding, som kan bestå af peber, kardemomme, koriander, kommen, nellike, kanel og kørvelfrø.

**Drikke:** Vand, te med mælk og sukker (*chai*), sødmælk, surmælksdrikken *lassi* og mineral-vand.

## 7.8 Indien

Den indiske befolkning består hovedsageligt af *arier* i nord og *dravider* i syd, som igen kan deles ind i et stort antal etniske grupper. Ca. 80% af befolkningen er hinduer, 11% er muslimer, medens resten er kristne, sikher og buddhister. På grund af denne religiøse og etniske mangfoldighed, kan man ikke tale om 'indiske kostvaner' som sådan. Vegetarismen er meget udbredt i Indien, men årsagen er lige så ofte personlig som religiøs, fx spiser

enkelte personer inden for Brahmin-kasten kød og fisk. De største forskelle i madvanerne findes mellem nord og syd og mellem vegetarer og ikke-vegetarer.

Indien byder på mange højtids- og helligdage, hvor måltidet indgår som en væsentlig del af festlighederne. *Holi*-festen er en stor forårs-fest, som fejres i hele Indien i begyndelsen af året. Forårsfarverne og livet i det hele taget

fejres. Folk myldrer i gaderne og sprøjter farvet vand på hinanden. Til denne fest spises der ofte kun et regulært måltid i løbet af dagen. På alle gadehjørner kan man købe småretter og søde sager i utallige varianter, og mad indtages næsten hele tiden. *Diwali*, en lysfest, er den største fest blandt hinduerne. Til denne fest spises søde sager.

### 7.8.1 Familiens måltider

Madvanerne varierer i de forskellige lokal-samfund og regioner i Indien. De varierer også mellem religiøse grupper, mellem stor-bysamfund og landsbysamfund, mellem fattig og rig og mellem syd og nord. Her er et eksempel på, hvordan måltiderne kan fordeles over dagen i det nordlige Indien:

**Morgenmaden** består af *chai*, som er sødet te med mælk og kanel og brød som *chapatti* og *rôti*. Morgenmaden indeholder ofte varme retter som fx linsepuré med grønsager og krydderier, chutney og kærnemælk eller yoghurt.

**Frokosten** er et vigtigt måltid og består af varm mad - ofte samme ret som til morgenmad. Forskellige grønsagsretter og *dahl* er almindeligt. Frokosten spises i en af de utallige små tea-shops eller medbringes til grønne områder. Frokostpauserne er lange, og man deler maden med sine kolleger.

**Te-tid** er ved fem-tiden. Dette måltid består af te og forskellige småretter. Frugt, *samosas* (kartofler, der er pakket ind i hvedemelsdej og friturestegt) og *pakor* (grønsager dyppet i kikærtedej og derefter friturestegt) indgår også ofte i dette måltid.

**Middagen** spises om aftenen. Sædvanligvis består et indisk middagsmåltid af en kødret, en grønsagsret, brød eller ris, en ret af tørrede bønner eller linser, en yoghurtret, chutney eller salat og frugt til dessert. Vegetarerne kompenserer for kødretten ved at øge antallet af grønsags- og bønneretter. Dessert kan bestå

forskellige *halvas* (se side 46) og andre søde sager.

**Mellemmåltider:** Inderne elsker at spise små mellemmåltider. *Dosas* er rismelspandekager, som man fx pakker kartofler ind i. *Sambar* er en blanding af krydrede linser og andre grønsager, der serveres sammen med *dosas*. Denne ret er oprindeligt sydindisk, men er ved at blive almindelig nordpå. Man spiser også *pakor* (se ovenfor) *samosas* (se ovenfor), *kebab* (se side 47), stegte cashewnødder, *koftas* (små kødboller), krydrede kogte kartoffelstrimler, friturestegte grønsager, nødder, pistacienødder, mandler, linser, ris og vermicelli af kikærtemel, enten sødet eller krydret med chili, ingefær og gurkemeje.

### 7.8.2 Fødevarer

**Brød og kornprodukter:** Hvede er den grundlæggende fødevarer, mens ris er festmad i nord. Hvede udgør hovedingrediensen i utallige brødtyper, men hirseemel kan også indgå. De fleste brød er ugærede. Eksempler på brød er *naan*, *rôti*, *paratha*, *puri* og *chapatti* (se også under Pakistan side 51). Ris koges på almindelig måde tilsat salt og *ghee* (se under fedtstoffer) eller tilsættes flere forskellige krydderier og grønsager, løg, hvidløg eller linser (*pulao*).

**Grønsager:** Gulerødder, blomkål, kål, kartofler, aubergine, squash, rødbeder, okra, spinat, kålrabi, græskar, jackfruit, agurk, tomat, løg og hvidløg. Grønsager spises rå eller tilberedes som gryderetter. Man inddeler grønsagerne i 'tørre' (strimlede grønsager, der tilberedes sammen med hele krydderier, fx spidskommen og sennepsfrø, og serveres uden sovs) eller 'flydende *curry*' (med tyk sovs tilsat fx ingefær, hvidløg og tomater - kari er tamilsk og betyder sovs).

**Bælgfrugter:** Røde og grønne linser, mungbønner, sortøjede og røde bønner, kikærter. Bønner og linser bruges som selvstændige retter (*dahl*) med en krydderblanding eller

med løg og tomat. Løg og tomat bruges til at give retten den rigtige konsistens. Bønne- og linseretter indgår i næsten alle måltider. *Papar* er fladbrød lavet af linsemel.

**Frukt og bær:** Mango, papaya, banan, citrusfrugter, sukkerrør og guava er de vigtigste. Europæiske frugttyper bruges sjældnere. Frugt spises mellem måltiderne eller anvendes som dessert eller i chutneys.

**Mælk og ost:** Syrnedede produkter, specielt yoghurt, er mest anvendt, men også sødmælk og ost bruges. *Raita* er navnet på mange forskellige yoghurt-salater - yoghurt tilsat forskellige kombinationer af krydderier og grønsager, alt fra kartofler til mynte. *Raita* bruges som syrlig/kølig modvægt til den ellers stærkt krydrede mad. Yoghurt bruges også som ingrediens i mange 'flydende' retter for at give en bestemt smag eller konsistens og som marinade til kød- og fiskeretter.

**Kød, fisk og æg:** Bruges sjældent mere end 1-2 gange om ugen og naturligvis ikke af vegetarer. Bøffel er mest anvendt, men man bruger også lam, ged og kylling. I kystområderne anvendes fisk. Kødet marineres i yoghurt og krydderiblandinger og bruges i 'tørre' eller 'flydende' retter (curry). Kød kan også tilberedes i *tandoori-ovn*, der er en traditionel indisk ildovn, der bruges over åben ild. Koen er hellig i Indien, og oksekød anvendes derfor så godt som aldrig.

**Fedtstoffer:** Før lå der en vis status i kun at bruge *ghee*, men i dag er de fleste begyndt at anvende vegetabiliske olier. *Ghee* eller klaret

smør laves ved, at man varmer smørret op, indtil vandet fordamper, og der kun er et gyldenbrunt bundfald tilbage. Det sies igennem et fugtigt klæde. *Ghee* har utrolig lang holdbarhed, også ved rumtemperatur.

**Sødt:** Konfekt og desserter er ofte baseret på en slags tyk eller kondenseret mælk, fx *gulab jamun* og *rasgulla*. *Kheer* er nudler kogt i mælk og desuden findes *halwa* og *burfi* (se *halva* og *barfi* side 51).

**Krydderier:** Fennikelfrø, gurkemeje, ingefær, kanel, kokos, cayennepeber, kardemomme, koriander, nellike, muskat, peber (rød, grøn, hvid, sort), safran, salt, sennepsfrø, sesamfrø, spidskommen. Disse krydderier bruges i talrige kombinationer. Den mest kendte er *garam masala*. Hver husholdning har sin egen specielle krydderiblanding. Krydderierne bruges friske eller tørrede, hele eller knuste, ristede i en tør jerngryde, stegt i varm olie eller som pasta.

I den indiske kost er forskellige chutneys og pickles meget vigtige. De laves af frugt, grønsager og krydderier i forskellige kombinationer og er enten søde eller milde som syltetøj eller meget stærke. De bruges som smagstilsætning til næsten alle måltider.

**Drikke:** Vand og drikkeyoghurt (*lassi*). Te (med sukker, mælk og krydderier), *chai*, drikkes i store mængder og uanset tid, sted og temperatur. Cola og andre vestlige læsedrikke erstatter imidlertid teen i større og større udstrækning blandt unge.

## 7.9 Sri Lanka og Sydindien

Tamilerne i Danmark kommer fra Sri Lanka og det sydlige Indien. De fleste er hinduer.

*Pongalfesten* er en høstfest, som fejres i det sydlige Indien ved månedsskiftet januar-februar. Her ofrer man retterne *ven pongal*, som består af ris og linser tilsat cashewnødder

og krydret med peber, spidskommen og ingefær, og *sakari pongal*, som er sød ris blandet med stegte linser, sirup, rosiner, revet kokosnød, cashewnødder, kardemomme og safran. Retterne spises af festsdeltagerne efter ofringsritualet. *Onam-festen* er en 10-dages risfest, der finder sted i august-september. Der

serveres op til 30-40 forskellige retter. Der lægges særlig vægt på desserten. Som eksempel kan nævnes *paysan*, en risret med mælk, sukker og aromatiske krydderier.

Ris er basisfødevaren. Dette medfører, at man især har mange flere 'flydende' retter (*curry*) i sit repertoire som modvægt til kogte ris, hvorimod de 'tørre' retter bruges i størst udstrækning i det nordlige Indien. Rismel og linser er også ingredienser i en slags riskager, *idlis*, *hoppers* og *dosas*.

*Kylling* bruges i større udstrækning i syd end i nord, og man drikker ofte *kaffe* i stedet for *te*. *Lassi* er ikke så almindeligt i syd som i nord. Forskellige nationale retter: *Lechon*, pattegris serveret med en tyk leversovs og ris. *Arroz caldo*, stegte ris med kylling kogt med løg, hvidløg og ingefær og drysset med sort peber. *Kinilaw*, små stykker af rå fisk eller blæk-

sprutte marineret i eddike eller citron med krydderier som ingefær, løg og chili.

### 7.9.1 Amning og overgangskost

Børn fra Sri Lanka ammes traditionelt længe, men oftest kun delvist. Det første et nyfødt barn får i munden er ofte sukkervand måske tilsat lidt olie. Tilskuddet til amningen kan være i form af komælk, modermælkserstatning (ofte ekstra fortyndet), eller koriander-vand som gives fra barnet er ca. 1 måned. De fleste børn bliver delvist ammet til de er 1 år, og nogle ammes fortsat, når de er 2 år. Brød, kiks og ris er ofte det første mad, børnene tilbydes, og mange børn får det introduceret fra 6-7 måneders alderen. Familiens ris og curryretter bliver tilbudt i små portioner i starten, men ved 1 års alderen er det kun få børn, der har fået det tilbudt. Grønsager som yams og kartofler, kød, fisk og æg tilbydes også først efter barnet er 1 år. Derimod tilbydes frugt som mango og papaya ofte før 1 års alderen.

## 7.10 Vietnam

Vietnam var en kinesisk provins i godt og vel 1000 år, og Kina har haft stor indflydelse på landets spisevaner. Selv om sinovietnameserne kalder sig buddhister, findes der i deres tro mange indslag af taoisme og konfucianisme. Disse står i visse henseender som en modsætning til mere rene former for buddhisme. Deres tro indeholder, foruden traditionelle buddhistiske træk, indslag af forfaderkult, naturdyrkelse og tilbedelse af de tre nævnte religioners religiøse symboler. Ca. 10% er katolikker.

Den største højtid er nytåret *tet*, som falder i slutningen af januar eller i begyndelsen af februar. Her besøger man slægt og familie og giver hinanden gaver. Man fejrer tillige Buddhas fødselsdag den 8. april. At fejre jul som i Vesten forekommer også.

Sino-vietnameserne har sædvanligvis kun ringe forståelse for Vestens måde at betragte mad på som 'vitaminrig' og 'nærende'. Maden

betragtes som sund på andre måder. Fødevarer inddeles i to grupper; de, der har 'varme' egenskaber (*yang*, *duong*) og de, der har 'kolde' egenskaber (*yin*, *am*). Disse egenskaber skal bringes i balance ved planlægningen af måltiderne, afhængigt af deltagernes alder, køn og sundhedstilstand. Mad kan bruges som medicin (se i øvrigt kapitel 4). Al mad, der skal serveres, stilles frem på bordet samtidigt, og ofte er der mindst to hovedretter. Madtraditionen varierer meget.

### 7.10.1 Amning og overgangskost

I Vietnam er der tradition for at amme længe, de fleste børn ammes mellem 1 og 2 år. Kvinden starter først på at amme sit barn efter et par dage, i stedet tilbydes børnene risvand, en sød gullig mælk eller modermælkserstatning. Mange giver vand som tilskud før barnet er 3 måneder. Andet tilskud kan være sukkervand, risafkog, rismel kogt med kødsaft eller med sukker og vand, vælling kogt af mel fra rød-

der og sukker, eller der gives komælk. Fra barnet er 3-4 måneder starter flertallet med overgangskost (i landsbyerne ofte senere) som fx grød af risemel, komælk og vand. Gradvist tilsættes risen, lidt kogte grønsager, rejer, kylling eller fiskesauce og det tredje krydderi. Nogle giver også mungbønner kogt med hakket svinekød, kylling eller fisk. Kødet tages fra inden serveringen. Bønnerne kan også tilsættes kål, gulerødder eller kartoffel og smages til med soya, salt eller sukker. En lille smule af grøden eller mosen gives 2-3 gange dagligt i starten og øges gradvist. Fra barnet er ca. 1 år tilbydes frugt, fx bananer. I den alder introduceres kogt ris med rejer, kød, kylling eller fisk til barnet. Barnet kan også få nuddelsuppe kogt med hønsekød, okseben eller griseben. Af og til kan maden være gennemtygget først af en voksen. Rå grønsager og sur frugt (bl.a. mango og citrusfrugter) får nogle børn først fra de er omkring 5 år. Dog kan appelsinjuice introduceres tidligt i barnets kost for at modvirke forstoppelse.

