

Освоение канадского Севера горным бизнесом: негативные издержки для здоровья коренных народов

Виталий Евгеньевич Болдырев,
кандидат исторических наук, научный
сотрудник Института истории, археоло-
гии и этнографии народов Даль-
него Востока ДВО РАН, Владивосток.
E-mail: boldyrev89@list.ru

Статья посвящена проблеме здоровья коренных народов канадского Севера в контексте экспансии горной индустрии. В связи с отсутствием единой системы учёта соответствующих медицинских и социальных показателей, эта проблема реконструирована в качестве сети взаимосвязанных аспектов и вопросов. В соответствии с официально принятым в Канаде концептом здоровья выделены три наиболее значимых аспекта негативного влияния на здоровье аборигенного населения: медицинский, психолого-повседневный и социальный. Отмечается, что приход добывающих предприятий на Север привёл к изменению образа жизни коренных народов, интенсивному распространению вредных привычек, трансформации повседневных циклов, смене рациона питания. При низкой культуре гигиены, отрыве от привычной жизненной среды, отсутствии долгосрочной социальной политики, учитывавшей интересы коренных жителей, это привело к распространению инфекций, девиантного поведения, росту преступности. Анализируются проблемы управления, усугубляющие негативную обстановку: в ряде провинций северные районы испытывают дефицит медицинского персонала; федеральное правительство не проводит регулярной жилищной политики, из-за чего аборигенные посёлки, перестроенные на европейский манер, страдают от перенаселённости домов. Поощрение самостоятельности территорий привело к тому, что в Нунавуте доход правительства оказался в зависимости от продаж табачных изделий. При этом у аборигенного населения остаётся немного способов противодействия негативному влиянию: переписка, общинное самоуправление, отказ от интеграции в общество переселенцев, адаптация быта.

Ключевые слова: Канада, Север, аборигенное население, здоровье, здравоохранение, общество, управление, добывающая промышленность.

**Canadian North Development by Mining Industry:
Negative Expenses for Indigenous Peoples' Health.**

Vitaliy Boldyrev, Institute of History, Archaeology and Ethnology of the Peoples of the Far East, FEB RAS, Vladivostok, Russia. E-mail: boldyrev89@list.ru.

The paper is devoted to the problem of indigenous peoples' health in the Canadian North. Due to the absence of the common recording system of medical and social parameters, the problem is reconstructed as a network of interrelated aspects and issues. In accordance with the official Canadian concept of health, three main aspects of the negative influence on the health of indigenous peoples are distinguished: medical, psychological and daily, and social. The emergence of mining companies in the North led to lifestyle changes, intensive spread of bad habits, transformation of everyday life cycles, and change of eating habits. A low hygienic culture, deprivation of usual life environment, absence of long-term social policy taking into consideration the interests of indigenous peoples led to the spread of infections, social deviations, and growth of crime. The issues aggravating the situation are analysed: the northern areas of several provinces suffer from the shortage of medical staff; the federal government does not provide regular housing policy. As a result, indigenous villages, built in the European way, suffer from overpopulation. The encouragement of self-independence of the territories brought to the fact that the Nunavut's government revenue depended on tobacco sales. At the same time, indigenous peoples don't have very many instruments against this negative influence: correspondence, common self-government, rejection of integration into the society of migrants, and household adaptation.

Keywords: Canada, the North, aboriginal population, health, healthcare, society, governing, mining industry.

Середина 2000-х гг. в Канаде стала временем пересмотра северной политики: на смену региональной стратегии, разработанной в период правления Дж. Дифенбейкера, и экономического курса, определённого неолиберальными реформами конца 1980-х и 1990-х гг., пришёл новый этап освоения Севера, в ходе которого акцент был сделан на социально-экономическое развитие. На это указывает то, что первым документом, определившим направления нового этапа федеральной политики, стал «Десятилетний план изменений», принятый с целью улучшения системы здравоохранения в местах компактного проживания коренных народов [6]. Согласно ему под термином «здоровье» понимается физическое, эмоциональное, умственное и душевное благополучие людей, живущих в гармонии с отлаженной социальной системой и в благоприятной среде. Кроме того, понятие здоровья основано на традиционных представлениях [6], а также зависит от снабжения продовольствием и качества продуктов питания [8]. Вторым документом стала северная стратегия 2008 г. Её ключевой раздел посвящён экономическому развитию

региона, которое, по замыслу разработчиков, должно было опираться на опыт хозяйственного освоения 1960-х — начала 2000-х гг., основанный на активной разработке недр [7].

Однако, если учитывать предшествующий опыт освоения северной периферии, такая очерёдность принятия документов свидетельствует не только о позитивных тенденциях, связанных с ростом благосостояния коренных общин и повышением их финансовых возможностей обеспечивать больший доступ к медицине [5], но и о негативных издержках для здоровья коренных народов. Чтобы реконструировать общую неблагоприятную картину, сложившуюся в начале XXI в., необходимо в соответствии с определением здоровья, принятым в Канаде, выявить источники отрицательного воздействия, проследить особенности их влияния на здоровье коренных народов, проанализировать состояние среды, в которой они развивались.

ИСТОРИОГРАФИЯ ПРОБЛЕМЫ

Вопрос обеспечения здоровья коренных народов Канады в контексте их взаимодействия с европейскими переселенцами стал актуальным для канадской науки на рубеже 1980—1990-х гг., когда наиболее остро проявились первые проблемы для здоровья аборигенов, порождённые политикой федерального центра в 1958—1987 гг. Последняя в этот период была подчинена цели первичного индустриального освоения Севера, которое не мыслилось без прихода добывающих предприятий. Публикация первых работ по этой проблематике совпала со вторым периодом северной политики 1987—2008 гг., когда в стране господствовал неолиберальный подход, делавший акцент на механизмах управления хозяйством, а не на методах освоения пространства. На современном этапе северной политики, начавшемся в 2008 г., акцент делается на разграничении развиваемых территорий по принципу административного управления и выделении функциональных областей политики, которые, с точки зрения федерального центра, являются самодостаточными, хотя структурные связи между ними остаются незафиксированными. Однако в течение всего времени освоения Севера, независимо от господствовавших подходов, правительство никогда не ставило под сомнение полезность активной разработки его недр и экспансии добывающих компаний.

Наиболее ранняя работа, в которой внимание было заострено на проблемах здоровья аборигенного населения, порождённых федеральной северной политикой и интересами горных корпораций, написана Л. Вайсслинг [28]. В центре исследования были негативные тенденции, вызванные целенаправленной программой правительства Дж. Трюдо по адаптации коренного населения к индустриальному развитию Севера

с помощью образования. Поскольку Оттава стремилась освоить фронтальный регион, богатый полезными ископаемыми, Л. Вайсслинг сравнила канадский Север с рудными районами третьего мира. Этот подход позволил ей доказать, что введённая в 1970—1980-х гг. система аборигенного образования, в центр которой были поставлены районные школы-интернаты, вырвала подрастающее поколение из среды, привычной для их предков, но при этом не дала никакой гарантии, что выпускники действительно будут интегрированы в общество канадского юга, где доминируют потомки европейских переселенцев. В случае если молодые аборигены не встраивались в это общество или терпели впоследствии неудачу, они возвращались в общинные посёлки, в среду, ставшую для них за годы образования чуждой, что вызывало у них проблемы с самоидентификацией и способствовало развитию проблем психологического и душевного характера.

