

# 分析大流行敘事之恐懼治理： 以新冠疫情為例<sup>\*</sup>

紀慧君<sup>\*\*</sup>

淡江大學大眾傳播學系教授

## 摘要

以往，衛生治理是以某個國界之內的範圍來考慮，倚靠的是主權國家通過邊境控制保護其領土，以避免傳染病的入侵。然而，當今傳染病的風險跨越國家疆域，必須使用跨越國界的方式治理，即從「國家威脅管理」轉移到「全球風險治理」。恐懼治理是公共衛生重要與核心措施，動員恐懼等同於控制社會。新冠疫情敘事多置入適當程度的恐懼，在恐懼中，安全與秩序是首要價值，這意味為達到安全，民眾必須放棄部份的自由。本研究分析做為風險生產者與治理者的世界衛生組織（WHO）治理新冠疫情的方式，分析其如何運用科學證據與專家言說建構恐懼，以瞭解大流行敘事如何產生於特定的社會和政治語境中，以及在其間涉及的權力、規訓、治理等議題。

**關鍵詞：**大流行敘事、治理、恐懼、新冠疫情

---

<sup>\*</sup> 本文為作者科技部計畫「從風險治理觀點分析大流行敘事：以新冠肺炎為例」（MOST 111 - 2410 - H - 032 - 035 - MY3）之部分研究結果。作者感謝匿名評審與編委會提供的修正意見以及研究計畫助理張依萍。

<sup>\*\*</sup> E-mail: 098302@mail.tku.edu.tw

投稿日期：2023 年 12 月 29 日；接受日期：2024 年 06 月 11 日

## 壹、前言

以往，衛生治理 (health governance)，通常是以某個國界之內的範圍來考慮，倚靠的是主權國家通過邊境控制保護其領土，免受傳染病的入侵 (Figuié, 2014)。然而，全球化的快速發展，使得單獨或區域性的公共衛生危機，皆在短時間內迅速地擴散為國際性的重大事件 (蔡奉真, 2019)。換言之，在人、事、物迅速移動的當下，國際這個概念已經無法有效掌握衛生問題的全球與整體的特質，沒有單一國家可在不與其他國家合作下去解決大流行病，這需要各國與國際組織高層次的合作 (Emeziem, 2021)。過往基於地理空間而確定身份的方式，被注重世界範圍的視角所取代，因而導致了一個新聯盟、一個超越傳統等級不同形式之政治形式與治理方式。這也意味著健康議題的主權不再隸屬於國家，而是一種全球公共財 (Food and Agriculture Organization [FAO] et al., 2008)。因此，世界衛生組織 (World Health Organization, 簡稱 WHO，下稱世衛組織) 將新興傳染病建構為一個需要新答案的全新問題：

新疾病正以史無前例每年一次的速度出現……在一個以高流動性、經濟相互依存和電子互聯為特徵的世界中，這些威脅已成為更大的威脅，脆弱性是普遍存在的 (World Health Organization, 2007, p.vi)。

在此，國家不僅有責任保護其公民，更重要的是，每個國家皆被指定有責任共同承擔全世界的健康，以預防新興傳染病的風險。在全球衛生治理的概念下，WHO 便有權蒐集每個國家的流行病學數據，而每個國家都必須去支持預防此類疾病出現和傳播的監測系統 (世衛組織，2017 年 2 月 7 日)。

在新冠疫情大流行期間，各國幾乎都曾以「緊急狀態令」等各種強制手段限制公民行動自由。Dodsworth (2021) 用戰事前線的概念，形容治理疫情的行為，分析在新冠疫情期間，各國政府通過緊急條例調度，使人們保持恐懼狀態，確保民眾服從，以保持備戰狀態。Gesser-Edelsburg et al. (2021) 探究新冠肺炎的風險治理問題指出，疫情為社會帶來多方位危機，衝擊社會和經濟，挑戰管治效能，並為有可能傷害民主價值的程序提供掩護。強大的科學共識讓政策制定者在治理疫情時，採取高度一致的措施。鑑於相信科學證據，絕大多數國家都遵循 WHO 的建議，採取嚴格的降低風險措施，

多數政策制定者別無選擇，只能快速有力地介入醫療保健、經濟、社會、全球交通等多個相互關聯的複雜系統（Collins et al., 2020）。

大流行敘事多置入適當程度的恐懼，促使民眾保持警覺，不做出讓治理機構無法管理的行動。恐懼使得人們寧願犧牲必要活動，要求政府機構的保護。恐懼一直是公共衛生重要與核心的措施（Chon & Park, 2021）。動員恐懼等同於控制社會，Füredi（2018）認為，恐懼不只是對威脅的回應，更是看待世界的觀點或意向，並經常為威脅全球的事件定調，如傳染病、全球暖化或恐怖主義。恐懼以情緒操作為目標，恐懼能夠讓人們容忍治理不善，在恐懼文化中，安全與秩序是首要價值，這種交換意味著為了安全必須要放棄自由（Ajana, 2021）。

本研究目的在探究做為風險生產者與治理者 WHO 之疫情治理方式，其如何在新冠疫情的大流行敘事中，運用科學證據與專家言說建構恐懼，治理新冠肺炎疫情。如同 Abeyasinghe（2014）指出，大流行敘事是社會、政治和文化試圖動員對該事件的科學解釋的產物，源自 WHO 的界定與建構。因此，WHO 既是大流行的風險生產機構，因為它蒐集、界定傳染病的風險；又是一個關鍵的風險治理機構，因為它發布大流行的聲明、文件，提供各個國家應對此風險的建議。透過蒐集、闡釋、驗證、協調、監測流行病學資訊與活動，WHO 得以賦予流行病學資訊意義，告知人們流行病學的真正含義（Fee et al., 2008）。

## 貳、文獻檢閱

由於擔心傳染病擴散，幾個世紀以來，國家多以公共衛生的名義對身體進行控制，而傳染病風險已跨越國家疆域，必須使用跨越國界的方式治理。其次，本研究說明恐懼治理之概念；最後，提出傳染病敘事之警戒期、大流行期與復原期三階段的时间序列，以分析不同階段之恐懼敘事。

### 一、全球治理下的公共衛生

#### （一）公共衛生概念引入

在 Foucault（1975／王紹中譯，2020）看來，18 世紀的歐洲現代國家

之所以專注於對身體進行集體控制，與臨床醫學的誕生、個人對醫療需求，以及維持和保護勞動力有關。他認為，當時出現了一種新的概念，將疾病視為社會的經濟和政治問題，而不再僅僅是個人問題，因而需要某種程度的集體控制措施。過往，由慈善和宗教機構基金會解決的問題，在 18 世紀末 19 世紀初，逐漸被國家機構所取代，對可能會造成疾病的傳播行為進行管治，尤其是以家庭為單位進行監督。

由於擔心傳染病擴散，幾個世紀以來，採取限制身體並控制人們活動的措施，以公共衛生的名義控制身體，通常是強制的並帶有歧視性。在公共衛生的概念中，身體被認為是危險的，有問題的，甚至有失控的危險，會招來疾病，會對社會上其他人構成嚴峻的威脅 (Petersen & Lupton, 1997)。從 16 世紀開始，到 20 世紀，如果公共衛生官員認定某位家庭成員患有傳染病，整個家庭都要被限制在自己家中，或者是被轉移到隔離檢疫站或傳染病院，有時甚至會動用警察 (Tesh, 1988)。

因此，為了有效的蒐集信息，19 世紀末的公共衛生運動，發展出一套監督身體的理論，新興的流行病學強調記錄，不同人群的疾病類型，不斷的記錄測量，並將結果回報給政府系統。在此，傳染病控制成為治理人群的一個重要工具，在公共衛生的概念下，每個人都需要嚴密監控，都是潛在加害者與受害者。傳染病被視為社會整體的問題，追求的是整體人群的健康，而不是個人身體的問題 (Armstrong, 1983)。

## (二) 全球衛生治理

全球衛生治理，根據 Kay & Williams (2009) 定義：

各種或公或私的作用者意圖控制、規範、減輕全球疾病系統的任何方式與機制，其作用可以在次國家、國家或者國際等層級 (pp. 1-2)。

自十四世紀開始，國際合作通過最低限度的條約建立，以促進貿易和旅行：這種合作，基於不干預國家內部是否對疾病採取行動的原則，旨在協調邊境管制、檢疫措施和共享流行病學資訊 (Fidler, 2003)。然而，嚴重急性呼吸道症候群 (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS) 和禽流感病毒 H5N1 的爆發，加速了《國際衛生條例》的修訂。這是因為當今傳染病的風

