

性相近、习相远：慢性病预防的跨文化挑战

李臻怡

Abstract

Population-wide primary prevention through modifiable risk factors such as smoking, physical inactivity, and unhealthy dietary practices, has been proposed as a proactive, efficient and cost-effective method for reducing the economic burden of chronic disease worldwide. Identification of a target population's knowledge, behaviours, and beliefs related to chronic diseases is essential for effective and appropriate chronic disease prevention. This chapter examines the findings from three research projects focusing on the cross-cultural distinction between East Indian-Canadian, Chinese-Canadian, and Mainland Chinese populations on their knowledge, behaviours, and beliefs related to ischemic heart disease or stroke. Cross-sectional descriptive comparative quantitative data analyses reveal that different mechanisms of knowledge acquisition, behaviour change, and belief transformation form the barriers to realize actual changes in those populations when primary prevention educational programs originally designed for European-Canadians were delivered without any change. Confucian teaching on the commonality of human nature and the distinction of their habits, which includes their knowledge, behaviours, and beliefs towards health, illness and disease, is reflected in the conclusion of this chapter.

Key Words: Intercultural health communication, chronic disease primary prevention, behaviour change.

——慢性病预防是一种积极主动的方法，旨在减轻卫生保健系统的经济负担。与对个体患者进行昂贵的最后阶段积极生物学干预形成鲜明对比的是，全人群慢性病预防被认为是一种高效、具有成本效益、以用户为导向和友好的方法。这种概念的核心是，导致慢性疾病的许多风险因素是可以改变的，因此可以预防许多慢性疾病。这些可预防和可改变的风险因素包括不健康的饮食习惯、缺乏身体活动、过度饮酒、吸烟和许多其他“习惯”。¹这些习惯，也称为行为模式，由社会经济政策、法规和公共卫生教育促进，通常被认为是可变的。

因此，公共卫生倡导者提倡更健康的生活方式，向不同社区介绍慢性病风险因素，并通过教育机构、大众媒体、游说、公共活动和其他沟通渠道推进某些立法变更。例如，烟草广告现在是监管最严格的营销形式之一。许多国家禁止部分或所有形式的烟草广告。在美国，吸烟率从1960年代中期到1990年代中期开始实施严格法规时下降了近一半。³在加拿大不列颠哥伦比亚省，吸烟率自1985年以来下降了58%。⁴尽管有烟草广告条例，但令人遗憾的是，中国的吸烟人口数量仍在增加。⁵研究人员发现，中国控烟政策的制定并未影响烟草消费和二手烟暴露。⁶显然，类似的预防策略可能导致不同的结果。

孔子可能对这些不同结果并不奇怪。这位中国哲学家没有研究过现代生物学或公共卫生，但他指出了—个当今医疗和保健专业人员很容易忽视的关键事实：“性相近、习相远，”。习惯改变不能被视为通过改变人体遗传因素的生物学干预，这些因素在种族和国家之间大多是普遍的。习惯是由文化格式化的行为模式，个人已经沉浸其中并从中获得。每种文化都会在人们选择内化或拒绝该特定文化的某些价值观、态度和信仰时给予奖励或惩罚。⁷吸烟是一种文化编码的行为。在不同的文化中，吸烟有不同的价值观、态度和信仰。通过广告，烟草公司试图将吸烟与运动能力、性吸引力、职业成功、成人成熟度、冒险和自我实现联系起来。在中国，吸烟通常被认为是一种重

要的社会和文化互动媒介。⁸ 在加拿大，吸烟被视为一种私人活动，因此即使是吸烟者也同意应该对在餐馆或其他公共建筑吸烟进行某种限制。⁹ 因此，预防吸烟的工作必须分别解决和反对每种文化中围绕吸烟的普遍信念、价值观和态度。