Позднее Дж. Ричардс [4] подчёркивал, что ключевой вектор этой политики был направлен главным образом на ту часть коренного населения, которая жила общинами на исконных территориях. Школьное и профессиональное образование, по мнению правительства, должно было превратить их в часть канадского общества. В то же время политика не подкреплялась продуманными процедурами, школьная система для аборигенного населения оказалась оторванной от системы среднего образования в целом. Это привело к отрыву молодого поколения от привычной жизненной среды и сделало попытки превратить его в «часть канадского общества» обречёнными, что усиливало проблемы самоидентификации, социальной адаптации, выступало одной из причин пагубных явлений в обществе.

Однако, как указывает Дж. Колтон [9], проблема не только в том, имеет представитель коренного населения необходимое образование или нет. Куда важнее, есть ли место, где он может приложить полученные знания и навыки. В качестве примера исследователь приводит удалённые посёлки северной Альберты, в которых после закрытия малых рудников остро встала проблема безработицы, а вместе с ней и социальной деградации. В качестве единственного способа их решения провинциальное руководство избрало диверсификацию экономики, которая не навредила бы природному окружению поселения и сдержала бы негативные социальные тенденции, в частности, акцент был сделан на развитие туризма и ограниченную лесопереработку.

Ф. Дюрден [12] обращает внимание на то, что приход горной индустрии ухудшил социальную среду северного общества, и это коснулось в равной степени и коренного населения, и переселенцев с юга. Первичное индустриальное освоение привело к росту горняцких посёлков, построенных по образцу населённых пунктов южной Канады, однако из-за их удалённости от основной полосы расселения в них оставалась

неразвитой социальной инфраструктура, в том числе связанная с продовольственным обеспечением и здравоохранением. Разработка месторождений привела к нарушению природной среды, уходу животных и рыбы в более удалённые от посёлков места, что усугубляло проблему продовольственного снабжения их жителей и повышало риск заболеваний, связанных с недоеданием.

В близком ключе на примере месторождения Пайн Поинт проблему исследовали А. Килинг и Дж. Сэндлос [17]. Во-первых, они выявили социальные проблемы, негативно влиявшие на здоровье аборигенов, в их числе сезонный характер занятости, отрыв от охоты и рыболовства как части повседневной рутины, устройство на самые низкооплачиваемые должности. Во-вторых, авторы проанализировали влияние горной индустрии на окружающую среду: добыча токсичных руд привела к комплексной деградации биосферы в ближайшей к комбинату округе, что значительно усложнило проблемы с продовольственным обеспечением коренного населения и повысило риск заболеваемости.

На более глубокие истоки этих проблем обратил внимание П. Мэклем [19]. Им было установлено, что ключом, определявшим характер взаимодействия коренных жителей и переселенцев, являлась повседневная культура, главным образом связанная с природопользованием и гигиеной. В отличие от носителей европейской культуры, которые смотрели на природу как на объект подчинения, аборигены рассматривали её в качестве фундаментального источника физической и культурной жизни, придерживались принципа коллективной ответственности за её сохранение. Гигиена была второй сферой несовпадения взглядов: ряд традиционных для коренного населения ритуалов рассматривался европейскими переселенцами как нарушение гигиенических норм и свидетельство необходимости медицинского просвещения.

Финансовый и юридический аспекты исследовали Р. Бэнис и К. Ишканиан [5]. Они обратили внимание, что большинство общин коренного населения, живущих на исконных территориях, позитивно относятся к приходу добывающего бизнеса на их земли, поскольку это позволяет повысить благосостояние за счёт выплачиваемой в их пользу ренты и таким образом усилить свою административную автономию. Однако последняя, по мнению исследователей, имеет и негативный аспект для здоровья: право самостоятельно планировать бюджет общины приводит к тому, что проведение обязательных медицинских мероприятий (вакцинации, регулярные обследования, приём узких специалистов) полностью зависит от решения общины и выделения на соответствующие цели средств. Как следствие, среди коренного населения не удаётся выстроить единую систему здравоохранения, которая обеспечивала бы целостный контроль за состоянием его здоровья, предотвращение и снижение распространения отдельных болезней.

ИСТОЧНИКОВЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ

Поскольку в Канаде за термином «здоровье» министерство здравоохранения закрепило сравнительно сложное определение, это вынуждает обращаться к разным по своему характеру источникам, которые содержат статистические данные, качественные оценки и прочую информацию в виде текста. Эти документы изданы разными министерствами, их подразделениями, а также организациями, которые использовали разные подходы к сбору и обработке данных и, соответственно, представляли разную картину, создающую ряд трудностей и ограничений для исследования. Во-первых, пришлось иметь дело с разными видами источников, которые в зависимости от происхождения содержат не только объективные данные, но и свидетельства, выгодные определённым группам общества. Во-вторых, документы включают информацию разного пространственного охвата — федерального, регионального, провинциального, районного, — при этом в них часто не сформированы полноценные, дифференцированные выборки, соотносимые по общим критериям. В-третьих, статистические данные относятся к разным группам населения, что в условиях отсутствия единых критериев учёта не позволяет сделать полный сравнительный анализ и реконструировать целостную картину связанных между собой явлений. В-четвёртых, в документах, как текстовых, так и статистических, акцент делается на разные, не соотносимые друг с другом детали, что ещё больше усложняет исследование. В-пятых, в Канаде отсутствует долговременный сбор типовых данных о здоровье: в тот или иной период в том или ином районе внимание уделяется той проблеме, которая больше всего волнует общество в данном месте и в данный момент, из-за чего проанализировать хотя бы один аспект в динамике крайне проблематично. В-шестых, многие документы, относящиеся к северной политике Канады, имеют гриф «для служебного пользования», действующий в течение 50—60 лет с момента их издания, что также препятствует отражению целостной картины, анализу протекавших процессов. Такое положение позволяет воссоздать комбинацию разных картин, но не осуществить целостную реконструкцию проблемы. Ввиду этого статистические данные использованы в статье в качестве косвенных и оценочных свидетельств, вплетённых в ткань качественного анализа.

ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОЛОГИИ

Общий вектор развития общественных и гуманитарных дисциплин на современном этапе предполагает исследование проблемы в том виде, в каком она существует объективно, независимо от исследователя,

соответственно, он не вправе предварительно устанавливать концепции, чуждые исследуемому феномену [3]. Тем не менее это не означает отказа от тех концептуальных характеристик, которые вплетены в ткань изучаемого явления. Следовательно, методология данного исследования формировалась с учётом определения здоровья, принятого в Канаде, источниковых ограничений и логики взаимосвязи социальных явлений, которая была выявлена канадскими учёными.

