




The University of Tehran Press

Guaranteeing and Observing of the Rights of Refugees in Context of the Covid-19 Pandemic

Soraya Rostami¹ 

1. Assistant Prof., Department of Law, Faculty of Law and Humanities, Islamic Azad University (Tehran Markazi branch), Tehran, Iran. Email: soraya.rostami@gmail.com

Article Info	Abstract
<p>Article Type: Research Article</p> <p>Pages: 1345-1365</p> <p>Received: 2021/01/05</p> <p>Received in Revised form: 2022/03/19</p> <p>Accepted: 2022/05/22</p> <p>Published online: 2024/06/21</p> <p>Keywords: <i>Corona virus, global epidemic, convention relating to the status of refugees, international organizations, refugee rights.</i></p>	<p>Due to volatile socio-economic conditions, refugees are more exposed to coexistence difficulties than other human societies, and the Covid-19 crisis has raised serious concerns about their health and well-being. The main question is how the emergency situation resulting from the covid-19 pandemic have affected the rights of refugees guaranteed by international treaties? Study of policies and induction in the practical approaches of governments in the target communities shows that due to the multiplicity of decision-makers in the international and national arena, guaranteeing and respecting the human rights of refugees does not follow a single model and has a wide range of measures. It shows a variety, from the complete refusal to respect of their rights to comprehensive coverage of it. Most crisis management solutions for refugee communities are short-lived and ineffective; they also depend largely on the degree of well-being and development, and the intensity and weakness of the acceptance of the democratic institutions and standards of the host country. As a result of such circumstances, the rights of refugees have been continuously and widely violated, raising serious concerns about the continuation of this situation in the post-Corona era.</p>
How To Cite	Rostami, Soraya (2024). Guaranteeing and Observing of the Rights of Refugees in Context of the Covid-19 Pandemic. <i>Public Law Studies Quarterly</i> , 54 (2), 1345-1365. DOI: https://doi.com/10.22059/JPLSQ.2022.336803.2986
DOI	10.22059/JPLSQ.2022.336803.2986
Publisher	The University of Tehran Press. 



تضمین و رعایت حقوق پناهندگان در پرتو همه‌گیری ویروس کرونا

ثریا رستمی ✉

۱. استادیار، گروه حقوق، دانشکده حقوق و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.
رایانامه: soraya.rostamii@gmail.com

چکیده	اطلاعات مقاله	
<p>به دلیل شرایط متزلزل اجتماعی-اقتصادی، پناهندگان بیش از سایر جوامع انسانی در معرض دشواری‌های زیست جمعی قرار می‌گیرند و بحران کرونا در زمینه سلامت و بهزیستی آنان نگرانی‌های جدی ایجاد کرده است. پرسش اصلی آن است که مقتضیات شرایط اضطراری ناشی از همه‌گیری بیماری کرونا، بر حقوق پناهندگان تضمین شده در معاهدات بین‌المللی، چه تأثیراتی گذاشته است؟ مطالعه سیاست‌های موردی و استقرا در رویکردهای عملی دولت‌های جهان در جوامع هدف نشان می‌دهد که به دلیل تعدد بازیگران تصمیم‌گیر در عرصه بین‌المللی و ملی، تضمین و رعایت حقوق بشر پناهندگان از الگوی واحدی تبعیت نمی‌کند و دامنه وسیعی از اقدامات متنوع از خودداری کامل رعایت حقوق این قشر تا پوشش فراگیر آن را نشان می‌دهد. غالب راه‌حل‌های مرتبط با مدیریت بحران نسبت به جوامع پناهندگی، کوتاه‌مدت بوده و از فراگیری و اثرگذاری برخوردار نیستند؛ همچنین به‌طور چشمگیری به درجه رفاه و توسعه‌یافتگی، و شدت و ضعف مقبولیت نهادها و موازین دموکراتیک کشور میزبان بستگی دارند. در نتیجه چنین شرایطی حقوق پناهندگان به‌طور مستمر و به‌نحو گسترده‌ای نقض می‌شود و نگرانی‌های جدی را در خصوص تداوم این وضعیت در دوران پساکرونا مطرح می‌کند.</p>	<p>نوع مقاله: پژوهشی</p> <p>صفحات: ۱۳۶۵-۱۳۴۵</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۵</p> <p>تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۱۲/۲۸</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۰۱</p> <p>تاریخ انتشار برخط: ۱۴۰۳/۰۴/۰۱</p>	
		<p>کلیدواژه‌ها: حقوق پناهندگان، سازمان‌های بین‌المللی، کنوانسیون مربوط به تعیین وضعیت پناهندگی، ویروس کرونا، همه‌گیری جهانی.</p>
		<p>استناد رستمی، ثریا (۱۴۰۲). تضمین و رعایت حقوق پناهندگان در پرتو همه‌گیری ویروس کرونا. <i>مطالعات حقوق عمومی</i>، ۵۴ (۲)، ۱۳۶۵-۱۳۴۵. DOI: https://doi.com/10.22059/JPLSQ.2022.336803.2986</p>
		<p>DOI 10.22059/JPLSQ.2022.336803.2986</p>
		<p>ناشر مؤسسه انتشارات دانشگاه تهران.</p>

۱. مقدمه

مهاجرت مفهومی اعم از پناهندگی است که می‌تواند اختیاری یا اجباری باشد؛ مهاجرت اجباری به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن گروهی از انسان‌ها به عللی خارج از اراده خود مجبور به ترک محل سکونت و نقل مکان به نقطه دیگری در درون کشور و یا خروج از آن هستند. پناهندگان مهاجران اجباری هستند که درگیر تعارضات مسلحانه یا آزار و اذیت بوده و به موجب کنوانسیون‌های مرتبط مورد حمایت قرار دارند؛ درحالی‌که مهاجران اختیاری اغلب به سبب بهبود وضعیت زندگیشان از طریق یافتن شغل بهتر و یا آموزش، گرد هم آمدن خانواده‌ها و...، تصمیم به جابه‌جایی می‌گیرند.^۱

آواره خارجی (پناهجو) به افرادی اطلاق می‌شود که به دلایلی چون جنگ، بلایای طبیعی یا شیوع بیماری، نتوانند در کشور خود در امنیت زندگی کنند و آن را ترک گویند، به بیان دیگر پناهجو شخصی است که مستند به دلایلی که در کنوانسیون پناهندگان یا ماده ۳ کنوانسیون اروپایی حقوق بشر مشخص شده‌اند، برای حمایت بین‌المللی تقاضا داده، اما ادعای وی تاکنون به صورت قطعی ارزیابی و تعیین تکلیف نشده است. پناهندگی مرحله بعدی فرایند پناهجویی است و زمانی این عنوان محقق خواهد شد که فرد پناهجو از سوی دولت مقصد مورد پذیرش قرار گیرد و به صورت رسمی و قانونی جواز اقامت و فعالیت را دریافت کند؛ بدین ترتیب تمامی پناهندگان در بدو امر آواره یا پناهجو بوده‌اند. تعریف حقوقی این عنوان در کنوانسیون ۱۹۵۱ ژنو که می‌توان آن را اصلی‌ترین منبع حقوق پناهندگان در مقررات بین‌المللی دانست و پروتکل ۱۹۶۷ الحاقی به آن آورده شده است.^۲

نتیجه چنین تفاوت‌هایی آن است که مهاجر در هر کشوری اقامت گزیند، همچنان از حمایت دیپلماتیک دولت متبوع خود برخوردار است؛ حال آنکه پناهنده نیازمند برخورداری از حمایت بین‌المللی (به دلیل از دست دادن حمایت دولت متبوع) است.

پناهجویان در دولت میزبان ممکن است با دو موقعیت روبه‌رو شوند: ۱. پناهندگی (این عنوان زمانی محقق خواهد شد که فرد پناهجو به صورت رسمی و در چارچوب کنوانسیون ۱۹۵۱ جواز اقامت در یک کشور را دریافت کند)؛ و ۲. حمایت بشردوستانه (حمایت ملی اعطاشده به پناهجویانی که به آنها اجازه اقامت در کشور میزبان بنا به دلایل بشردوستانه داده شده است).

1. <http://www.UNHCR.org/uk/news/latest/2016/7155dfoe556/unhcr-viewpoint-refugee-migrant-right.html>.

۲. بند ۲ فقره «الف» ماده ۱: «در نتیجه حوادث قبل از یکم ژانویه ۱۹۵۱ و به علت ترس موجه از اینکه به علل مربوط به نژاد یا مذهب یا ملیت یا عضویت در بعضی گروه‌های اجتماعی یا داشتن عقاید سیاسی تحت شکنجه قرار گیرد، در خارج از کشور محل سکونت عادی خود به سر می‌برد و نمی‌تواند و یا بعلت ترس مذکور نمی‌خواهد خود را تحت حمایت آن کشور قرار دهد یا در صورتی که فاقد تابعیت است و پس از چنین حوادثی در خارج از کشور محل سکونت دائمی خود بسر می‌برد نمی‌تواند یا به علت ترس مذکور نمی‌خواهد به آن کشور بازگردد.»

