

مدل سازی ساختاری حکمرانی هوشمند بازاریابی خدمات سلامت از راه دور در بستر خدمات عمومی دیجیتال

نوع مقاله:

پژوهشی اصیل

مشخصات نویسندگان:

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۹/۲۲

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۰/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۲۹

تاریخ چاپ: ۱۴۰۵/۰۳/۳۱

۱. زهرا اسدیان باوندپور: گروه مدیریت، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

۲. زهرا شیرازیان*: گروه مدیریت، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران

۳. تحفه قبادی لموکی: گروه مدیریت، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران

۴. علیرضا پیرحیاتی: گروه مدیریت بازرگانی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* پست الکترونیکی نویسنده مسئول: zahra.shirazian@iau.ac.ir

© ۱۴۰۵ تمامی



حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.

انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با

گواهی [CC BY-NC 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) صورت گرفته است.

شیوه استناددهی: اسدیان باوندپور، زهرا، شیرازیان، زهرا، قبادی لموکی، تحفه، پیرحیاتی، علیرضا. (۱۴۰۵). مدل سازی ساختاری حکمرانی هوشمند بازاریابی خدمات سلامت از راه دور در بستر خدمات عمومی دیجیتال. حکمرانی و شهر هوشمند، ۲۰(۱)، ۱-۲۰.

چکیده

تحول دیجیتال، خدمات سلامت از راه دور را به محوری اساسی در نظام های سلامت تبدیل کرده است. موفقیت این خدمات علاوه بر زیرساخت های فناوریانه، نیازمند الگوهای حکمرانی و راهبردهای بازاریابی سازگار با منطق خدمات عمومی دیجیتال است. پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل مفهومی حکمرانی هوشمند بازاریابی خدمات سلامت از راه دور با رویکرد خدمات عمومی دیجیتال انجام شد. این مطالعه با رویکرد آمیخته و اولویت بخش کیفی صورت گرفت. در مرحله نخست، داده های کیفی از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته با ۱۹ نفر از خبرگان سلامت دیجیتال، مدیریت خدمات سلامت، سیاست گذاری عمومی و بازاریابی دیجیتال گردآوری و با روش تحلیل مضمون بررسی شدند. در نتیجه، ۴۴ مضمون پایه در قالب ۹ مضمون فراگیر شناسایی گردید. در مرحله دوم، برای تبیین روابط میان این مضامین، از روش مدل سازی ساختاری-تفسیری بهره گرفته شد. نتایج نشان داد زیرساخت و نوآوری فناوریانه همراه با تنظیم گری و سیاست گذاری در لایه های پایهی مدل قرار داشته و بیشترین قدرت نفوذ را بر سایر مؤلفه ها دارند. در سطوح میانی، شمول و دسترسی عادلانه، ارزیابی و بهبود مستمر، مشارکت و هم آفرینی ارزش، تعامل و تجربه ی کاربر و راهبردهای بازاریابی دیجیتال قرار گرفتند که نقش واسطه ای ایفا می کنند. در نهایت، اعتماد و مشروعیت دیجیتال به عنوان پیامد نهایی در رأس مدل قرار گرفت. نتایج تحلیل نفوذ و وابستگی اثبات کرد ساختار حکمرانی هوشمند بازاریابی از لایه های زیرساختی آغاز و به شکل گیری اعتماد عمومی ختم می شود. این مدل چارچوبی کارآمد برای سیاست گذاران و مدیران جهت ارتقای کارایی و شفافیت در خدمات فراهم می سازد.

واژگان کلیدی: حکمرانی هوشمند، بازاریابی دیجیتال، خدمات سلامت از راه دور، خدمات عمومی دیجیتال، اعتماد دیجیتال.

Structural Modeling of Smart Governance of Telehealth Services Marketing in the Context of Digital Public Services

Article Type: Original Research Submit Date: 2025/12/13 Revise Date: 2026/01/01 Accept Date: 2026/03/20 Publish Date: 2026/06/21   © 2026 the authors. This is an open access article under the terms of the CC BY-NC 4.0 License.	Authors' Information: 1. Zahra Asadian Bavandpour: Department of Management, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran 2. Zahra Shirazian: Department of Management, Mal.C., Islamic Azad University, Malayer, Iran 3. Tohfeh Ghobadi Lamuki: Department of Management, Ha.C., Islamic Azad University, Hamedan, Iran 4. Alireza Pir Hayati: Department of Business Administration, ST.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran * Corresponding author's email: zahra.shirazian@iau.ac.ir How to cite this article: Asadian Bavandpour, Z., Shirazian, Z., Ghobadi Lamuki, T., Pir Hayati, A. (2026). Structural Modeling of Smart Governance of Telehealth Services Marketing in the Context of Digital Public Services. <i>Governance and Smart City</i>, 2(1), 1-20.
---	---