Во-первых, с учётом доступной информации и особенностей принятой в стране терминологии был использован структурный метод, при этом предпочтение отдавалось медицинскому, психолого-повседневностному и социальному аспектам здоровья, которые существуют в контексте продовольственного обеспечения и функционирующей системы здравоохранения. В медицинский аспект включаются все проблемы, вызванные болезнями, развитие которых зависит от образа жизни, не связанного с повседневными практиками, соблюдения норм гигиены, функционирования системы здравоохранения. Под психолого-повседневностным аспектом понимаются трансформации ежедневного жизненного ритма и ежедневных взаимодействий, которые негативно отразились на психическом состоянии коренного населения или его физическом здоровье. Социальный аспект связан с деструктивными явлениями в обществе и проблемами устроенности быта, которые отрицательно воздействуют на здоровье человека и среду его проживания. Каждый из этих аспектов будет проанализирован в хронологическом ключе.

Во-вторых, из-за информационных ограничений (закрытость информации, разные методики сбора и обработки данных) и предпочтения структурного метода был выбран приём, имеющий в своей основе приближение ошупью [1, с. 58, 63]. Оно используется для исследования социальных взаимодействий, когда в орбиту анализа включается множество социальных групп, контактирующих друг с другом в множестве ситуаций, которые отсылают к разным образам жизни, при этом каждая группа в каждом случае оказывается перед выбором одной из нескольких альтернатив, а следующие далее практические шаги способствуют построению хрупких и изменчивых сетей взаимодействия.

В-третьих, результаты канадских исследований позволяют выявить и реконструировать трёхчастную структуру проблемы. Элементами первого порядка выступают большие социальные группы: коренные народы, с одной стороны, и горные корпорации с исполнительной властью, с другой. Последние иногда действуют вместе, иногда независимо друг от друга. Элементами второго порядка предстают проблемы, проистекающие из взаимодействия этих двух больших групп. Последствия этих проблем, которые отражаются на здоровье коренного населения, являются элементами третьего порядка. Соединение этого методологического аспекта со вторым также позволяет выявить особенности противодействия пагубному влиянию на здоровье с помощью социального взаимодействия.

МЕДИЦИНСКИЙ АСПЕКТ

Трансформация картины здоровья коренных народов канадского Севера, как индейцев, так и инуитов, связана с приходом горнодобывающей промышленности. Наиболее ранним негативным изменением, зафиксированным ещё в 1970-х гг., стало распространение туберкулёза, поскольку в те годы представители коренного населения, как правило, не только замещали низкооплачиваемые вакансии, но и выполняли наиболее вредную работу [22].

В дальнейшем стремления бизнеса вовлечь коренных жителей в процесс добычи полезных ископаемых усугубляли негативные последствия для их здоровья. Переселение в горняцкие посёлки, жизнь которых во многом определялась переселенцами с юга, отрыв от привычной жизненной среды привели к распространению питания, несвойственного для аборигенного населения. Это стало причиной роста числа больных диабетом в их среде. Так, статистические исследования, проводившиеся в конце 1980-х и 1990-х гг., выявили, что индейцы страдают им в 1,3–2,5 раза чаще, чем среднестатистический житель Канады. В то же время уровень заболеваемости среди инуитов на 1/3 ниже среднеканадского уровня [10], поскольку, в отличие от индейцев, они чаще соблюдают национальную диету [15].

Однако горная индустрия влияла на здоровье коренных жителей не только прямо, но и косвенно, поскольку ей сопутствовали социальные и иные проблемы, имевшие в том числе и сугубо медицинские последствия. Относительно системное исследование туберкулёза, которое впервые было проведено в 2000-е гг., а также дополнительные материалы показывают, что другими негативными факторами являются низкая культура гигиены, вредные привычки, социальные девиации и проблемы системы здравоохранения. Всего за 2000–2007 гг. было выявлено 845 случаев заболевания среди коренного населения, из них 39,5% случаев пришлось на Саскачеван, 35,9% — на Манитобу, 10,2% — на Британскую Колумбию, 8,5% — на Альберту, 4% — на Онтарио, 1,9% — на Квебек (рассчитано по: [13]). При этом занятость на вредных производствах была не единственной, а в некоторых случаях отнюдь не главной причиной распространения туберкулёза.

Среди больных им аборигенов высока доля носителей ВИЧ, для которых туберкулёз является оппортунистическим заболеванием: самый высокий показатель зафиксирован в Альберте (76%), в других провинциях — от 26 до 53%, положительно отличается только Саскачеван, где доля таковых менее 5% [13]. Основной путь передачи ВИЧ-инфекции среди канадских аборигенов — через бывшие в употреблении шприцы в среде наркоманов (53%). Второй путь заражения, половой, ненамного уступает первому (47%) [25], поскольку сохранение традиционного

типа воспроизводства населения в совокупности с низкими санитарно-гигиеническими знаниями сформировали ту культуру половых отношений, которая играет значительную роль в распространении ВИЧ-инфекции. В отдельных частях региона эта проблема усугубляется высоким уровнем преступлений против полового здоровья [26].

Пагубно на здоровье аборигенного населения, как существенной части северного общества, влияет курение. Так, по оценкам врачей Манитобы, провинция, включая её северные районы, в 2000-х гг. являлась одним из лидеров Канады по табакокурению [15], что было одной из причин высокой степени распространения туберкулёза. Выборочное же исследование, проведённое в северной части Альберты, позволило выявить ещё одну черту поведения, сопутствовавшую распространению туберкулёза: от 28 до 41% населения посёлков независимо от национальной принадлежности курили бывшие в употреблении сигареты [23].

К проблемам здоровья, вызванным трансформацией образа жизни, добавляется дефицит медицинского персонала в отдельных северных районах Канады. Например, по состоянию на 2004 г. в Лиф Рэпид, северном посёлке Манитобы, было два врача (терапевт и рентгенолог), две медсестры и стоматолог, который вёл приём 1—2 недели в месяц, в то время как другие северные посёлки провинции не имели даже такого штата врачей. Для посещения узких специалистов и для прохождения детальных обследований пациенты ездили в другие ближайшие посёлки или обращались за помощью в Виннипег, провинциальную столицу. Корнем проблемы явилась сверхцентрализованная система провинциального здравоохранения, где ядром были клинические больницы, вокруг которых создавались грозды других медицинских учреждений [18].

По сообщениям медицинского сообщества, аналогичная ситуация сложилась и в Саскачеване: из-за малочисленности медицинского персонала на севере люди были вынуждены обращаться за медицинской помощью в Саскатун, самый северный крупный город провинции [15].

Несмотря на то что северная Альберта является наиболее развитым районом канадского Севера, он также страдал от нехватки врачей. По состоянию на 2007 г. в южной части провинции на 100 000 населения приходилось 74 семейных врача, в то время как в северной части — только 25 [21]. Кроме того, провинциальная статистика показывала, что за период 2000—2005 гг. ситуация на провинциальном севере усугублялась: число свободных вакансий терапевтов возросло с 333 до 1088 из-за того, что ставка была сделана на выпускников медицинских образовательных учреждений, которые по завершении обучения устраивались на работу преимущественно в южной части провинции [23].