改变习惯的宣传很难标准化。吸烟、吸毒和过度饮酒可能被来自不同文化背景的人视为“不健康”。因此，公共卫生专业人员仍然可以跨文化启动类似的预防和习惯改变项目。相比之下，说服人们在身体上变得更加活跃可能是一个困难和不同的故事。例如，在许多文化中，久坐不动的工作比体力劳动更有价值。孔子教他的学生保持稳定和悠闲的步伐，因为他们是受过良好教育的绅士和高级总督。这个传统已经得到了几个世纪的尊重和传承，直到2008年，英国绅士、伦敦市长鲍里斯·约翰逊（Boris Johnson）先生穿上休闲服，在北京国家体育场快速走路，接过2012年伦敦夏季奥运会的奥运旗帜。没有中国官员能像他在北京那样行事，也不能骑自行车去伦敦上班。中国的领导会争辩说，他们知道身体活动和保持健康的重要性。否则，北京可能不会对举办奥运会感兴趣。但他们的文化只是阻止他们在达到高级职位后快速行动。可以想象，要为中国人创造有说服力的信息，让他们变得更加活跃，是多么困难。

另一个“不可能完成的任务”是提供有关饮食的建议。基于现代营养科学的更健康的饮食可能不会在文化上得到赞赏和接受。美食家、美食家、美食家和暴食者都有由他们的文化设计的味蕾和胃。营养学家在派对或节日中没有席位，因为营养贡献很少对心灵有意义，满足身体或与大气很好地融合。2007年出版的加拿大健康饮食食品指南是从最初的1942年加拿大官方食品规则演变而来的。¹⁰ 1942年至2007年间的所有指南都有相同的意图：指导食物选择以促进加拿大人的营养健康。但语言软化了：“官方规则”变成了标题中的“指南”。增加了食物选择，扩大到包括加拿大土著人和移民的不同偏好和传统。科学家们

在过去六十年中修订《指南》时逐渐了解到，食物和饮食比自然更具文化意义。2008年，该指南已被翻译成法语、阿拉伯语、中文、波斯语、韩语、旁遮普语、俄语、西班牙语、他加禄语、泰米尔语和乌尔都语。不幸的是，这些出版物基本上是直译。图片、示例和建议与英文版完全相同。百吉饼、猪肉、酸奶、奶酪和许多其他“常见”食物在12种不同语言的“指南”中用作“标准”示例。没有考虑中国人是否知道百吉饼，或者穆斯林是否会考虑猪肉作为晚餐。这个例子只是提醒我们，创建一个与“更健康的饮食”相关的跨文化适当和有效的信息是多么困难。

习惯不是普遍的，而是文化的。然而，它们更真实。基于假设（例如来自不同文化背景的人如何感知、理解和接受健康风险）的行为改变建议对个人健康经历所处的环境视而不见。¹¹因此，一些学者提出了一种“以文化为中心”的健康传播方法，该方法以与社区成员的互动和协商为基础。¹²这一建议强调了文化在健康传播中的重要作用。然而，文化应该以中心为中心吗？那么医学在健康传播中的位置在哪里呢？或者我们是否应该将文化定位为应该在健康传播领域，但不一定以中心为中心？我们是否衡量过关键文化对健康行为变化的影响？我们知道文化如何促进知识获取、行为改变和信仰转变吗？此外，来自同一文化但具有不同国际和跨文化经历的人之间是否存在差异？我和我的合作伙伴了三个研究项目，试图正确定位文化的作用并有效利用文化在健康传播中。

这三个项目都侧重于与慢性病相关的知识、行为和信念。特别是，选择缺血性心脏病（IHD）和脑血管疾病（中风）是因为它们更多地与缺乏身体活动和偏见饮食选择等习惯有关，这些习惯通常被认为危害较小或深深植根于某些文化。第一个项目比较了东印度裔加拿大人（N=102）和欧洲裔加拿大人（N=102）与IHD相关的知识、行为和信仰。¹³第二个和第三个项目着眼于与中风有关的知识、行为和信念。第二个比较了加拿大华人（N=103）和欧裔加拿大人（N=103）之间的差异。¹⁴第三个项目