حقوق بین‌الملل دولت‌ها را ملزم می‌کند که بیگانگان متقاضی پناهندگی را در صورتی که عدم پذیرش آنها به بازگشت به مکانی منجر می‌شود که در آن در معرض خطر جانی قرار می‌گیرند، اخراج نکنند؛^۱ به این الزام بین‌المللی «اصل منع بازگرداندن»^۲ شود. این حقوق همچنین دول متعاقد را به مجازات نکردن پناهجویانی که به صورت غیرقانونی وارد سرزمین آنها شده‌اند متعهد می‌کند، به شرط آنکه افراد مزبور به محض ورود خود را در اختیار مقامات صالح قرار داده و دلایل خود در مورد لزوم اخذ پناهندگی را ارائه کنند.^۳

در سال‌های اخیر بحران همه‌گیری ویروس کرونا حقوق بنیادین پناهندگان و از جمله مسئله «حق بر سلامت» را با چالشی عمیق و جدی مواجه ساخته است. پرسش اصلی آن است که بحران ناشی از فراگیری ویروس COVID-19 چه تأثیرات ملموسی بر وضعیت مادی و حقوقی پناهندگان گذاشته است؟ و چه راه‌حلی برای مقابله با چنین وضعیتی اتخاذ شده است؟ در مقاله پیش‌رو با بررسی موقعیت عمومی پناهندگان در دوران همه‌گیری، و مطالعه رویه‌های قانونی اتخاذ شده توسط دولت‌های جهان با هدف مقابله و کنترل بیماری کرونا، خواهیم کوشید تا معضلاتی را که پناهندگان با آن مواجه‌اند تبیین کرده و ضمن ارزیابی سیاست‌های بهداشتی اتخاذی، راه‌حلی را در خصوص مدیریت بهتر و کارآمدتر بحران موجود نسبت به جوامع پناهندگی پیشنهاد دهیم. همچنین با در نظر گرفتن تفاوت‌های حقوقی موجود میان تعاریف و موقعیت‌های مهاجران و پناهندگان که سابقاً ذکر آن رفت، تمرکز این مقاله بر ارزیابی وضعیت پناهندگان در دوران همه‌گیری ویروس کرونا بوده و مهاجران و پناهجویان را در بر نخواهد گرفت.

۲. موقعیت عمومی پناهندگان در پرتو همه‌گیری ویروس کرونا

دولت‌های جهان با همه‌گیری ویروس کرونا اقدام به مقصر قلمداد کردن دیگران کردند، نخست‌وزیران مجارستان و ایتالیا جزء اولین سیاستمدارانی بودند که پناهندگان را مقصر گسترش بیماری اعلام کردند. رئیس‌جمهور آمریکا آن را ویروس چینی نامید و در آفریقا، اغلب گسترش آن را بر گردن آسیایی‌ها و اروپایی‌ها انداختند و تعداد حملات به آنها افزایش یافت (Knoll & Bisong, 2020: 3).

۱. بند ۱ ماده ۳۳ کنوانسیون پناهندگان ۱۹۵۱: «هیچ‌یک از دول متعاقد به هیچ نحو پناهنده‌ای را به سرزمین‌هایی که امکان دارد به علل مربوط به نژاد، مذهب، ملیت، عضویت در دسته اجتماعی به‌خصوص باادارا بودن عقاید سیاسی، زندگی یا آزادی او در معرض تهدید واقع شود تبعید نخواهند کرد یا باز نخواهند گردانید.»

2. Non- refolement

۲. ماده ۳۱ کنوانسیون پناهندگان ۱۹۵۱: «دولت‌های متعاقد پناهندگانی را که مستقیماً از سرزمینی که در آنجا زندگی و آزادیشان به مفهوم ماده ۱ در معرض تهدید بوده بدون اجازه به سرزمین آنها وارد شده یا در آنجا به‌سر می‌برند به‌خاطر اینکه برخلاف قانون وارد سرزمین آنها شده‌اند یا در آن به‌سر می‌برند مجازات نخواهند کرد، مشروط بر اینکه بلادرنگ خود را به مقامات مربوطه معرفی کنند و دلایل قانع‌کننده‌ای برای ورود یا حضور غیرقانونی خود ارائه دهند.»

این امر، مسئله چگونگی مواجهه با جوامع پناهندگی و رویکردهای اتخاذی در قبال همکاری با آنها از منظر حقوق بشر تثبیت شده در اسناد بین‌المللی و در زمینه مسائلی چون بیگانه‌هراسی و نژادپرستی را برجسته‌تر کرد. به‌ویژه در زمینه حقوقی مانند حق برخورداری از سلامت که در زمره حقوق بنیادین افراد بشر و از جمله پناهندگان است.

در جریان همه‌گیری کرونا ۱۶۸ کشور مرزهای خود را به‌طور کامل بستند و از این بین ۱۰ کشور هیچ استثنایی برای پناهندگان قائل نشدند. در زمینه محدودیت‌های سفر و ورود به درون مرزها دو نوع سیاست قابل رؤیت است: محدودیت کلی ورود اتباع کشورهای مشخص به درون مرزهای کشور و ۲. محدودیت‌های نسبی به‌منظور تحقق و رعایت پاره‌ای الزامات مانند پاسخ منفی آزمایش کووید، قرنطینه، نظارت‌های پزشکی در زمان ورود به کشور و موارد مشابه. بر خلاف مورد اول که مبتنی بر تبعیض نژادی و قومیتی است، اتخاذ رویکرد دوم به دولت‌های مربوطه این فرصت را می‌دهد تا موازین لازم را برای مدیریت پیشگیری از ویروس کرونا فراهم کنند. هرچند این محدودیت‌ها نیز باید از تعدادی اصول مانند ارزیابی منطقی سطح خطر و تناسب، کوتاه‌مدت بودن و تعدیل متناسب با تحولات وضعیت بهداشتی تبعیت کنند و در تعارض با «حق آزادی رفت‌وآمد» مندرج در ماده ۲۶ کنوانسیون ۱۹۵۱ قرار نگیرند (WHO, 2021: 13).

شایان ذکر آنکه ممنوع کردن ورود پناهجویان از کشور خاص با اصل عدم تبعیض مندرج در ماده ۳ کنوانسیون ژنو و بسیاری از مقررات مشابه حقوق بشر (از جمله مواد ۲ و ۲۶ میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی) در تعارض قرار می‌گیرد.

چرخه ۱۴ روزه مشاهده علائم بیماری کووید از روز لانه‌گزینی در بدن بیمار، و این واقعیت که حدود یک‌چهارم بیماران هیچ‌گونه علامتی حتی پس از سپری شدن این مدت از خودشان نشان نمی‌دهند و صرفاً ناقل باقی می‌مانند؛ امر بررسی سلامت افراد حین ورود به مرزها از طریق فرودگاه‌ها را دشوار کرده و این مسئله به دولت‌های جهان توجیهی برای بستن مرزها داده است. این امر از یک سو کنترل مرزها و جلوگیری از ایجاد تنش در حفظ سلامت عمومی؛ و از سوی دیگر احترام به حقوق بشر را مطرح می‌سازد (WHO, 2021: 13).

بر اساس اظهار دبیر کل اتحادیه بین‌المللی صلیب سرخ و هلال احمر: «گروه‌های آسیب‌پذیر مانند پناهندگان در همه‌گیری کرونا بالاترین هزینه را می‌پردازند؛ بسیاری از پناهندگان در سراسر جهان قادر به پرداخت هزینه غذا یا اجاره خود نیستند و در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و آموزش با مشکلاتی مواجه‌اند. بر این اساس پناهندگان به‌طور نامتناسبی با مشکلات ناشی از همه‌گیری ویروس کرونا دست و پنجه نرم می‌کنند و به‌طور معمول از کمک‌ها و سیاست‌های حمایتی اقتصادی-اجتماعی کنار گذاشته می‌شوند. گروه بزرگی از پناهندگان منابع درآمدی خود را از دست داده‌اند و در تلاش برای تأمین نیازهای

روزمره خود و در تلاش برای بقا به روش‌های نامطلوب روی آورده‌اند؛ روش‌هایی مانند کاهش وعده‌های غذایی یا تهیه غذاهای کمتر مغذی، قرض گرفتن پول از اقوام و دوستان یا نسبه گرفتن غذا، که در درازمدت به سوءتغذیه و افزایش چشمگیر بدهی آنان منجر خواهد شد، از جمله راه‌حل‌های اتخاذی از سوی پناهندگان هستند» (IFRC, 2021: 8).

گروه‌های مشخصی از مهاجران و پناهندگان نسبت به ویروس کرونا در معرض آسیب بیشتری هستند، زنان و دختران، کودکان، افراد ناتوان و دارای نیازمندی‌های خاص، پناهندگان فاقد مهارت و یا با مهارت‌های پایین و افراد فاقد تابعیت در این دسته قرار می‌گیرند. در سال گذشته عدم امکان حضور گروه‌های بشردوستانه در پناهگاه‌ها و اردوگاه‌ها به گسترش مواردی چون بارداری و فرزندآوری کودکان، خشونت‌های جنسیتی و خطر قاچاق انسان منجر شد. ازدواج کودکان در این مدت به‌عنوان جایگزینی برای تحصیل یا کار نیز افزایش یافته است؛ بنیاد مالاله تخمین زده است که نیمی از دختران پناهنده دبیرستانی پس از بازگشایی مدارس به آن باز نخواهند گشت (IFRC, 2021: 9).