В то же время организация медицинских курсов в своих северных районах позволила Онтарио и Британской Колумбии к середине 2000-х гг. решить проблемы здравоохранения [21].

Таким образом, медицинский аспект негативного влияния на здоровье аборигенного населения канадского Севера определён трансформацией образа жизни, вызванной развитием горной индустрии, низкой культурой гигиены, распространением вредных привычек, проблемами организации провинциальных систем здравоохранения.

ПСИХОЛОГО-ПОВСЕДНЕВНОСТНЫЙ АСПЕКТ

Эрозия повседневной жизни аборигенного населения на канадском Севере началась с разработкой недр, которая спровоцировала столкновение двух культур. Основной канал негативного воздействия был связан с интересами горного бизнеса, рассматривавшего природу как ресурс для эксплуатации, в процессе которой стремились получать максимально возможную прибыль. Экономика же коренного населения основывалась на гармоничных отношениях с природой как источником всего необходимого для обеспечения жизни.

Поскольку в своей экономической политике правительство делало ставку на разработку месторождений, а аборигенные жители не обладали необходимыми знаниями и навыками, возникало противоречие между целями национального курса и их жизненным укладом. В связи с этим для инкорпорации аборигенных жителей федеральный центр сделал акцент на развитии образования [24]. Тем самым перед аборигенами ставилась альтернатива: сохранить существующий жизненный уклад или стать частью канадского общества в целом, как оно понималось в Оттаве.

Выбор второго варианта означал приобретение необходимых знаний, которое осуществлялось двумя путями. Первый путь был ориентирован на младшее поколение и предполагал обучение в школе-интернате, организованной по европейскому образцу. Однако оно не обеспечивало связей с культурой, в широком смысле слова, народов, к которым учащиеся принадлежали. Причина была в том, что в учебное и внеурочное время они были изолированы от привычной для своих народов среды. По возвращении в общинные посёлки выпускники школ, получившие среднее образование, но не имевшие навыков и достаточных знаний для жизни в той среде, из которой они были взяты на обучение, сталкивались с проблемами культурной самоидентификации, что впоследствии приводило к размыванию их национальной и социальной идентичности, создавало дополнительные психологические препятствия для реализации себя в жизни [28].

Второй путь получения образования был связан с профессиональной подготовкой взрослого населения, которая осуществлялась на добывающих предприятиях. После непродолжительного периода в 1970-х гг. эта инициатива дала следующий результат. Поначалу общины коренных

народов, проживавшие недалеко от разрабатывавшихся месторождений, восприняли возможность трудиться на комбинатах с энтузиазмом, поскольку это давало дополнительный доход в виде не только рентных отчислений, но и заработной платы, однако впоследствии он угас. Как свидетельствовал аналитический доклад, подготовленный в 1980 г. по заказу представителей горной отрасли, аборигенное население оказалось социально и психологически неготовым к работе на добывающих предприятиях: высокую квалификацию были способны получить немногие из них, кроме того, аборигены испытывали страх перед работой под землёй. С 1968 по 1978 г. средняя доля рабочих из числа коренных народов составляла 4,5—6,7% в разные годы, за весь период самая высокая доля на конкретном комбинате составила 12%, или 30 из 250 рабочих мест, в то время как самая низкая доля на отдельном производстве была нулевой [22].

Впоследствии, когда комбинаты закрывались, эта группа населения, утратив навыки охотников и рыболовов, оказывалась неспособной вернуться к прежнему образу жизни, в её среде распространялись алкоголизм и другие девиантные склонности.

Однако прекращение работы добывающих предприятий имело и куда более опасные последствия. Наиболее показательным их примером стало исчерпание свинцово-цинкового месторождения Пайн Поинт к 1988 г. В процессе добычи руды в долинах, по которым текли ручьи, впадавшие в Большое Невольничье озеро, складировалась пустая порода, содержавшая соединения тяжёлых металлов (свинца, цинка, кадмия, висмута), которые теперь могли попасть в озеро. Сам процесс извлечения ископаемых привёл к сведению лесов, что вынуждало охотников уходить на новые, более дальние места, для того чтобы обеспечить семьи едой, которая позволяла бы соблюдать диету. Построенные для обеспечения комбината энергией гидроэлектростанции нарушили водный режим системы стока Большого Невольничьего озера. В совокупности с загрязнением водной среды это делало его менее пригодным для рыболовства [17]. Как следствие, коренному населению стало труднее поддерживать режим питания как одну из фундаментальных основ их здоровья.

В начале XXI в. вопрос «Какого образа жизни придерживаться?» для коренных народов сохранился. С одной стороны, присутствуют позитивные изменения, которые связаны с борьбой коренного населения за право на устоявшийся в течение веков жизненный уклад и выбором повседневной траектории. Так, на волне недовольства политикой федерального правительства в вопросе природопользования, которая фактически открывала неограниченный доступ для горных корпораций к водным ресурсам, независимо от целей их использования и потенциального вреда экологической системе, в Манитобе возникло протестное движение, ставшее

впоследствии общеканадским, за сохранение природной среды, являющейся неотъемлемым элементом жизненного уклада аборигенов [2].

Другие стратегии по сохранению привычных жизненных условий избрали жители Северо-Западных территорий (СЗТ). Согласно данным территориального Бюро статистики более 50,8% жителей самого крупного северного посёлка Йеллоунайфа, имеющего всесезонную транспортную связь с югом Канады и предприятия обрабатывающей промышленности, являющегося территориальным административным центром, вовлечены в обыденные для аборигенного населения занятия [29]. Это даже в условиях изменения бытовой среды позволяет им в некоторой степени поддерживать благоприятную диету, минимизировать риск заболевания диабетом.

Индейцы, проживающие в СЗТ в районе Тсъуде Найлайн Туъэйета, который богат залежами цинка, нефти и газа, благодаря взаимодействию с природоохранными организациями, ведомствами и территориальной администрацией, смогли доказать, что чрезмерная промышленная разработка подорвёт популяцию оленей карибу, чьё мясо является основой рациона не только для общины, но и для переселенцев с юга в случае нарушения снабжения. Как следствие, в результате петиционной кампании и переписки с природоохранными организациями бизнес согласился уменьшить объём планировавшихся разработок и тем самым сохранить популяцию оленей, а значит, и модель продовольственного обеспечения коренных жителей [14].

С другой стороны, сохраняется основная негативная тенденция: горный бизнес по-прежнему делает ставку на привлечение коренного населения на добывающие предприятия, для чего организовываются профессионально-технические курсы. В СЗТ на отдельных комбинатах до 23% вакансий замещается представителями аборигенных народов [20]. Таким образом, сохраняется одно из благоприятных условий для заболевания туберкулёзом, которое никак не связано с вредными привычками и анти-социальным поведением.

Психолого-повседневностный аспект имел следующие каналы негативного влияния на здоровье коренного населения канадского Севера. Отрыв от привычной среды обитания и инкорпорация аборигенов в канадское общество в целом посредством образования нарушали их самоидентификацию и вели к утрате навыков охотников, рыболовов, собирателей, что затрудняло их обратную инкорпорацию в общины и повышало риск девиантного поведения. Развитие горной индустрии имело два негативных аспекта для здоровья аборигенов: с одной стороны, их занятость на комбинатах стала одной из причин для распространения среди коренного населения туберкулёза, с другой стороны, нерациональное природопользование привело к нарушениям экосистем и ухудшило условия продовольственного снабжения, что способствовало росту заболеваемости диабетом.

СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

В 1960-х гг. приход добывающих компаний на Север означал не только изменение устоявшихся повседневных циклов жизнедеятельности аборигенного населения, но и трансформацию социальной среды. К началу 1980-х гг. выявились два основных пути коренных жителей к анти-социальному поведению, связанных с трансформацией общества.

Семьи представителей аборигенных народов, устроившихся на работу на горные комбинаты, были быстро переселены из привычных для них жилищ в современные по меркам того времени дома горняцких посёлков, где они жили рядом с переселенцами с канадского юга. Как следствие, люди оказались в незнакомой для себя бытовой обстановке, пребывали в состоянии растерянности, не знали, как наладить жизнь в совершенно новых для себя жилищных условиях. Эта ситуация усугублялась недостатком позитивных контактов с переселенцами, носителями европейской культуры, для которых такой быт был нормальным. Неустроенность, в привычном для коренных жителей канадского Севера смысле, привела к распространению алкоголизма и самоубийств, совершённых на его почве, в первую очередь среди женщин, которые предпринимали эти действия, отчаявшись обустроить новые домашние очаги [22].

Путь мужского населения к антисоциальному поведению был обусловлен непродуманной трудовой политикой федерального центра. Жизнь комбината ограничена краткосрочным циклом, который заканчивается с исчерпанием руды. Закрытие предприятий на канадском Севере сопровождалось увольнением всех занятых на них рабочих. И если вахтовые рабочие и переселенцы с юга Канады могли вернуться в места своего постоянного проживания, имели высокую трудовую мобильность, то рабочие из числа аборигенов оказывались брошенными на произвол судьбы. Их обращения в федеральное правительство с просьбой обеспечить переезд на новые предприятия после закрытия тех, на которых они были трудоустроены, не были удовлетворены: с окончанием жизненного цикла предприятия представители коренных народов перемещались в категорию безработных, их новые умения и навыки становились невостребованными и абсолютно ненужными в повседневной жизни, а прежние способности, которые они имели до прихода добывающего бизнеса, были уже утрачены [22]. Это был второй фактор, способствовавший распространению алкоголизма и самоубийств, а также усугублявший социальную обстановку в целом.

В начале 2000-х гг., незадолго до принятия современной северной стратегии Канады, проявился третий фактор распространения девиантного поведения, а именно приход добывающего бизнеса без должной инкорпорации коренного населения в новую социальную структуру. С одной стороны, общины были заинтересованы в получении дополнительных

рентных и налоговых отчислений, с другой стороны, их члены строили иллюзии о том, что они будут высоко востребованы на новых промышленных предприятиях. Открытие комбината в посёлке Мидоубэнк в Нунавуте привело к целому комплексу негативных последствий. Во-первых, у коренного населения были завышенные ожидания, касавшиеся трудоустройства. Однако его представителям достались только 5% вакансий, которые не требовали квалификации и были наименее оплачиваемыми. Во-вторых, в посёлок потянулись бутлегеры, наркомафия, из-за чего распространились алкоголизм и пристрастие к наркотикам. Как следствие, нормальным элементом повседневной жизни стали драки, преступления против жизни и здоровья людей, совершённые вследствие употребления спиртного [11].

Приведённый пример, который имеет два аспекта — безработицу и антисоциальное поведение на фоне роста пристрастия к вредным привычкам, — не является уникальным для канадского Севера. Высокая безработица среди коренного населения типична не только для Нунавута, куда горный бизнес пришёл лишь с началом нынешнего века. Так, например, по данным Бюро статистики СЗТ в 2016 г. 51,2% коренных жителей не были трудоустроены, в то время как из числа переселенцев с юга и их потомков безработными оставались только 19,8% [29].

Но если в СЗТ проблема отсутствия инкорпорации связана с безработицей, то в Нунавуте к ней добавляется распространение вредных привычек. Так, алкоголизм прочно вошёл в жизнь большинства посёлков Нунавута. По оценкам У. Томпсона, уровень преступлений против жизни и здоровья человека, в том числе совершённых в отношении близких родственников, в три раза выше в тех общинах территории, где местное самоуправление не смогло запретить употребление спиртного. Эта проблема дополняется широким распространением наркомании: около 20% жителей Нунавута употребляют наркотики [26].

Другие негативные социальные процессы связаны с проводимой на Севере политикой. С одной стороны, после 1960—1970-х гг. ни федеральный центр, ни провинции не осуществляли систематической жилищной политики — как следствие, квартиры и дома, которые были построены для аборигенов взамен традиционных жилищ, с течением времени оказались перенаселёнными, что создало благоприятную среду для распространения инфекций [16].

С другой стороны, проводимая Оттавой политика по расширению самостоятельности территорий вызвала ряд негативных последствий именно в Нунавуте, который по-прежнему является фронтиром освоения канадского Севера. Крупный добывающий бизнес не спешит осваивать ресурсы, поэтому база для налогообложения остаётся небольшой, а получаемые налоги не позволяют территориальному правительству покрывать необходимые расходы. В то же время среди инуитов широко распространилось курение табака и табачных изделий, которые на Севере стоят в разы дороже, чем в районах основной полосы расселения. Поэтому

в условиях ограниченного индустриального присутствия именно табачные акцизы составляют значительную долю территориального дохода [26]. Таким образом, правительство Нунавута заинтересовано в том, чтобы сохранить эту вредную для здоровья привычку среди населения.

Относительно стабилизировать социальную обстановку удалось лишь в 6 из 28 общин Нунавута, в которых сильным оказалось общинное самоуправление. Их жители смогли установить сухой закон, снизить уровень преступности в три раза в сравнении с «пьющими» общинами [26], а в отдельных посёлках, например в Бейкер Лейк, предотвратить приход добывающей компании.

Учитывая опыт разработки месторождения Пайн Поинт и социальную деградацию аборигенов, проживающих в Мидоубэнке, после прихода туда горного бизнеса, жители Бейкер Лейка создали общественную организацию, объединились с органами местного самоуправления и добились независимой экспертизы проекта уранового рудника. По её результатам был сделан вывод, что разработка месторождения, использование внутренних вод в качестве путей сообщения и оборудование базы снабжения, включая хранилище нефтепродуктов, на берегу озера подорвут экосистему местности, а это из-за отсутствия регулярного продовольственного снабжения сделает физическое существование общины невозможным. В результате повторной официальной экспертизы проекта он был отклонён по причине бедности руды [11; 27]. Так общинники смогли сохранить условия для соблюдения привычной диеты, а значит, и уменьшить риск распространения диабета.

Таким образом, социальный аспект негативного воздействия на здоровье коренного населения канадского Севера связан с тремя факторами: неподготовленной, непродуманной, эпизодической государственной политикой по вовлечению аборигенов в структуру канадского общества в целом, проблемами территориального управления и распространением пагубных привычек среди коренных жителей Севера.