### 7.10.2 Familiens måltider

**Morgenmad:** En traditionel morgenmad består af suppe med ris, nudler eller rester fra gårsdagens middag. Somme tider spiser man ris, fisk og frugt.

**Frokosten** består oftest af ikke-jævnet suppe, ris, grønsager og en kød- eller fiskeret. Man spiser frugt til dessert. Suppen fungerer som en drik. Man serverer ikke andre drikkevarer til maden.

**Middagen:** Antallet af retter til middagen varierer. Sædvanligvis ligner middagen frokosten med suppe, to retter med kød eller fisk, ris og frugt.

**Mellemmåltid:** De voksne spiser som regel ikke mellemmåltider. Børnene får frugt eller nødder og til tider suppe.

### 7.10.3 Fødevarer

**Brød og kornprodukter:** Ris er det vigtigste levnedsmiddel. Man foretrækker klistrede ris

(*nep*) og risnudler (*hu-tien*). Man køber en tynd risdej, som ligner papir, og som fyldes med forskellige fødevarer, der dyppes i kogende sovs (*cha gio*).

**Grønsager:** Spinat, porrer, kartofler, gulerødder, hvidkål, bambusskud og svampe er fremtrædende. Umoden frugt bruges også som grønsag i madretter. Grønsager skåret i små stykker koges, dampes eller frituresteges hurtigt i olie og serveres med ris. Grønsager spises sjældent rå.

**Bælgfrugter:** Soja-, lima-, sorte bønner og mungbønner samt grønne linser anvendes tit i vietnamesisk mad. Bønner bruges ofte i form af sojabønneost, som spirer eller laves til sovs.

**Frugt og bær:** De fleste tropiske frugter som fx mango, banan, kokos, papaya og ananas findes. Frugt spises til dessert, men bruges også som ingrediens i kød- og fiskeretter.

**Mælk og ost:** Mælkeprodukter er ikke populære, selv om de til tider bruges af mennesker, der bor i de større byer, samt i mad til børn.

**Kød, fisk og æg:** Mest spises svinekød (*thit-kho*). Kylling, fisk og skaldyr bruges også ofte. Kødet skæres i små stykker og frituresteges hurtigt sammen med grønsager og serveres med ris. Kød og fisk bliver også kogt eller dampet. Man sætter pris på retter med æg. Ingen retter tilberedes i ovn. Lammekød er ikke populært.

**Fedtstoffer:** Svinefedt og sojaolie er mest almindeligt, men til tider bruges også kokosfedt og jordnøddesmør.

**Sødt:** Ved højtiderne spises dampkogte ris- og hvedekager.

**Krydderier:** Ingefær, hvidløg og cayenne- og chilipeber. Man bruger *nuoc mam* (fiskesovs typisk for Vietnam) til næsten alle retter. En anden populær sovs er *nuoc cham*, som er en

blanding af bl.a. chilipeber, hvide og gule løg og eddike. Kokos- og sojasovs findes også.

**Drikke:** Te og ikke-jævnet suppe.

## 7.11 Filippinerne

Den oprindelige filipinske befolkning bestod af forskellige negrito-folk. Disse blev af de senere indvandrende malajer fortrængt til de mest utilgængelige områder. Filippinerne er det eneste kristne land i Asien. Mere end 90% af befolkningen er kristne, heraf 80% romersk-katolske. Resten tilhører forskellige religiøse grupper, hvoraf den største er muslimer, der udgør ca. 8% af befolkningen.

Der holdes ofte familie- og byfester på de mange nationale helligdage. For katolikkerne er de største højtider påsken med 'korsfæstelser', julen og fester for de forskellige helgener. Den 16.-24. december holdes der messe kl. 22, som afsluttes med en stor messe den 25. december. Alle, der kommer på visit, fx i forbindelse med julen, får mad, drikke og gaver, uanset om det er familie, venner eller blot fremmede, som kommer forbi.

### 7.11.1 Familiens måltider

På Filippinerne kan kostvanerne være meget forskellige afhængigt af, hvilke øer man kommer fra. Fx er der forskellig opfattelse af hvilke fisk og grønsager, der er spiselige. Køkkenet er påvirket af det kinesiske, malajiske og spanske køkken (Filippinerne var under spansk herredømme fra 1565 til 1898). I en mellemstor by kan den daglige kost se således ud:

**Morgenmaden** består ofte af kogte ris, evt. fra aftenen før, de varmes på panden med olie og løg, dertil bacon eller skinke og spejlæg med purløg. Vand (*tubig*) eller te (*tsa*) drikkes til.

**Frokost:** Til frokost får man en sammenkogt ret af ris, grønsager og kød eller fisk.

**Mellemmåltid:** Ved fire-femtiden fås et måltid af *batater* (røde søde kartofler) kogt med

skræl, eller ristede eller kogte majscolber. Grøn te.

**Aftensmaden** ved otte-nitiden, består af suppe fx tilberedt af kylling med grønsager og nudler eller ris. Eller en suppe tilberedt af grønsager, hvidløg samt fisk. Derefter en sammenkogt ret af ris, grønsager og kød eller fisk. Det kan være stegt svinekød tilberedt med kokosmælk, hvidløg, peber og salt. Eller en stuvning af oksehaler, okseskank, grønsager, hvidløg tilsat jordnødder og let stegte ris. Desuden frisk frugt.

### 7.11.2 Fødevarer

**Brød og kornprodukter:** Der spises ris til alle måltider. Der spises både løse ris, og en mere sammenhængende ris. Den sidstnævnte anvendes som en slags brød, der fx kan rulles uden om kødfars formet som en pølse. Det hele pakkes ind i små grønne bananblade, koges, pakkes ud af bladet og spises. Der bages også en slags pandekager. Brød bagt af hvedemel og kokosmælk med gær som hævemiddel spises også, men kun få kender det. Forskellige typer af pasta og nudler bruges også.

**Grønsager:** *Batater* (søde kartofler), selleri, gulerod, blomkål, aubergine, spinat, tomater, bønnespirer, grønne sennepsblade (de syltes og spises især til fisk).

**Bælgfrugter:** Mungbønner, linser, kikærter, grønne bønner.

**Frugt og bær:** Forskellige tropiske frugter bruges, fx mango, passionsfrugt, papaya, *kalamansi* (lemonfrugt, som er god til sort te, men bruges også i sammenkogte retter), *atis* (sukkeræble, der har en skallet grå/grøn skal, som ikke kan spises, men kødet er hvidt, blødt og sødt), *rambutan* (kærlighedsfrugt, en sød



frugt med en behåret, rødlig skal). Der findes adskillige sorter bananer, nogle skal koges, før de kan spises, ananas, appelsin og lime, *langka* (jackfruit, grøn/gul frugt med grov skal, den kan veje op til 20 kg, det lysegule kød bruges i salater eller som grønsag).

**Mælk og ost:** Komælk gives til børn, voksne drikker ikke mælk. Hjemme fremstilles en ost, som ligner rygeost.

**Kød, fisk og æg:** Svinekød og oksekød anvendes mest, desuden spises kylling og gedekød, salt- og ferskvandsfisk. Skaldyr spises også. Æg anvendes i madretter og spises som spejlæg.

**Fedtstoffer:** Forskellige slags planteolier, fx soja- og majsolie.

**Sødt:** I det daglige spises frugt som mango, bananer, kokos og vindruer. Der bages søde riskager og kokoskager. Slik tilberedes af frugt, som syltes, fx grøn kokos. I Filipinerne dyrker man sukkerrør og jordnødder, og af disse to produkter tilberedes slik. Brunt sukker smeltes på en pande og jordnødder tilsættes. Børnene får en slags risgrød med varm chokoladesovs.

**Krydderier:** Ingefær, løg, hvidløg, paprika og chili. Maden krydres kun ganske lidt.

**Drikke:** Vand, kokosvand, cola, te, også grøn te, kaffe med sukker. Der drikkes også vin, øl og kokosbrændevin.

## 7.12 Somalia

Omkring to tredjedele af befolkningen i Somalia er nomader, der er kvægopdrættere. Majoriteten af befolkningen er muslimer. Madtraditionerne i området ligner ikke dem fra de nærliggende lande. Italien er det land, der har haft størst indflydelse på de somaliske madtraditioner. Det er svært at generalisere, men man kan dele de somaliske traditioner op i fire grupper: 1) kvægopdrættere, som mest lever af kød og mælk, 2) landmænd, som mest spiser kornprodukter, grønsager og frugt, 3) byboere, som er mest påvirket af de vestlige lande, først og fremmest Italien, og 4) de, der bor i kystområderne og som spiser meget fisk.

### 7.12.1 Amning og overgangskost

Det følgende beskriver, hvordan det ser ud i landsbyer i det sydlige Somalia. Børn ammes traditionelt længe, men mange børn vil i stedet for råmælken få tilbudt fx komælk tilsat sukker og/eller olie. Mange børn ammes i mere end 2 år, og ofte holder en kvinde først op med at amme sit barn, når en ny graviditet indtræffer.

De fleste børn får tilskud til amningen helt fra starten af. Tilskud som komælk (kamel- og gedemælk bruges i nogle områder) ofte tilsat sukker, vand og/eller olie. Mange får tilskud af kop, men håndmadning eller sutteflaske forekommer også. Barnet ammes ofte først efter mor har spist morgenmad. Mange mener, at den mad kvinden spiser, går direkte over i brystmælken, derfor er brystmælken først næringsrig efter, at kvinden har spist.

Overgangskost som bønner med kød, grød (majs, ris eller hvede), grønsagsmos eller frugt bliver først introduceret som et dagligt måltid til de fleste børn omkring 1 års alderen. Børnene fortsætter med at blive håndmadet, og ofte får flere børn mad fra samme tallerken. Samtale med flere kvinder fra Mogadishu bekræfter ovenstående. Dog siger de, at der ikke gives kamelmælk til små børn, og at deres børn har fået overgangskost fra ca. 6 måneder, da sundhedspersonalet har anbefalet dette. I det nordlige Somalia gives ofte hirse til børn i stedet for majs. Børn drikker saft,

urtete og frugtjuice. Juice gives i små mængder fra barnet er ca. 3 måneder.

### 7.12.2 Familiens måltider

Måltidsmønsteret skifter mellem storby, landsby og kystområde. Følgende mønster er ret typisk for storbyer:

**Morgenmaden** består oftest af et meget let måltid. Te med en masse sukker udgør måltidets hovedingrediens, og til dette spises *anjero* (fladt brød af en blanding af majs- og hvedemel stegt i olie) eller brød. Børn og voksne spiser samme slags mad, men børnene drikker mere mælk. Nogle gange spiser man spejlæg eller lever til brødet.

**Frokosten** er dagens hovedmåltid, som altid begynder med en banan. Derefter kan man spise spaghetti eller ris med kødsovs (hakket kød) eller lammekotelet med *anjero* (se under morgenmad). Nogle gange serveres kogt majsmel til kogt lammekotelet. Salaten kan bestå af almindelig salat med tomater, som man presser citronsaft over. Man drikker vand, citronsaft eller mælk til maden. Desserten består oftest af frisk frugt (en blanding af papaya og banan).

**Eftermiddag:** Man plejer at drikke te med en masse sukker. Man spiser ikke mellemmåltider.

**Middagen** er oftest et let måltid, fx kogte bønner med eller uden ris, spejlæg og hvidt brød eller *muffo* (lille brød af en blanding af majs- og havremel). Nogle gange spiser man kødgryde med *muffo*.

### 7.12.3 Fødevarer

**Brød og kornprodukter:** Hvidt brød, *anjero* (se under morgenmad) og *muffo* (se under middag) er mest almindeligt. Ris og pasta

indgår også i somaliernes mad. Pirogger (*sambus*) med fyld af stegt kød, porrer, hvidløg og chilipeber spises i forbindelse med fester, fx efter fastemånedens afslutning.

**Grønsager:** Landmænd og byboere spiser rå grønsager, fx peberfrugter, tomater, salat, grønne bønner og squash. Grønsager spises separat og blandes ikke med kød eller ris.

**Bælgfrugter:** Brune og grønne bønner samt linser. Bælgfrugter koges og serveres med ris og olie. Bælgfrugter serveres ret ofte til middag.

**Frugt og bær:** Alle tropiske frugtsorter findes i området, som er kendt for sine bananplantager. Frisk frugt spises ofte som dessert. Banan spises dog altid til frokost. Bær er sjældne.

**Mælk og ost:** Kamel-, fåre-, ko- og gedemælk bruges. Frisk mælk og yoghurt bruges mest. Ingen ost.

**Kød, fisk og æg:** Lamme-, kamel- og oksekød samt kylling findes mest. Man spiser ikke svinekød. Fisk er begrænset til kystområderne. Kød anvendes mest i gryderetter. *Iskukaris* er en kødret, der indeholder hvidløg, stegt kød, peberfrugt, kartofler og ris. Æg spises tit, mest som omelet.