فاصله‌گذاری اجتماعی و تعطیلی عمومی نیز مشکل دیگری است که پناهندگان با آن مواجه‌اند. مراکز اجتماعی مربوط به آنها تعطیل است و فرایند بررسی درخواست‌ها و رسیدگی به اعتراضات مربوط به رد تقاضاهای پناهندگی نیز با تعطیلی دادگاه‌ها به تعویق افتاده است (Reidy, 2020: 10).

بحران ناشی از ویروس کرونا نظام اقتصادی و سلامت بسیاری از کشورها به‌ویژه کشورهای در حال توسعه را که بیش از ۸۵ درصد جمعیت پناهندگان در آنها استقرار دارند تحت تأثیر قرار داده است. تقریباً نیمی از پناهندگان علی‌رغم آن‌که به موجب ماده ۲۳ اعلامیه جهانی حقوق بشر و مواد ۱۷ تا ۱۹ کنوانسیون ۱۹۵۱ از حق اشتغال برخوردارند، در جوامع میزبان امکان کار ندارند. محدودیت بودجه‌ای سبب شده است که کمک‌هزینه بیکاری و کمک‌های مالی سازمان‌های خیریه به پناهندگان کاهش یابد و یا در مواردی به کلی قطع شود، در نبود چنین حمایت‌های مالی بیشتر پناهندگان به مشاغل با حداقل دستمزد و با امنیت شغلی پایین روی آورده‌اند. براساس گزارش کمیساری عالی پناهندگان سازمان ملل، برای مثال در اردن تنها ۳۵ درصد از پناهجویان سوری اعلام کرده‌اند که شغل آنها در دوران پس از رفع محدودیت‌های کرونایی همچنان حفظ خواهد شد (Alemi et al., 2020: 24).

نظارت جهانی مؤسسه بین‌المللی دموکراسی و همکاری انتخاباتی در مورد تأثیرات کووید-19 بر دموکراسی و حقوق بشر، مجموعه‌ای از عواملی را که بر جمعیت پناهنده طی دوران همه‌گیری به‌ویژه در خصوص برابری اجتماعی رخ داده در نظر گرفته است. از این جنبه حداقل ۱۵/۴ درصد کشورهای تحت پوشش، موازینی را اتخاذ کرده‌اند که از جنبه دموکراسی و حقوق بشر مخرب به‌نظر می‌رسند. این داده‌ها نشان می‌دهد چگونه از جولای ۲۰۲۰ کووید-۱۹ حقوق اجتماعی گروه‌های مشخص را تحت تأثیر قرار داده و مسائل مرتبط با حقوق بشر مانند تبعیض، بیگانه‌هراسی، حمله به بیگانگان، نابرابری جنسیتی و

خشونت‌های جنسی را افزایش داده و به کاهش دسترسی به آموزش، بازداشت یا رفتار نامناسب با پناهندگان و بازگرداندن اجباری آنها به شرایط ناپایمن منجر شده است (Santillana, 2021: 18).

در خصوص بیگانه‌هراسی و تبعیض نژادی، ۲۷ درصد مشارکت‌کنندگان در پروژه‌های تحقیقاتی سازمان بهداشت جهانی اعلام کرده‌اند که در دوران همه‌گیری نسبت به مدت مشابه قبل از آن با کناره‌گیری بیشتری از سوی جمعیت بومی مواجه شده‌اند و ۲۲ درصد اعلام کردند که وضعیت برای آنان بدتر شده است. این نوع تبعیض به‌ویژه در میان پناهندگان جوان (سنین ما بین ۲۰ تا ۲۹ سال) بیشتر احساس شده است. حدود ۳۰ درصد این گروه سنی اعلام کردند که وضع برخورد با آنها از سوی جوامع محلی نسبت به سابق بدتر شده است. این آمار همچنین میان پناهندگانی که در منزل یا آپارتمان خود ساکن هستند و میان آنها که در کمپ‌های آوارگی یا خیابان زندگی می‌کنند تفاوت معناداری را نشان می‌دهد (WHO, 2020: 19).

در خصوص نحوه دریافت اطلاعات لازم در مورد ویروس کرونا، در میان افراد مورد بررسی سازمان بهداشت جهانی بیش از ۴۰ درصد جامعه آماری، اخبار و اطلاعات مربوط به کرونا را از طریق کشور مبدأ خود دنبال می‌کردند و در این میان شبکه‌های اجتماعی سهم به‌سزایی داشتند و ۷۶/۸ درصد هم از طریق شبکه‌های خبری کشوری که در آن ساکن بوده‌اند به اطلاعات لازم دسترسی پیدا می‌کردند. از منظر سلامت روان، مشارکت‌کنندگان اعلام کردند که در دوران همه‌گیری بیشتر درگیر مسائلی چون استرس، کم‌خوابی و بی‌خوابی، افسردگی، مصرف الکل، اضطراب، عصبانیت، ناامیدی و... بوده‌اند. این عوارض به‌ویژه در میان پناهجویان ساکن اردوگاه‌ها با شدت و کمیت بیشتری قابل ملاحظه بوده است (WHO, 2020: 19).

بر اساس آمارهای پژوهش نظارتی سازمان بهداشت جهانی، هرچه سطح تحصیلات پناهنده پایین‌تر باشد، احتمال آنکه وی و یا خانواده‌اش در فرض مشاهده آثار و نشانه‌های بیماری به مراکز درمانی مراجعه کنند، کمتر است. دلایل اصلی عدم مراجعه به مراکز درمانی شامل مسائل مالی، ترس از اخراج، نبود تسهیلات بهداشتی و یا عدم استحقاق آن بوده است که در مورد ویروس کرونا به‌صورت خاص مصداق ندارد، اما چالش‌های روزمره‌ای را که پناهندگان در جست‌وجوی مراقبت‌های بهداشتی با آن روبه‌رو هستند به نمایش می‌گذارد (WHO, 2020: 19).

۳. اقدامات عملیاتی و توصیه‌ای سازمان‌های بین‌المللی در جوامع هدف

از بین کنوانسیون‌های بین‌المللی تنها میثاق بین‌المللی حقوق مدنی و سیاسی تحت تأثیر نیازهای ناشی از شرایط اضطرار عمومی، کشورها را از انجام وظایف خود معاف می‌دارد. در خصوص کنوانسیون ۱۹۵۱،

اگرچه ماده ۹ اجازه تعلیق فرایندهای پناهندگی به دلیل شرایط اضطراری را نمی‌دهد؛ اما ماده ۴۲ دولت‌ها را مخیر داشته است که جز در مورد ماده اول (مربوط به تعریف واژه پناهنده)، ماده ۳ (مربوط به عدم تبعیض در اجرای کنوانسیون)، ماده ۴ (مربوط به آزادی مذهب)، بند ۱ ماده ۱۶ (مربوط به دسترسی به دادگاه‌ها)، ماده ۳۳ (مربوط به اخراج)، و مواد ۳۶ تا ۴۶، در تمامی مواردی که مفاد کنوانسیون با امنیت ملی آنها منافات دارد حق خود را محفوظ دارند یا حق شرط قائل شوند. تعدادی از دولت‌های عضو مستند به ماده یادشده شرایط فوق‌العاده محقق‌شده بر اثر ویروس کرونا را به‌عنوان محملی برای عدم رعایت حقوق پناهندگان قلمداد می‌کنند.

اطمینان از اینکه پناهندگان از برنامه‌های عمومی دولت‌ها کنار گذاشته نمی‌شوند، بخش اساسی برنامه جهانی مهاجرت امن، منظم و معین (ماده ۱۵)^۱، برنامه جهانی پناهندگان (پاراگراف ۷۲)^۲ و برنامه جهانی توسعه پایدار ۲۰۳۰ (هدف ۳،۸) است.^۳

به موجب برنامه جهانی مهاجرت امن، منظم و معین سال ۲۰۱۸ مجمع عمومی سازمان ملل، همکاری و انسجام دولت‌های عضو در تحقق اهداف توسعه پایدار مطالبه شده است که براساس آن دولت‌ها متعهد شده‌اند تا حقوق بشر تمامی مهاجران (اجباری و غیراجباری) را صرف‌نظر از وضعیت حقوقی آنها حفظ کنند و ارتقا دهند (GCSORM, 2018: Para15).

بر اساس ماده ۱۵ همین برنامه، دولت‌های عضو متعهد شده‌اند دسترسی این افراد به خدمات بنیادین از جمله مراقبت‌های بهداشتی را فراهم کنند. براساس آمارهای کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد، اجازه ورود قانونی و ثبت‌نام در مرزها برای پناهندگان در پی محدودیت‌های عبور و مرور یا قرنطینه معقول، در مقایسه با جابجایی غیرمنظم و ورود از مرزهای غیررسمی به کنترل بیماری کرونا کمک مؤثرتری کرده است (WHO, 2021: 13).