險是全球化的，並不侷限於某一個區域。考慮到國際旅行和貿易的增長，以及國際傳染病威脅，和其他公共衛生風險的出現和再浮現，2005 年制訂的《國際衛生條例 2005》取代了 1969 年的《國際衛生條例》（世衛組織，2005 年 5 月 23 日）。《國際衛生條例 2005》增加了資訊共享的條例「在其領土內存在出乎意料或不尋常的公共衛生事件，不論其起源或來源如何，其可能構成有關國際公共衛生的緊急事件，應向世衛組織提供所有相關的公共衛生資訊。」（同上引）。

此條例規定的全球監測和制度結構，是構建大流行風險的原則。《國際衛生條例 2005》規定了檢測和應對全球健康威脅的程序，要求各國向 WHO 報告國際關注的疾病爆發。當一個國家首次發現疾病事件時，需要立即向 WHO 報告，並通過此向世界衛生大會（World Health Assembly [WHA]）報告，WHO 的使命和功能便是蒐集、闡釋和向成員國提供可靠和及時的流行病學資訊，協調國際流行病學監測活動。WHO 把醫學科技的治理方式帶到世界上各個地區，不論當地政府是否願意合作（McNeill, 1976 / 楊玉齡譯，2016）。

大流行敘事是社會、政治和文化試圖動員對該事件的科學解釋的產物，源自 WHO 的界定與建構。WHO 呼籲每個國家都有義務通報可疑事件，以提升傳染病透明度，監測傳染病。WHO（2005, p. 4）將自己定位為：「一個全球公共衛生組織，當傳染病可能成為大流行病時，WHO 有責任向國際社會發出警報」。Abeyasinghe（2014）使用敘事分析，探究 WHO 和歐洲理事會闡明 A 型流感病毒 H1N1 的大流行敘事，進行文本的敘事特徵和詞彙風格分析，以及對風險、確定性和不確定性的敘述。通過對流行病學資訊的控制，WHO 掌控著該事件是否會成為大流行病的決策權。換言之，WHO 界定傳染病的風險形式、嚴重程度，並提供其他衛生機構管理該病毒的方式（Figuié, 2014）。

## 二、恐懼治理

### （一）界定恐懼

過往，多將恐懼等情感方面的研究視為心理學方法，是一種由內而外的反應，也可稱為傳統心理學的認知，情感屬於個人的生理與心理的面向；另

外一種採「情感社會模型」(a model of sociality of emotion) 的研究，將恐懼定義為一種由外部加諸於個體的社會形式，而非個人自我感受。情感不是來自個體，情感將社會維繫、結合在一起。因此，研究的重點在於恐懼是如何形成的。也就是說，恐懼是由外而內的，是外在於個體的，是各種社會政治經濟結構相互作用與建構的產物 (Clarke et al., 2006)，是一種受到特定社會結構和制約的社會行為。

根據 Füredi (2018)，研究恐懼，需將恐懼放回歷史脈絡中，考察現今人們面對恐懼的方式與以往之不同。每個時代都有它的恐懼，每個統治者都有其敵人。15、16 世紀至 19 世紀，恐懼言說源於宗教信仰，教會是控制機構 (Altheide, 2002)。恐懼如同人們在黑暗中看不見任何東西，又試圖找出原因，只好歸因於「不可見的力量」(Hobbes, 1651 / 黎思復、黎廷弼譯，2009)。1918 — 1939 年兩次世界大戰期間，恐懼被國際情勢惡化所牽引，也被當權者應用於掌握對抗法西斯、共產政權的侵略，藉由讚揚英雄主義，為了崇高目標而犧牲，激發出愛國精神。1970 年代，危機的常態化主宰了文化形式 (Füredi, 2018)。1990 年代，犯罪和暴力成為美國最重要的恐懼問題，恐懼已經從物質世界和精神救贖領域的關注轉向日常生活 (Altheide, 2002)。

Hobbes (1651 / 黎思復、黎廷弼譯，2009) 指出，恐懼是將人們團結在一起形成集體社會或國家的強大動力。國家利用情感傳遞來控制公眾，建立政治和道德權，這些研究都指向政府通過建構公眾恐懼，以推動政治目標的實踐 (袁光峰，2022)。Moïsi (2010) 認為，恐懼文化主導第二次世界大戰，政治人物往往透過恐懼文化驅動政治。1950 年代，美國麥卡錫主義氾濫也是恐懼文化的表現，其中 2001 年的 911 事件更是造成全球恐懼，造成個體與國家整體不安全感與恐懼，而這都是由媒體、學者、政治菁英和民眾共謀而成 (Pain, 2019)。

因此，恐懼不僅是一種情感，更是多面的現實：恐懼是面對誇大危險的一種情感反映，恐懼導致防禦性的反應，揭示出一個人、一種文化在某個特定時刻的脆弱性 (Moïsi, 2010)。恐懼從個體出發，Degerman et al. (2023) 認為，恐懼是對威脅感知的情緒反應，這是一個關鍵的激勵動力，恐懼是社會整體共同建構而成的。恐懼的情緒規則指引人們的恐懼方式及恐懼的對象，並且影響人們的生活方式 (Clarke et al., 2006)。恐懼指向未來的不確定性，Bauman (2006) 認為，當恐懼瀰漫、分散、不清楚、自由漂浮、沒有

明確的位址或原因時，是最可怕的。

## （二）治理

恐懼遍及社會，指引人們的行動。恐懼成為現代社會中人們行動的方式，也成為一種普遍的世界觀。因此，恐懼被視為實施管制權的治理策略，是一種建構問題與處理問題的策略方式，恐懼將某些社會現象指認為恐懼的對象，以正當化權力的介入（Füredi, 2018）。

本研究以 Foucault（1975／劉北成、楊遠嬰譯，1992）的「治理」進一步說明這個概念。治理，是一種社會管理和控制的方法，以合法性原則為基礎。起源於十六世紀歐洲的社會變遷，即封建制度的崩解到主權國家的發展。到了十八世紀，民族國家、啟蒙理性與資本主義的發展，國家社會的維持無法再依靠王權，而是另一種新的身體管理技術，依靠的是對人的能力、生產力與有用性的算計。治理權力透過知識權威來監控人的身體，是一種知識／權力的運作，是個體或群體行為被指引的方式（Foucault, 1982）。人們為了規避風險，必須自我紀律、自我規訓與自我治理。自我治理最終目的在於使人們自己監視與反省自己，成為自我規範、負責的主體（Foucault, 1975／劉北成、楊遠嬰譯，1992）。

據此，自我治理是現今社會最重要的權力戰略，把身體建構成為自己行為承擔責任的主體。民眾主要不是通過國家機構從外部監管，而是作為標準的個人，自己管理自己，追尋他們自己最大的利益和自由，此時，人們會尋求專家並採納其建議。Lupton & Lewis（2021）從深度訪談中發現，隨著風險意識的日益增強，許多受訪者表達了不確定性、恐懼、焦慮和壓力，對自己或他人保持高度警惕。人們對恐懼的信念和實踐對於疫情治理十分重要，如果人們不會恐懼，他們就不會改變習慣。受訪者將自己和其他人界定為抗擊新冠病毒的行動者，並將不遵守專家規定的人，視為對自己或家人安全的威脅，也會把對傳染病的爆發，歸咎於不負責任的罪魁禍首。

## 三、大流行病敘事分析

### （一）恐懼敘事

恐懼並非存在於時代的真空，其反映了特定歷史時期的社會秩序。過往文獻顯示，1980 年代初出現的愛滋病敘事引起有關噁心、指責、社會排斥和羞辱的敘事 (Lupton, 1994)。與 SARS 相關的新聞分析發現，有關 SARS 威脅的新聞報導圍繞末日和新瘟疫也由於疫情迅速受控，有關恐懼的敘事很快消散，因為媒體已失去興趣 (Hansen, 2009)。

Wald (2008) 使用「爆發敘事」(outbreak narrative) 來表示全球傳染病事件的流行病學與文化的關聯性。他認為，爆發敘事融合了醫學、政治、神話，述說一種全世界始終處於危險之中的故事。Mairal (2011) 以敘事模式 (narration pattern)，說明大流行敘事源自之前的情況、之前發生的事件，並轉化為需要吸取的經驗。這些敘事模式是潛在的、既有的，敘事模式可以被重複使用。大流行敘事經常受到先前敘事的啟發，大流行敘事並不是從事件的自然、邏輯或客觀意義中產生，而是來自一系列境況的特定敘述。因此，敘事是一種模式，隨著時間推移，會加入新元素，改變敘事的模式。