**Fedtstoffer:** Smør, sesam-, soja- og majsolie er de typer fedtstof, der bruges.

**Sødt:** Man spiser ikke så mange søde sager ud over det sukker, man bruger i te.

**Krydderier:** Hvidløg, skalotteløg, citron, paprika, kardemomme, kanel, ingefær m.m.

**Drikke:** Vand, mælk, sodavand, te.

## 7.13 Marokko

Berberer er efterkommere af de folk af den kaukasiske race, der beherskede Nordafrika

før arabernes indtrængen i 600-1000-tallet. Berbere findes nu i udbredt grad fra Atlas-

bjergene i vest til Nildalen i øst. Især i bjerg- og ørkenområderne har berberne bevaret deres fysiske, sproglige og kulturelle særpræg, medens de i kyst- og lavlandsområderne er stærkt blandet med arabere og taler arabisk. Både arabisk og berbertaindende folk er indvandret fra Marokko til Danmark.

Størsteparten af marokkanerne er muslimer, men der findes også ganske få jøder. Ramadanen (fastemåned) er den største højtid, i denne måned fastes fra solopgang til solnedgang. Efter solnedgang spises traditionelt en suppe (*harira*), der er tilberedt af kød, linser, kikærter, bladselleri, persille, kori-anderblade og løg. Den jævnes med mel og tilsættes spaghetti og kanel. Desuden koges kraftben, som spises med dadler eller *chabakia*, søde kager med sesam og honning.

Marokkanerne fra nord har madvaner, som er påvirket af spaniolerne, fx spiser de *tortilla*, *paella*, fisk og skaldyr, medens marokkanerne sydpå spiser kød og suppe. Om fredagen, som er helligdag, spises ofte *cous-cous*. Det er små semuljegryn, som dampkoges. Hertil serveres en kødgryde med flere grønsager. For at opnå en smuk gul farve tilsættes safran eller gurkemeje.

### 7.13.1 Familiens måltider

Måltiderne varierer med årstiderne. Om vinteren spises ofte suppe af linser, hvide bønner og kikærter. Om sommeren ofte frisk salat. Som i mange andre lande er der forskel på, hvad folk på landet og i storbyen spiser. Hverdagsmaden i en by kan være følgende:

**Morgenmad:** Hvedebrød, æg stegt i olivenolie eller smør. Hertil sød myntete eller café au lait. Børnene får mælk indtil 2-3 års alderen, derefter te.

**Frokosten** er det vigtigste måltid. Den består af sammenkogte retter med kød, grønsager og kartofler. Hertil salat med tomat, løg og grøn peber (peberen grilles for at fjerne skallen), en dressing af olivenolie og salt. Eddike eller

citron hældes på. Derefter spises frugt, fx appelsin eller vandmelon.

**Mellemmåltider:** Ved fem-sekstiden får man sød myntete eller kaffe med stegt brød eller pandekager stegt i olie. De velstående får evt. mælk med mandler og bananmos eller kager.

**Aftensmad:** Ved ottetiden får man aftensmad, der består af et let måltid, stegte kartofler eller stegt fisk eller kød. Hertil serveres brød. Der drikkes vand til måltidet.

### 7.13.2 Fødevarer

**Brød og kornprodukter:** Der spises brød til alle måltider. I nogle byer kan man se en lille dreng (*tarah*), som henter dejen i hjemmene. Han afleverer den hos bageren, hvor den bages, og bringer det bagte brød tilbage. Elektricitet er dyr, og ofte findes der ikke en ovn i hjemmet. Arabiske brød formes som runde brød, fx pitabrød, der kan fyldes med grønsager. Der anvendes også pasta og nudler. På landet spises rugbrød og majsbrød.

**Grønsager:** Aubergine, tomater, grønne bønner, ærter, gulerødder, kartofler, squash, løg, hvidløg. Der anvendes altid grønsager i de sammenkogte retter.

**Bælgfrugter:** Hvide bønner, linser, kikærter, gule ærter (spises mest af de fattige).

**Frugt og bær:** Abrikoser, granatæbler, små pærer, melon, appelsiner, blommer, figner, kaktusfrugt. Frugten spises frisk efter maden. Tørret frugt anvendes også, fx dadler, figner og abrikoser. Det er en tradition at koge kød og tørrede frugter sammen.

**Mælk og ost:** Kun små børn får mælk. Hvis en voksen er syg, kan der dog gives varm mælk. Yoghurt gives ligeledes til børn eller syge. Der spises hjemmelavet fetaost, som tilberedes af sødmælk, osteløbe og salt.

**Kød, fisk og æg:** De mest anvendte kødsorter er lammekød, oksekød, kylling og kanin. I det

sydlige Marokko spises også hestekød. Alle spiselige dele fra dyret anvendes, fx hjerne og rensede tarme, som flettes og koges med salt. I den nordlige del af landet spises mange forskellige slags fisk og skaldyr. Æg spises som spejlæg og kogte som tilbehør til kødretter.

**Fedtstoffer:** I madlavningen bruges olivenolie og solsikkeolie. Smør bruges til at smøre på brødet til morgenmaden og som ingrediens i hjemmebagte kager.

**Sødt:** Den mest almindelige dessert til daglig er frugt. Ved festlige lejligheder bages kager, der består af knuste mandler, lidt mel, sukker

og smør. Denne dej rulles ud, dadler pakkes ind i dejen, og der tegnes et fint mønster på kagerne med et specielt jern. Andre kager bages med sesamfrø. *Blakava*, som kendes i Tyrkiet og Grækenland, er også en yndet spise. Af slik kendes karameller, chokolade og syltet frugt.

**Krydderier:** Safran, hvid og gul ingefær, kanel (anvendes også i kødretter), persille og koriander (bruges hyppigt), paprika, peber, chili (anvendes moderat), kemum (et plantefrø).

**Drikke:** Vand, sød myntete og arabisk kaffe.

## 8 Udfordringer ved kostvejledning af indvandrere og flygtninge

I det følgende kommenteres de mere overordnede problemstillinger omkring arbejdet med flygtninge og indvandrere, der omtales i besvarelserne på spørgeskemaundersøgelsen blandt sundhedsplejersker, se bilag 1.

Flere sundhedsplejerskegrupper melder tilbage, at de ernærings- og sundhedsmæssige problemer, der ses hos flygtninge og indvandrere fortrinsvis forekommer hos de socialt dårligt stillede familier, og problemerne ligner dem, der ses hos de svage danske familier.

Et gennemgående problem, som sundhedsplejerskerne nævner, er, at mange familier ikke har forståelsen af selv at kunne påvirke egen sundhed, og måske heller ikke har ressourcer til det. Nogle er ikke bevidste om egen kulturelle identitet, og de har ingen tradition for, at man selv er ansvarlig for sin sundhed og forældrene for deres børns sundhed.

Reklamens magt er omfattende også i Danmark, og mange mennesker tager ukritisk imod, som flere sundhedsplejersker også nævner i besvarelserne. Det er svært for nogle familier at sortere i den overflod af madvarer, der er mulighed for at købe. Selv om deres økonomi er begrænset, bliver det nu muligt at komme til at "ligne" de velstillede i deres hjemland, der for mange har været og fortsat er et idealbillede. Hertil kommer, at flygtninge og indvandrere ofte kommer til at bo i socialt belastede boligområder, hvor deres møde med danskerne, også kan blive et møde med mange af de usunde spise- og levevaner i den vestlige kultur.

Man kan sige, at en del ernærings- og sundhedsmæssige problemer til dels bundes i uvidenhed og for nogle desuden i dårlige læsekundskaber. Mange er vant til at lære ved at få demonstreret ting, og ikke ved at tilegne sig viden via bøger og pjecer. **Derfor er det også**

**vigtigt, at pjecer ikke får en for central plads i sundhedsplejerskens arbejde, men at der holdes fast i, at de individuelle kontakter og vejledninger er vigtigere end pjecer.** Generelt kan det at udlevere en pjece aldrig stå alene, men skal altid foregå i forbindelse med en individuel vejledning. Fra oplysningsmateriale til danske familier ved vi, at det er et problem at ramme målgruppen, og at pjecer kun bliver læst af nogle socialgrupper. De svage familier, som man ofte gerne vil nå, når man sjældent via pjecer. Dermed ikke sagt at pjecer ikke kan bruges i sundhedsplejerskers arbejde, men det skal overvejes hvilket materiale man bruger og hvordan. Det ville bl.a. være en god ide at lade materialet være meget billedligt til de fleste flygtninge- og indvandrerfamilier.

Dernæst skal siges, at man ikke kommer langt med at give vejledning, hvis man opfatter mennesker som "tomme kar", der bare skal fyldes med kundskab. Det er vigtigt at give mennesker bekræftelse på, at deres viden også er værdifuld. Vejledningen er vellykket, når barnet får en ernæringsrigtig kost og som en sundhedsplejerske udtrykker det "når en mor føler, at hun lykkes, så har vejledningen været god".

Det hjælper ikke kun at komme og fortælle om alle de fejl, familien laver, og hvordan de i stedet kan gøre det. Familien må tages med på råd. Man må forsøge at bryde med rollerne, hvor sundhedsplejersken entydigt står i ekspertrollen, og i stedet for tilføre familien en betydning ved at lade dem være eksperter. Det betyder også, at i de familier, hvor en bedstemor/far har stor indflydelse på barnets opdragelse, bør de inddrages i sundhedsplejerskens besøg, så de også kan komme til orde.

I det efterfølgende er der valgt at fokusere på børneopdragelse, flygtninge og indvandreres

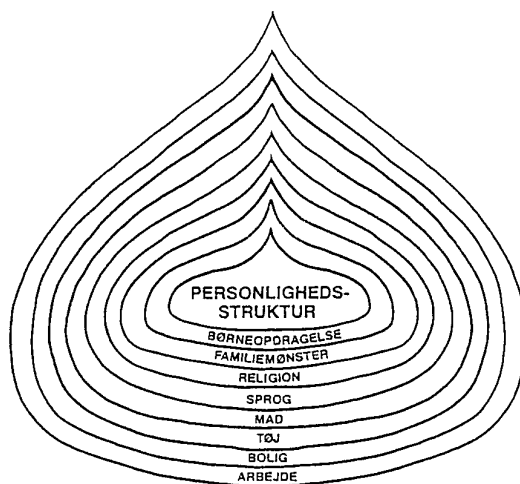
tab og tværkulturel kommunikation, da det er tre centrale begreber, der dukker op i en del af besvarelserne af spørgeskemaet. I bilag 1 fin-

des konkrete bud på, hvordan man kan arbejde med nogle af de problemstillinger, der går igen i mange familier.

## 8.1 Børneopdragelse

Børneopdragelse er noget grundlæggende i alle familier. Der vil være mange traditioner forbundet med opdragelsen, og måden forældre vil opdrage deres barn på, ligger ofte bevidst og ubevidst tæt op af den måde, de selv er blevet opdraget på.

Det kan være meget svært at ændre på den måde forældre opdrager deres børn på. En forklaring herpå findes i identitetsløget (figur 8.1).

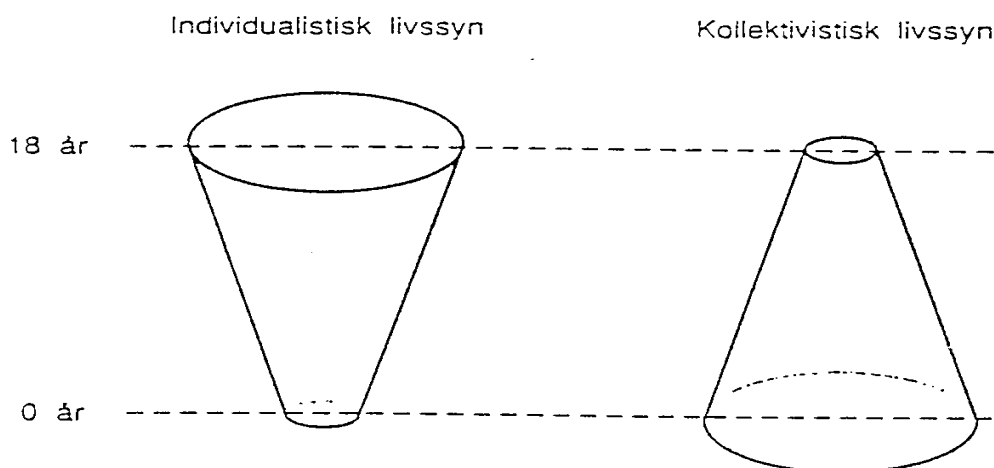


**Figur 8.1:** Identitetsløg. Jo nærmere laget er på midten, jo større betydning har det for identiteten og jo svære er det at ændre på (9).

Løget består af mange lag, og de er knyttet til forskellige sider af identiteten. Jo større betydning laget har for identiteten, jo sværere er det at forandre. Løgets inderste lag er således meget svære at forandre. "Løget" er hentet fra en svensk forsker Inga Gustavsson og brugt i Anne Mertz bog : "Kultur, sundhed og sygdom" fra 1992.