با استفاده از وحدت ملاک مقررات بین‌المللی سلامت مصوب ۲۰۰۵^۴، که ۱۹۶ کشور از جمله ۱۹۴ کشور عضو سازمان بهداشت جهانی به آن پیوسته‌اند؛ و چارچوب حقوقی‌ای که این مقررات برای تعیین حقوق و الزامات دولت‌های عضو در مدیریت وضعیت سلامت آن کشورها که قابلیت انتقال به خارج از مرزها دارند ایجاد کرده است. مستند به مواد ۱۹ تا ۲۲ این مقررات، معیارهای اصلی که باید در بنادر، فرودگاه‌ها و در مبادی زمینی با هدف محدود کردن گسترش خطرهای سلامتی و از جمله در وضعیت همه‌گیری بیماری‌های قابل انتقال مانند کرونا اجرا شود، شامل این موارد است: ۱. اعمال حداقلی

1. Global Compact for Safe, Orderly and Regular Migration (2018)

2. Global Compact for Migration

3. Sustainable Development Goals (2015)

4. International Health Regulations (2005), available at:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>

آزمایش‌های تهاجمی و تداخلی پزشکی که معیارهای عینی سلامت عمومی را مشخص کند؛ ۲. اجرای واکسیناسیون یا سایر راه‌های پیشگیری؛ ۳. تنظیم مقررات بهداشتی که از گسترش بیماری جلوگیری یا آن را کنترل کند، مانند ایزوله کردن، قرنطینه و قرار دادن مسافران تحت نظارت‌های بهداشت عمومی. برنامه پاسخ جهانی بشردوستانه به کووید ۱۹ در مارس ۲۰۱۹ توسط دفتر سازمان ملل به منظور همکاری در امور بشردوستانه، به منظور تعیین مسئولیت و نقش سازمان‌های مختلف در بررسی تأثیرات اقتصادی، سلامتی و بشردوستانه همه‌گیری تأسیس شد. هدف این برنامه این است که برای ۲۵۰ میلیون نفر کمک‌های مرتبط را فراهم کند. به منظور تسهیل اتخاذ سیاست‌های ملی در چارچوب این برنامه، گروه متخصصان مشاور سازمان بهداشت جهانی دو سند کلیدی منتشر کرده‌اند: ۱. چارچوب ارزشی جایابی و اولویت‌بندی واکسیناسیون کرونا و ۲. نقشه‌راه اولویت‌بندی گروه‌های هدف واکسیناسیون که در این برنامه پناهندگان به‌صراحت به‌عنوان گروه‌های دارای اولویت ذکر شده‌اند. برنامه سلامت جهانی و مهاجرت سازمان بهداشت جهانی^۲ یک برنامه اقدام جامع (۲۰۱۹-۲۰۲۳) به منظور ارتقای بهداشت پناهندگان با هدف بهبود شرایط بهداشتی و دسترسی به پوشش بهداشتی رایگان برای همه را دنبال می‌کند (WHO, 2021: Para 2).

شبکه کارگروه مهاجرت سازمان ملل در مورد جایگزین‌های بازداشت پناهندگان، از کشورهای جهان تقاضا کرده است تا از بازداشت افراد جدید به بهانه دلایل بهداشتی خودداری کرده و در مورد بازداشتگاه‌ها و اردوگاه‌های کنونی نیز راه‌حل‌های جایگزین را که شامل بازداشت نباشد و مبتنی بر ادغام اجتماعی باشد، بر اساس حقوق بین‌الملل در پیش بگیرند؛ تمامی بازداشت‌شدگان را با فراهم آوردن امکانات حفاظتی لازم آزاد کنند و شرایط اردوگاه‌های پناهندگی را بهبود ببخشند. این سازمان همچنین از دولت‌های عضو می‌خواهد تا اصل عدم بازگرداندن را رعایت کنند و بازگرداندن اجباری در شرایط همه‌گیری را به حالت تعلیق درآورند (WHO, 2021: 13).

با اینکه توزیع منطقی سهمیه واکسن در میان کشورهای مشارکت‌کننده در پروژه کووآکس صورت گرفته است، اما مشخص نیست که این کشورها در تزریق واکسن به اتباع خود و پناهندگان چه معیارها و موازینی را در پیش گرفته‌اند. با توجه به اینکه ۳ درصد اول سهمیه تزریق واکسن به کادر درمان و فعالان اجتماعی اختصاص دارد، پرسش آن است که آیا می‌توان در ۲۰ درصد دوم که به اقشار آسیب‌پذیرتر از قبیل سالمندان و بیماران خاص اختصاص می‌یابد، پناهندگان را نیز به‌دلیل شرایط خاص آنها اضافه کرد یا خیر؟ پرسشی که پاسخ آن در کشورهای مختلف به‌راحتی قابل تشخیص نیست (Mukumbang, 2020: 12).

1. Global Humanitarian Response Plan (GHRP) for COVID-19 (OCHA), 2019
2. Health and Migration Program (WHO), 2019

بررسی این اسناد نشان می‌دهد که در بعد نظری، تدابیر اتخاذشده از سوی سازمان‌های سیاست‌گذار جهانی در مسئله سلامت پناهندگان به‌طور عام و در مواجهه با ویروس کرونا به‌طور خاص از شمول و فراگیری مؤثری برخوردار است. توصیه‌ها و روش‌های پیشنهادی نهادهای مسئول بین‌المللی در تدارک راهکارها و سیاست‌های لازم به‌منظور مقابله و کاهش آثار بیماری‌های فراگیر در جوامع پناهندگی، مفصل و با جزئیات بوده و در صورت امکان اعمال و به‌کارگیری می‌تواند تا حد زیادی اطمینان از حفظ و تحقق حقوق بشر پناهندگان را فراهم کند. آنچه در این میان محل ابهام باقی می‌ماند، میزان اثرگذاری و اجرای این سیاست‌ها در سطح داخلی با عنایت به امکانات و چالش‌های موجود در نظام‌های ملی دولت‌های عضو است که در ادامه به آن خواهیم پرداخت.

۳. رویکردهای اتخاذی دولت‌ها نسبت به پناهندگان در سطوح ملی و منطقه‌ای

همان‌گونه که ذکر شد کنوانسیون ۱۹۵۱ ژنو و پروتکل الحاقی به آن اصلی‌ترین منبع تعیین حقوق پناهندگان در نظام بین‌الملل به‌شمار می‌آیند، اهم تعهدات دول عضو به موجب این کنوانسیون شامل عدم تبعیض (ماده ۳)، آزادی اجرای امور دینی (ماده ۴)، اشتغال با دستمزد (ماده ۷)، آزادی رفت‌وآمد (ماده ۲۶)، آزادی تعلیمات دینی (ماده ۲۲) و اصل عدم بازگرداندن (ماده ۳۳) می‌شود.

بررسی سیاست‌های حقوقی و اجرایی اتخاذی از سوی دولت‌های عضو کنوانسیون یادشده در دوران همه‌گیری نسبت به پناهندگان به‌روشنی گستره وسیعی از واکنش‌های بعضاً متفاوت این کشورها را نسبت به مقررات آن نمایان می‌سازد. همانند هر مسئله دیگری در ارتباط با پناهندگان، کمیت و کیفیت این‌گونه اقدامات ارتباط مستقیمی با سطح رفاه و توسعه و درجه ثبات مردم‌سالاری و حکومت قانون و نیز میزان پایبندی دولت‌ها به تعهدات بین‌المللی خود دارد. به‌عبارت دیگر میان درجه پیشرفت و رفاه اقتصادی دولت میزبان و نهادینگی رویه‌های دموکراتیک آن کشور و رعایت حقوق پناهندگان در چارچوب قوانین داخلی و مقررات بین‌المللی ارتباط مستقیم وجود دارد.

حدود سه‌چهارم پناهندگان جهان در مناطقی ساکن هستند که جزء مناطق کم‌برخوردار و محروم به‌شمار می‌آیند. در مقیاس جهانی بسیاری از این جوامع به دلایلی چون تبعیض، ناتوانی اقتصادی و موانع مرتبط با خدمات عمومی بهداشتی و درمانی در معرض ابتلا و مرگ بر اثر بیماری کووید هستند (Thomas et al., 2021: 434).

در لیبی آوارگان به‌دلیل تداوم جنگ داخلی با وجود همه‌گیری کرونا با قایق‌های نامناسب سعی در عبور از مدیترانه به سوی کشورهای اروپایی دارند. آثار ناشی از جنگ داخلی لیبی بر سیستم بهداشتی و درمانی آن کشور، خطرهای شیوع ویروس کرونا را به‌شدت افزایش داده است. امری که به نوبه خود به گسترش خطر

ابتلا در قاره اروپا از طریق مسیرهای مهاجرت غیرقانونی کمک می‌کند. در اردوگاه‌های این کشور، به دلیل دسترسی ضعیف‌تر به امکانات شهری، نگهبانان آموزش ندیده و دسترسی محدود نیروهای داوطلب بهداشتی و مؤسسات عام‌المنفعه به این اماکن، شرایط وخیم‌تر است (Mc Glynn, 2020: 6).

در شرق آسیا، هزاران روهینگایی به دلیل نگرانی دولت مالزی از گسترش کرونا و اقدام به بستن مرزها در دریا جان دادند. در این کشور برنامه واکسیناسیون همگانی تا ژوئن ۲۰۲۱ شامل گروه‌های پناهنده نمی‌شد. در ژاپن حمایت مالی دولتی و در کره جنوبی توزیع رایگان ماسک با یارانه دولتی شامل پناهندگان و بی‌وطنان نمی‌شود (Santillana, 2021: 12).