СТРУКТУРНЫЕ СВЯЗИ

Реконструированные выше связи между развитием канадского Севера и здоровьем аборигенного населения могут быть формализованы посредством многоуровневой системы, обладающей сложными структурными связями (см. табл.).

В регионе выделяются два системообразующих коллективных актора: переселенцы с юга Канады и их сторонники (горный бизнес, вахтовики, исполнительная власть, проникшие с юга криминальные элементы) и сообщество коренных народов. В контексте обеспечения здоровья важную роль играет определённый набор аспектов их существования (элементов второго порядка), которые формируют среду взаимодействия

Таблица

Структурные связи явлений северного общества и здоровья аборигенных народов

Коллективные акторы (элементы первого порядка)	Среды взаимодействия акторов (элементы второго порядка)	Практические шаги, результаты взаимодействия (элементы третьего порядка)	Способы противодействия	Аспекты официального определения здоровья	
Переселенцы	Промышленное освоение природных ресурсов	Нарушение экологии	—	Физическое здоровье, неблагоприятная среда, снижение качества продовольствия	
		Нарушение привычной повседневности	Осознанный отказ от интеграции с переселенцами	Неблагоприятная среда	
		Распространение туберкулёза	—	Физическое здоровье	
		Нарушение диеты	Петиционная кампания, переписка	Физическое здоровье, неблагоприятная среда, снижение качества продовольствия	
		Распространение диабета	Петиционная кампания, переписка	Физическое здоровье, снижение качества продовольствия	
		Ухудшение социальной обстановки в целом	—	Эмоциональное и душевное здоровье, неблагоприятная среда	
		Распространение алкоголизма и наркомании	Общинное самоуправление	Физическое, эмоциональное и душевное здоровье, неблагоприятная среда	
		Быт по образцу южной Канады	Отрыв от привычных повседневных условий	Взаимная адаптация быта	Неблагоприятная среда
			Распространение алкоголизма и наркомании	Общинное самоуправление	Физическое, эмоциональное и душевное здоровье, неблагоприятная среда
		Организованная преступность	Самоубийства	Самоубийства	—
Ухудшение социальной обстановки в целом	—			Эмоциональное и душевное здоровье, неблагоприятная среда	
		Распространение алкоголизма и наркомании	Общинное самоуправление	Физическое, эмоциональное и душевное здоровье, неблагоприятная среда	

	Рост преступности	Общинное самоуправление	Физическое здоровье, неблагоприятная среда
	Распространение ВИЧ-инфекции	—	Физическое здоровье, неблагоприятная среда
	Более интенсивное распространение других болезней, включая туберкулёз	—	Физическое здоровье
Проблемы системы управления	Отрыв от привычных повседневных условий	Осознанный отказ от интерации с переселенцами	Неблагоприятная среда
	Проблемы с социальной самоидентификацией	—	Эмоциональное здоровье
	Распространение инфекций	—	Физическое здоровье
	Непротиводействие властей вредным привычкам	—	Физическое здоровье, неблагоприятная среда, дисбаланс в социальной системе
	Нехватка врачей	—	Дисбаланс в социальной системе
Завышенные ожидания	Психологические затруднения на фоне нетрудоустроенности	Общинное самоуправление	Эмоциональное здоровье, неблагоприятная среда
	Рост алкоголизма и наркомании	Общинное самоуправление	Физическое, эмоциональное и душевное здоровье, неблагоприятная среда
	Рост преступности	Общинное самоуправление	Физическое здоровье, неблагоприятная среда
Низкий уровень гигиены	Распространение ВИЧ-инфекции	—	Физическое здоровье
	Распространение туберкулёза	—	Физическое здоровье
Традиционный тип воспроизводства населения	Распространение ВИЧ-инфекции	—	Физическое здоровье
Коренные народы			

этих коллективных акторов. Под влиянием переселенцев значимое влияние на здоровье приобрели интенсивная эксплуатация природных ресурсов, проникновение на Север бытовых условий, характерных для южной Канады, система государственного провинциального и территориального управления, организованная преступность. На здоровье представителей коренных народов влияли низкие стандарты гигиены, сохранение традиционного типа воспроизводства населения, завышенные ожидания, связанные с приходом горной индустрии.

Элементы второго порядка определяют элементы третьего порядка, результаты взаимодействия и практических шагов по удовлетворению интересов, трансформирующихся в течение времени, между которыми выстраиваются прямые и опосредованные связи. Индустриализация региона привела к нарушению экологии, распространению туберкулёза, отрыву коренного населения от существовавших в течение веков повседневных условий, что повлекло ухудшение состояния физического здоровья коренного населения, нарушение диеты, дисгармонию среды и аборигенного человека. Дополнительным негативным фактором стало закрытие предприятий по мере исчерпания месторождений, что через рост безработицы приводило к ухудшению социальной обстановки, распространению девиантного поведения, алкоголизма и наркомании, т.е. к негативным последствиям не только для физического, но и психического здоровья коренного населения.

Распространение на Севере быта по образцу канадского юга стало неотъемлемым спутником проникновения горной индустрии. Для аборигенных жителей он означал отрыв от привычной для них жизненной среды, неготовность принять новые бытовые стандарты. Это способствовало распространению алкоголизма, наркомании, самоубийствам и имело отрицательные последствия для психического здоровья.

Активный приход переселенцев сопровождался проникновением отдельных криминальных элементов, прежде всего бутлегеров и наркомафии, которые, как правило, становились основными проводниками вредных привычек среди коренного населения. Эти вредные привычки распространялись в благоприятной для них социальной среде: высокая безработица, психологические затруднения, вызванные трансформацией быта и несоответствием ожиданий и наступавшей реальности, низкий уровень гигиены, традиционное отношение к продолжению рода. Как следствие, на почве алкоголизма выросла преступность, вместе с употреблением наркотиков распространилась ВИЧ-инфекция, которая ввиду низкой гигиены и культуры половых отношений, а также преступлений против здоровья стала передаваться половым путём. Распространение ВИЧ-инфекции сопровождалось распространением других болезней, например туберкулёза. Иными словами, проникновение на Север организованной преступности ухудшило социальную среду, усугубило проблемы психического и физического здоровья коренного населения.

Наконец, система государственного, провинциального и территориального управления также ухудшала состояние здоровья коренного населения. Политика в области образования, приводившая к отрыву аборигенных подростков и молодёжи от привычной для их народов жизненной среды, создавала для них психологические трудности с социальной самоидентификацией, что негативно сказывалось на их взаимодействии с обществом. Принятие эпизодических мер по решению жилищного вопроса привело к перенаселённости и создало благоприятные условия для распространения инфекций, т.е. отрицательно сказалось на физическом здоровье аборигенов. В отдельных регионах Севера на состоянии их здоровья сказывался и недостаток медицинских кадров. Со своей стороны, налоговая политика в одних случаях делает финансово привлекательной разработку полезных ископаемых, негативно влияющую на природную среду, а в других — и вовсе поощряет пагубные привычки, иными словами, усугубляет состояние физического здоровья коренного населения.