Der er nogle forskelle inden for børneopdragelse, der bliver iøjnefaldende i arbejdet med flytninge og indvandrere. I Danmark bliver

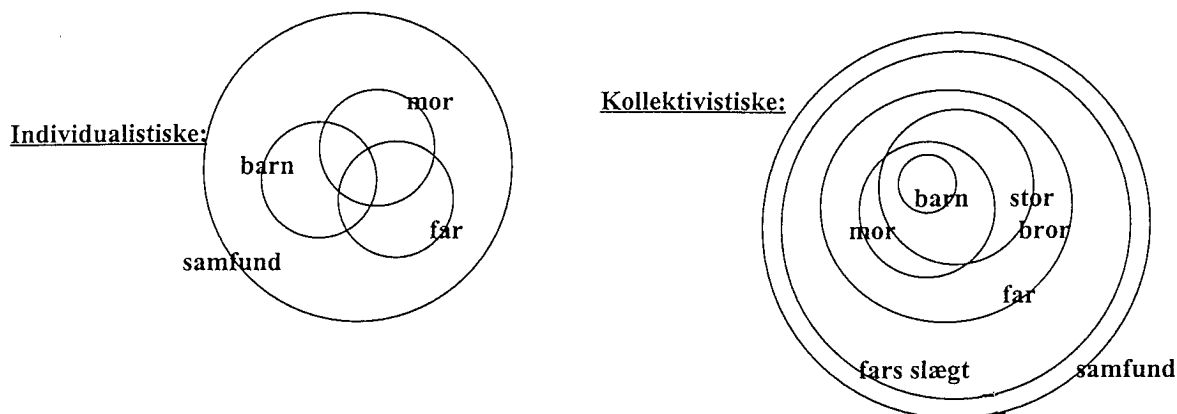
de fleste børn opdraget til at være individualister. Børnene opdrages til lighed, frihed og selvrealisering. I mange andre lande opdrager man børn efter et kollektivistisk livssyn, hvilket betyder, at børnene opdrages til gensidig afhængighed i familien, lydighed og ansvarfølelse over for kollektivet (familien). Børnene bliver opdraget af en hel familie/landsby, og det er ikke kun et forældreansvar. Der er altså afgørende forskelle i synet på børns frihed og ansvarlighed.



**Figur 8.2:** Forskelle på rammer i opdragelsen ud fra forskellige livssyn (1.).

Det individualistiske livssyn sætter mange rammer for det lille barn. Rammerne bliver så videre, jo ældre barnet bliver. Barnet skal udvikle sine individuelle evner og lære at klare sig selv. Det kollektivistiske livssyn sætter ikke så mange rammer omkring det lille barn, men efterhånden sættes flere og flere rammer for barnets/den unges livsførelse. Dette er il-

lustreret i figur 8.2. og 8.3. Når fagpersoner skal give en vejledning, er det vigtigt at vide, hvad der gælder i den pågældende familie. Især må man gøre sig klart, hvem der har kompetencen i familien. Måske skal vejledningen tilrettelægges, så vedkommende er til stede.



**Figur 8.3:** Kompetencesystemer: Cirklerne omkring de enkelte familiemedlemmer illustrerer, at den enkeltes magt og kompetence er begrænset af det familiemedlem, der befinder sig i de udenfor liggende cirkler (1).

Der findes selvfølgelig mange forskellige måder at kombinere de to forskellige livssyn på. Mange, der har en uddannelse og/eller har boet i en storby, er ofte vestlig inspireret, og i de familier ses tit en blanding af de to livssyn. Mange flygtninge- og indvandrerfamilier i

Danmark vil også bo i kernefamilier, hvor de som forældre i det daglige står alene som opdragere. Det kan være et helt andet udgangspunkt, end forældrene måske selv ønsker det, og det kan være meget problematisk.

I koranen er der også angivet, hvordan man skal opdrage sine børn. Troen på at børn er uvidende til de er ca. 5 år er en holdning, der breder sig ud over islam, og som man sikkert kan finde mange steder endnu. Profeten Muhammad har anbefalet at opdragelsen af børn foregår i tre faser.

De tre faser er :

- **0-5 år:** "Elsk dem, giv dem omsorg og for-kæl dem". Børn i den alder er uvidende, og der gives ikke mange forklaringer til børn i den alder, omvendt sættes heller ikke mange grænser for børnene, og der stilles ingen krav til dem. Mange lokker deres børn i den periode, og bruger trusler overfor dem. "Vi elsker dig ikke mere", "lægen kommer

med sprøjten" osv. (det sidste står ikke i Koranen)

- **5-10 år:** "Opdrag dem". Børn i den alder er vidende, de skal lære at være lydige og høflige. De skal lære, hvad der er rigtigt og forkert. Børn må fx ikke se de voksne i øjnene, når de bliver irettesat. Her starter den religiøse opdragelse (islams 5 søjler). Børnene bliver ofte opdraget efter et kollektivistisk livssyn
- **10-15 år:** "Bliv ven med børnene". Børnene bliver kønsmodne. Mødre skal føre pigerne ind i kvindeverdenen, mens fædre skal føre drengene ind i mandsverdenen.

## 8.2 Flygtninge og indvandreres tab

En væsentlig barriere for at kunne modtage en vejledning er, at både flygtninge og indvandrere har været udsat for en række tab. Tabene vil generelt være dybere og mere komplekse hos flygtningene.

Marianne Skytte (1) nævner følgende tab:

- Tab af socialt netværk (familie, venner, naboer, arbejdskammerater m.fl.)
- Tab af umiddelbar gratifikation (den "hverdagens bomuld", der består i, at mennesker omkring os nikker genkendende til os, som en kendt del af "hverdagens billede" og måske endda har konkret kendskab til os som personer)
- Tab af hidtidig uddannelses- og erhvervs-kompetence og den dertil knyttede sociale anseelse
- Tab af modersmål som alment kommunikationsmiddel
- Tab af kulturel identitet som "almen kendt og accepteret kulturel identitet"
- Tab af hidtidig tilknytning til sit land
- Andre individuelle tab

Det karakteristiske ved flygtninge og indvandreres tab er, at flere af dem er uklare - der er tale om tab, der ikke altid er uigenkaldelige. En stor del af det, man har mistet, eksisterer et eller andet sted, muligheden for at gense og blive forenet med det er dermed ikke udelukket. Dette faktum kan komplicere sorgprocessen, for det er svært at erkende, hvad man har mistet og sørge over noget, der stadigvæk eksisterer (1).

Mange prøver derfor at holde fast i de værdier, de er vokset op med for at have noget at holde fast ved.

Det er vigtigt at gøre sig klart, hvor en familie er henne, hvilke ressourcer den har, og om familiemedlemmerne overhovedet er motiverede og parate til at modtage en vejledning fra en sundhedsplejerske om fx kosten til små børn (2). Sundhedsplejerske Grethe Mandrup har udviklet to skemaer (se bilag 4), der kan udfyldes sammen med familien løbende. Man får således et godt overblik over familiens situation og ressourcer. Og det kan vise sig, at en familie har mere behov for krisehjælp end kostvejledning i en periode. Som en sund-



hedsplejerske svarer: *“Bredere indsats, ikke kun kostvejledning”*. Flere svarer, at det først er ved 2. eller 3. barn, at familien begynder at

høre efter sundhedsplejerskens vejledning, og det er måske i virkeligheden ikke så underligt.

### 8.3 Tværkulturel kommunikation

Flere sundhedsplejersker giver udtryk for, at specielt asiaterne gerne vil være venlige og siger ja og tak, selvom de ikke helt har forstået det, man siger, eller de er uenige. Det er et reaktionsmønster, som de fleste kender fra sig selv, ligesom de fleste ønsker at være høflige og glæde deres gæst. Andre svarer, at de ofte går forkert af familierne, selvom de selv synes, at de har givet en god vejledning til familien.

Alle ved, at det er svært at kommunikere, men når der så yderligere er tale om et møde mellem forskellige kulturer, hvor opfattelser af sundhed/sygdom og børneopdragelse kan være meget forskellige, så bliver det ekstra vanskeligt. Som kultursociologen Mehmet Ümit Nedef udtrykker det: *“Der ER kulturelle forskelle og kulturelle forskelle KAN skabe konflikter”*. På den anden side skal man ikke stirre sig blind på kulturforskelle, og dømme ud fra det som man tror, man ved om den andens kultur. Hvis en vietnamesisk mor fx oplyser, at hendes barn på 8 måneder ikke får jerndråber, behøver det ikke være fordi, at moren opfatter jerndråber som “varme”. Det kan handle om så meget andet. Måske er det fordi barnet spytter dråberne ud, at moren har opgivet dem, ligesom andre forældre gør. Igen er dialogen meget vigtig.

Det er vigtigt at have viden om den kulturelle baggrund hos de mennesker, man skal kommunikere med. Denne viden skal dog bruges med forsigtighed og ikke som en generel rettesnor, men måske mere til at stille spørgsmål ud fra. Fx: Jeg har læst, at man i Bosnien giver æggeblomme til børn fra de er 3 måneder gamle, er det rigtigt? Hvad synes du om det? osv. Kultur er ikke statisk og afgrænset. Kultur skabes hele tiden omkring og af os. Det er en dynamisk proces, der inddrager alle men-

nesker og deres handlinger. Ved et møde mellem mennesker forandrer begge parter sig, og dermed ændrer kulturen sig også.

At skulle kommunikere gennem tolk indebærer i sig selv en del problemstillinger, der ikke vil blive uddybet nærmere her. Det skal blot nævnes, at Dansk Røde Kors har udgivet en tolkevideo: *“Handler du på noget, du troede du hørte”*(7). Filmen beskriver, hvordan man grundlæggende arbejder med tolk.

Hvordan man kommunikerer med hinanden er meget forskelligt fra sted til sted, fra familie til familie. Nogle steder formidles en væsentlig del af budskabet implicit i måden, man taler på og gennem afsenderens adfærd. Kun en mindre del af budskabet formidles eksplicit i selve indholdet af talen. Det er fx tilfældet i mange af de arabiske talende lande. I de nordiske lande er det ofte omvendt. En væsentlig del af budskabet bliver udtrykt eksplicit gennem selve indholdet af det, vi siger. Måden det siges på og afsenderens adfærd spiller en mindre rolle (3).

I mange lande udtrykker man sig via symboler, lignelser eller ordsprog. Mange steder skal man gennem megen høflighedssnak, inden man kan bevæge sig ind på at samtale om et problem. Mange fortæller ikke direkte om et problem, men det kan måske indkredses langsomt i løbet af samtalen, hvis modtageren er opmærksom på at spørge cirkulært (se eksempel i bilag 5). Det betyder meget i mødet med en anden, om man er på bølgelængde. Starter sundhedsplejersken fx med direkte at præsentere en familie for dens problemer, kan det være, at de lukker helt af, og at der dermed ingen dialog bliver.

Nogle steder er man vant til at skulle forhandle i en samtale. Man siger ikke bare ja eller nej. Forhandlingstraditionen gælder i mange arabiske lande og i Somalia. Næsten alt står til at kunne forhandles om, dog ikke det der er "haram", forbudt (se afsnittet om islam). Åbningen for forhandling kan omvendt også bruges af sundhedsplejersken til at tage forskellige problemer op til drøftelse med familien. Det kræver selvfølgelig øvelse, specielt også at kunne vurdere, hvornår den

anden person synes, at der er blevet forhandlet tilstrækkeligt.

Der er ingen færdige opskrifter på, hvordan man bedst kan kommunikere, men gennem træning bliver man bedre. Det kunne være ved at bruge tid efter et besøg på at tænke forløbet igennem, tale med tolken om besøget eller ved at modtage sygeplejefaglig vejledning. Kommunikation i øvrigt tages ikke fat på her.

## 8.4 Afrunding

Alt i alt er der meget, man skal tage hensyn til og sætte sig ind i, inden man går i gang med en vejledning, hvis det vel at mærke skal være til nytte for familien, man sidder overfor. Det er også et emne, der allerede debatteres meget af sundhedsplejersker, og der arbejdes med rundt omkring. For i virkeligheden handler det om at møde et menneske eller en familie, der hvor de er. Spørgsmålet er, om sundhedsplejersker altid er rustet godt nok til det. Her er bare blevet nævnt nogle områder, og alle

meget overfladisk for at skitsere de mange aspekter der er, og for at nuancere arbejdet med etniske minoritetsfamilier.

Et vigtigt element er at have lysten og interessen for at arbejde med mennesker fra andre kulturer. Man får sat fokus på egen kulturel identitet i disse sammenhænge, og er man lydhør, lærer man meget om andre kulturer og deres traditioner, og dermed også om ens egen.

## 9 Referencer

### Baggrund og formål (afsnit 1)

1. Statistisk Årbog 2000, Danmarks Statistik 2000.
2. Mat och Indvandring i Norden, Nordisk Ministerråd 1995.
3. Eriksen TH, Sørheim TA. Kulturforskjeller i Praksis – Perspektiver på det flerkulturelle Norge. ad Notam, Gyldendal 1994. Nyrevideret udgave 1999. Bogen er bearbejdet til danske forhold af Karen Lisa Goldschmidt Salomon og Ditte Goldschmidt og hedder på dansk: Kulturforskelle: Kulturmøder i praksis. Gyldendal Uddannelse 2001.