大流行敘事由恐怖、戰爭、沙漠、死亡人數組成，多使用恐怖化的隱喻。治理者將對抗病毒形同一場反恐戰爭，恐怖分子可能隨時隨地造成破壞，他們使用戰爭與威脅隱喻，病毒可能來自遙遠的地方，但也可能就在我們身邊 (Dodsworth, 2021)。恐懼本著科學證據進行治理，如以超級病菌復仇、大自然反撲作為警告，當今的恐懼表達的是一種既存，且又無所不在的焦慮及不確定，是對於日常生活重大威脅的焦慮 (Rossolatos, 2020)。因此，當今社會已從特定的恐懼，轉變為分散、流動性恐懼，是一種存於人們心中的普遍性恐懼 (Degerman et al., 2023)。

## (二) 敘事分析

敘事中的時間性 (temporality) 是傳染病、敘事、媒體和風險知識建立聯繫的重要方式。敘事以時間序列安排事件發展，敘事使獨立的事件具有意義，將事件的過去、現在和未來聯繫起來，並賦予意義 (Hinchman & Hinchman, 1997, p. xvi)。因此，風險的建立不僅是通過統計、概率和數學的，更是通過各種不同形式的、關於風險的敘事形成的。過往的科學、數學等計算風險的方式，已被敘事的時間序列所取代 (Bradbury, 1989)。

Davis (2017) 指出，傳染病的大流行敘事具有「浮現」(emergence)、「高峰」(peak) 和「消退」(subsidence) 的時間邏輯，此種依據時間順序的



敘事情節，呼應敘事分析中時間的重要性（Ricoeur, 1980）。首先，大流行的治理敘事呈現時間序列的特質，時間性體現在大流行的公共衛生治理中。例如，在 WHO 於 2017 年發布的《流感大流行風險管理指南》中，採用時間序列：警戒期（alert phase）、大流行期（pandemic phase）與復原期（transition phase）界定大流行風險，告知並建議人們在大流行期間的不同階段應如何行事，而不同的階段，需要不同監測目標和治理方式（WHO, 2017）。

其次，WHO 對全球大流行的治理，強調的是不同階段的行動與疫情的浮現、高峰和消退等時序扣連，根據的是大流行爆發浮現和消退的時間性邏輯而出現的調控方式。傳染病已經發展成為一種涉及三個時間順序的標準格式：敲響警鐘、混淆不清的訊息以及危機和遏制（Gerlach, 2016）。此敘事框架講述一個日益嚴重的風險危機，科學的不確定性，以及如何採取適當應對傳染病的方式，最終，是一醫療專業知識和衛生當局取得勝利的故事。

第三，傳染病的大流行時間順序對個人經驗也產生重要影響。敘事提供人們理解傳染病的重要方式，人們以浮現、高峰、消退的時間序列，理解傳染病的意義。例如，英國的研究人員在洗手間安裝了傳感器來測量洗手行為，並將這一措施與 H1N1 大流行新聞的報導頻率作交叉分析，他們發現洗手的次數會隨著新聞報導疫情出現高峰而增加（Fleischman et al., 2011）。

## 參、研究對象及研究步驟

本研究旨在探究做為風險生產者與治理者 WHO 之疫情治理方式，因此採用 WHO 於 2017 年發布的《流感大流行風險管理指南》所採用的時間序列：警戒期、大流行期與復原期，以說明不同的階段需要不同監測目標和治理方式（WHO, 2017）。<sup>1</sup> 警戒期指的是，發現病毒的時期，地方、國家和全球各級都提高警戒並進行仔細的風險評估。大流行期是指病毒傳播引發全球流行，並且明確發生社區傳播的全球流行時期。復原期則指全球傳染風險降低，轉而實施復原措施（世衛組織，2017 年 2 月 7 日）。

1 依據 WHO 的流感大流行風險管理指南，以及新冠肺炎的每週流行病學更新，大流行疫情等級以及大流行之前、期間和之後不同階段，所需的不同的監測目標和組成（WHO, 2017, 2021）：（1）「警戒期」：由人體分離出新型流感和其他呼吸道病毒的時期。在這階段，監測目標集中在所有病例的發現和人際傳播的驗證上，旨在中斷病毒傳播及其地理傳播並了解病毒。（2）「大流行期」：了解病毒的進化及其地理擴散、疾病的嚴重程度和患嚴重疾病的高風險人群。在這期間，持續的哨點監測有助於追蹤趨勢；地理擴散；應對措施的影響；病毒的特徵和傳播，包括變種病毒的演化和出現；和疫苗的有效性。（3）「復原期」：當評估發現全球風險降低時，全球行動應對的等級可能會降低，各國根據自身的風險評估，減少響應活動並轉而實施復原措施。

本研究分析對象主要為 WHO 媒體通報會中總幹事譚德塞（Tedros Adhanom Ghebreyesus）演講（Speech by WHO Director-General）之簡體中文版。為了能全面理解譚德塞發言稿，同時也參照 WHO 時間表（Timeline: WHO's COVID-19 response）和情勢報告（Situation Reports），以及技術指南（Technical Guidance）。通過這些文稿，分析 WHO 對新冠肺炎風險的描述和反應。以下逐一說明：

- 一、WHO總幹事媒體通報會的演講稿：WHO總幹事譚德塞的演說文稿。截至2022年12月30日，去除非針對新冠疫情主題之發言稿，共有209篇演說文稿（見<https://www.who.int/zh/director-general/speeches>）。
- 二、時間表：包括WHO採取的主要行動，提供的資訊、科學、領導、建議、回應、資源配置。時間表主要提供對流行病學或行動的簡要說明，可以了解疫情中的關鍵事件（見<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline>）。
- 三、情勢報告：情勢報告是簡短的流行病學摘要，在新冠肺炎傳播的早期階段（2020年1月21日至2020年8月16日）每天發布一次。自2020年4月15日，開始同步發佈新冠疫情「每週營運更新」（Weekly Operational Update on COVID-19）。2022年5月31日，則進行發佈「每月營運更新」（Monthly Operational Update on COVID-19）（見<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>）。
- 四、技術指南：是指「針對COVID-19的關鍵準備及回應行動」文件及「命名冠狀病毒病COVID-19」，進行重要治理規範資訊之引用（見<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance>）。

本研究分析時間自 WHO 總幹事譚德塞首次針對新冠疫情發言稿，2020 年 1 月 30 日，至 2022 年 12 月 31 日。依據 WHO，將此一新冠疫情敘事分為警戒期、大流行期與復原期，時期界定及研究對象蒐集說明如下頁（圖 1）：

（一）警戒期：2020 年 1 月 30 日至 2020 年 3 月 10 日

WHO 於 2020 年 1 月 30 日公布新冠肺炎為突發公共衛生事件。警戒期為 WHO 宣布全球大流行前，共 25 篇。

(二) 大流行期：2020 年 3 月 11 日至 2022 年 8 月 30 日

WHO 指出新冠肺炎已在多個國家發生社區傳播，於 2020 年 3 月 11 日宣布新冠肺炎為全球「大流行期」開始，共 172 篇。

(三) 復原期：2022 年 8 月 31 日至 2022 年 12 月 31 日

因應新冠疫情減弱，2022 年 2 月媒體通報會改成約兩週召開一次，2022 年 8 月 31 日，新冠疫情媒體通報會名稱，已經去除新冠肺炎名稱，與伊波拉、猴痘等傳染病視為長期公共衛生問題，復原期共收錄「世衛組織總幹事媒體通報會開幕講話」之發言稿，共 12 篇。

綜上所述，本研究以警戒期（25 篇）、大流行期（172 篇）、復原期（12 篇）選出 209 篇文件進行分析。

圖 1：新冠疫情敘事分析



資料來源：作者自行繪製。

## 肆、研究分析

### 一、警戒期

在警戒期，譚德塞強調，妥善命名很重要，有助於防止使用其他可能不準確或污名化的名稱：

我想再次發自內心地呼籲，這是團結一致的時候，不是污名化的時候。有令人擔憂的跡象表明，世界沒有傾聽對團結一致的呼聲，沒有與那些在中國疫情中心拯救生命、減輕痛苦的人們站在一起。我再次重申：現在應團結一致，而不是污名化（世衛組織總幹事譚德塞，2020年2月14日）。

由於欠缺病毒學的實證資訊，各種不確定證據，致使此階段充滿各種爭議：

沒有更好的數據，我們很難評估疫情的演變方式，或可能產生的影響，也很難確保我們能提供最適當的建議（世衛組織總幹事譚德塞，2020年2月4日）。

在警戒期，資訊不確認的態勢下，WHO 治理規範上偏向鬆散，也尚未規定強制佩戴口罩：2020年1月29日WHO發布了社區、家庭護理和衛生保健環境中使用口罩規範（世衛組織，2020年1月29日），此時仍建議個人不需要使用醫用口罩。隨後發佈之群眾集會組織者指南，僅建議打噴嚏及咳嗽的民眾應戴口罩（WHO, 2020）。2020年1月29日世衛組織發布了口罩技術指南《關於新型冠狀病毒爆發期間在社區、家庭護理和衛生保健場所使用口罩的建議》：