در آمریکای مرکزی و لاتین پناهندگان در جریان همه‌گیری ویروس کرونا با تبعیض سازمان‌یافته، جدایی خانواده‌ها، سوءاستفاده و قاچاق انسان مواجه بوده‌اند. (Santillana, 2021: 13)

مجارستان، آمریکا، قبرس، مکزیک و کانادا از پدیده همه‌گیری ویروس کرونا به‌عنوان توجیهی برای اخراج پناهندگان و مهاجران غیرقانونی از قلمرو خود بدون آنکه به آنها فرصت و امکان مطالبه پناهنده‌گی داده شود، استفاده کرده‌اند. در فرانسه و بوسنی دولت به صورت شتاب‌زده اقدام به انتقال پناهندگان به بهانه حمایت از آنها در مقابل ویروس به پناهگاه‌ها کرده‌اند؛ بدون آنکه مشخص باشد در این اماکن که به‌صورت فوری توسط دولت سرهم شده‌اند، امکانات بهداشتی، آب سالم و فضای کافی برای فاصله‌گذاری اجتماعی وجود دارد یا خیر. مجارستان مرزهای خود را به روی پناهجویان بست و پناهجویان در اردوگاه‌های بسیار شلوغ یونان و یا در زیر پل‌های فرانسه به دلیل عدم امکان رسیدن به انگلستان ناچار به زندگی شدند. در یونان بر اثر سال‌ها ناتوانی در تدارک مراکز مناسب نگهداری پناهجویان، اردوگاه‌ها به طرز خطرناکی از جمعیت اشباع شده‌اند و نشانه‌های ویروس در میان ساکنان آنها به‌شدت به چشم می‌خورد (Riedy, 2020: 10).

مهاجران بین‌المللی ۱۰ درصد جمعیت حوزه اروپایی سازمان بهداشت جهانی را تشکیل می‌دهند که ۷ درصد آنها به‌عنوان پناهنده به رسمیت شناخته شده‌اند و تحت حمایت ویژه کنوانسیون ۱۹۵۱ حقوق پناهندگان و پروتکل ۱۹۶۷ الحاقی به آن هستند. همان‌گونه که ذکر شد، تمامی این افراد صرف‌نظر از وضعیت حقوقی آنان، تحت پوشش موارد حمایتی تصریح شده در اساسنامه سازمان بهداشت جهانی در ارتباط با حقوق اساسی هر انسان بدون تمایز از حیث نژاد، مذهب، عقاید سیاسی، شرایط اقتصادی یا اجتماعی و در مطابقت با منشور ملل متحد و سایر اعلامیه‌های مربوطه‌اند.

در هلند از ابتدای شروع بحران کرونا، وزارت کشور تمام پرونده‌های ثبت‌نام و مصاحبه با پناهجویان

۱. ماده ۱۵ برنامه جهانی مهاجرت امن، منظم و معین مجمع عمومی سازمان ملل متحد و نیز برنامه سلامت جهانی و مهاجرت سازمان بهداشت جهانی.

را به دلیل ریسک بالای مواجهه حضوری تا اطلاع ثانوی معلق کرد. در ایرلند و بلغارستان دادگاه‌ها روند رسیدگی به پرونده‌های تجدیدنظر تقاضاهای پناهندگی رددیده را متوقف کردند. چهار سال پس از بحران سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۱۶ پناهجویان در اتحادیه اروپا، نواقص سیستم اروپایی پناهندگی، خود را به روشنی نمایان می‌سازد؛ از جمله ضعف شدید ساختاری در استفاده از ابزارهای الکترونیک در ثبت و بررسی تقاضاهای پناهندگی از راه دور. در غالب کشورهای اروپایی امکانات اسکان پناهجویان با ادامه امواج پناهجویی از میان رفت و پناهندگان به عنوان گروهی که از قبل نیز به راحتی در معرض آسیب‌پذیری قرار داشتند، بیش از پیش تحت تأثیر تمایل دولت‌ها به نادیده گرفتن قابلیت‌ها و ظرفیت‌های موجود در اسکان و اشتغال آنها قرار گرفتند. امری که نشان می‌دهد درس‌های اخذشده از بحران ۲۰۱۵ چگونه به راحتی و در عرض چند سال از میان رفته است (Migration policy, 2020: 3).

در مقابل نمونه‌های موفق از اتخاذ رویه‌ها و سیاست‌های سازنده و اثربخش در قبال پناهجویان در دوران کرونا نیز در این قاره شایان ملاحظه است، برای مثال در بریتانیا، پزشکان کمیساریای عالی پناهندگان راهنمای نظام جامع سلامت این کشور را به ۳۴ زبان برای پناهندگان ترجمه کرده‌اند و کسانی که وضعیت پناهندگی آن‌ها رسمیت قانونی یافته است، می‌توانند از امکانات نظام سلامت همگانی انگلیس استفاده کنند. این پناهندگان حق کار دارند و از مزایای رفاه اجتماعی مانند اتباع انگلستان برخوردار هستند. دولت بریتانیا همچنین اعلام کرده است که افراد مقیم در خاک این کشور صرف‌نظر از وضعیت اقامتشان در صورت نیاز به مراقبت و درمان بر اثر ابتلا به کرونا از پرداخت هزینه معافاند (UNHCR, 2020: 16).

بر اثر همه‌گیری کرونا مصاحبه‌های حضوری لغو شده و وزارت کشور انگلستان پذیرش تقاضاهای پناهندگی را با ارتباط محدود میسر ساخته است و به دنبال استفاده از امکانات دیجیتال برای گسترش برگزاری مصاحبه‌ها از راه دور است. فرایند دریافت مدارک و اطلاعات تکمیلی که می‌توانست در صورت تأخیر در ارائه به رد یا ابطال درخواست منجر شود، به تعویق افتاده است و از طریق پست یا به صورت آنلاین امکان‌پذیر است. تأمین سرپناه برای بی‌خانمان‌ها و کسانی که وضعیت اقامتی آنها مشخص نیست اغلب توسط خیریه‌ها، مقامات محلی یا گروه‌های خصوصی و با همکاری کمیساریای عالی پناهندگان میسر می‌شود. در صورت ابتلا پناهندگان به ویروس کرونا، پرونده مبتلایان به صورت فوری و خارج از نوبت بررسی و در صورت حصول شرایط این افراد از پناهگاه‌ها یا بازداشتگاه‌ها آزاد می‌شوند (UNHCR, 2020: 17).

در سوئد، یک برنامه آنلاین یادگیری زبان میان یک پناهنده و یک فرد سوئدی به صورت داوطلبانه برگزار شد که توانسته است در ایام قرنطینه برای طرفین بسیار مفید باشد^۲ (EC, 2020: 2).

علاوه بر فراهم کردن امکانات برخورداری و دسترسی به مراقبت‌های پزشکی و درمانی در فرض

1. <https://www.migrationpolicy.org/news/pandemic-lessons-learned-Europe-asylum-fading>.

2. <http://ec.europa.eu/migrant-integration/news/covid-19s-impact-on-migrant-communities>.

ابتلا به ویروس کرونا و فراهم ساختن راه‌های ارتباطی لازم برای آگاهی پناهندگان از این امر، بسیاری از کشورها همچنین تلاش کرده‌اند تا اردوگاه‌های پناهندگی را به‌طور مرتب و به‌صورت دوره‌ای ویروس‌زدایی کنند. کشورهایی مانند یونان (صرفاً از حیث این معیار)، جیبوتی، اندونزی و پاناما در این دسته جای می‌گیرند (WHO, 2021: 13).

در ترکیه تحقیقات هلال‌احمر نشان می‌دهد که میزان بدهی پناهندگان در سال گذشته ۵۰ درصد افزایش یافته است. ۷۲ درصد این پناهندگان قادر به تأمین هزینه غذا و ۶۶ درصد نیز قادر به پرداخت اجاره مسکن خود نیستند؛ اگرچه کمک‌های پرداختی از محل صندوق تأمین اجتماعی اضطراری اتحادیه اروپا تا حدودی کارساز بوده و بعضی از این هزینه‌ها را پوشش داده است (IFRC: 2021: 28).

با وجود دشواری دسترسی به اطلاعات قابل اتکا نسبت به تعداد و شرایط پناهندگان ساکن در ایران و نبود معیارهای دقیق جهت تفکیک میان مهاجران غیرقانونی و پناهندگان که ارائه تصویری دقیق از وضعیت این افراد را در شرایط همه‌گیری دشوار می‌کند؛ آمارهای رسمی نشان می‌دهد که حدود دو میلیون افغان در ایران زندگی می‌کنند که از این تعداد، ۳۶ درصد فاقد هرگونه مدارک رسمی و قانونی اقامت هستند. اولین و پایدارترین مشکل موجود در زمینه ویروس کرونا در ارتباط با این افراد، نداشتن بیمه‌های درمانی و در نتیجه عدم امکان پرداخت هزینه‌های پزشکی است. بیش از ۶ درصد (حدود ۱۲۴ هزار نفر) از مهاجران افغان در ایران بیمه درمانی دارند که عمدتاً شامل دو نوع نظام بیمه‌ای می‌شود: ۱. بیمه‌های سلامت عمومی مشابه آنچه اتباع ایران از آن برخوردارند و ۲. نظام بیمه‌ای خاص ویژه پناهندگان با کارت پناهنجویی. مشکلات دیگر ناشی از سطح پایین سواد، عدم دسترسی به فضای مجازی و ناآگاهی از امور پزشکی و سلامتی است که مراجعه به مراکز درمانی را برای پناهندگان با مشکل مواجه می‌کند. فراهم کردن درمان برای پناهندگان افغان مبتلا به بیماری‌های عفونی تا زمانی که تکلیف بیمه درمانی آنها روشن شود از جمله اقداماتی است که اگرچه در کوتاه‌مدت بار مالی سنگینی را بر دولت بار می‌کند؛ اما در درازمدت اثرات قابل توجهی بر سلامت عمومی جامعه و کاهش هزینه‌های ناشی از آن خواهد داشت. راهکارهای دیگر در این زمینه شامل افزایش آگاهی پناهندگان از طریق برنامه‌های جامعه محور، مداخله دادن پناهندگان در امور مربوط به آنها، توزیع مواد اساسی پیشگیری از آلودگی مانند ماسک و مواد ضدعفونی‌کننده و حمایت مالی از آنها در دوران قرنطینه است (Salmani et al., 2020: 13).