### Sundhedsproblemer (afsnit 2)

1. Nødgaard H, Nielsen I. Børn af etniske mindretal på sygehus i Århus. Ugeskrift for Læger 160/19 1998.
2. Vestergaard M. Indvandreres brug af sundhedsvæsenet i Københavns Kommune. Lægen dec. 1998.
3. Klebak S, Horst C. Fremmedarbejderbørn/danske børn - lige vilkår? Institut for Social medicin, København 1978, 8, 17.
4. Klebak S. Hospitalsindlæggelser af indvandrerbørn i førskolealderen. Ugeskrift for læger 1984, 146/8, 603-605.
5. Jeppesen KJ, Nielsen A. Etniske minoritetsbørn i Danmark - det første leveår. Rapport nr 2 fra forløbsundersøgelsen af børn født i 1995. Socialforskningsinstituttet 98:5 1998.
6. Jeppesen KJ, Nielsen A. Etniske minoritetsbørn under 1 år er trygge og sunde. Social Forskning nr 2, 2 1998.
7. Forebyggelsespolitisk råd Beretning 1996-1998: Ulighed i sundhed og forebyggelse. Juli 1998.
8. Anbefalinger for spædbarnets ernæring, Sundhedsstyrelsen, Komiteen for sundhedsoplysning, 1998.
9. Nordiske næringsrecommendationer 1996, Nord 1996:28, Nordisk Ministerråd, København.
10. Kostvejledning til innvandrere. Rapport fra arbejdsgruppe under Statens Ernæringsråd i Norge, 1994.
11. Fagerli RA. Jernstatus, kostutvikling og kosthold med særlig vekt på jerninntak blant friske et-tåringere - norske barn og indvandrerbarn i Drammensområdet. Universitetet i Oslo, 1994.
12. Fagerli RA, Wandel M, Olsen PT, Ek J, Thorsteinsen K, Brekke O-L, Borch-Iohansen B. Iron status and diet at two years of age: longitudinal study of healthy Norwegian and immigrant children. Scandinavian Journal of Nutrition 1996, 40, 58-63.
13. Fagerli R Aa, Wandel M, Borch-Iohansen B, Olsen P T, Ej J. Diet and iron status among Norwegian and immigrant children. Scandinavian Journal of Nutrition/Næringsforskning 1996, 40, 111-113.
14. Nielsen L A, Esmark L. Caries hos 2-3 årige børn relateret til suttevaner og nationalitet. TNT 1992, 7, 2, 44-49.
15. Wendt L-K, Birkvad D. Dietary habits related to caries development immigrant status in infants and toddlers living in Sweden Acta Odontologica Scandinavica 1995, 53 339-344.
16. Rasmussen L B et al. D-vitamin. Bør forsyningen i den danske befolkning bedres. Publikation nr. 246, Veterinær- og Fødevedirektoratet 1998.
17. Nellen J FJB, Smulders Y M, Frissen P H J, Slaats E H, Silberbusch J. Hypovitaminosis D in immigrant women: slow to be diagnosed. British Medical Journal 1996, 312, 570-572.

18. McKeigue PM, Shah B, Marmot MG. Relation of central obesity and insulin resistance with high diabetes prevalence and cardiovascular risk in South Asians. *Lancet* 1991, 16;337(8738), 382-386.
19. Preece M A, McIntosh W B, Tomlinson S, Ford J A, Dunnigan M G, O’Riordan J L H. Vitamin-D deficiency among Asian immigrants to Britain. *The Lancet* 1973, 907-910.
20. Lawson M, Thomas M, Hardiman A. Dietary and lifestyle factors affecting plasma vitamin D levels in Asian children living in England. *European Journal of Clinical Nutrition* 1999, 53 268-272.
21. Lawson M, Thomas M. Vitamin D concentrations in Asian children aged 2 years living in England: population survey. *British Medical Journal* 1999, 318, 28-28.
22. Wharton BA. Low plasma vitamin D in Asian toddlers in Britain. *British Medical Journal* 1999, 318, 2-3.
23. Mughal M Z, Salama H, Greenaway T, Laing I, Mawer E B. Florid rickets associated with prolonged breast feeding without vitamin D supplementation. *British Medical Journal* 1999, 318, 39-40.
24. Anderson A S, Lean M E J. Healthy changes? Observations on a decade of dietary change in a sample of Glaswegian South Asian migrant women. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 1995, 8, 129-136.
25. Atiq M, Suria A, Nizami SQ, Ahmed I. Vitamin D status of breastfed Pakistani infants. *Acta Pædiatrica* 1998, 87, 737-740.
26. Jensen J-E B. Svær D-vitaminmangel hos en indvandrerfamilie. *Ugeskrift for læger* 1995, 157/5 595-596.
27. Glerup H. D-vitamin-mangel hos indvandrere. *Ugeskrift for læger* 2000, 46, 6196.
28. Henriksen C, Brunvand L, Stoltenberg C, Trygg K, Haug E, Pedersen JI. Diet and vitamin D status among pregnant women in Oslo. *European Journal of Clinical Nutrition* 1995.
29. Brunvand L, Nordshus T. Alimantar rakitt. *Nordisk Medicin* 1996, 111, 219-221.
30. Sahi T. Genetics and Epidemiology of Adult-type Hypolactasia. *Scand J Gastroenterol* 1994, 29 Suppl 202, 7 – 20.
31. McBean L D, Miller G D. Allaying fears and fallacies about lactose intolerance. *J Am Diet Assoc.* 1998, 98, 671-676.
32. Suarez F L, Adshead J, Furne J K, Levitt M D. Lactose maldigestion is not an impediment to the intake of 1500 mg calcium daily as dairy products. *Am J Clin Nutr* 1998, 68, 1118-1122.
33. Vesa T H, Seppo L M, Marteau P R, Sahi T, Korpela R. Role of irritable bowel syndrome in subjective lactose intolerance. *Am J Clin Nutr* 1998, 67 710-715.
34. Simmons D, Williams R. Dietary practices among Europeans and different south Asian Groups in Coventry *British Journal of Nutrition* 1997, 78, 5-14.
35. Hulshof PJM, Burema J, van Staveren WA. Validity of food intake measurement of adult Turkish immigrants in the Netherlands. *European Journal of Clinical Nutrition* 1995, 49, 17-23.
36. Røjen D, Vibe-Petersen J, Hussain M. Et kulturelt afstemt undervisningsprogram for pakistanske patienter med type 2 diabetes. *HS Bispebjerg Hospital* 1999. Se også *Ugeskrift for læger* 2000, 46, 6220-6222.

### **Religionens betydning for kostvaner (afsnit 3)**

1. Ære og skam, Naser Kharder, Borgen 1996.
2. Islam, en religion, en kultur, en historie, Red. Af Torben Hansen, Tiderne Skifter, 1989.
3. Mat, tro, tradition, Helen Wesrholm Jonsson, Liber 1997.

#### **Opfattelser af kostens betydning for sundhed/sygdom i forskellige kulturer (afsnit 4)**

1. Khader N. Ære og skam. Borgen 1.udgave 1996.
2. Horntvedt T. Helsearbeid i flerkulturell sammenheng. Vett & Viten 1996.
3. Elverdam B. Fra tradition til institution. Statens Humanistiske Forskningsråd Århus Universitetsforlag 1991.
4. Liyanage C, Wikramanayake T W. Food Beliefs and Practices among Sri Lanka. 3. Estate Sector, Journal Natn. Sci. Coun. Sri Lanka 1984, 12 (1), (s.103-111).
5. Austveg B. Sundhedssektoren og indvandrere. Hans Reitzels forlag 1997.
6. Fieldhouse P. Food and nutrition (Customs and culture).2.edition 1995, Chapman & Hall.
7. Sonne S K, Jacobsen I. Tværkulturel kommunikation, når budskabet frem ? Vård i Norden 4 1990, pub.nr.20 vol. 10, side 26-30.
8. Araldsen H. Kosthold og helse hos vietnamesere, Statens Flyktningsekretariat i Oslo.
9. Mathews M, Manderson L. Infant feeding practices and lactation diets amongst Vietnamese immigrants. Australien Paediatric Journal (1980),16 :s. 263 - 266.
10. Uthaug T. Vietnamesernes syn på sundhed og sygdom,temahæfte Forskningskolen i Haderslev, 1983.
11. Fishman C, Evans R, Jenks E. Warm bodies, cool milk: Conflicts in post partum food choice for indochinese women in California. Soc.Sci. Med., vol.26, no.11, side 1125-1132, 1988.
12. Melgaard K, Ulstrup G. Pakistanske indvandrerkvinder fortæller. Faglig informationsserie nr.25, Dansk Sygeplejeråd 1985.
13. Sachs L. Onda ögat eller bakterier. Liber Förlag, 1983.
14. Koctürk-Runefors T. Balans mellan yin og yang. Vår Näring, vol.26, no.4, side10-12, 1991.
15. Eriksen T H, Sørheim T A. Kulturforskjeller i praksis. Ad Notam Gyldendal, 1995.
16. Hansen H P. Sundhedsopfattelser - tværkulturelt, Focus på sygeplejen 90 s. 7- 16, Munksgaard.
17. Melgaard K. Døtre af indvandrerfamilier. Vård I Norden 4 1990, Pub. nr. 20, Vol 10, side 21-25.

#### **Ændringer i kostvaner ved migration (afsnit 5)**

1. Jeppesen K J, Nielsen A: Etniske minoritetsbørn i Danmark - det første leveår. Socialforskningsinstituttet 98:5, København 1998.
2. Guldager E, Brøndsted V. Barselspleje på kort tid – omsorg nok? – en sammenlignende undersøgelse af 398 københavnske nyttilblevne mødre, København 1994.
3. Nordström B, Wilen B: Amning i en mångkulturell miljø - en studie av amningsmönster i Rinkeby. Västra Stockholms sjukvårdsområde Fou 1995.
4. Kochtürk-Runefors T: Invandrarbarnens kost. Vår Föda 1991, 43(8): 452-56.
5. Noboa N, Sarkhoun S: "Man har brutit upp från ett helt livsmönster" Vår Föda 1998, 4: 14-15.
6. Fagerli RA, Wandel M, Borch-Johnsen B, Olsen PT, Ek J: Diet and iron status among Norwegian and immigrant children. Scandinavian Journal of Nutrition 1996, 40: S111-S113.
7. Tuttle CR, Dewey KG: Determinants of infant feeding choices among Southeast Asian immigrants in northern California. Journal of the American Dietetic Association 1994., 94: 282-86.
8. Boija L: Hög stauts med kort amning? Vår Föda 1998, 4: 16-17.
9. Boija L: Mamma i et nyt land. Vår Föda 1998, 4: 12-14.
10. Godson JH, Williams SA, Kwan S: Inter-generational changes in diet, growth and oral health among a 3-year old muslim population in England. Scandinavian Journal of Nutrition 1996, 40: S114-S118.
11. Neiderud J: Food habits, nutrient intake and dental health among Greek and Swedish children. Scandinavian Journal of Nutrition 1996, 40: S93-S94.

12. Kødindtagets betydning for jernstatus i slutningen af barnets første leveår. Engelman MDM. Ph.D. afhandling, Forskningsinstitut for Human Ernæring. Kgl. Veterinær- og Landbohøjskole, Frederiksberg 1996.
13. Groth M: Notat om indvandreres kost i Danmark specielt med henblik på børn. Levnedsmiddelstyrelsen 1990.
14. Kochtürk-Runefors T: Structure and change in food habits. Scandinavian Journal of Nutrition 1995, 39: 2-4.
15. Konde ÅG, Kochtürk T. Nya matvanor, Vår Föda 3 1998.
16. Hartog A P den, Ramsaransing G, Heijden L van der, Staveren W A van. Migration, nutrition and the elderly. Food habits of elderly Hindustani women in Utrecht, the Netherlands. Scandinavian Journal of Nutrition/Näringsforskning 1996 vol 40 (2): suppl no 31: 87.
17. Svederberg EG: Conceptions behind choice and use of food. Scandinavian Journal of Nutrition 1996, 40: S98-S100.
18. Trostler N, Fainaru M: Nutritional consequences of immigration - the Ethiopian case in Israel. Scandinavian Journal of Nutrition 1996, 40: S122-S124.

**Kostvaner blandt børn i forskellige kulturer. Kostvaner i forskellige kulturer og områder (afsnit 6 og 7)**

1. Sonne S, Jacobsen I. Tværkulturel kommunikation - når budskabet frem? Vård i Norden 4, 1990 nr 20 vol 10 s.26-30.
2. Sundhedsstyrelsen 1998, Komiteen for sundhedsoplysning. anbefalinger for spædbarnets ernæring, vejledning til sundhedspersonale.
3. Hansen IBB, Lindahl JPB. Tyrkisk overgangskost. En kursusdag til sundhedsplejersker. Speciale fra Suhr's Seminarium 1993.
4. Melgaard K, Ulstrup G. Pakistanske indvandrerkvinder fortæller. Faglig informationsserie nr.25, Dansk Sygeplejeråd 1985.
5. Mat och Indvandring i Norden, Nordisk Ministerråd 1995.

***Amning og overgangskost i forskellige lande/kulturer***

*Bosniere:*

1. Robertson A, Fronczak N, Jaganjac N m.fl. Nutrition and Immunization Survey of Bosnian Women and Children during 1993. International Journal of Epidemiology, 1995 Dec, vol.24, no. 6, s.1163-1170.
2. Jonsson I, Wallin A-M. Livsmedelsval och mattraditioner från Bosnien- Herzegovina. Heureka nr 34 1998, s.20-22, Livsmedelsverket.

*Albanere:*

1. Melgaard K har fortaget kostinterview i 2 albanske indvandrers familier på Nørrebro, hvor 3 generationer boede sammen.
2. Lauridsen V har fortaget kostinterview i 3 albanske flygtninge-familier på Flygtningecentret i Sandholmløjren.