如果在不必要時戴醫用口罩，可能會導致不必要的費用和採購負擔並產生錯誤的安全感，從而導致忽視其它必要措施，例如手部清潔習慣（世衛組織總幹事譚德塞，2020年1月29日）。

由於病毒的不確定性與不可預測性，WHO 會利用過往疫情數據作考量。這使舊有疫情再被提出。此種治理方式依賴一特定意念：對疫情未來的考量與過往疫情有關（Davis et al., 2011）。譚德塞提出以往治理傳染病的經

驗：

2019 冠狀病毒病似乎不像嚴重急性呼吸綜合症（SARS）和中東呼吸綜合症（MERS）等其他冠狀病毒病那麼致命。超過 80% 的患者病情較輕，將會康復。在大約 14% 的病例中，病毒會引發肺炎和呼吸窘迫等嚴重疾病。約 5% 患者病情危重，例如呼吸衰竭、敗血性休克和多器官衰竭等。2% 的報告病例是死亡病例……這些新數據填補了我們的一些認知缺口，但仍有一些認知缺口（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 2 月 17 日）。

警戒期的重點在於瞭解病毒、為病毒命名、賦予病毒意義，以介入管理。在警戒階段，WHO 需開始治理新冠病毒。根據《WHO 技術報告：命名冠狀病毒病 COVID-19》指出，疾病的命名是為了討論疾病的預防、傳播、傳播性、嚴重程度和治療。人類疾病的防範和應對是世衛組織的職責，因此，疾病在國際疾病分類（International Classification of Diseases [ICD]）中由世衛組織正式命名。在技術指南中，依據科學與醫學的基礎，WHO 為其命名：

我們現在有了這一疾病的正式名稱：2019 冠狀病毒病。根據世衛組織、世界動物衛生組織和聯合國糧食及農業組織商定的命名指南，我們必須找到既不涉及地理位置、動物、個人或人群，又容易發音，並且與該疾病相關的名稱（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 2 月 11 日）。

病毒根據其基因結構命名，以促進診斷測試、疫苗和藥物的開發。病毒學家和更廣泛的科學界從事這項工作，因此病毒由國際病毒分類委員會（International Committee on Taxonomy of Viruses [ICTV]）命名（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 2 月 11 日）。

在警戒期，當臨床試驗等傳統形式的證據缺席時，病毒模型為決策提供科學基礎：

截至 1 月中旬，我們的國際技術專家網絡就已參與其中，通過電話會議交流有關新型冠狀病毒和類似呼吸道病毒（如 MERS 和 SARS）的第一手知識。世衛組織還召集了傳染性危害戰略技術諮詢小組和全球預警和反應網絡會議……2 月中旬，世衛組織由來已

久的研發藍圖小組召集來自 40 多個國家的數百名專家開會，共同制定 COVID-19 研究路線圖（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 12 月 28 日）。

此時的治理政策採用技術官僚、科學和實證為主的方法，確保治理方向。在恐懼中，面對不確定性，仰賴的是建立專家信任度，以及理性的科學證據。專家提供權威知識，將不確定性轉化成可計算的風險，使恐懼可以被掌握。因此，科學知識產生於特定的社會和政治語境中，並非獨立於社會與政治情境，知識是去支持特定政策，並達成相關的政策目標（Gesser-Edelsburg et al., 2021）。此時，政府需要依據科學證據來支持其行動，以證明對人民的限制是正當的。

現在比以往任何時候都更需要依靠科學，在證據基礎上做出理性的決定。我們正與每個受影響國家的公共衛生部門密切合作，跟蹤病毒的傳播和毒性，並就應對措施提供指導，以保護公眾健康（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 1 月 29 日）。

隨著時間的進展，譚德塞指出「這種病毒在這麼多國家已立足，大流行的威脅已變得非常真實」（2020 年 3 月 9 日），WHO 將公共衛生定義為危機事件，將新冠疫情建構為要戒慎恐懼的對象：

過去幾個星期，我們目睹了一種以往不為人知的病原體的出現，這種病原體已升級為前所未有的疫情（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 1 月 30 日）。

我以前說過，我還要再說一遍：證據表明確實如此，世衛組織將毫不猶豫將它宣佈為大流行病（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 3 月 1 日）。

譚德塞將病毒恐怖化成未知與神秘：

我們以前從未見過冠狀病毒引發的大流行。這是首次由冠狀病毒引發的大流行。（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 3 月 11 日）。

這種病毒會造成嚴重破壞。它比任何恐怖襲擊都要嚴重（世衛

組織總幹事譚德塞，2020 年 4 月 29 日）。

病毒被認為是一種威脅性的力量，為了強化新冠肺炎的危險，WHO 將新冠肺炎焦點放在死亡率和感染率這兩組關鍵數字。因此，特別強調病毒攻擊的是年長的老人：

眾所周知，老人、尤其是養老院中的老人屬於高風險人群。在許多國家，40% 以上的 COVID-19 相關死亡病例與長期護理設施有關，而在一些高收入國家中，這一比例高達 80%（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 7 月 30 日）。

我們必須促進社區參與，保護最有可能罹患嚴重疾病的人，特別是老年人和有基礎性健康問題的人（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 2 月 23 日）。

值得注意的是，將焦點放在不同的年齡層：年輕人或年長者上，會對疾病造成截然不同的想像。在疫情初期，使用的是低年齡組的低死亡率，目的是用來淡化新冠肺炎的風險，將新冠肺炎描述為較為溫和，只是類似流感。然而，隨著疫情發展，年長族群卻成為分析新冠肺炎風險之主要依據。Brown（2020）指出，以年輕人或老年人為主的風險數據，會產生不同的疾病意義。以老年人做為風險主體，建立流行病學模型和數據，這便建構了此疾病會致死的意義。因此，WHO 在強調「哪種人群」具有風險，發揮重要作用。這會提供人們對疾病本身的特殊理解，這些理解，會影響人們對新冠肺炎的看法，以及訂定日後具體措施或政策的依據。對年齡的強調在某種程度上是人為的，WHO 給予人們對新冠肺炎的特定理解，這些理解影響日後訂定治理方式，會驅動疾病之治理方式。

然而，傳染病的風險一方面有著年齡的特殊性，會針對年長者攻擊，另一方面，傳染病也不會遺漏任何族群。Beck（1992, p. 36）曾以煙霾為例指出，「貧窮有等級之分，煙霾則一視同仁」。煙霾不會遺漏任何種族、任何階級，這意味每個人都身處傳染的風險中。因此，傳染病風險變得更大、更無法預測，每個人都有可能成為受害者。新冠肺炎的傳染力，涉及更大的人群，這是一種由特定族群的恐懼到普遍恐懼的心理轉變。

上週末有 100 個國家報告了 10 萬例 COVID-19 病例。如此多

的人和國家這麼快受到影響，確實令人憂心忡忡。這種病毒在這麼多國家已立足，大流行的威脅已變得非常真實（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 3 月 9 日）。

全球共報告了 98023 例 COVID-19 病例，3380 例死亡。我們現正處於達到 10 萬例確診病例的邊緣。隨著病例的增加，我們繼續建議所有國家將遏制疫情作為頭等大事（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 3 月 6 日）。

## 二、大流行期

2020 年 3 月 11 日，WHO 正式宣佈新冠疫情為全球大流行，此階段也正式進入大流行期，死亡人數的發佈，成為恐懼敘事的重點：

在未來的幾天和幾週內，我們預計病例數、死亡人數和受影響國家的數量將進一步攀升。世衛組織一直在全天候評估此次疫情，我們對令人震驚的蔓延和嚴重程度以及令人震驚的不採取行動深表關切。因此，我們做出評估，認為 COVID-19 可被定性為大流行病（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 3 月 11 日）。

美洲一些國家的病例數字居高不下，上個星期，美洲區域整體而言，佔 COVID-19 死亡總數的 40%。非洲的一些國家也進入高峰期……COVID-19 已經奪去了 330 多萬人的生命，我們正處於這場大流行的第二年，情況比第一年更凶險（世衛組織總幹事譚德塞，2021 年 5 月 14 日）。

此時，COVID-19 疫情已經擴散至全球 118 個國家，其傳播速度與規模具有大流行特徵。WHO 定義大流行牽涉到病例數、死亡人數、影響國家數量等數據指標。與警戒期不同，此時 WHO 雖仍建構恐慌，但也透露出愈來愈能夠掌握疫情。疫情初期害怕的、不瞭解的事情，已經被自省的、理性的證據評估取代。譚德賽指出「隨著我們獲得更多的數據，我們越來越瞭解這種病毒以及它所引起的疾病」（2020 年 3 月 3 日）。