考察中国大陆之间是否存在内部差异 (N=835)。¹⁵

——这三个项目采用相似的问卷，主要基于来自既定工具的封闭式问题，由四个部分组成：IHD或中风相关知识，健康行为，健康信念和人口统计信息。使用回译方法将问卷翻译成旁遮普语或中文。调查问卷对七个人的便利样本进行了预先测试，并进行了修改以提高某些项目的清晰度。

该问卷评估了与IHD或中风相关的知识，行为和信念。通过要求受试者对文献中记录的与IHD或中风危险因素相关的陈述做出“真”或“假”的回答来评估IHD或中风因素的知识。¹⁶ 评估了与IHD或中风风险有关的五种与健康相关的行为：身体活动，饮食摄入量，吸烟，饮酒和压力管理，并使用用于测量饮食行为的修改问卷。使用健康信念模型 (HBM) 评估了¹⁷种与IHD或中风相关的健康信念。该模型假设，如果个人认为疾病具有威胁性 (感知易感性)，如果他们认为它具有潜在的严重后果 (感知的严重性)，如果他们认为建议的行动是有效的 (感知的益处)，并且如果他们发现实践特定健康行为的障碍 (感知障碍) 最小，他们将采取积极的健康行动。¹⁸ 在问卷中，九个分量表测量了以下结构：对IHD或中风的感知易感性，IHD或中风的严重性，遵循健康低脂饮食的感知益处 (饮食益处)，遵循健康低脂饮食的感知障碍 (饮食障碍)，运动的感知益处 (运动益处)，运动的感知障碍 (锻炼障碍)，从事健康行为的一般倾向 (健康动机)，遵循健康低脂饮食的感知自我效能 (饮食自我效能)，以及定期锻炼的感知自我效能 (运动自我效能)。项目采用五点响应格式，锚点为 1 (强烈不同意) 和 5 (非常同意)。

社会科学统计包 (SPSS) 11.0版软件用于数据分析。描述性统计量 (频率、百分比、均值和标准差) 用于描述与IHD或中风相关的受试者特征和知识、信念和行为。对结果进行分析，以区分东印度裔加拿大人、加拿大华人、欧洲裔加拿大人和中国大陆人之间的差异。

横断面描述性比较定量数据分析揭示了知识获取，

行为改变和信念转变的不同机制构成了实现这些人群实际变化的障碍，当最初为欧洲裔加拿大人设计的初级预防教育计划没有任何变化时。

欧洲裔加拿大人和亚洲血统的人对知识的获取是不同的。例如，中国大陆有关中风的一般信息的主要来源是家人和朋友（33.5%），电视（30.3%）和报纸（27.8%）。受过良好教育的中国大陆人也阅读书籍，并使用互联网搜索与中风相关的信息。医生没有被列为主要来源（11%）。¹⁹揭示了中国社会的集体主义倾向，即人们融入强大、有凝聚力的群体，并相互依存。大众媒体通常不被欧洲裔加拿大人视为值得信赖的资源，但在中国被视为可靠的知识来源。

有些行为很难改变。研究项目发现，东印度裔加拿大人不太可能改变他们的烹饪风格和鼓励食用高脂肪食物的传统饮食习惯。²⁰加拿大的其他研究人员发现了这种饮食文化适应困难。中国受访者喜欢在他们的菜肴中添加比推荐更多的盐或糖，这是另一种难以改变的饮食习惯。²¹中国女性比男性更倾向于报告饮食和体重对健康非常重要。²³这可以被视为促进更健康饮食的关键，因为在这些社区，许多妇女负责在家买菜和做饭。