نمونه‌های موردی و عملی یادشده، گستره وسیعی از واکنش‌های متفاوت و بعضاً متضاد دولت‌های جهان را در مقابله و کنترل بیماری کرونا نسبت به جوامع پناهندگی و در اعمال توصیه‌های سازمان‌های بین‌المللی نشان می‌دهند. استنباط و استخراج الگوی مشترک از میان این محدوده گسترده و متنوع برخوردها آسان به نظر نمی‌رسد؛ آنچه به‌صورت قطعی قابل دریافت است آنکه این واکنش‌ها تا حد بسیار زیادی تابعی از ساختارهای اقتصادی-اجتماعی دولت‌های مورد بررسی و نه تعهدات بین‌المللی آنها

هستند. همچنین مانند هر حق بشری دیگری میزان التزام و رعایت این حقوق در ارتباط با گروه هدف، تحت تأثیر درجه پذیرش مردم‌سالاری و انسان‌گرایی در این کشورهاست.

نکته شایان توجه دیگر امکان پیش‌بینی رفتار و عملکرد دولت‌های جهان در مواجهه با پناهنجویان بر اساس نحوه مواجهه آنها با شهروندان خود در موارد مشابه است؛ در غالب موارد کشورهایی که در تأمین و تحقق حقوق اولیه شهروندان خود ناموفق عمل می‌کنند-به دلایل متعددی که شرح آن از عهده این مقاله خارج است- در تضمین حقوق پناهندگان نیز از همان الگوی رفتاری تبعیت می‌کنند و ویروس کرونا از اثرگذاری چندانی در خصوص تغییر رویه‌های عملی جوامع میزبان برخوردار نیست.

۴. توصیه‌های نهادهای بین‌المللی در خصوص مسئله کرونا

در مسئله نقش و جایگاه نهادهای بین‌المللی مرتبط با مسئله پناهندگان و ویروس کرونا، تمایز میان حقوق نرم و سخت اهمیت اساسی دارد.

از آنجا که تن دادن به تعهدات بین‌المللی الزام‌آور اغلب برای دولت‌ها ناخوشایند است و آنها تمایلی به تبعیت از یک نهاد فرادولتی و کاهش اقتدار تصمیم‌گیری خود ندارند، به‌منظور غلبه بر این مشکل به ایجاد اسنادی روی آورده‌اند که متضمن تعهد است، اما در عین حال دامنه‌ای از آزادی عمل در آنها وجود دارد. حقوق نرم می‌تواند بعضی از مزیت‌های حقوق سخت را با هزینه کمتر در تعاملات بین‌المللی فراهم سازد، علاوه بر این حقوق نرم با افزایش آگاهی دولت‌ها سبب می‌شود که از موانع فرایند تبدیل حقوق نرم به حقوق سخت در آینده کاسته شود (رمضانی و علیپور، ۱۴۰۰: ۴).

براساس ماده ۳۸ اساسنامه دیوان بین‌المللی دادگستری، معاهدات بین‌المللی از جمله کنوانسیون ۱۹۵۱ به‌همراه عرف و اصول کلی حقوقی به‌عنوان یکی از منابع حقوق بین‌الملل، اغلب متضمن حقوق سخت می‌باشند؛ اگرچه نمی‌توان تمام مفاد معاهدات بین‌المللی را الزاماً واجد آن دانست. در مقابل مواردی مانند اصول راهنما و قطعنامه‌هایی که به‌ویژه در مسئله حقوق پناهندگان از سوی سازمان‌های بین‌المللی مسئول مانند مجمع عمومی سازمان ملل متحد، کمیساریای عالی پناهندگان و یا سازمان بهداشت جهانی صادر می‌شوند، حقوق نرم تلقی می‌شوند و تعهد حقوقی برای دولت‌ها ایجاد نمی‌کنند.

با وجود اثر غیرالزامی حقوق نرم، به‌دلیل کارکردهای آن در نظام حقوق بین‌الملل، محاکم بین‌المللی در موارد متعددی آرای خود را به آنها مستدل ساخته‌اند. دیوان اروپایی حقوق بشر در پرونده‌های مختلف به بررسی مفهوم «انحراف اساسی از حقوق بشر» مندرج در میثاق بین‌المللی حقوق مدنی-سیاسی پرداخته است. این دیوان در خصوص شرایط اضطراری مندرج در ماده ۴، شرایط لازم برای تحقق این عنوان را شامل قریب‌الوقوع بودن، کلیت، تداوم وضعیت و عدم کفایت تدابیر عادی در مدیریت آن می

داند (ECHR, Appl. no. 3321-3323.67 & 3344/67: Para.112). با توجه به آنکه در قضیه همه‌گیری ویروس کرونا، دولت‌های اروپایی امر شرایط اضطراری را دلیل توجیه واکنش‌های خویش دانسته‌اند، چنین آرای می‌تواند در تعیین درجه پایبندی این دولت‌ها به تعهدات ایشان استفاده شود.

دیوان بین‌المللی دادگستری نیز در قضیه اعمال معاهده پیشگیری و مجازات جنایت نسل‌زدایی میان بوسنی و هرزگوین و صربستان و مونته‌نگرو آرای خود را مستدل به اسنادی کرد که ذیل حقوق نرم در نظر گرفته می‌شوند؛ از جمله گزارش‌های دبیر کل سازمان ملل متحد و گزارش گزارشگر ویژه شورای حقوق بشر. عملکرد مشابهی در قضیه اختلاف میان گینه و کنگو از سوی دیوان در مراجعه به نظریات تفسیری کمیته حقوق بشر به‌عنوان مبنای استدلال در صدور رأی مشاهده می‌شود (رمضانی و علیپور، ۱۴۰۰: ۱۷).

دقت در موارد مطرح‌شده نشان می‌دهد که اگرچه حقوق نرم به‌صورت مستقیم واجد ضمانت اجرای حقوقی نیست، اما به‌دلیل امکان بهره‌مندی از آنها در قضایای بین‌المللی، می‌توانند در تشخیص مسئولیت دولت‌ها نسبت به موارد نقض حقوق پناهندگان به‌صورت غیرمستقیم استفاده شوند.

گسترش برنامه‌های بیمه سلامت و تأمین اجتماعی به تمامی پناهندگان، فراهم کردن تسهیلات برخورداری از مراقبت‌های بهداشتی ویژه زنان، امکان دسترسی به حمایت‌های بین‌المللی برای پناهندگان بدون اسناد هویتی... از جمله توصیه‌هایی است که سازمان ملل برای رفع مشکل در کوتاه‌مدت کرده است. دسترسی به تست‌های ویروس کرونا، مرخصی استعلاجی و واکسیناسیون کامل برای تمامی پناهندگان، ایمن کردن شرایط محیط کار، فراهم ساختن خدمات حمایتی سلامت جسمی و ذهنی توسط متخصصین مقابله با خشونت‌های مبتنی بر جنسیت و چگونگی تشخیص این موارد از روی نشانه‌ها و فراهم ساختن محیط امن برای قربانیان نیز در همین زمینه قرار می‌گیرند (Mc Glynn, 2020: 9).

برنامه اقدام سال ۲۰۱۹ در ترویج و ارتقای سلامت پناهجویان از این امر که تمامی فعالیت‌های مرتبط، در زمان بیماری‌های همه‌گیر باید تابع پاسخ‌های حقوق بین‌الملل و تعهدات مرتبط با مقررات سلامت بین‌الملل (۲۰۰۵) باشند، حمایت می‌کند. بر این اساس موازین مرتبط با کنترل بیماری‌های سازمان بهداشت جهانی، باید بدون تبعیض نسبت به پناهندگان نیز اعمال شود؛ با تأکید بر این نکته که ضوابط قرنطینه و آزمایش‌های تأییدشده نباید نسبت به آنها انجام شود (WHO (EOR), 2020: 32).

بنا به دلایلی مانند شلوغی بیش‌ازحد اقامتگاه‌ها و کارگاه‌ها، تنش‌های جسمی و روانی و محرومیت ناشی از فقدان سرپناه، غذا یا آب سالم، پناهندگان بیشتر از سایر گروه‌ها در معرض ابتلا به بیماری‌های واگیردارند. موانعی مانند موانع زبانی و فیزیکی در دسترسی به امکانات؛ و موانع حقوقی، اداری و مالی دسترسی آنها به مراقبت‌های بهداشتی و سلامت را دشوارتر می‌نماید، بر این اساس نظارت بر بیماری، هشدارهای پیشگیرانه، نظام پاسخگویی، دسترسی و تدارک مراقبت‌های بهداشتی و پیشگیری از ارتباطات پرخطر باید برای پناهندگان برقرار شود (WHO (EOR), 2020: 31).