WHO 在疫情治理兩個重要的表現，包含建立各國防範及應對能力、確認訊息及對抗謠言疫情。具體舉措包含發布 50 項技術指



導文件……啟動了世衛組織的全球專家網絡，利用全世界一流的流行病學家、臨床專家、社會科學家、統計學家、病毒學家、風險通報專家等，一同籌劃全球應對措施（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 4 月 8 日）。

掌握病毒的方式，即是強調科學發現的證據，才是應對疾病的治理之道。此時，絕大多數國家衛生當局均強調，應遵守並相信科學和生物醫學專家提出的感染控制方式，這暗示專門的科學和醫學知識是治理疫情最適切方式。因此，大流行期更注重科學證據和分析：

我們啟動了世衛組織的全球專家網絡，利用全世界一流的流行病學家、臨床專家、社會科學家、統計學家、病毒學家、風險通報專家等，一同籌劃全球應對措施，匯集全世界各地的力量，匯集世衛組織的專家和全球眾多其他機構的專家的力量，獲得我們需要的各種支持……我們發起了團結試驗項目，90 多個國家共同努力，以期盡快找到有效的治療方法。爲了更好地瞭解病毒的傳播、流行病學和臨床特徵，我們制定了研究規程（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 4 月 8 日）。

事實上，科學知識介入公共衛生合法性的預設，並不只在這場疫情出現，科學知識不限於指導傳染病治理，也針對更多、更廣泛的健康問題。當知識被用來解決公共問題時，便會被公共政策的需求所形塑並操控。各種權力機構通過制定政策和指導方針，提出傳染病的實證證據，建構傳染病的風險與治理依據（Mabhala et al., 2020）。

在大流行期，WHO 宣示已經掌握更多的科學證據，因此，得以進一步提出治理規範，進行對人的治理。如 Degerman et al. (2023) 指出，國家助長了新的恐懼，同時試圖將管理風險的責任委託給個人領域。恐懼治理的對象是「人」，恐懼是針對身體的規範，提出關於生活的建議，從人口數據中蒐集風險信息，通過標準化方式，指導人們的生活，以及與其他人和事物的關係與互動方式。WHO 將風險責任落入個人，強化個人的防疫責任，採取社交距離與自我隔離措施，意味著防疫責任不完全在政府，而在個人身體。

我們一再強調，全面抗疫是戰勝大流行疫情的最佳辦法。應發現、隔離、檢測和醫護每一個病例，追蹤和隔離每一個接觸者，爲

衛生工作者提供培訓和裝備，教育和增強社區自我保護和保護其他人的能力。不僅僅是檢測，不僅僅是保持身體距離，不僅僅是追蹤接觸者，也不僅僅是戴口罩。所有這些都要做（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 7 月 1 日）。

自我治理是治理傳染病的重要原則，背後假設專家提供合適的、科學的資訊，個人在獲取專家知識後，有能力做出基於科學的正確選擇與判斷，將風險最小化。在新冠肺炎的威脅下，人們必須學習保護自己與他人以應對風險。在其中，個人被視為決定單位，若不符道德期望，就要承擔責任。

我給個人的信息是，你與家庭以外的人的每一次接觸都是一種風險……每一次接觸本身可能會帶來一點風險，但接觸越多，風險就愈高……（世衛組織總幹事譚德塞，2021 年 5 月 10 日）。

您也許認為自己不會感染上病毒，因此不需要遵守這些措施。問題在於，粗心大意很快就會變成習慣，周圍的人就會模仿這種行為，結果造成整個系統崩潰（世衛組織總幹事譚德塞，2021 年 1 月 8 日）。

恐懼治理可被理解為對人們進行監視和管理，仰賴的是已經內化責任道德觀念的好公民。換言之，近代社會的道德特質代表期待自我治理與自我規訓，且應符合一個合乎道德、倫理的人生的規範。因此，規避風險的責任也落在個人身上，人們理應按照指引，進行自我治理。WHO 強調個人遵守規定，不只是為了個人安全，也是為了他人：

每一個人人都必須考慮到，我們所做的決定，可能是在用他人的生命作為賭注……COVID-19 疫情會改變我們慶祝的方式……我們首先需要問自己的問題是：我需要出行嗎？我真需要出行嗎？對於許多人而言，這將是一個足不出戶以保障安全的節假日（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 11 月 30 日）。

### 三、復原期暨分析小結

新冠疫情走入復原期，意味 WHO 逐漸掌握新冠疫情，至 2022 年 8 月 31 日，也將「媒體通報會」名稱，改為常態型綜合（疾病）健康治理的媒體通報會。此時 WHO 強調，雖然疫情獲得控制，但也指出疫情仍然會在未來再次出現，以防止公眾變得自滿、失去警覺。

你們可能已厭倦聽我說大流行還沒有結束。但我會一直這樣說下去，直到大流行結束已成為現實。這一病毒是不會輕易消失的（世衛組織總幹事譚德塞，2022 年 9 月 7 日）。

每周報告的 COVID-19 死亡人數在上周達到 2020 年 3 月以來的最低水平……雖然已經能夠看到終點線，而且勝券在握，但是現在最不能停止奔跑（世衛組織總幹事譚德塞，2022 年 9 月 14 日）。

WHO 一方面要顯現出具有控制新冠疫情的能力，另一方面，也要強調其不受控的風險特質。大流行敘事必然要維持這種張力，因為如果沒有對於大流行不受控的恐懼，大流行敘事便不會存在（Albertini, 2008）。因此，WHO 總會提醒人們病毒終會突破防線，即便病毒最後終會受控。從此可以看見治理者必須掌握大流行治理能力的同時，也必須釋放恐懼：

目前全球報告的死亡人數出現了可喜的下降。然而，隨著北半球天氣越來越冷，有理由預計未來幾個月住院和死亡人數將會增加（世衛組織總幹事譚德塞，2022 年 8 月 31 日）。

病毒仍在傳播，仍在變化，出現更危險變異株的風險始終存在。我們已在一條漫長而黑暗的隧道裡度過了兩年半，現在剛剛開始瞥見隧道盡頭的光明。但路程尚遠，隧道依舊黑暗，且有很多障礙，我們一不小心就會被絆倒（世衛組織總幹事譚德塞，2022 年 9 月 22 日）。

進一步回顧警戒期、大流行期以及復原期三個階段，WHO 想像的理想公眾，應該是可以泰然自若地做出行動，而非感到過於自滿或恐慌，也就是一種保持警惕的意義。因此，在疫情中，被問題化的不只有病毒，還有公眾。公眾不單只被公共衛生視作服務對象，更被視作問題的一部分，公眾被視為

可能不遵從防疫活動的潛在問題 (Davis et al., 2011)。此時，關於傳染病的大流行敘事時序，發揮了核心作用，這些訊息包括關於大流行的進展時序、嚴重程度、預防和治療措施，因而，敘事的時間提供了理解傳染病的方式 (Davis, 2017)。

大流行尚未結束，還有許多工作要做。世衛組織將向委員會介紹當前全球形勢，並就全球人口持續面臨的風險提出關切，即疫苗接種差距大、監測減少、檢測和測序率低，以及當前和未來病毒變異的潛在影響的不確定性（世衛組織總幹事譚德塞，2022 年 10 月 12 日）。

因此，大流行敘事也在進行公眾的情緒管理，涉及公眾的情感定位。這是一種平衡情感以及理性的敘事行動，希望隨著時間的推移，人們可以減少情感投入、擴大理性判斷 (Briggs & Nichter, 2009)。大流行敘事的目標公眾被要求的不只是面對現在的風險，更包括了大流行會再次出現的可能。在復原期，未來被描述為脆弱的，需要人為的介入，才可能變得安全。

在可預見的未來，人們將不會回到「舊常態」。但是有一個路線圖可以讓我們進入控制疾病、繼續生活下去的狀態。需要做以下三件事：第一，集中精力降低死亡率和抑制傳播；第二，增強社區能力，鼓勵人們廣泛參與，爲了彼此利益採取負責任的個人行爲措施；第三，需要發揮強有力的政府領導力，協調實施清晰一致的全面戰略（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 7 月 13 日）。

馬拉松運動員在接近終點線時不會停止奔跑，而是會竭盡剩餘力量，更用力地奔跑。我們也必須這樣。雖然已經能夠看到終點線，而且勝券在握，但是現在最不能停止奔跑。相反，現在應當更加努力地奔跑，確保我們越過終點線，收穫千辛萬苦得來的回報。如果我們現在不抓住這個機會，我們就會面臨更多變異株，更多死亡，更多破壞和更多不確定性帶來的風險（世衛組織總幹事譚德塞，2022 年 9 月 14 日）。