改变行为的机制是不同的。一方面，在这些项目中接受调查的欧裔加拿大人更有可能识别与个人相关的因素，例如缺乏自律或诊断患有心脏病，以影响他们参与积极的健康行为。另一方面，东印度裔加拿大人倾向于识别与其环境相关的因素，如天气条件。²⁴他们期望他们的社会支持系统，如家庭和宗教领袖能够影响他们的健康行为。在与健康和疾病有关的问题上，以前曾报告过在与健康和疾病有关的问题上依赖家庭支持和宗教信仰的报道。²⁵在华人社区中也发现了依赖外部性变化的倾向。大多数中国内地受访者（53.9%）表示，改善生活条件是减轻生活压力的一种方式，其次是与家人/工作关系的改善（46.2%）和更多的钱（32.7%）。²⁶

宗教在塑造个人的健康信仰方面起着至关重要的作用，这些信仰会影响一个人参与健康促进活动的可能性。²⁷

某些印第安人群体对疾病因果关系的宿命论态度使他们不太愿意通过对心脏病的诊断做出积极的健康改变来改变自己的行为，因为与欧洲裔加拿大人相比，他们不太关心控制自己的“命运”。他们报告了较低的健康动机。²⁸ 这证实了以前的报告。²⁹ 对IHD风险因素的了解不足可能会使这一人群的无助感和缺乏对健康的控制感。³⁰

在加拿大有多久似乎对中风相关的知识，行为和信仰几乎没有影响，将新老中国移民与加拿大进行比较。³¹ 国际经验对加拿大华人和中国大陆人影响不大。³² 这表明中国传统文化主导着健康知识、行为和信仰。

从跨文化的角度来看，这些阻碍和促进积极健康行为变化的因素与霍夫斯泰德提出的集体主义文化取向相似。³³ 为了改变集体主义社区，应该利用社会支持。大众媒体可以用来提供知识。家庭的主要成员和宗教领袖首先支持健康促进活动，以鼓励参与这些行为。家庭和社会义务是赋予亚裔个人权力的主要因素，以追求行为改变和信仰转变。³⁴

卢普顿认为，西方健康促进的努力通常基于科学理性的普遍逻辑，借鉴了关于健康风险构成的个人主义假设，因此对文化背景一无所知，对健康经验所处的社会文化经济背景没有反应。³⁵ 忽视集体主义，加拿大目前关于自我效能的健康教育做法在强调集体主义利益与和谐的社区中可能效果不佳。

在这三个项目中发现的总体趋势，即亚洲人将压力归因于环境，并从平衡善恶力量中寻找治疗方法，这也提醒我们整体医疗保健的重要性。整体医疗保健强调健康实践，如灵性和患者与提供者的互动。换句话说，它呼吁人们关注医学的人性方面，其中治疗过程可以是医生和患者一起“创造疾病，其意义和解决方案”的对话。³⁶ 目前，加拿大和其他基于急性疾病护理模式的西方医疗保健系统缺乏灵活性和静态的学科等级制度、组织结构和日常沟通实践，忽视了健康与关系、环境和超自然健康之间的重要关系。埃林森认为，美国的医疗系统“既不自然也不中立”，既不为患者服务，也不为医疗保健提供者提供有效的

服务”。³⁷ 承认文化对健康传播的影响显然是解决这一缺陷的必要条件，尽管不应夸大其作为治疗的核心。受访者都希望他们的文化得到尊重、考虑和融入医疗保健程序。但他们并不认为文化是医学的替代品。

加拿大呈现出全球化的突出特征和现代医疗保健的后续挑战。³⁸ 新移民不断以不同的观点、期望和偏好填充加拿大医疗保健系统。与一个多世纪前不同，这些新移民的原籍国现在发展了医疗保健服务和设施。例如，中国有同时从事西医和中医的医院。这些移民通过现代通信和交通技术与他们的本土文化建立了方便和频繁的联系，这使得他们不太愿意依赖、接受或信任加拿大在与健康相关的知识、行为和信仰方面所能提供的东西。他们有选择。他们可以货比三家。医疗旅游可以被视为一种无声的抱怨。全球化时代的初级预防不是“规范习惯”，恰恰相反，它是了解不同的习惯并利用他们的文化来激励习惯改变。