При этом у коренных народов остаются немногочисленные методы борьбы: чтобы сохранить прежнюю повседневную жизнь и обеспечить себя привычными продуктами питания, аборигены вынуждены или отказываться от инкорпорации в общество переселенцев, или противодействовать интересам добывающих компаний посредством петиционных кампаний и переписки. В условиях смены бытовых условий коренные жители адаптируются к разным жизненным укладам. Чтобы противостоять проникновению на Север организованной преступности, росту социальных отклонений и преступности, аборигенные общины используют институт самоуправления.

ЛИТЕРАТУРА И ИСТОЧНИКИ

1. Людтке А. История повседневности в Германии: новые подходы к изучению труда, войны и власти. М.: РОССПЭН, 2010. 271 с.
2. Максимова Д.Д. «Нет бездействию»: новый этап борьбы коренных народов Канады за свои права // США — Канада: экономика, политика, культура. 2014. № 1. С. 71—81.
3. Мышление учёного вчера и сегодня / под ред. Л.А.Марковой. М.: Альфа-М, 2012. 358 с.
4. Aboriginal Multilevel Governance / ed. by M. Papillon and A. Juneau. Montreal: McGill — Queen's University Press, 2015. 325 p.
5. Banis R., Ishkanian K. Government Spending and Own-Source Revenue for Canada's Aboriginals: A Comparative Analysis. March, 2016. URL: <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/government-spending-and-own-source-revenue-for-canadas-aboriginals.pdf> (дата обращения: 21.07.2019).
6. Blueprint on Aboriginal Health: A 10-Year Transformative Plan Prepared for the Meeting of First Ministers and Leaders of National Aboriginal Organizations. November 24—25. 2005. URL: <https://www.canada.ca/content/dam/canada/>

- health-canada/migration/healthy-canadians/publications/health-system-systeme-sante/blueprint-aboriginal-plan-autochtones/alt/blueprint-aboriginal-plan-autochtones-eng.pdf (дата обращения: 21.07.2019).
7. Canada's Northern Strategy. Our North, Our Heritage, Our Future. URL: <http://www.northernstrategy.gc.ca/cns/cns-eng.asp> (дата обращения: 22.06.2014).
 8. Canadian Ministry of Health Web-Site. URL: <https://www.canada.ca/en/services/health/aboriginal-health.html> (дата обращения: 03.09.2019).
 9. Colton J.W. Indigenous Tourism Development in Northern Canada: Beyond Economic Incentives // *The Canadian Journal of Native Studies*. 2005. Vol. 25. No. 1. P. 185—206.
 10. Diabetes among Aboriginal People in Canada: The Evidence. URL: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H35-4-6-2001E.pdf> (дата обращения: 21.07.2019).
 11. Discussion Paper — Kiggavik Draft Social Impact Statement Nunavummiut Makita-gunringit. June 2012. URL: <https://makitanunavut.files.wordpress.com/2012/06/makita-socioeconomic-discussion-paper.pdf> (дата обращения: 12.01.2015).
 12. Duerden F. A Critical Look at Sustainable Development in Canadian North // *Arctic*. 1992. Vol. 45. No. 3. P. 219—225.
 13. Epidemiology of Tuberculosis in First Nations Living On-Reserve in Canada, 2000—2008. URL: <https://central.bac-lac.gc.ca/item?id=H34-244-2011-eng&op=pdf&app=Library> (дата обращения: 21.07.2019).
 14. From NWT & Nunavut Chamber of Mines to Paul Latour, Canadian Wild Life Service. January 6, 2012. URL: http://www.miningnorth.com/_rsc/site-content/library/Chamber-Response-to-Ramparts-Boundary-Report.pdf (дата обращения: 17.04.2016).
 15. Health Care Access of Northern Residents: Manitoba — Saskatchewan Workshop. April 16 & 17, 2008. URL: <https://www.brandonu.ca/rdi/files/2011/08/MB-SKWorkshopReport2008.pdf> (дата обращения: 07.08.2019).
 16. Indigenous Health — Australia, Canada, Aotearoa New Zealand and the United States — Laying Claim to a Future That Embraces for Us All. World Health Report (2010) Background Paper. No. 33. URL: <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/IHNo33.pdf> (дата обращения: 03.09.2019).
 17. Keeling A., Sandlos J. Claiming the New North: Development and the Colonialism at the Pine Point Mine, Northwest Territories, Canada // *Environment and History*. 2012. Vol. 18. No. 1. P. 5—34.
 18. Leaf Rapid Community Assessment. 2005. URL: <https://www.brandonu.ca/rdi/files/2011/08/LeafRapidFinalReport.pdf> (дата обращения: 08.08.2019).
 19. Macklem P. Indigenous Difference and the Constitution of Canada. Toronto: University of Toronto Press, 2001. 334 p.
 20. Measuring Success: The Positive Impact of Diamond Mining in the North-West Territories, 1998—2012. A Joint Briefing Prepared by BHP Billiton Ekati, Rio Tinto, and De Beers. URL: <http://www.miningnorth.com/wp-content/uploads/2013/03/Measuring-Success-Diamond-Benefits-to-NWT-March2013.pdf> (дата обращения: 31.01.2015).
 21. Medical Student Training Symposium. Summary Report. 2007. URL: <https://nadc.ca/Docs/Medical-Student-Training.pdf> (дата обращения: 28.07.2019).
 22. Native Labour in the Northern Mining Industry. 1980. URL: http://www.miningnorth.com/_rsc/site-content/library/Native%20Labour%20in%20the%20Northern%20Mining%20Industry%201980.pdf (дата обращения: 05.06.2019).
 23. The Need for Medical Training in North-Western Alberta: A Community Discussion Paper. June 22, 2007. URL: <https://nadc.ca/Docs/Need-Medical-Training.pdf> (дата обращения: 28.07.2019).
 24. Notes for Possible Use by Prime Minister: Northern Development. March 18, 1963. URL: http://www.miningnorth.com/_rsc/site-content/library/Notes%20for%20Diefenbaker%20re%20northern%20development.pdf (дата обращения: 16.04.2016).

25. A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada: Self-Related Health and Selected Conditions, 2002 to 2005. URL: http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/hcan-scan/stat_profile_health_first-e/H34-193-2-2008-eng.pdf (дата обращения: 21.07.2019).
26. Thompsom W.C. Canada: The World Today Series 2018—2019. Lanham, MD: Rowman & Littlefield, 2018. 214 p.
27. Uranium in Canada. March 7, 2016. URL: <http://www.world-nuclear.org/information-library/country-profiles/countries-a-f/canada-uranium.aspx> (дата обращения: 17.04.2016).
28. Weissling L.E. Arctic Canada and Zambia: A Comparison of Development Processes in the Fourth and Third Worlds // *Arctic*. 1989. Vol. 42. No. 3. P. 208—216.
29. Yellowknife Statistical Profile. 2019. URL: <https://www.statsnwt.ca/community-data/Profile-PDF/Yellowknife.pdf> (дата обращения: 26.07.2019).