به لحاظ اداری، متعادل کردن الزامات دریافت روادید کار، تنظیم مقررات مختلف برای اطمینان از اینکه قربانیان قاچاق انسان گرفتار موقعیت‌های دشوار نمی‌شوند؛ تعلیق بازگرداندن اجباری به‌ویژه درباره پناهندگانی که در معرض خطر بیشتری هستند؛ تعیین و ارزیابی الزامی پرونده‌های متقاضیان خردسال با در نظر گرفتن منافع آنان، ایجاد مسیرهای امن پناهندگی به منظور ارتقای حقوق بشر، آموزش، استخدام رسمی و کار شایسته از جمله مهم‌ترین مواردی است که باید به‌دقت در نظر گرفته شده و اعمال شوند (WHO (EOR), 2020: 32).

آگاهی‌رسانی همگانی جامع و کامل در دریافت اطلاعات مرتبط با بهداشت و سلامت که می‌تواند به کنترل یا متوقف کردن همه‌گیری منجر شود، عنصر مشخص دیگری است که باید به‌دقت مورد توجه قرار گیرد. برخلاف تصور عمومی پناهندگان با درصد بسیار پایینی بیماری‌های واگیر را منتقل می‌کنند؛ درحالی‌که به نسبت جمعیت شهروندان به دلیل شرایط خاص خود بیشتر در معرض آسیب ناشی از ابتلا به این بیماری‌ها قرار دارند. با توجه به این مسئله تمامی برنامه‌های سلامت ملی باید نسبت به پناهندگان نیز به‌منظور اطمینان از حمایت از حق بر سلامت اعمال شوند (Mc Glynn, 2020: 9).

تمامی دستورالعمل‌ها و توصیه‌ها باید با در نظر گرفتن موازین فرهنگی و با همکاری گروه‌هایی از پناهندگان به زبان آنها ترجمه شود. از آنجایی که سازمان‌های محلی و مذهبی - قومیتی به‌طور معمول از نظر جوامع پناهندگی قابل اعتمادترند، در صورت امکان باید نقش این بازیگران پررنگ‌تر در نظر گرفته شود و جوامع محلی در صورت اقتضا مورد مشورت و همکاری قرار گیرند (WHO (ROE), 2020: 33).

نقش فردی پناهندگان نیز در این میان شایان توجه است. برای مثال پزشکان و دانشمندان پناهنده می‌توانند در کمک به دولت‌های میزبان در مقابله با ویروس به‌ویژه در جوامع پناهندگی نقش مؤثری ایفا کنند. آنها همچنین نقش حیاتی در به اشتراک گذاشتن اطلاعات صحیح و مشارکت فعالانه و سازنده در این جوامع دارند. همچنین می‌توانند گروه‌های حمایتی را جهت پشتیبانی افراد آسیب‌پذیر مانند سالمندان یا کودکان فراهم کنند و یا وعده‌های غذایی برای افرادی که در خط مقدم مبارزه با کرونا هستند، تدارک ببینند. برای مثال رادیو Gaz Gaz در کمپ پناهندگان Dadaab در کنیا اطلاعات مرتبط با ویروس را به‌صورت گسترده در میان ۱۰۰ هزار شنونده خود پخش می‌کند و دروس آموزشی را برای دانش‌آموزان مقطع ابتدایی و متوسطه تدریس می‌کند (UNHCR, 2019: 57).

اهم توصیه‌های سازمان‌های بین‌المللی^۱ به‌طور خلاصه شامل موارد زیر است:

۱. محافظت از مرزها: دسترسی حفاظت‌شده به قلمرو کشور میزبان از طریق الف) اولویت‌بندی معیارهای مدیریت مرزها به‌منظور اجرای پروتکل‌های بهداشتی و ارزیابی خطرهای موجود و ب) امکان دسترسی به قلمرو کشور میزبان و درخواست پناهندگی برای افراد نیازمند حمایت بین‌المللی؛

1. UNHCR-IOM-ILO-WHO

۲. سیاست‌های مهاجرتی برای خارجی‌ان در درون یک کشور براساس منعطف ساختن وضعیت مهاجرت از طریق الف) پیش‌بینی افزایش مدت روادید، اجازه کار و اقامت؛ ب) تسهیل دسترسی به بازار کار به منظور جبران کمبود نیرو در بخش‌های اساسی؛ ج) آزاد کردن پناهندگان از بازداشت و اتخاذ سیاست‌های جایگزین حبس و د) تعلیق بازگشت اجباری در شرایطی که سلامت، ایمنی یا حقوق بنیادین متقاضی پناهندگی قابل تضمین نیست؛

۳. سیاست‌های مرتبط با مراقبت‌های بهداشتی برای پناهندگان به‌واسطه دسترسی غیرتبعیض‌آمیز به مراقبت‌های بهداشتی از طریق الف) فراهم کردن دسترسی برابر پناهندگان فارغ از مذهب، نژاد، جنسیت و...؛ ب) تدارک کمپین‌های انتشار اطلاعات اساسی مورد نیاز پناهندگان در ارتباط با کرونا؛ ج) اعمال موازین پیشگیرانه با هدف کاهش خطر ابتلا در کمپ‌های پناهندگی؛ د) حفاظت از بهداشت و ایمنی شغلی پناهندگان کارگر و تأمین لوازم بهداشت شخصی و ه) اطمینان از دسترسی پناهندگان به واکسن و درمان بدون تبعیض با اولویت‌بندی افرادی که در معرض خطر بیشتری قرار دارند (WHO, 2021: 13). موارد یادشده بخشی از واکنش‌هایی است که به نظر سازمان‌های بین‌المللی در مدیریت بحران کرونا می‌تواند مفید واقع شده و توسط دولت‌های جهان استفاده شود، شکی نیست که درجه الزام این مقررات متفاوت بوده و از جنبه توصیه‌ای صرف، موضوع حقوق بین‌الملل نرم (مانند توصیه‌نامه‌های مرتبط با موازین قابل اتخاذ در شرایط همه‌گیری بیماری‌های قابل انتقال منتشرشده توسط نهادهای وابسته به سازمان ملل متحد موضوع بند «خ» ماده ۱۸ و ماده ۲۳ اساسنامه سازمان بهداشت جهانی و قطعنامه‌های مجمع عمومی این سازمان مستند به بند «ب» ماده ۱۳ منشور ملل متحد) تا برخورداری از ضمانت اجرای مرتبط با حقوق سخت (شامل قطعنامه‌ها و دستورالعمل‌های الزام‌آور پارلمان و شورای اروپا یا آرای قطعی صادره از دیوان دادگستری این اتحادیه و دادگاه اروپایی حقوق بشر و نیز مقررات معاهدات و کنوانسیون‌های بین‌المللی از جمله کنوانسیون ۱۹۵۱ و ...) متغیر است. در همین زمینه عامل اساسی دیگر، درجه تعهد و پایبندی دولت‌های میزبان به رعایت این اصول در قلمرو خویش، و جدیت نهادهای اجرایی کنوانسیون‌ها در پیگیری موارد نقض بر مبنای اختیارات آنها برای پاسخگو کردن دولت‌هاست. به عبارت دیگر میان عرصه نظر تا مقام عمل در تضمین و رعایت حقوق پناهندگان فاصله زیادی قابل ملاحظه است که همین امر مسئله ارزیابی دقیق و جامع عملکردهای مادی و حقوقی بازیگران بین‌المللی را نسبت به پناهندگان با دشواری و محدودیت‌هایی مواجه می‌کند.

۵. نتیجه

مواجهه سازمان‌های بین‌المللی و دولت‌ها با پدیده همه‌گیری ویروس کرونا در سطح جهانی و ملی اغلب در ارتباط با مسئله پناهندگان به‌خصوص از همان مشکل اساسی و همیشگی چندپارگی رویکردها رنج

می‌برد. واکنش‌های مادی اتخاذشده توسط دولت‌ها گستره وسیعی از اقدامات متنوع از خودداری کامل از رعایت حقوق این قشر تا پوشش فراگیر آن را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که ذکر شد، این درجه از تنوع در شدت و ضعف سیاست‌های اعمالی توسط کشورهای جهان تا حد بسیار زیادی تابع نظام اقتصادی و اجتماعی آنها و رویکردهای کلی حقوقی-جامعه‌شناختی به پدیده پناهندگی است و بحران همه‌گیری ویروس کرونا تأثیر چندانی در این امر نداشته و تفاوت چندانی ایجاد نکرده است. به عبارت دیگر الگوهای قابل انتظاری در موارد مشابه و نسبت به حقوق پناهندگان در عملکرد غالب کشورها قابل رؤیت است و جز چند نمونه استثنایی تفاوت فاحش و معناداری در این خصوص نسبت به عملکرد این دولت‌ها در مسائل پیش‌آمده سابق به چشم نمی‌خورد. دولت‌های جهان اول (چه از منظر رفاه اقتصادی و چه از منظر توسعه سیاسی) اغلب در رعایت حقوق پناهندگان در قضیه بحران کرونا مثبت عمل کرده‌اند و دامنه پوشش‌های حمایتی خود را بر جوامع پناهندگی نیز گسترش داده‌اند؛ در مقابل کشورهای جهان دوم و سوم (حتی در دولت‌های ثروتمند، که به لحاظ سیاست‌های مدنی به جهان توسعه‌نیافته تعلق دارند) اغلب در این مسئله نیز مانند سایر موارد، پناهندگان را عامل اصلی ایجاد و تداوم مشکل قلمداد کرده و حق بر سلامت آن‌را به گونه فاحشی نقض کرده یا در خوش‌بینانه‌ترین حالت به صورت حداقلی رعایت کرده‌اند. اگرچه موارد مشخصی نیز از این نتیجه‌گیری کلی مستثنا هستند.