Abstract

Digital transformation has turned telemedicine into a fundamental pillar of healthcare systems. The success of these services depends not only on technological infrastructure but also on governance models and marketing strategies compatible with the logic of digital public services. This study aimed to provide a conceptual model of smart governance for telemedicine marketing with a digital public service approach. This research was conducted using a mixed-methods approach with a priority on the qualitative section. In the first stage, qualitative data were collected through semi-structured interviews with 19 experts in digital health, healthcare management, public policy, and digital marketing, and were evaluated using thematic analysis. Consequently, 44 basic themes were identified within 9 overarching themes. In the second stage, Interpretive Structural Modeling (ISM) was utilized to explain the relationships among these themes. The results showed that technological infrastructure and innovation, along with regulation and policymaking, are located at the foundational layers of the model and possess the highest driving power over other components. The middle levels included inclusion and equitable access, continuous evaluation and improvement, participation and value co-creation, user interaction and experience, and digital marketing strategies, which play a mediating role. Ultimately, digital trust and legitimacy were placed at the apex of the model as the final outcome. The driving-dependence analysis proved that the smart marketing governance structure starts from infrastructure layers and culminates in the formation of public trust. This model provides an efficient framework for policymakers and managers to enhance efficiency and transparency in services.

Keywords: Smart Governance, Digital Marketing, Telehealth Services, Digital Public Services, Digital Trust

تحول دیجیتال در دهه‌ی اخیر، مرزهای سنتی ارائه‌ی خدمات عمومی را جابه‌جا کرده و دولت‌ها را به سمت خدمات عمومی دیجیتال سوق داده است؛ خدماتی که قرار است مقیاس‌پذیر، شفاف، شهروندمحور و مبتنی بر داده باشند و هم‌زمان بتوانند ارزش عمومی تولید کنند (Scholta, 2023; Chang, 2025; Guo, 2025). در این میان، حوزه‌ی سلامت به دلیل حساسیت زیاد داده‌ها، نبود تقارن اطلاعاتی میان ارائه‌دهنده و گیرنده و نیاز به اعتماد نهادی یکی از پیچیده‌ترین عرصه‌ها برای حکمرانی دیجیتال محسوب می‌شود، به‌ویژه زمانی که خدمات سلامت از راه دور (تله‌هلت/تله‌مدیسین) به‌عنوان بخشی از خدمات عمومی دیجیتال گسترش می‌یابد و باید هم پاسخ‌گوی نیازهای بازاریابی خدمت و جذب/حفظ کاربران باشد و هم در چارچوب قواعد حکمرانی، اخلاق، امنیت و عدالت دیجیتال عمل کند (Aytekin, 2025; Catapan, 2025; Bitomsky, 2025).

بازاریابی خدمات سلامت از راه دور صرفاً تبلیغ یا اطلاع‌رسانی نیست، بلکه فرایندی برای کاهش ریسک ادراک‌شده، افزایش سواد سلامت دیجیتال، شکل‌دهی اعتماد و مدیریت تجربه‌ی بیمار در کانال‌های چندگانه است؛ از پلتفرم‌ها و شبکه‌های اجتماعی گرفته تا اپلیکیشن‌های دولتی و سامانه‌های یکپارچه‌ی سلامت (Dapko, 2025; Todua, 2024). پژوهش‌های حوزه‌ی بازاریابی دیجیتال نشان می‌دهند کیفیت خدمت، اعتماد برند و ادراک انصاف اطلاعاتی بر وفاداری و تداوم استفاده اثر می‌گذارد و این اثر در خدمات ناملموس و پرریسک مانند سلامت تشدید می‌شود (Mayasari, 2025; Pereira, 2025; Aboalganam, 2025). از سوی دیگر، در خدمات عمومی دیجیتال منطق ارزش عمومی و پاسخ‌گویی باید بر منطق صرفاً بازارمحور غلبه داشته باشد؛ بنابراین، بازاریابی سلامت از راه دور وقتی مشروعیت می‌یابد که درون حکمرانی هوشمند بهبود دسترسی، افزایش رضایت، شفافیت و عدالت را دنبال کند (Hajar, 2024; Latip, 2025; Rukayat, 2025).