儒家关于人性共性和习惯区分的教导要求健康教育和疾病预防的从业者不要简单地传播生物学信息。要设计一个关于习惯改变的有说服力的信息，需要对个人及其社区进行检查。在本文报告的三个项目中，具有亚裔血统的受访社区的一个共同点是，变革机制依赖于集体主义的影响。这些社区中的个人只有在从家人、朋友或大众媒体那里获得知识，看到社区的行为变化，并遵循意见领袖的信念转变后，才会改变他们的行为。赋权需要的不仅仅是信息传递和技术创新的传播。有效的初级预防是与基层的个人和社区合作，寻求跨文化理解和知识交流。

总之，关于什么是重要卫生做法的知识和信念不一定转化为来自不同文化背景的人的实际行为。强调积极健康行为益处的简单化信息在促进这一群体的行为改变方面可能效果较差。诸如针对妇女的营养教育，包括替代传统成分、修改食谱和改变食物制备方法的具体建议等战略，应与风险因素教育和战略相结合，以加强健康动机和问责制。

尾注

¹ World Health Organization, *The Atlas of Heart Disease and Stroke*, Hanway Press, London, 2004, p. 25.

² *ibid.*

³ World Health Organization, *Fact Sheets: Smoking Statistics*, WHO, Manila, 2002.

⁴ J Gilmore, *Report on Smoking in Canada: 1985 to 2001*, Statistics Canada Catalogue No. 82F0077XIE-No.1, Ottawa, 2002.

⁵ *ibid.*

⁶ S Ma, M Hoang, J Samet, J Wang, C Mei, X Xu, & F Stillman, 'Myths and Attitudes that Sustain Smoking in China' , *Journal of Health Communication*, vol. 13, issue 7, Oct 2008, pp. 654-666.

⁷ G Heyman, *Addiction: A Disorder of Choice*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 2009.

⁸ Ma, *op. cit.*

⁹ Health Canada, *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey*, Ottawa, 2003, p.3.

¹⁰ Health Canada, *Background on the Food Guide*, Ottawa, 2007.

¹¹ M Dutta-Bergman, 'Theory and Practice in Health Communication Campaigns: A Critical Interrogation' , *Health Communication*, 18, 2005, pp. 103-122.

¹² M Dutta, 'Communicating about Culture and Health: Theorizing Culture- centred and Cultural Sensitivity Approaches' , *Communication Theory*, 17, pp. 304-328.

¹³ G Rodrigues, L Jongbloed, Z Li, & E Dean, 'Health Knowledge, Beliefs, and Behaviours of IndoCanadians with Special Reference to Heart Disease: Implications for Physical Therapists' , paper presented at *International Congress World Physical Therapy*, Vancouver, 2007.

¹⁴ S Wang, Z Li, & E Dean, 'Stroke-related Knowledge,

Beliefs, and Behaviours of Chinese Canadians: Status and Implications for Physical Therapists' , paper presented at *International Congress World Physical Therapy*, Vancouver, 2007.

¹⁵ P Wang, Z Li, & E Dean, 'Stroke-related Health Knowledge and Behaviours of Mainland Chinese: A Pilot Study and Implications for Health Education' , paper presented at the *Asian Studies on the Pacific Coast (ASPAC) 2008 Annual meeting*, Victoria, 2008.

¹⁶ N Ali, 'Prediction of Coronary Heart Disease Preventive Behaviours in Women: A Test of the Health Belief Model' , *Women Health*, 2002, 35, 1, pp. 83 -96.

¹⁷ D Liou, 'Influence of Self-efficacy on Fat-related Dietary Behaviour in Chinese Americans' , *International Electronic Journal of Health Education*, 2004, 7, pp. 27-37.