در خصوص عملکرد سازمان‌های بین‌المللی نکته شایان ذکر آن است که این نهادها از امکانات مالی و منابع انسانی مناسبی به‌منظور ارزیابی وضعیت بحران و تشخیص تدابیر قابل اتخاذ به‌منظور مقابله و کاهش تأثیرات بیماری برخوردارند. توصیه‌های نهادهایی چون کمیساری عالی پناهندگان سازمان ملل متحد و یا سازمان بهداشت جهانی عمدتاً جامع بوده و با در نظر گرفتن تمامی عوامل دخیل در وخامت بحران مطرح می‌شوند؛ مشکل آنجاست که موارد مطروحه اغلب جنبه توصیه‌ای و مشورتی دارند و از ضمانت اجرای لازم برخوردار نیستند. حتی در مواردی نیز که به موجب مقررات کنوانسیون‌های بین‌المللی، از جمله مواد ۲۱ و ۲۲ اساسنامه سازمان بهداشت جهانی - در خصوص جلوگیری از اشاعه بیماری‌های همگانی بین‌المللی و موارد مشابه -، و بند «ب» ماده ۵۵ منشور ملل متحد - در خصوص حل مسائل بین‌المللی بهداشتی، و بند «ج» در مورد - احترام و حفظ حقوق بشر و آزادی‌های اساسی بدون تبعیض -، ماده ۵۶ - در خصوص همکاری فردی و جمعی دولت‌ها در راستای تحقق ماده قبلی - و بند ۱ ماده ۵۷ - نسبت به ایجاد مؤسسات تخصصی در زمینه مسائل مختلف از جمله امور بهداشتی براساس موافقت‌نامه‌های منعقد شده میان دولت‌های عضو سازمان ملل، که بخشی از مؤسسات وابسته به این سازمان محسوب می‌شوند -، دولت‌های عضو ملزم و موظف به رعایت تصریحات این نهادها شده‌اند، نمونه‌های عملی از تدابیر اتخاذشده توسط نهادهای اداری و اجرایی این سازمان‌ها نسبت به تخلفات کشورهای عضو از حیث نقض این الزامات - به دلیل نداشتن اختیار کافی در پیگیری حقوقی موارد مذکور و صرف

امکان ارائه گزارش موارد نقض به نهادهایی از جمله شورای امنیت یا مجمع عمومی و یا تعیین جریمه مالی - به چشم نمی‌خورد و در عمل آنچه برای این سازمان‌ها باقی می‌ماند، صرفاً رضایت و تمایل دولتمردان صحنه سیاست نسبت به اجرای این سیاست‌ها است که تا درجه زیادی تحت تأثیر افکار عمومی این جوامع قرار می‌گیرد.

برخوردهای صورت گرفته از جانب جوامع پناهندگی نیز عامل دیگری است که در عدم موفقیت سیاست‌های پیشگیرانه و درمانی ویروس کرونا در این جوامع تأثیر دارد. به دلایل روان‌شناختی و اجتماعی که برای نمونه در پروژه‌های مطالعاتی سازمان بهداشت جهانی و آمارهای پژوهش نظارتی این سازمان ارائه شده است، تعداد زیادی از پناهندگان با جامعه میزبان همگون و ادغام نمی‌شوند و به دولت‌های میزبان در غالب موارد اعتماد نمی‌کنند. بی‌سوادی و عدم دسترسی به اخبار صحیح، فقر اقتصادی و فرهنگی و تفاوت‌های اغلب مذهبی و تعصبات نژادی و قومیتی در میان جمع کثیری از این قشر که ریشه در دلایل متعددی دارد، موجب عدم همکاری پناهندگان با دولت‌های میزبان در تحقق اهداف برنامه‌های تقابلی ویروس کرونا می‌شود؛ هرچند در این مورد نیز مانند هر پدیده اجتماعی دیگری صدور حکم کلی غیرعلمی بوده و همواره استثنائاتی قابل مشاهده است که در تحلیل و جمع‌بندی نهایی باید مورد توجه قرار گیرد.

منابع

۱. فارسی

۱. رضانی قوام‌آبادی، محمدحسین و علیپور، محمد (۱۴۰۰). ماهیت و کارکرد حقوق نرم در آرای دیوان بین‌المللی دادگستری. فصلنامه مطالعات حقوق عمومی، ۵۱ (۱)، ۳۸۹-۴۰۸.

۲. انگلیسی

A) Articles

1. Aleami, Q., Stempel, C., Siddiq, H., & Kim, E. (2020). Refugees and COVID-19: Achieving a comprehensive public health response. *Bulletin World Health Organization*. 98, 510-510A. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.271080>.
2. Beirens, H. (2020). The COVID-19 Pandemic Suggests the lessons learned by European Asylum Policymakers After the 2015 migration Crisis Are Fading. *Migration Policy Institute*. (<https://www.migrationpolicy.org/news/pandemic-lessons-learned-europe-asylum-fading>)
3. Chapagain, J. (2021). Refugees are paying the highest price in the COVID-19 pandemic. *IFRC*. (<https://reliefweb.int/report/world/refugees-are-paying-highest-price-covid-19>)
pandemic#:~:text=Jagan%20Chapagain%2C%20IFRC%20Secretary%20General,access

- %20health%20care%20and%20education.)
4. Knoll, A. Bisong, A. (2020). Migration, mobility and COVID-19- A tale of many tales. in: *ECDPM blog*. (<https://ecdpm.org/talking-points/migration-mobility-covid-19-tale-of-many-tales>)
 5. Mc Glynn, N. (2020). Ignoring COVID-19 cases at Libya migrant centers will have dire consequences for Europe. (<https://www.euronews.com/2020/04/16/ignoring-covid-19-cases-libya-migrant-centres-will-have-dire-consequences-for-europe-view>.)
 6. Mukumbang, F.C. (2020). Are asylum-seekers, refugees and foreign migrants considered in the COVID-19 vaccine discourse?. *BMJ Global Health*. 5, e004085. doi: 10.1136/bmjgh2020-0040.
 7. Reidy, E. (2020). The COVID-19 excuse? How migration policies are hindering around the globe. *The New Humanitarian*. (<https://www.thenewhumanitarian.org/analysis/2020/04/17/coronavirus-global-migration-policies-exploited>.)
 8. Salmani, I., Seddighi, H., & nikfard, M. (2020). Disaster Medicine and Public Health preparedness. *dissaster medicine and public health preparedness*. 14(4), 89-109. doi:10.1017/dmp.20202.240
 9. Santillana, M. (2021). The impact of COVID-19 on migrants, asylum seekers and refugees. *Institute for Democracy and Electoral Assistance*. (<https://www.idea.int/news-media/news/impact-covid-19-migrants-asylum-seekers-and-refugees>)
 10. Thomas, C., Osterholm, M., & Stuafter, W.M. (2021). Critical Considerations for COVID-19 Vaccination of Refugees, Immigrants, and Migrants. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 104(2), 433-435, doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1614>.

B) Documents

11. WHO. (2020). Apart together survey: Preliminary overview of refugees and migrants self-reported impact of COVID-19. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
12. WHO. Regional Office for Europe. (2020). Interim guidance for refugee and migrant health in relation to COVID-19 in the WHO European Region. (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2020/interim-guidance-for-refugee-and-migrant-health-in-relation-to-covid-19-in-the-who-european-region,-25-march-2020-produced-by-who-europe>.)
13. WHO. (2021). A virus that respect no borders: Protecting refugees and migrants during COVID-19. (<https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/a-virus-that-respect-no-borders-protecting-refugees-and-migrants-during-covid-19>.)
14. WHO. (2021). Refugees and migrants in times of COVID-19: Mapping trends of public health and migration policies and practices, Global Evidence Review on Health and Migration License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240028906>.)
15. WHO. (2005). International Health Regulations. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241580496>.)
16. UNHCR. (2020). Refugees and the impact of COVID-19, Background Guide, Challenge Topic#1. MUN Refugee Challenge, (<https://www.unhcr.org/5fc1262e4.pdf>.)
17. UNHCR. (2020). UK FAQs on COVID-19 in Relation to Refugees and Asylum

Seekers. (<https://www.unhcr.org/uk/unhcr-uk-faqs-on-covid-19-in-relation-to-refugees-and-asylum-seekers.html>.)

C) Judgemental Documents

18. ECHR. (1969). Denmark, Norway, Sweden and the Netherlands v. Greece, Appl. no.3321-3323.67 and 3344/67. (The Greek Case). (https://www.echr.coe.int/Documents/Denmark_Norway_Sweden_Netherlands_v_Greece_I.pdf.)

D) Websites

19. <http://ec.europa.eu/migrant-integration/news/covid-19s-impact-on-migrant-communities>.
20. <https://www.migrationpolicy.org/news/pandemic-lessons-learned-Europe-asylum-fading>.
21. <http://www.UNHCR.org/uk/news/latest/2016/7155dfoe556/unhcr-viewpoint-refugee-migrant-right.html>.