WHO 對全球大流行的治理方式，強調不同階段的行動與疫情的浮現、高峰和消退等時序扣連。敘事中的「今日」使得「昨日」發生的事具有意義，

「今日」也意味著已經逃離了「昨日」的危險。大流行敘事中的時間序列與公眾的情感經驗有關。傳染病的大流行敘事建立在這種情感的基礎上，並且必然會維持這種恐慌。因為如果沒有大流行可能發生的恐慌，就沒有故事 (Davis, 2017)。由於人們普遍擔心傳染病大流行，因此會努力逃脫傳染病的感染風險，這使得大流行敘事具有情感價值，具有故事性，即使看起來病毒似乎終於被遏制了，但終有一日，病毒可能還會突破，並捲土重來：

能夠看到終點並不意味著我們已到達終點。的確，我們現在的處境比以往任何時候都好。每周死亡人數繼續下降，目前僅為 2021 年 1 月高峰期的 10%；世界三分之二的人口已接種了疫苗，其中包括四分之三衛生工作者和老年人；許多國家已經取消了限制，生活狀況與大流行之前很像（世衛組織總幹事譚德塞，2022 年 9 月 22 日）。

恐懼也是產生勇氣和團結的紐帶，恐懼讓人們遵守規則，維護公共衛生 (Degerman et al., 2023)。此種團結是全球性、世界性的。從警戒期開始，WHO 即用「缺口」形容不遵守規則的國家：

我們能否調動全國人民共同抗擊這場疫情？這些是每個衛生部長現在必須準備好回答的問題……如果對這些問題中的任何一個回答是否定的，那麼貴國就存在一個將被病毒利用的缺口（世衛組織總幹事譚德塞，2020 年 2 月 27 日）。

做為跨國治理機構 WHO，提出「一個世界，共享健康」（One World, One Health）的概念。呼籲國家和行動者超越界限，逐步建立對傳染病的認知，並建立對全球健康問題的協調應對 (FAO et al., 2008; Figuié, 2014)。然而，世界上不同地域卻存有不同差異，這些族群包含貧窮飢餓人口、難民、疫苗分配不到的地區，「低收入國家只有 19% 的人口接種了疫苗，而且幾乎無法獲得挽救生命的治療」（世衛組織總幹事譚德塞，2022 年 9 月 22 日）。譚德塞提醒，疫苗分配不均影響的安全是全球性的，沒有地區得以倖免，他呼籲共同敵人目標是新冠病毒，而並非國與國之間：

抗疫不是國家之間的競賽，病毒才是我們共同的對手（世衛組織總幹事譚德塞，2021 年 3 月 1 日）。

社交集會的增加和疫苗不公平繼續給 COVID-19 變異、傳播和殺人的機會。全球未能公平分享疫苗正在助長一場雙軌大流行，並且正在對世界上最貧窮、最脆弱的人造成傷害（世衛組織總幹事譚德塞，2021 年 6 月 18 日）。

當傳染病突破國家邊界，新冠病毒已經不再侷限於一個陌生、遙遠的其他國家，隨著時間推移，病毒跨出國界，並快速傳播，離自己國家越來越近。因此，全球衛生治理導致了合作性質的國際機構，也正是通過這個過程，它產生了一種不同的公民，即世界公民。因為大流行病是跨越國界的，威脅著地球上每一個人。因此，要關心的不只是自己的居住地，而是全世界：

首先說說巴基斯坦的情況，……據報告，已有 1000 多人死亡，近 900 個醫療衛生機構遭到破壞……我們不僅當前，而且未來在該國的恢復與重建過程中，都將繼續與巴基斯坦人民並肩奮鬥（世衛組織總幹事譚德塞，2022 年 8 月 31 日）。

所有國家都需要加強其公共衛生系統，以防範、預防、發現和迅速應對疾病的暴發、流行和大流行……必須加強合作與協作，不能再發生全球應對 COVID-19 時出現的競爭和混亂（世衛組織總幹事譚德塞，2022 年 12 月 14 日）。

## 伍、結語

本研究目的在探究新冠疫情敘事如何運用恐懼言說，進行恐懼治理。Figuié (2014) 指出，傳染病的風險已從「國家威脅管理」轉移到「全球風險治理」。新興傳染病的風險跨越國家疆域，雖然仍保留主權國家採取的傳統措施，控制其邊界以保護其領土，但更重要的是，必須使用一種跨越國界方式面對傳染病，並重新定義國家、政府和非政府組織在公共衛生政策中的作用。新冠疫情的威脅是全球的，新冠疫情已經出現在全球的各個地方，並且，透過貿易和旅遊持續擴散至世界的其他角落。此時，各國之間關係密切，必須共同合作，也必須要分享知識和經驗，建立治理新冠疫情共同的規則和標準 (Bump et al., 2021)。據此，WHO 開發了一個警報系統，向世界通報導致大流行的不同階段的發展情況。WHO 負責調解科學證據，生產流行病學數據，以創建大流行敘事，並將相關的大流行敘事通過 WHO 製作的文件

和聲明傳播出去。

當今公共衛生治理的趨勢是把健康定義為安全議題，把公眾焦點轉移至病毒的威脅，便可以有效地使公眾忽視經濟政策、醫療問題、社會不公和對少數民眾不利的治理方式。當公共衛生轉向維生系統時，民眾提出爭議和修正的機會就消失，政府在嚴重衛生危機下，便可以只聚焦於維生系統，例如電力、交通、國家的運作和公私營工業的運作 (Davis et al., 2011)。在公共衛生的視角下，醫療問題被安全化，將傳染病安全化的好處，可以吸引政治關注和資源，也把公共衛生轉化成全球化、預防不確定性和潛在災難性的模式中 (Chapman & Miller, 2020)。

為了解疫情如何依據時間順序的敘事情節進行恐懼敘事，本研究分析新冠疫情敘事，探究 WHO 之治理方式，以理解在新冠疫情敘事中，面對不確定性，WHO 如何進行恐懼敘事，進行全球治理。WHO 對新冠肺炎的認知構成了其治理行動，在警戒期，WHO 集中於解釋新冠疫情以及如何傳播；在大流行病期間，規範公民避免感染、接受檢測和治療，以及遵守防疫規則；在復原期間，疫情治理就集中在康復。在新冠疫情中，公眾被視為處於風險之中，被病毒襲擊或正從感染中康復，公眾被視為脆弱、被動、也需要為自己負責。大流行病的恐懼治理是由醫學話語和軍事隱喻共同建構，各種防疫手段試圖透過對公眾的動員，將新冠疫情定義為可管理的危機。將新冠疫情視為戰時的緊急狀態，政府施政所受的制衡就會減少，自由就受到制約，民主自由可能被犧牲於疫情治理之下。恐懼治理的目的是要取得對行動的規範，讓人民同仇敵愾，在大流行病敘事裡，恐懼成為一種有效的情緒動員，一種治理技術。

## 參考書目

- 王紹中譯 (2020)。《監視與懲罰：監獄的誕生》。時報文化。(原書 Foucault, M. [1975]. *Discipline and punish: The birth of the prison*. Editions Gallimard.)
- 世界衛生組織 (2005 年 5 月 23 日)。〈國際衛生條例，2005〉【公告】。  
<https://www.un.org/zh/documents/treaty/WHO-2005>
- 世界衛生組織 (2017 年 2 月 7 日)。〈流感大流行風險管理〉【公告】。  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259893/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-chi.pdf?sequence=7&isAllowed=y>
- 世界衛生組織 (2020 年 1 月 29 日)。〈關於新型冠狀病毒 (2019-nCoV) 暴發期間在社區、家庭護理和衛生保健場所 使用口罩的建議〉【公告】。  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330987/WHO-nCov-IPC-Masks-2020.1-chi.pdf>
- 世界衛生組織 (2020 年 7 月 30 日)。〈世衛組織總幹事 2020 年 7 月 30 日在 COVID-19 疫情媒體通報會的講話〉【總幹事的講話】。<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---30-july-2020>
- 世界衛生組織 (2020 年 11 月 30 日)。〈世衛組織總幹事 2020 年 11 月 30 日在 COVID-19 疫情媒體通報會的講話〉【總幹事的講話】。<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---30-november-2020>
- 世界衛生組織總幹事譚德塞 (2020 年 1 月 29 日)。〈總幹事在世衛代表團訪華情況和新型冠狀病毒問題新聞發布會上的講話〉【總幹事的講話】。  
<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/press-briefing-on-who-mission-to-china-and-novel-coronavirus-outbreak>
- 世界衛生組織總幹事譚德塞 (2020 年 1 月 30 日)。〈世衛組織總幹事在關於 2019 新冠狀病毒的《國際衛生條例》突發事件委員會新聞通報會上的發言〉【總幹事的講話】。世界衛生組織。[https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov))
- 世界衛生組織總幹事譚德塞 (2020 年 2 月 4 日)。〈世衛組織總幹事在