REFERENCES

1. Ludtke A. *Istoriya povsednevnosti v Germanii: novye podkhody k izucheniyu truda, voiny i vlasti* [History of Everyday Life in Germany: New Approaches to Labour, War and Power Studies]. Moscow, PSSPEN Publ., 2010, 271 p. (In Russ.)
2. Maksimova D.D. “Net Bezdeistviyu”: Novyi etap bor’by korennykh narodov za svoi prava [Idle no More Movement: A New Phase in the Struggle for Indigenous Rights in Canada]. *USA — Canada: Economics, Politics Culture*, 2014, no. 1, pp. 71—81. (In Russ.)
3. Markova L.A. (ed.) *Myshlenie uchyonogo vchera i segodnya* [Thinking of a Scientist Yesterday and Today]. Moscow, Alfa-M Publ., 2012, 358 p. (In Russ.)
4. Papillon M., Juneau A. (eds.) *Aboriginal Multilevel Governance*. Montreal, McGill — Queen’s University Press Publ., 2015. 325 p. (In Eng.)
5. Banis R., Ishkanian K. *Government Spending and Own-Source Revenue for Canada’s Aboriginals: A Comparative Analysis*. March, 2016. Available at: <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/government-spending-and-own-source-revenue-for-canadas-aboriginals.pdf> (accessed 21.07.2019). (In Eng.)
6. *Blueprint on Aboriginal Health: A 10-Year Transformative Plan Prepared for the Meeting of First Ministers and Leaders of National Aboriginal Organizations*. November 24—25. 2005. Available at: <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/health-system-systeme-sante/blueprint-aboriginal-plan-autochtones/alt/blueprint-aboriginal-plan-autochtones-eng.pdf> (accessed 21.07.2019). (In Eng.)
7. *Canada’s Northern Strategy. Our North, Our Heritage, Our Future*. Available at: <http://www.northernstrategy.gc.ca/cns/cns-eng.asp> (accessed 22.06.2014). (In Eng.)
8. *Canadian Ministry of Health Web-Site*. Available at: <https://www.canada.ca/en/services/health/aboriginal-health.html> (accessed 03.09.2019). (In Eng.)
9. Colton J.W. Indigenous Tourism Development in Northern Canada: Beyond Economic Incentives. *The Canadian Journal of Native Studies*, 2005, vol. 25., no. 1, pp. 185—206. (In Eng.)
10. *Diabetes among Aboriginal People in Canada: The Evidence*. Available at: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/H35-4-6-2001E.pdf> (accessed 21.07.2019). (In Eng.)
11. *Discussion Paper — Kiggavik Draft Social Impact Statement Nunavummiut Makitagunringit*. June 2012. Available at: <https://makitanunavut.files.wordpress.com/2012/06/makita-socioeconomic-discussion-paper.pdf> (accessed 12.01.2015). (In Eng.)
12. Duerden F. A Critical Look at Sustainable Development in Canadian North. *Arctic*, 1992, vol. 45, no. 3, pp. 219—225. (In Eng.)

13. *Epidemiology of Tuberculosis in First Nations Living On-Reserve in Canada, 2000—2008*. Available at: <https://central.bac-lac.gc.ca/item?id=H34-244-2011-eng&op=pdf&app=Library> (accessed 21.07.2019). (In Eng.)
14. *From NWT & Nunavut Chamber of Mines to Paul Latour, Canadian Wild Life Service*. January 6, 2012. Available at: http://www.miningnorth.com/_rsc/site-content/library/Chamber-Response-to-Ramparts-Boundary-Report.pdf (accessed 17.04.2016). (In Eng.)
15. *Health Care Access of Northern Residents: Manitoba — Saskatchewan Workshop*. April 16 & 17, 2008. Available at: <https://www.brandonu.ca/rdi/files/2011/08/MB-SKWorkshopReport2008.pdf> (accessed 07.08.2019). (In Eng.)
16. *Indigenous Health — Australia, Canada, Aotearoa New Zealand and the United States — Laying Claim to a Future That Embraces for Us All. World Health Report (2010) Background Paper, no. 33*. Available at: <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/IHNo33.pdf> (accessed 03.09.2019). (In Eng.)
17. Keeling A., Sandlos J. Claiming the New North: Development and the Colonialism at the Pine Point Mine, Northwest Territories, Canada. *Environment and History*, 2012, vol. 18, no. 1, pp. 5—34. (In Eng.)
18. *Leaf Rapid Community Assessment. 2005*. Available at: <https://www.brandonu.ca/rdi/files/2011/08/LeafRapidFinalReport.pdf> (accessed 08.08.2019). (In Eng.)
19. Macklem P. *Indigenous Difference and the Constitution of Canada*. Toronto, University of Toronto Press Publ., 2001, 334 p. (In Eng.)
20. *Measuring Success: The Positive Impact of Diamond Mining in the North-West Territories, 1998—2012. A Joint Briefing Prepared by BHP Billiton Ekati, Rio Tinto, and De Beers*. Available at: <http://www.miningnorth.com/wp-content/uploads/2013/03/Measuring-Success-Diamond-Benefits-to-NWT-March2013.pdf> (accessed 31.01.2015). (In Eng.)
21. *Medical Student Training Symposium. Summary Report*. 2007. Available at: <https://nadc.ca/Docs/Medical-Student-Training.pdf> (accessed 28.07.2019). (In Eng.)
22. *Native Labour in the Northern Mining Industry*. 1980. Available at: http://www.miningnorth.com/_rsc/site-content/library/Native%20Labour%20in%20the%20Northern%20Mining%20Industry%201980.pdf (accessed 05.06.2019). (In Eng.)
23. *The Need for Medical Training in North-Western Alberta: A Community Discussion Paper*. June 22, 2007. Available at: <https://nadc.ca/Docs/Need-Medical-Training.pdf> (accessed 28.07.2019). (In Eng.)
24. *Notes for Possible Use by Prime Minister: Northern Development*. March 18, 1963. Available at: http://www.miningnorth.com/_rsc/site-content/library/Notes%20for%20Diefenbaker%20re%20northern%20development.pdf (accessed 16.04.2016). (In Eng.)
25. *A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada: Self-Related Health and Selected Conditions, 2002 to 2005*. Available at: http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/hcan-scan/stat_profile_health_first-e/H34-193-2-2008-eng.pdf (accessed 21.07.2019). (In Eng.)
26. Thompson W.C. *Canada: The World Today Series 2018—2019*. Lanham, MD, Rowman & Littlefield Publ., 2018, 214 p. (In Eng.)
27. *Uranium in Canada*. March 7, 2016. Available at: <http://www.world-nuclear.org/information-library/country-profiles/countries-a-f/canada-uranium.aspx> (accessed 17.04.2016). (In Eng.)
28. Weissling L.E. Arctic Canada and Zambia: A Comparison of Development Processes in the Fourth and Third Worlds. *Arctic*, 1989, vol. 42, no. 3, pp. 208—216. (In Eng.)
29. *Yellowknife Statistical Profile*. 2019. Available at: <https://www.statsnwt.ca/community-data/Profile-PDF/Yellowknife.pdf> (accessed 26.07.2019). (In Eng.)