*Tyrkiet:*

1. Chapter 10 ( Infant feeding, maternal and childhood nutrition) in Turkey Demographic and Health Survey 1993 ( Ministry of Health and Hacettepe University).
2. Kocturk TO, Mjönes S. Consumption Pattern of Infant Foods by Turkish Immigrants. Scan. J. Prim. Health Care 1986, 4 ,s.13-18.

3. Kocturk TO. Events Leading to the Decision to Introduce Complementary Feeding to the Breast among a Group of Mothers in Istanbul. *Scan. J. Prim. Health Care* 1986, 4, s. 231-7.
4. Mandrup GH. Kost og kultur. Om Spæd- og Småbørn (Beauvais) 2, 2 1993.
5. Mandrup GH. Ernæringsrapport om tyrkiske indvandrere i Århus kommune. Århus Kommune-information 1991.
6. Hansen IBB, Lindahl JPB. Tyrkisk overgangskost. En kursusdag til sundhedsplejersker. Speciale fra Suhr's Seminarium 1993.

*Kurdere:*

1. Noboa N, Sarkhoun S. Spädbarnsuppfödning hos tre invandrargrupper, eksamensarbejde fra Institutionen för hushållsvetenskap i Uppsala omtalt i *Vor Föda*, 4, 1998 s. 12-17.

*Iran:*

1. Noboa N, Sarkhoun S. Spädbarnsuppfödning hos tre invandrargrupper, eksamensarbejde fra Institutionen för hushållsvetenskap i Uppsala omtalt i *Vor Föda*, 4, 1998 s. 12-17.
2. Marandi A, Afzali HM, Hossaini AF. The reasons for early Weaning among mothers in Theran. *Bulletin of the World Health Organization*, 71 (5): 561-569 (1993).
3. Hjern A, Kocturk-Runefors T, Jeppson O. Food Habits and Infant Feeding in Newly Resettled Refugee Families from Chile and the Middle East. *Scan. J. Prim Health Care* 1990, 8 s.145-150.

*Somalia:*

1. Ibrahim MM, Persson LÅ, Omar MM, Wall S. Breast feeding and the dietary habits of children in rural Somalia. *Acta Pædiatri* 81 : 480-3. 1992.
2. Somali Cultural Profile, *Ethno Med*,  
<http://www.hslib.washington.edu/clinical/ethnomed/somalicp.html>.
3. Nordström B, Wilén B. Amning i en mångkulturell miljö, en studie av amningsmönster i Rinkeby. Västra Stockholms Sjukvårdsområde, FoU 1995.

*Pakistan:*

1. Malnutrition in South Asia, a regional profile, Rosa pub.No5, UNICEF nov 97.
2. Nagra SA, Gilani AH. Variations in Infant Feeding Practices in Pakistan with Socioeconomic Stratification. *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 33 ( side 103-106) April 1987.
3. Godson JH, Williams SA, Kwan S. Inter-generational changes in diet, growth and oral health among a 3-year old Muslim population in England. *Scan. J. Nutr/Næringsforskning* 2/96 suppl no 31 (s. 114-118).
4. Asharf RN, Jalil F, Khan SR, Zaman S, Karlberg J, Lindblad BS, Hason LÅ. Early child health in Lahore, Pakistan: V. Feedings patterns. *Acta Pædiatri Suppl.* 390: s. 47-61, 1993.
5. Melgaard K, Ulstrup G. Pakistanske indvandrere kvinder fortæller. *Faglig informationsserie nr 25*, Dansk Sygeplejeråd 1985.

*Sri Lanka:*

1. Malnutrition in South Asia, a regional profile, Rosa pub. No5 , UNICEF nov 97.
2. Liyanage C, Wikramanayake TW. Food Beliefs and Practices among Sri Lanka. 3. Estate Sector. *Journal Natn. Sci. Coun. Sri Lanka* 1984, 12 (1), (s.103-111).

*Vietnam:*

1. Araldsen H. Kosthold og helse hos vietnamesere, Statens Flyktningsekretariat i Oslo.
2. Mathews M, Manderson L. Infant feeding practices and lactation diets amongst Vietnamese immigrants. *Australien Paediatric Journal* (1980), 16 :s. 263 - 266.
3. Swenson IE, Thang NM, Tieu PX. Individual and community characteristics influencing breast-feeding duration in Vietnam. *Annals of human biology* 1993, vol.20,no.4,s.325-334.
4. Anh TS, Hoe NTT m.fl. Infant Feeding Practices in Vietnam. Research Reports, Population Studies Center, University of Michigan.

*Irak:*

1. Darwish OA, Amine EK, Abdulla SM. Impact of socio-economic level on infant feeding patterns in Iraq. *Food and Nutrition Bulletin*, vol 5 no1 1983 side 16-19.
2. Dahmood DA, Feachem RG. Feeding and nutritional status among infants in Basrah city, Iraq : A cross-sectional study. *Human Nutrition: Clinical Nutrition* (1987)41C,373-381.
3. Samtale med Kawthar Rahman ansat i Veterinær og Fødevarerdirektoratet. Kawthar haft kontakt med en irakisk sygeplejerske.

*Libanon:*

1. Hassan K, Sullivan KM, Yip R, Woordruff BA. Factors Associated with Anemia in Refugee Children. *American Society for Nutritional Sciences*, 1997, side 2194-2198.

***Udfordringer ved kostvejledning af indvandrere og flygtninge. Afsnit 8.***

1. Skytte M. Etniske minoritetsfamilier og socialt arbejde. Hans Reitzels forlag, 1997.
2. Mandrup GH m.fl. Model til kategoriinddeling af småbørnsfamilier. Sundhedsplejen, Århus Kommune 2001.
3. Dahl Ø, Habert K. Møte mellom kulturer, Tverrkulturell kommunikasjon. Universitetsforlaget, Norge 1986.
4. Bang S. Transkulturelt arbejde. Artikel i Håndbog om indvandrere og flygtninge, red. Ole Hammer, Forlaget Kommuneinformation, 1.udg. 1991.
5. Kultur og kommunikation, Iben Jensen og Hanne Løngreen (red), Samfundslitteratur, 1995.
6. Lings KK. Dynamisk tolkning. København Specialpædagogisk forlag, 1988.
7. Dansk Røde Kors Asylafdeling 1999. Video: Handler du på noget, du troede, du hørte.
8. Sonne S, Jacobsen? Tværkulturel kommunikation - når budskabet frem? *Vård i Norden* 4, 1990 nr 20 vol 10 s.26-30.
9. Mertz A. Kultur, sundhed og sygdom - om indvandrere og flygtninge i sundhedsvæsenet. Munksgaard 1992.
10. Kharder N. Ære og skam, Borgen 1996.

***Buddhisme: Klas Hagren***

***Hinduisme: Erik af Edholm***



## Bilag 1: Resultater fra en spørgeskemaundersøgelse blandt sundhedsplejersker

Formålet med den gennemførte spørgeskemaundersøgelse var at få et grundlag for at formidle idéer mellem de enkelte sundhedsplejerskegrupper, der i det daglige arbejder forholdsvis isoleret. Er der udviklet et godt materiale et sted kan andre jo lige så godt drage nytte af det. Derfor blev et spørgeskema udsendt til udvalgte sundhedsplejerskegrupper. En del af spørgsmålene gik på selve vejledningssituationen: Hvordan den foregår, problemer med at give kostvejledning, hvilke materialer der bruges, og hvilke materialer sundhedsplejerskerne kunne ønske sig samt idéer til, hvordan kostvejledningen kan blive bedre. Spørgeskemaet kan ses i bilag 2.

Flere undersøgelser, der er lavet indenfor de seneste år peger på, at sundhedsplejersker stort set kommer på besøg i alle indvandrer- og flygtningefamilier, der har spæd- og småbørn (1, 2 (se side 78)). Desuden får minoritetsbørn hyppigere besøg end danske, hvilket passer med tilbagemeldingerne her.

Spørgeskemaet indeholdt desuden et spørgsmål om, hvilke ernæringsproblemer der ses blandt indvandrere og flygtninge. Resultatet er i et skema i bilag 3, og bliver yderligere omtalt i kapitel 2: Sundhedsproblemer.

Spørgeskemaet blev i efteråret 1998 sendt til 11 sundhedsplejerskegrupper i landet. I de større byer er sundhedsplejerskerne opdelt på lokalkontorer. Disse grupper sørgede selv for intern rundsending af skemaerne. De fem største byer: København, Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg fik tilsendt skemaerne. Desuden blev skemaerne sendt til fire forstæder til København: Albertslund, Høje Tåstrup, Brøndby og Ishøj samt byerne Viborg og Roskilde. Stederne er valgt ud fra antallet af flygtninge og indvandrere, og ud fra en fornemmelse af, hvilke sundhedsplejerskegrupper, der har arbejdet særligt meget med flygtninge og indvandrere. Der kom 47 udfyldte

skemaer tilbage, kun en af de mindre byer sendte ingen besvarelser. Sundhedsplejerskegrupperne oplyser at have kendskab til følgende 10 etniske minoritetsgrupper: tyrkere, kurdere, irakere, palæstinensere, pakistanere, somaliere, albanere, bosniere, vietnamesere og tamiler.

Fra de forskellige grupper kom lige fra 1 til 7 udfyldte spørgeskemaer tilbage. Nogle grupper havde valgt at svare generelt om flygtninge og indvandrere, mens andre havde opdelt besvarelserne efter lande/kultur. Nedenfor gennemgås nogle af konklusionerne.

### Kendskab til eksisterende materialer

Spørgeskemaerne blev udformet med udgangspunkt i en forestilling om, at der rundt i landet fandtes en del materiale til brug i kostvejledningssituationer. Konklusionen på besvarelserne er:

1. Det er meget sparsomt, hvad der findes af materiale.
2. Mange sundhedsplejersker kender ikke eller bruger ikke det eksisterende materiale. I spørgeskemaet blev der spurgt om kendskabet til 2 pjecer og 1 kostvideo, der har været reklameret for i de fleste sundhedsplejerskegrupper rundt om i landet.

Kun få kommuner har oversat deres danske kostvejledning eller kosttilvænningskema. Således har København oversat deres kosttilvænningskema til arabisk. I Aalborg er en dansk kostvejledning oversat til arabisk, vietnamesisk og somali, hvilket også er tilfældet i Århus. I Odense er udarbejdet en kostpjece til småbørnsfamilier på flere sprog: dansk, somali, arabisk og vietnamesisk.

Fælles for det eksisterende materiale er, at det tager udgangspunkt i danske traditioner og vaner, hvilket ofte er svært at oversæt-

te/overføre direkte til andre sprog/kulturer. Kun Anette Ellings tyrkiske/danske pjecce "Mad til dit lille barn" tager udgangspunkt i det tyrkiske køkken. Denne pjecce er ikke særlig kendt rundt omkring i landet. Det er under halvdelen, af de spurgte sundhedsplejersker, der har kendskab til pjecen. Den trykkes heller ikke mere, men uddeles flere steder i fotokopi. Flertallet af sundhedsplejerskerne kender til videoen "Kost til børn 0-1 år" af Grethe Mandrup. Den kan stadigvæk købes og findes på tyrkisk, arabisk, somali, serbokroatisk, farsi, vietnamesisk og tamilsk. De fleste tilbagemeldinger går på, at videoen er forældet, og at mange sundhedsplejerskegrupper er holdt op med at bruge den. Det nyeste materiale fra Sundhedsstyrelsen 1998 "Sunde børn i et nyt land", der er oversat til 10 forskellige sprog, var endnu ikke så kendt af sundhedsplejerskerne. Tilbagemeldingerne går på, at pjecen ikke kan stå alene, og at der er for lidt indhold om kost. Nogle enkelte grupper melder tilbage, at pjecen er for overfladisk, og at den er moraliserende. Et andet springende punkt er, at pjecen koster penge, og flere kommuner ønsker ikke at købe den til uddeling, og det kan være svært at motivere familierne til selv at købe pjecen.

### **Kostvejledningen og andet materiale**

De fleste svarer, at kostvejledningen gives individuelt evt. med et kombineret tilbud om at deltage i en gruppe af en slags. Det fremgår af flertallet af besvarelserne, at der aflægges flere besøg end hos danske familier, når der skal vejledes i kost. Besøgene er ofte af længere varighed og der bruges tolk, når det er nødvendigt. Mange giver udtryk for, hvor vigtigt det er at have muligheden for at arbejde med tolk hos de familier, der ikke forstår nok dansk til at kunne modtage en vejledning om fx kost. Der er fortsat store problemer med at skaffe kvalificerede tolke i nogle dele af Danmark, hvilket betyder, at nogle familier får et dårligt udbytte af sundhedsplejerskens vejledning. Det er selvfølgelig en grundsten i enhver dialog, at man kan tale med og forstå hinanden. Uden forståelse bliver der ingen

kommunikation (se afsnittet om tvær-kulturel kommunikation).

Der er flere svar på, hvordan kostvejledningen gives, de er listet under andre idéer, da mange var sammenfaldende med spørgsmål 8: Har I forslag til, hvordan jeres kostvejledning til denne gruppe kunne blive bedre? ***Det er tydeligt, at det materiale, sundhedsplejersker foretrækker til kostvejledning, skal være meget billedligt anlagt.*** Det er den gamle kostcirkel, pjecen fra Nycomed: "Spis dig mæt i det magre", billeder af sund mad og pjecen fra Vejle amt: "Barnemad", der går igen i besvarelserne. I de familier, der taler og læser dansk, er de danske kostpjecer anvendelige, svarer flere sundhedsplejersker.