- 2019 新冠狀病毒的技術介紹會上的開幕詞〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-technical-briefing-on-2019-novel-coronavirus
- 世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 2 月 11 日）。〈世衛組織總幹事在 2020 年 2 月 11 日舉行的 2019 冠狀病毒病媒體新聞通報會上的講話〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020
- 世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 2 月 14 日）。〈世衛組織總幹事在 2020 年 2 月 14 日舉行的 2019 冠狀病毒病媒體新聞通報會上的講話〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-2019-outbreak-on-14-february-2020
- 世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 2 月 17 日）。〈世衛組織總幹事在 2020 年 2 月 17 日舉行的 2019 冠狀病毒病疫情媒體通報會上的講話〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-2019-outbreak-on-17-february-2020
- 世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 2 月 23 日）。〈世衛組織總幹事 2020 年 2 月 24 日 2019 冠狀病毒病疫情媒體通報會的講話〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---24-february-2020
- 世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 2 月 27 日）。〈世衛組織總幹事 2020 年 2 月 27 日 2019 冠狀病毒病疫情媒體通報會的講話〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---27-february-2020
- 世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 3 月 1 日）。〈世衛組織總幹事 2020 年 3 月 2 日在 2019 冠狀病毒病疫情媒體通報會上的講話〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---

2-march-2020

世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 3 月 3 日）。〈世衛組織總幹事 2020 年 3 月 4 日在 2019 冠狀病毒病疫情代表團通報會上的講話〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19--4-march-2020

世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 3 月 6 日）。〈世衛組織總幹事在 2020 年 3 月 6 日舉行的 2019 冠狀病毒病 (COVID-19) 疫情媒體通報會上的講話〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---6-march-2020

世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 3 月 9 日）。〈世衛組織總幹事在 2020 年 3 月 9 日舉行的 2019 冠狀病毒病 (COVID-19) 疫情媒體通報會上的講話〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---9-march-2020

世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 3 月 11 日）。〈世衛組織總幹事在 2020 年 3 月 11 日舉行的 2019 冠狀病毒病 (COVID-19) 疫情媒體通報會上的講話〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020

世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 4 月 8 日）。〈世衛組織總幹事 2020 年 4 月 8 日在 2019 冠狀病毒病 (COVID-19) 疫情媒體通報會上的講話〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--8-april-2020

世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 4 月 29 日）。〈世衛組織總幹事在 2020 年 4 月 29 日舉行的 2019 冠狀病毒病 (COVID-19) 疫情媒體通報會上的講話〉【總幹事的講話】。https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---29-april-2020

世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 7 月 1 日）。〈世衛組織總幹事 2020

年 7 月 1 日在 COVID-19 疫情媒體通報會的講話〉【總幹事的講話】。  
<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---1-july-2020>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 7 月 13 日）。〈世衛組織總幹事 2020 年 7 月 13 日在 COVID-19 疫情媒體通報會的講話〉【總幹事的講話】。  
<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---13-july-2020>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2020 年 12 月 28 日）。〈世衛組織總幹事在 2020 年 12 月 28 日舉行的 2019 冠狀病毒病 (COVID-19) 疫情媒體通報會上的講話〉【總幹事的講話】。  
<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---28-december-2020>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2021 年 1 月 8 日）。〈世衛組織總幹事 2021 年 5 月 10 日在 COVID-19 疫情媒體通報會的講話〉【總幹事的講話】。  
<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-8-january-2021>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2021 年 3 月 1 日）。〈世衛組織總幹事 2021 年 3 月 1 日在 COVID-19 疫情媒體通報會的講話〉【總幹事的講話】。  
<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-1-march-2021>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2021 年 5 月 10 日）。〈世衛組織總幹事 2021 年 5 月 10 日在 COVID-19 疫情媒體通報會的講話〉【總幹事的講話】。  
<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-10-may-2021>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2021 年 5 月 14 日）。〈世衛組織總幹事 2021 年 5 月 14 日在 COVID-19 疫情媒體通報會的講話〉【總幹事的講話】。  
<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-14-may-2021>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2021 年 6 月 18 日）。〈世衛組織總幹事 2021 年 6 月 18 日在 COVID-19 疫情媒體通報會的講話〉【總幹事的講話】。<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19-18-june-2021>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2022 年 8 月 31 日）。〈世衛組織總幹事在 2022 年 8 月 31 日媒體通報會的開幕講話〉【總幹事的講話】。<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-media-briefing---31-august-2022>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2022 年 9 月 7 日）。〈世衛組織總幹事在 2022 年 9 月 7 日媒體通報會的開幕講話〉【總幹事的講話】。<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing--7-september-2022>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2022 年 9 月 14 日）。〈世衛組織總幹事在 2022 年 9 月 14 日媒體通報會的開幕講話〉【總幹事的講話】。<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing--14-september-2022>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2022 年 9 月 22 日）。〈世衛組織總幹事在 2022 年 9 月 22 日媒體通報會的開幕講話〉【總幹事的講話】。<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing--22-september-2022>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2022 年 10 月 12 日）。〈世衛組織總幹事在 2022 年 10 月 12 日媒體通報會的開幕講話〉【總幹事的講話】。<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-media-briefing---12-october-2022>

世界衛生組織總幹事譚德塞（2022 年 12 月 14 日）。〈世衛組織總幹事在 2022 年 12 月 14 日媒體通報會的開幕講話〉【總幹事的講話】。<https://www.who.int/zh/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing---14-december-2022>

袁光峰（2022）。《情的力量：公共生活中的情感政治》。江蘇人民出版社。

楊玉齡譯（2016）。《瘟疫與人：傳染病對人類歷史的衝擊》。天下文化。（原書 McNeill, W. H. [1976]. *Plagues and peoples*. Anchor.）

- 劉北成、楊遠嬰譯 (1992)。《規訓與懲罰：監獄的誕生》。桂冠。(原書 Foucault, M. [1975]. *Surveiller et punir : Naissance de la prison*. Gallimard.)
- 蔡奉真 (2019)。〈當前國際組織間之合作能否應對新興傳染病之威脅？——從非洲豬瘟談全球衛生治理〉，《全球政治評論》，66，1-5。
- 黎思復、黎廷弼譯 (2009)。《利維坦》。商務印書館。(原書 Hobbes, T. [1651]. *Leviathan*. Andrew Crooke.)
- Abeyasinghe, S. M. (2014). An uncertain risk: The World Health Organization's account of H1N1. *Science in Context*, 27(3), 511-529. <https://doi.org/10.1017/S0269889714000167>
- Ajana, B. (2021). Immunitarianism: Defence and sacrifice in the politics of Covid-19. *History and Philosophy of the Life Sciences*, 43, 25. <https://doi.org/10.1007/s40656-021-00384-9>
- Albertini, B. (2008). Contagion and the necessary accident. *Discourse*, 30(3), 443-467. <https://www.jstor.org/stable/41371530>
- Altheide, D. L. (2002). Children and the discourse of fear. *Symbolic Interaction*, 25(2), 229-250. <https://doi.org/10.1525/si.2002.25.2.229>
- Armstrong, D. (1983). *Political anatomy of the body: Medical knowledge in Britain in the twentieth century*. Cambridge University Press.
- Bauman, Z. (2006). *Liquid Fear*. Polity Press.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity*. Sage.
- Bradbury, J. A. (1989). The policy implications of differing concepts of risk. *Science, Technology, & Human Values*, 14(4), 380-399. <https://doi.org/10.1177/016224398901400404>
- Briggs, C. L., & Nichter, M. (2009). Biocommunicability and the biopolitics of pandemic threats. *Medical Anthropology*, 28(3), 189-198. <https://doi.org/10.1080/01459740903070410>
- Brown, P. (2020). Studying COVID-19 in light of critical approaches to risk and uncertainty: Research pathways, conceptual tools, and some magic from Mary Douglas. *Health, Risk & Society*, 22(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/13698575.2020.1745508>
- Bump, J. B., Friberg, P., & Harper, D. R. (2021). International collaboration and