¹⁸ V Stretcher, 'The Health Belief Model' , in K Glanz, F Lewis, & B Rimer, (eds.), *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1997.

¹⁹ P Wang, op. cit.

²⁰ G Rodrigues, op. cit.

²¹ S Varghese, & R Moore-Orr, 'Dietary Acculturation and Health-related issues of Indian Immigration Families in Newfoundland' , *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 2002, 63, 2, pp. 72 -79.

²² P Wang, op. cit.

²³ Rodrigues, op. cit.

²⁴ P Wang, op. cit.

²⁵ Rodrigues, op. cit.

²⁶ U Choudhry, 'Health Promotion among Immigrant Women from India Living in Canada' , *Image - the Journal of Nursing Scholarship*, 1998, 30, 3, pp. 269-274.

²⁷ P Wang, op. cit.

- ²⁸ B Stewart, 'Teaching Culturally Diverse Populations' , *Seminars in Perioperative Nursing*, 1994, 3, 3, pp. 160-167.
- ²⁹ Rodrigues, op. cit.
- ³⁰ A Farooqi, D Nagra, T Edgar, & K Khunti, 'Attitudes to Lifestyle Risk Factors for Coronary Heart Disease amongst South Asians in Leicester: A Focus Group Study' , *Family Practice*, 17, August 2000, pp. 293-297.
- ³¹ A Naeem, 'The Role of Culture and Religion in the Management of Diabetes: A Study of Kashmiri Men in Leeds' , *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 2003, 123, 2, pp. 110-116.
- ³² S Wang, op. cit.
- ³³ S Wang, op. cit.; P Wang, op. cit.
- ³⁴ G Hofstede, *Culture' s Consequences: Comparing Values, Behaviours, Institutions, and Organizations across Nations*, Sage, Thousand Oaks, CA, 2001.
- ³⁵ J Lawton, N Ahmad, L Hanna, M Douglas, & N Hallowell, ' 'I can' t do any serious exercise' : Barriers to Physical Activity amongst People of Pakistani and Indian Origin with Type 2 Diabetes' , *Health Education Research*, 21, February 2006, pp. 43-54.
- ³⁶ D Lupton, 'Toward the Development of a Critical Health Communication Praxis' , *Health Communication*, 6, 1, 1994, pp. 55-67.
- ³⁷ S Massad, 'Performance of Doctoring: A Philosophical and Methodological Approach to Medical Conversation' , *Advances*, 2003, 19, pp. 6-13.
- ³⁸ L Ellingson, 'Changing Realities and Entrenched Norms in Dialysis: A Case Study of Power, Knowledge, and Communication in Health-Care Delivery' , in H Zoller & M Dutta (eds.), *Emerging Perspectives in Health Communication: Meaning, Culture, and Power*, New York: Routledge, 2008, p. 293.

参考书目

Ali, N., 'Prediction of Coronary Heart Disease Preventive Behaviours in Women: A Test of the Health Belief Model' . *Women Health*, 2002, 35, 1, pp. 83 -96.

Choudhry, U., 'Health Promotion among Immigrant Women from India Living in Canada' . *Image - the Journal of Nursing Scholarship*, 1998, 30, 3, pp. 269-274.

Dutta, M., 'Communicating about Culture and Health: Theorizing Culture- centred and Cultural Sensitivity Approaches' . *Communication Theory*, 17, pp. 304-328.

Dutta-Bergman, M., 'Theory and Practice in Health Communication Campaigns: A Critical Interrogation' . *Health Communication*, 18, 2005, pp. 103-122.

Ellingson, L., 'Changing Realities and Entrenched Norms in Dialysis: A Case Study of Power, Knowledge, and Communication in Health-Care Delivery' . In H Zoller & M Dutta (eds.), *Emerging Perspectives in Health Communication: Meaning, Culture, and Power*, New York: Routledge, 2008, p. 293.