### **Ønsker om nyt materiale**

Der er et udbredt ønske i sundhedsplejerskegrupperne om at få noget brugbart materiale om kost til flygtninge- og indvandrerfamilier. Størstedelen efterlyser ***pjecer***, der tager udgangspunkt i de etniske kultur/madtraditioner og evt. de ændringer og problemer der er forbundet med immigration. ***Pjecerne skal være meget billedlige og enkle, evt. med opskrifter og måske til at hænge op.*** Derudover skal den leve op til Sundhedsstyrelsens retningslinier. Mange ønsker sig ligeledes ***plancher/ materiale til gruppeundervisning.*** Det kunne være billeder af kostcirklen eller fotos af hvor store mængder kød, grønsager, frugt, brød, mælk m.m. et barn på 1 år bør spise dagligt. Plancherne kunne også vise noget om energitætheden i måltidet.

Andre ønsker sig nye ***kostvideoer.*** En foreslår en video, der viser hvordan en dansk families hverdag forløber med måltider og madlavning. Det kunne være et godt diskussionsoplæg. Hvad gør du/I i forhold til det? Andre ønsker en video, der er lavet/optaget i hjemlandet med dansk teksthæfte til sundhedsplejersken. Nogle er inde på, at ikke alle flygtninge og indvandrere kan læse, og i de familier tjener det ingen formål at udlevere pjecer.

## Andre idéer

Der kom også andre bud på, hvordan kostvejledningen kan blive bedre. Her listes en del af forslagene:

- grupper for mødrene
- ekstra hjemmebesøg
- vejledning på flere planer (individuelt, grupper, rollemodel, visuelt)
- madlavningskurser/demonstrationer
- baggrundsviden om hvad de enkelte kulturer spiser
- være bevidst om kulturmødet
- træning i tværkulturel kommunikation
- optage kostanamnese i familien før vejledningen
- være mere konkret
- se hvilke madvarer, der findes i familiens skab/køleskab
- gå i køkkenet med familien
- mor viser sundhedsplejersken de produkter, som familien vil give til barnet
- tage udgangspunkt i de produkter som familien kender/ i familiens madkultur
- studietur for sundhedsplejersken
- brug af medier (fx arabisk tv)

Til sidst i dette afsnit vil et par af idéerne blive fulgt op med kommentarer og litteraturforslag.

## Hvornår lykkes kostvejledningen, og hvornår er det vanskeligt?

Flere svarer, at kostvejledningen lykkes i de familier, der er godt integreret, som har en positiv indstilling overfor deres nye situation, og som har ressourcer. Desuden nævner flere, at det lykkes, der hvor sundhedsplejersken kommer i hyppige besøg, eller hvor sundhedsplejersken kommer familien i møde på deres præmisser fx ved at tage udgangspunkt i

familiens kostvaner. Et par besvarelser nævner, at når familien får barn nr. 2 eller 3 hører de efter sundhedsplejerskens vejledning, eller når familien har været i Danmark i længere tid, lykkes vejledningen.

Der nævnes mange vanskeligheder ved kostvejledningen i flygtninge- og indvandrerfamilierne. Her listes de, der går igen i flere af besvarelserne:

- sprogbARRIERER
- forskelle i kost/opdragelsestraditioner
- vanskeligheder ved at være i et nyt land
- forskelle i sundhedsopfattelser
- familien har inget netværk
- familiestrukturen (bedstemor/far bestemmer, arrangeret ægteskab)
- familien har ingen uddannelse/ familien er dårligt oplyste
- stort vareudbud/reklamer, familien kan ikke sortere
- familien tager imod af høflighed
- én eller flere i familien har traumer

## Sundhedsplejerskens oplevelse af arbejdet

I spørgsmålet "Hvordan synes I, det er at give kostvejledning til disse familier?" kom det tydeligt frem, at langt de fleste sundhedsplejersker er meget motiverede for at arbejde med flygtninge- og indvandrerfamilier, selvom det er svært, anderledes og meget tidskrævende. Dog skal nævnes at ved udsagnet: "*Det er frustrerende, fordi de sjældent retter sig efter vejledningen*" var der 17 besvarelser, som var delvis enig og 6 helt enig mod 14 delvis uenig og 4 helt uenig. Det går også igen i mange af besvarelserne, at sundhedsplejerskerne synes, at de mangler viden om bl.a. kosttraditioner i andre lande.

## Bilag 1a: Uddybning af et par ideer fra spørgeskemaundersøgelsen

Nogle af de idéer, der er nævnt i besvarelserne til, hvordan man kan give en bedre kostvejledning i de familier, hvor man synes, det er vanskeligt, kan stå for sig selv. Fx at gå i køkkenet med familien eller at tage på studietur. At arrangere en studietur kan være et uoverskueligt projekt, og man kan måske i stedet læse om andres oplevelser (se litteraturhenvisninger side 78).

Her uddybes et par af de øvrige idéer til inspiration:

### Grupper for mødre

En del sundhedsplejerskegrupper har erfaringer med at lave grupper for flygtninge- og indvandrerkvinder. Alligevel viser undersøgelsen fra Socialforskningsinstituttet, "Etniske minoritetsbørn i Danmark", at kun 17% af de etniske minoritetsbørns mødre har deltaget i en mødregruppe, mens det tilsvarende tal for danske mødre er 71% (1). En af grundene er, at minoritetsbørnenes mødre ofte ikke kan tale dansk, og der skal således etableres specielle grupper for de kvinder.

Der kan være forskellige formål med at etablere grupper, og det kræver et stort arbejde, før man kan gå i gang. Et formål kan være at hjælpe nogle kvinder med at få kontakter til andre kvinder i samme situation og dermed bryde den isolation, nogle kvinder oplever. Som flere sundhedsplejersker nævner, kan manglende netværk være en årsag til forskellige problemer i familien. Et andet formål kan være at komme i dialog med kvinderne og bibringe kvinderne viden omkring emner, de selv er interesseret i at få viden om, og omvendt kan sundhedsplejerskerne blive klogere på kvindernes baggrund og traditioner. Det er en god idé at bruge erfaringerne fra andre.

Grupperne bliver ofte sammensat efter hvilket sprog kvinderne taler, da der skal være en tolk til stede. Der er skrevet en del om etableringen af grupper, og hvordan de kommer til at

fungere. En idé til en gruppediskussion om kost kan være at lave kostopstillinger ud fra kostcirklen. Fx en opstilling med hvad en kvinde kan spise dagligt efter kostcirklen, og en opstilling med hvad et etårigt barn kan spise. Selvfølgelig så vidt muligt med produkter, som kvinderne kender. Desuden kan man lave en opstilling af madvarer ud fra samme energiindhold, fx med småkager, nødder, cola, chips, mælk osv. Et godt visuelt oplæg til diskussion, om bl.a. hvor lidt af det "fede" og "søde", der egentlig skal til for at fylde barnets mave, så der ikke er plads til en sund sammensat kost. Kvinderne bliver også overrasket over, hvor meget bl.a. nødder feder. Fortæl om vitaminer, mineraler og hvad protein, fedt og sukker er. Forbrugerinformationen har nogle udmærkede og let tilgængelige materialer til formålet (se materialehenvisninger sidst i bilaget).

Et andet emne at diskutere kunne være, hvordan man opdrager sine børn. Det kan anbefales at bruge Grethe Mandrups film: "En god start i livet" (på arabisk med danske tekster), hvor man kan springe den første del over, hvis det ikke er en palæstinensisk gruppe den vises for. Del kvinderne i 2-3 grupper bagefter og giv dem fx opgaverne:

1. Nævn mindst tre værdier, I vil videregive til jeres børn.
2. Hvad er svært ved den danske opdragelse?

Desuden nævner flere, at de bruger Grethe Mandrups kostvideo i mødregrupper som debatoplæg.

Det er også oplagt, at grupper kan bruges til at vise demonstrationer af bl.a. madlavning/tilberedning, og det kan jo gå begge veje, så man også belyser de gode sider ved den etniske madkultur. En anden mulighed for at komme i dialog med en større gruppe kvinder, er også at undervise på sprogkurser, hvor man typisk vil tage emner op som kost og sundhed (materialeliste til sidst i bilaget).

### **Optage kostenamnese i familien før kostvejledningen**

At optage kostenamnese er noget sundhedsplejersker løbende gør, men måske ikke altid så systematisk. I bilag 5 er idéer til nogle spørgsmål, der bør indgå. Listen er lang og måske banal for mange, men kan muligvis også give inspiration. Hvis man spørger ind til familiens kostvaner og traditioner, vil familien også lytte mere til sundhedsplejerskens vejledning. Dialogen er vigtig i en kostvejledning, for at komme familien i møde på deres betingelser. Skriv svarerne ned og opbevar dem i journalen eller som en del af barnets bog.

Det er vigtigt at kunne acceptere og respektere forskellighederne. Bruger man Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for spædbarnets ernæring"<sup>(3)</sup> (se side 78)), skulle man kunne give en individuel kostvejledning og i samarbejde med familien lave et kosttilvænnings-skema til deres barn. Som én sundhedsplejer-

ske svarer: "*Rugbrød og kartofler behøver ikke at være altafgørende. Jeg lægger mere vægt på kostgrupperne*".

Rids op sidst i besøget, hvad I har talt om og aftal, hvad familien skal arbejde med inden næste besøg. Forandringer tager tid, små skridt ad gangen er også flot. Det kan ligefrem anbefales kun at arbejde med én problemstilling ad gangen. Det er et tidskrævende arbejde, ikke alle kommuner levner mulighed for. Der kan være nogle politiske begrænsninger, der bestemmer hvor mange besøg, der kan tilbydes hver enkelt familie og hvor megen tid, der afsættes til familier med særlige behov osv. Det berøres ikke nærmere her, men det skal nævnes, at mange sundhedsplejersker svarer, at deres vejledning lykkes i familier, hvor de aflægger mange hjemmebesøg. Nogle følger familien tæt, også efter barnet er fyldt 1 år.

## Bilag 1b: Litteratur og materiale henvisninger

### **Grupper:**

- Kvinder viser vejen, Anne Dorthe Roland og Hanne Tårup, Brøndby Kommune
- Grupper for kvinder på Indre Nørrebro i København, Sundhedsplejersken nr.3/94 side 34-37 Karen Melgaard
- Brikker til et fællesskab, et år med sundhedsplejens mødregrupper for flygtningekvinder i Viborg kommune, Vibeke Lyngsø og Anne Sophie Krøyer, Viborg kommune
- Netværk i en ny kultur, Rie Hedegaard, Sygeplejersken nr.51/92 side 39-41
- Forsøg med lokal børneernæringsundervisning til danske og tyrkiske kvinder med et tværkulturelt sigte, rapport om forløb og resultater, Anette Elling, Forbrugerrådet og NOAH, 1992

### **Materialer fra Forbrugerinformation:**

- Sund mad fra starten
- Mad og sunde tal (å la den lille levnedsmiddeltabel)
- Bedre kost, mere motion
- Sunde børn leger bedst
- Råd og resultater nr. 5/92(sukkerindholdet i diverse mælkeprodukter)
- Du bliver hvad du spiser

### **Materialer fra Sundhedsstyrelsen og Fødevaredirektoratet:**

- Anbefalinger for spædbarnets ernæring, Sundhedsstyrelsen, Komiteen for sundhedsoplysning 1998.
- Pjecerne "Sunde børn i et nyt land", Sundhedsstyrelsen 1998.

### **Referencer**

1. Jeppesen KJ, Nielsen A. Etniske minoritetsbørn i Danmark - det første leveår, rapport nr.2. Socialforskningsinstituttet 98:5, 1998.
2. Sonne SK. Indvandrerfamilier og spædbarnspleje. En brugerundersøgelse i Kbh.s Kommune, 1994.
3. Sundhedsstyrelsen 1998, Komiteen for sundhedsoplysning. Anbefalinger for spædbarnets ernæring, vejledning til sundhedspersonale.

- Mad til spædbørn og småbørn. Sundhedsstyrelsen og Fødevaredirektoratet, Komiteen for sundhedsoplysning 2001.
- Pjecen "Fedt nok", Fødevaredirektoratet 2000.

### **Andre materialer:**

- Video: En god start i livet, en film om opdragelse af palæstinesiske børn, der bor i Danmark. Grethe Mandrup, 1998, Amtscentret for Undervisning, Århus Amt, telefon: 87933944
- Video: Kost til børn 0-4 måneder, kost til børn 4-8 måneder, kost til børn 8-12 måneder, Grethe Mandrup, Amtscentret for undervisning, Århus Amt, tlf: 87933944
- Kostpjecer til småbørnsfamilier på dansk, somali, arabisk og vietnamesisk "Mad til børn fra 0 til 12 måneder". Odense Kommune. Kan bestilles på hjemmesiden [www.odense.dk](http://www.odense.dk).

Desuden har Dansk flygtningehjælp lavet baggrundsmateriale om de fleste lande, hvor Danmark modtager flygtninge fra.

### **Studietur:**

- Grethe Mandrups tur til Libanon, Sundhedsplejersken nr. 1997.
- Under samme måne, brevveksling mellem Somalia og DK, af sundhedsplejerske Bente Høyer, Århus Kommune, Kommuneinformation 1997.
- En studierejse til Tyrkiet med beskrivelse af det tyrkiske sundhedssystem, Lisa Dyhr København, Central Forskningsenhed for Almen Praksis, Panuminstitutet (1992).