- COVID-19: What are we doing and where are we going? *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n180. <https://doi.org/10.1136/bmj.n180>
- Chapman, C. M., & Miller, D. M. S. (2020). From metaphor to militarized response: The social implications of “we are at war with COVID-19”-crisis, disasters, and pandemics yet to come. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 40(9-10), 1107-1124. <https://doi.org/10.1108/IJSSP-05-2020-0163>
- Chon, M.-G., & Park, H. (2021). Predicting public support for government actions in a public health crisis: Testing fear, organization-public relationship, and behavioral intention in the framework of the Situational Theory of problem solving. *Health Communication*, 36(4), 476-486. <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1700439>
- Clarke, S., Hoggett, P., & Thompson, S. (2006). Moving forward in the study of Emotions: Some conclusions. In S. Clarke, P. Hoggett, & S. Thompson (Eds.). *emotion, politics and society* (pp. 162-175). Palgrave Macmillian.
- Collins, A., Florin, M. V., & Renn, O. (2020). COVID-19 risk governance: Drivers, responses and lessons to be learned. *Journal of Risk Research*, 23(7-8), 1073-1082. <https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1760332>
- Davis, M. (2017). “Is it going to be real?": Narrative and media on a pandemic. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 18(1). <https://doi.org/10.17169/fqs-18.1.2768>
- Davis, M., Stephenson, N., & Flowers, P. (2011). Compliant, complacent or panicked? Investigating the problematisation of the Australian general public in pandemic influenza control. *Social Science & Medicine*, 72(6), 912-918. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.016>
- Degerman, D., Flinders, M., & Johnson, M. T. (2023). In defence of fear: COVID-19, crises and democracy. *Critical Review of International Social and Political Philosophy*, 26(6), 788-809. <https://doi.org/10.1080/13698230.2020.1834744>
- Dodsworth, L. (2021). *A state of fear: How the UK government weaponised fear during the Covid-19 pandemic*. Pinter & Martin.
- Emeziem, C. (2021). COVID-19 Pandemic, the World Health Organization,

- and global health policy. *Pace International Law Review*, 33(2), article 2. <https://doi.org/10.58948/2331-3536.1408>
- Fee, E., Cueto, M., & Brown, T. M. (2008). WHO at 60: Snapshots from its first six decades. *American Journal of Public Health*, 98(4), 630-633. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.132449>
- Fidler, D. P. (2003). SARS: Political pathology of the first post-Westphalian pathogen. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 31(4), 485-505. <https://doi.org/10.1111/j.1748-720X.2003.tb00117.x>
- Figuié, M. (2014). Towards a global governance of risks: International health organisations and the surveillance of emerging infectious diseases. *Journal of Risk Research*, 17(4), 469-483. <https://doi.org/10.1080/13669877.2012.761277>
- Fleischman, D. S., Webster, G. D., Judah, G., De Barra, M., Aunger, R., & Curtis, V. A. (2011). Sensor recorded changes in rates of hand washing with soap in response to the media reports of the H1N1 pandemic in Britain. *BMJ Open*, 1(2), e000127. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000127>
- Food and Agriculture Organization, World Organisation for Animal Health, World Health Organization, United Nations System Influenza Coordination, United Nations International Children's Emergency Fund, & World Bank. (2008). *Contributing to one world, one health: A strategic framework for reducing risks of infectious diseases at the animal-human-ecosystems interface*. <https://www.fao.org/4/aj137e/aj137e00.pdf>
- Foucault, M. (1982). The subject and power. In H. L. Dreyfus & P. Rabinow. (Eds.). *Beyond structuralism and hermeneutics* (pp. 218-233). Harvester Wheatsheaf.
- Füredi, F. (2018). *How fear works. Culture of fear in the 21st century*. Bloomsbury Continuum.
- Gerlach, N.A. (2016). From outbreak to pandemic narrative: Reading newspaper coverage of the 2014 Ebola epidemic. *Canadian Journal of Communication*, 41(4), 611-630. <https://doi.org/10.22230/cjc.2016v41n4a3098>
- Gesser-Edelsburg, A., Zemach, M., & Hijazi, R. (2021). Who are the “real” experts? The debate surrounding COVID-19 health risk management: An

- Israeli case study. *Risk Management and Healthcare Policy*, 14, 2553-2569. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S311334>
- Hansen, K. F. (2009). Approaching doomsday: How SARS was presented in the norwegian media. *Journal of Risk Research*, 12(3-4), 345-360. <https://doi.org/10.1080/13669870802661455>
- Hinchman, L. P., & Hinchman, S. K. (Eds.). (1997). *Memory, identity, community: The idea of narrative in the human sciences*. State University of New York Press.
- Kay, A., & Williams, O. D. (2009). Introduction: The international political economy of global health governance. In A. Kay & O. D. Williams (Eds.). *Global health governance: Crisis, intervention and political economy* (pp. 1-24). Palgrave Macmillan.
- Lupton, D. (1994). *Moral threats and dangerous desires: AIDS in the news media*. Taylor & Francis.
- Lupton, D., & Lewis, S. (2021). 'The day everything changed': Australians' COVID-19 risk narratives. *Journal of Risk Research*, 25(10), 1147-1160. <https://doi.org/10.1080/13669877.2021.1958045>
- Mabhala, M. A., Yohannes, A., Massey, A., & Reid, J. A. (2020). Mind your language: Discursive practices produce unequal power and control over infectious disease: A critical discourse analysis. *International Journal of Preventive Medicine*, 11(37), 1-9. [https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM\\_431\\_17](https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_431_17)
- Mairal, G. (2011). The history and the narrative of risk in the media. *Health, Risk & Society*, 13(1), 65-79. <https://doi.org/10.1080/13698575.2010.540313>
- Moïsi, D. (2010). *The geopolitics of emotion: How cultures of fear, humiliation, and hope are reshaping the world*. Anchor.
- Pain, R. (2019). Chronic urban trauma: The slow violence of housing dispossession. *Urban Studies*, 56(2), 385-400. <https://doi.org/10.1177/0042098018795796>
- Petersen, A., & Lupton, D. (1997). *The new public health: Health and self in the age of risk*. Sage.



- Ricoeur, P. (1980). Narrative time. *Critical Inquiry*, 7(1), 169-190.
- Rossolatos, G. (2020). A brand storytelling approach to COVID-19's terrorealization: Cartographing the narrative space of a global pandemic. *Journal of Destination Marketing & Management*, 18, 100484. <https://doi.org/10.1016/j.jdmm.2020.100484>
- Tesh, S. N. (1988). *Hidden arguments: Political ideology and disease prevention policy*. Rutgers University Press.
- Wald, P. (2008). *Contagious: Cultures, carriers, and the outbreak narrative*. Duke University Press.
- World Health Organization. (2005). *WHO outbreak communication: WHO handbook for journalists: Influenza pandemic*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69203/WHO\\_CDS\\_2005.37\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69203/WHO_CDS_2005.37_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization. (2007). *The world health report 2007: A safer future: Global public health security in the 21st century*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563444>
- World Health Organization. (2017). *Pandemic influenza risk management: A WHO guide to inform and harmonize national and international pandemic preparedness and response*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259893>.
- World Health Organization. (2020). *Key planning recommendations for mass gatherings in the context of the current COVID-19 outbreak: Interim guidance, 14 February 2020*. <https://iris.who.int/handle/10665/331004>
- World Health Organization. (2021). *Weekly epidemiological update on COVID-19 - 20 April 2021*. <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---20-april-2021>

## 本文引用格式

紀慧君 (2024)。〈分析大流行敘事之恐懼治理：以新冠疫情為例〉，《傳播研究與實踐》，14 (2)，35-69。 <https://dx.doi.org/10.53106/222114112024071402002>

Chi, H. C. (2024). Analyzing the governance of fear in pandemic narratives: A case study of the COVID-19 pandemic. *Journal of Communication Research and Practice*, 14(2), 35-69. <https://dx.doi.org/10.53106/222114112024071402002> [Text in Chinese]

# Analyzing the Governance of Fear in Pandemic Narratives: A Case Study of the COVID-19 Pandemic

CHI, Huei-Chun<sup>\*</sup>

Professor, Department of Mass Communication, Tamkang University

## Abstract

In the past, public health governance was primarily concerned with a specific national territory and relied on sovereign states to protect their territory through border controls to prevent the invasion of infectious diseases. However, the risks of infectious diseases nowadays transcend national boundaries, necessitating a cross-border approach to disease governance, shifting from "national threat management" to "global risk governance." Fear is a crucial and central measure in public health, with pandemic narratives often incorporating an appropriate level of fear. In this context, security and order are paramount values, implying that in order to achieve security, individuals may need to relinquish certain freedoms and refrain from actions that would undermine the ability of governing institutions. This study analyzes the World Health Organization (WHO)'s approach to pandemic governance as both a "producer and governor of risks." This study examined how WHO utilizes scientific evidence and expert discourse to construct fear. This analysis seeks to understand how pandemic narratives emerge within specific social and political contexts and addresses issues related to power, regulation, and governance within the framework of fear-based governance.

**Keywords:** pandemic narratives, governance, fear, COVID-19 pandemic

---

\* E-mail: 098302@mail.tku.edu.tw

Received: 2023.12.29; Accepted: 2024.06.11