Farooqi, A., Nagra, D., Edgar, T., & Khunti, K., 'Attitudes to Lifestyle Risk Factors for Coronary Heart Disease amongst South Asians in Leicester: A Focus Group Study' . *Family Practice*, 17, August 2000, pp. 293-297.

Gilmore, J., *Report on Smoking in Canada: 1985 to 2001*.

Statistics Canada Catalogue No. 82F0077XIE-No.1, Ottawa, 2002.

Health Canada, *Background on the Food Guide*. Ottawa, 2007.

Health Canada, *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey*. Ottawa, 2003, p.3.

Heyman, G., *Addiction: A Disorder of Choice*. Harvard University Press, Cambridge, MA, 2009.

Hofstede, G., *Culture's Consequences: Comparing Values, Behaviours, Institutions, and Organizations across Nations*. Sage, Thousand Oaks, CA, 2001.

Lawton, J., Ahmad, N., Hanna, L., Douglas, M., & Hallowell, N., 'I can't do any serious exercise': Barriers to Physical Activity amongst People of Pakistani and Indian Origin with Type 2 Diabetes'. *Health Education Research*, 21, February 2006, pp. 43-54.

Liou, D., 'Influence of Self-efficacy on Fat-related Dietary Behaviour in Chinese Americans'. *International Electronic Journal of Health Education*, 2004, 7, pp. 27-37.

Lupton, D., 'Toward the Development of a Critical Health Communication Praxis'. *Health Communication*, 6, 1, 1994, pp. 55-67.

Ma, S., et.al., 'Myths and Attitudes that Sustain Smoking in China'. *Journal of Health Communication*, vol. 13, issue 7, Oct 2008, pp. 654-666.

Massad, S., 'Performance of Doctoring: A Philosophical and Methodological Approach to Medical Conversation'.

Advances, 2003, 19, pp. 6-13.

Naeem, A., 'The Role of Culture and Religion in the Management of Diabetes: A Study of Kashmiri Men in Leeds' . *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 2003, 123, 2, pp. 110-116.

Rodrigues, G., Jongbloed, L., Li, Z., & Dean, E., 'Health Knowledge, Beliefs, and Behaviours of IndoCanadians with Special Reference to Heart Disease: Implications for Physical Therapists' . Paper presented in *International Congress World Physical Therapy*, Vancouver, 2007.

Stewart, B., 'Teaching Culturally Diverse Populations' . *Seminars in Perioperative Nursing*, 1994, 3, 3, pp. 160-167.

Stretcher, V., 'The Health Belief Model' . In K Glanz, F Lewis, & B Rimer, (eds.), *Health Behaviour and Health Education: Theory, Research and Practice*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1997.

Varghese, S., & Moore-Orr, R., 'Dietary Acculturation and Health-related issues of Indian Immigration Families in Newfoundland' . *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 2002, 63, 2, pp. 72 -79.

Wang, P., Li, Z., & Dean, E., 'Stroke-related Health Knowledge and Behaviours of Mainland Chinese: A Pilot Study and Implications for Health Education' . Paper presented in the *Asian Studies on the Pacific Coast (ASPAC) 2008 Annual meeting*, Victoria, 2008.

—, 'Stroke-related Knowledge, Beliefs, and Behaviours of Chinese Canadians: Status and Implications for Physical

Therapists' . Paper presented in *International Congress World Physical Therapy*, Vancouver, 2007.

Waxler-Morrison, N. & Anderson, J., 'Introduction: The Need for Culturally Sensitive Health Care' . In N Waxler-Morrison, J Anderson, E Richardson, & N Chambers (eds.), *Cross-Cultural Caring: A Handbook for Health Professionals*, 2nd Edition, Vancouver, UBC Press, 2005, p. 1.

World Health Organization, *Fact Sheets: Smoking Statistics*.
WHO, Manila, 2002.

World Health Organization, *The Atlas of Heart Disease and
Stroke*. Hanway Press, London, 2004, p. 25.