## Bilag 2: Spørgeskema til sundhedsplejerskegrupper

Veterinær- og Fødevarerdirektoratet d. 23/9 98

Navn på sundhedsplejerskegruppen (gerne kontaktperson også):

---

---

Har I en større gruppe indvandrere/flygtninge med følgende baggrund: Tyrkisk, iransk, irakisk, kurdisk, palæstinensisk, pakistansk, somalisk, albansk, bosnisk, vietnamesisk eller tamilsk?

Sæt kryds:

Nej: \_\_\_\_\_

Ja: \_\_\_\_\_, skriv hvilke: \_\_\_\_\_

---

**De følgende spørgsmål bedes I besvare ud fra hvert oprindelsesland/kultur.**

**Har I fx 2 store grupper af tyrkere og pakistanere, må I besvare spørgsmålene ud fra hver gruppe på hver sit skema.**

*(Ved flere store grupper vælg de 3 største grupper, extra kopier er vedlagt).*

1. Ser I særlige ernæringsmæssige problemer i denne gruppe?

Sæt kryds:

Nej: \_\_\_\_\_

Ja: \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvilke problemer ser I? (fx D-vitamin mangel, jernmangel, trivselsproblemer, overvægt, manglende vækst, sukkersyge i familien eller andet).

Beskriv nærmere:

---

---

---

---

---

2. Oplever I særlige problemer med kosten? (fx for meget ensidig kost, for mange mælkeprodukter, for mange søde sager eller andet).

Beskriv nærmere:

---

---

---

---

---

3. Hvordan giver I kostvejledning?

Beskriv metoden (anderledes end til danske familier? Fx længere besøg, ekstra kostbesøg, specielle mødregrupper eller andet):

---

---

---

---

---

Hvilke materialer anvender I til denne gruppe?:

---

---

---

4. Hvor synes I, at jeres vejledning lykkes?

Beskriv nærmere:

---

---

---

---

---



5. Oplever I, at disse familier har vanskeligheder ved at skulle tage imod jeres kostvejledning?

Sæt kryds:            Nej: \_\_\_\_\_            Ja: \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvilke vanskeligheder oplever I? (fx sprogbarrierer, forskelle i sundhedsopfattelser, forskelle i kost- eller opdragelsestraditioner, familiestruktur, vanskeligheder ved at være i et nyt land, krigstraumer eller andet).

Beskriv nærmere:

---

---

---

---

---

---

---

---

6. Oplever I, at I selv har vanskeligheder ved at give kostvejledning til disse familier?

Sæt kryds:            Nej: \_\_\_\_\_            Ja: \_\_\_\_\_

Hvis ja, beskriv nærmere:

---

---

---

---

---

---

---

---

7. Hvordan synes I, det er at give kostvejledning til disse familier?

*Marker med et kryds for hvert udsagn om I er enig eller uenig.*

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Det er frustrerende, fordi de sjældent retter sig efter vejledningen ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er trivielt, fordi vi skal gentage det samme i hver familie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det adskiller sig ikke fra arbejdet i andre familier .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er en spændende udfordring .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det giver variation i arbejdet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der er brug for mere viden om familiernes baggrund .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Har I forslag til, hvordan jeres kostvejledning til denne gruppe kunne blive bedre?

Beskriv nærmere:

---

---

---

---

**De næste 3 spørgsmål 9, 10, 11 udfylder I bare én gang, hvis I udfylder flere skemaer:**

9. Kender I Anette Ellings kostpjece. ”Mad til dit lille barn” på tyrkisk og dansk?

Sæt kryds:            Nej: \_\_\_\_\_            Ja: \_\_\_\_\_

Hvis ja, dækker denne pjece jeres behov til tyrkiske familier?

---

---

Bruger I pjecen og hvordan?

---

---

10. Kender I Grethe Mandrups video om kost til småbørn på tyrkisk, arabisk, farsi, vietnamesisk, somalisk, tamilsk og serbokroatisk?

Sæt kryds:            Nej: \_\_\_\_\_            Ja: \_\_\_\_\_

Hvis ja, dækker disse videoer jeres behov til de familier?

---

---

---

Bruger I videoerne og hvordan?

---

---

---

11. Vedlagt er den nye pjece fra Sundhedsstyrelsen om Sunde børn i et andet land. Den kan fås på 10 forskellige sprog (se bagsiden af pjecen).?

Kendte I pjecen i forvejen? Sæt kryds:            Nej: \_\_\_\_\_            Ja: \_\_\_\_\_

Dækker denne pjece jeres behov for materiale til kostvejledning til de familier, der taler et af de 10 sprog, pjecen er oversat til?

---

---

---

---

---

---

---

12. Hvilket materiale eller andet kunne I forestille jer, der ville være gavnligt til brug i jeres vejledning? (pjece, video, plancher eller andet)

Beskriv nærmere:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Er der andre ideer, forslag eller kommentarer, er I velkomne til at skrive løs::

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Bilag 3: Besvarelse af spørgsmål 1 og 2 i spørgeskema til sundhedsplejerske grupper (bilag 2)

### Besvarelse af spørgsmål 1 og 2 i spørgeskema til sundhedsplejerske grupper

Hvor mange svar	Sukker syge	Infektioner	Jernmangel	D-vit. mangel	Giver ikke vit/min.	Dårlige tænder	Under vægt mangl. vækst	Overvægt st.børn/vok.	Tilskud til amning	Børn skal være "fede"	Opdragelse	Trivselsproblemer	Ensidig kost
Tyrkere (socialt betinget)	2		7			2		4	2	1	2	2	9 længe flaske/meget sødmælk, svært med overgangskosten, flaske/søde sager/kiks/saft/cola/mælkedrankere
Kurdere (socialt svage)	1		3					1				1	3 for mange mælkeprodukter + søde sager
Iranere	0												
Iraqere (arabisk talende)	2		2	2		1	1	3	1		1	3	5 slik/chips/danone, for meget mælk, sen overgangskosten
Palæstinensere (arabisk talende)	2		4	3	2	1	2	4	2		2	4	9 kiks/for meget mælk/saft
Pakistane	4		3	1	1		1					2	4 sen overgangskosten, flaske længe med sødmælk, søde mellemåltider
Somalier	7		2		2	1		1	5	2		4	7 mælk/for længe flaske/sen overgangskosten
Albanere	2										1	2	2 kiks/mælk/sødt, sen overgangskosten
Bosnere	3					3			1				3 sukker/længe flaske/kiks, tidlig intro. af suppe + frugtsaft
Vietnamesere (sociale problemer)	4		2			2			1	1		3	4 sen overgangskosten/længe findelt mad/flaske længe, søde sager
Tamilere	2		1					1	1			1	2 svært ved at intro. overgangskosten, længe flaske/søde drikke
Generelt	7	1	3				1	1				3	5 dårlige kostvaner, sødt/flaske for længe/for meget sødmælk

Kun 1 sundhedsplejerskegruppe ser ingen former for ernæringsproblemer





Anamnese på flygtninge

Fa. navn:

Mo. Navn:

Fa. nationalitet		Religion
Skole/uddannelse i hjemlandet		
Helbred:		
Indrejst i Danmark, d.:		Dato for asyl:
Asylcenter:		
Flygtningestatus:		Familiesammenført:
Dansk kursus:		Behersker dansk d.:
Uddannelse/arbejde i Danmark:		
Mo. nationalitet:		Religion
Skole/uddannelse i hjemlandet:		
Indrejst i Danmark, d.		Dato for asyl:
Flygtningestatus:		Familiesammenført:
Dansk kursus:		Behersker dansk d.:
Deltaget i integrationskursus:		
Uddannelse/arbejde i Danmark:		
Helbred:		
Familiens sprog:		
Tolk er nødvendig:    Ja                      Nej		
Flugtanamnese: flugtrute, vanskeligheder, ophold i andet land, flygtningelejr:		
Traumatiske stressfaktorer:	Fa:	Mo:
Chikane/liv under jorden		
Soldat:		
Bombardement, været angrebet:		
Fængsel: fysisk tortur		
psykisk tortur		
Døde i fam./venner:		
Posttraumatiske stressforstyrrelser hos fa/mo som er problematisk for barnet (impulsiv vrede, angstfald, søvnevanskeligheder, fjernhed, manglende social kontakt, overfølsomhed over for støj):		
Netværk i Danmark:		



## Bilag 5: Spørgeguide til familierne

### Inspiration til spørgsmål om familiens kostvaner, der kan skabe rammen om en individuel kostvejledning til familien

#### De første besøg

1. Hvor længe synes du, at børn har bedst af udelukkende at få brystmælk?
2. Hvor længe kunne du tænke dig at amme dit barn?
3. Spiser du specielle fødeemner nu, hvor du ammer?
4. Er der noget mad, der er godt at spise, når du ammer? Er der noget mad, der er dårligt?
5. Har dit barn fået andet at drikke end din mælk?
6. Hvornår vil du give andet til dit barn end din brystmælk?
7. Og hvad? (te, kogt vand, juice, modernælkserstatning osv.) med ekstra sukker?
8. Hvilken slags modernælkserstatning? (hvordan blander du det?)
9. Og hvordan vil du give det? (sutteflaske, kop, teske)
10. Vil du give dit barn sutteflaske? Og hvad vil du putte i sutteflasken? Og hvor meget vil du give?
11. Giver du dit barn vitamindråber?
12. Hvad synes du om, at skulle give dit barn vitamindråber?
13. Hvor længe synes du, at børn har godt af at drikke af sutteflaske?
14. Er der andre i familien end dig, der bestemmer, hvad dit barn skal have at spise?
15. Hvem er hovedansvarlig? Hvad synes du om dette? Er du enig?
16. Hvor har du din viden fra?
17. Hvem vil du spørge, hvis du er i tvivl?
18. Hvordan ser du, om dit barn er sulten eller mæt?

#### Spørgsmål i relation til vejledning om overgangskost

1. Hvornår vil du begynde at give dit barn skemad?
2. Hvad vil du starte med? Hvad skal det næste være?
3. Hvordan vil du tilberede maden? (fx hvordan laves suppen? hvilke råvarer bruger du?)
4. Er der noget mad, der er godt at give dit barn at spise? Og hvorfor?
5. Er der noget, der er dårligt at give dit barn at spise? Og hvorfor?
6. Hvornår mener du, at børn kan begynde at spise selv? Med fingrene? Med ske?
7. Og drikke af kop?
8. Hvordan giver du barnet mad? Hvor sidder barnet?
9. Hvad mener du, at man skal gøre, hvis barnet ikke vil spise den mad, der serveres?
10. Hvor mange gange vil du prøve, om dit barn kan lide maden?

#### Spørgsmål om familiens kostvaner

1. Hvor mange måltider spiser I om dagen?
2. Hvad består de måltider som regel af?
3. Hvilken slags råvarer bruger I (spørg til de forskellige kostgrupper, brug evt. kostcirklen)
4. Hvad spiser I imellem måltiderne? (kiks, nødder, frugt, slik, chips eller andet)
5. Hvad drikker I i løbet af dagen? (te, kaffe, vand, mælk, juice, saft eller andet)
6. Er der noget, du gerne vil spise, som du ikke kan få i Danmark?

### **Spørgsmål til familier med flere børn:**

1. Hvor længe ammede du de andre børn?
2. Hvornår begyndte du at give de andre børn andet end din brystmælk? Og hvad?
3. Hvornår begyndte du at give skemad? Og hvad?
4. Hvornår sluttede dine andre børn med at få sutteflaske?
5. Er der noget, du vil gøre anderledes denne gang?

### **Spørgsmål når kosten skal udbygges:**

1. Hvor meget ammer du dit barn? Og om natten?
2. Hvilken erstatning giver du nu dit barn? Hvor meget? Hvordan blander du det?
3. Hvor ofte får dit barn nu sutteflaske? Også om natten? Og hvad indeholder den?
4. Hvor meget mælk får dit barn i løbet af dagen? Og om natten?
5. Hvor store portioner spiser dit barn ad gangen?
6. Hvor meget tror du, at et barn på den alder skal spise?
7. Hvilke vitaminer får dit barn?
8. Fortæl hvad dit barn får at spise i løbet af et døgn (skriv evt. løbende ned og spørg yderligere hen af vejen. Godt udgangspunkt for en snak, om barnet spiser for lidt eller meget).

### **Hvis problem er det?**

Når sundhedsplejersken ser et ernæringsproblem som fx et 1 års barn, der får omkring 1 liter sødmælk i sutteflasken dagligt, og derfor spiser sparsomt af anden mad, er det vigtigt at spørge ind til, om familien ser et problem i dette. Gør de ikke det, så må man prøve at motivere familien til at komme til at se problemet. Forklar igen og hjælp familien til at indkredse problemet. Først når familien indser problemet, sker der en ændring. *Stil cirkulære spørgsmål:*

1. Du siger, at dit barn ikke spiser noget, hvad tror du årsagen er?
2. Ønsker du, at der skal ske en forandring?
3. Hvordan kunne det ske?
4. Hvem skal gøre det?
5. Hvad så, hvis dit barn bliver ked af det?
6. osv.

(Som fagperson skal man gøre op med sig selv, hvilket budskab skal nå familien ved denne kontakt (hjemmebesøg/mødregruppe/Åbent Hus)). Det tager tid at tilegne sig ny viden, især hos familier, der lige er kommet til Danmark, har andre vaner eller har en kort skolegang bag sig sig. Det er en god idé kun at arbejde med en problemstilling ad gangen.

Det kan være en god idé, at få familien til at vise de produkter, som I snakker om såsom vitamindråber, modermælkserstatninger osv.