حکمرانی هوشمند در ادبیات جدید دیگر فقط دیجیتالی کردن فرایندها نیست، بلکه ترکیبی از سازوکارهای داده‌محور، مشارکتی، چابک و تنظیم‌گرانه برای طراحی و ارائه خدمت عمومی است؛ سازوکاری که باید هم کارایی و کیفیت را ارتقا دهد و هم ارزش‌های خدمت عمومی مثل انصاف، پاسخ‌گویی و شمول را تضمین کند (Saputro, 2025; Sulistiyo, 2024). مطالعات شهرها و دولت‌های محلی نشان می‌دهد موفقیت خدمات دیجیتال عمومی به هم‌راستایی سیاست، فناوری، ظرفیت نهادی و تجربه‌ی کاربر وابسته است و بدون حکمرانی چابک و هماهنگی بین بخشی، پلتفرم‌ها به ابزارهای جزیره‌ای تبدیل می‌شوند (Priyowidodo, 2024; Efendi, 2025; Ramadhan, 2025). همچنین رویکردهای داده‌محور در حکمرانی هوشمند اگرچه امکان شخصی‌سازی و پیش‌بینی نیاز را افزایش می‌دهند، هم‌زمان چالش‌های جدیدی در حریم خصوصی، امنیت و سوگیری الگوریتمی ایجاد می‌کنند که در سلامت از راه دور به‌مراتب پرمخاطره‌تر است (Han, 2025; Rajani, 2026; Satheesh, 2025). افزوده‌شدن هوش مصنوعی به پلتفرم‌های خدمات عمومی و سلامت از راه دور — از تریاژ هوشمند و چت‌بات‌های راهنما تا تحلیل احساسات و بخش‌بندی مخاطب — ظرفیت بازاریابی مسئولانه را افزایش می‌دهد، اما بدون چارچوب مسئولیت‌پذیری می‌تواند به تصمیم‌های غیرشفاف، تبعیض دیجیتال، نقض حریم خصوصی و تضعیف اعتماد عمومی منجر شود (Adewusi, 2024; Mansaray, 2026). به همین دلیل، ادبیات تنظیم‌گری هوش مصنوعی در خدمات عمومی بر ضرورت تدوین قواعد محلی، سازوکارهای پاسخ‌گویی، ممیزی الگوریتمی و شفافیت توضیح‌پذیر



تأکید دارد (Satheesh, 2025; Duminică, 2025). هم‌زمان، ایده‌ی حکمرانی پلتفرمی و معماری خدمات عمومی دیجیتال، نقش استانداردها، هم‌کنش‌پذیری و سیاست‌های داده را در تضمین اعتماد و مقیاس‌پذیری برجسته می‌کند (Janošková, 2024; Lakadawala, (2026; Haida, 2025). در چنین بستری، یکپارچه‌سازی مسئولانه‌ی هوش مصنوعی باید در قلب مدل مفهومی حکمرانی هوشمند بازاریابی سلامت از راه دور قرار گیرد تا تعارض میان اهداف جذب کاربر و ارزش‌های خدمت عمومی به حداقل برسد.

از منظر پذیرش و تداوم استفاده، مطالعات سلامت دیجیتال نشان می‌دهند سواد دیجیتال و سواد سلامت دیجیتال متغیرهای کلیدی در شکل‌گیری رفتارهای سلامت دیجیتال و بهره‌مندی از خدمات به شمار می‌روند؛ بنابراین، بازاریابی سلامت از راه دور در قالب خدمات عمومی دیجیتال باید با راهبردهای توانمندسازی کاربران، طراحی کاربرمحور برای گروه‌های آسیب‌پذیر و کاهش شکاف دیجیتال همراه شود (Ji, 2024; Lohr, 2025; Müller, 2025). علاوه بر این، اعتماد مصرف‌کننده به سلامت دیجیتال از مسیرهایی چون امنیت داده، کیفیت تجربه‌ی کاربری و ارتباطات شفاف تقویت می‌شود؛ موضوعی که به‌طور مستقیم با حکمرانی داده و سیاست‌های حفاظت از داده پیوند دارد (Catapan, 2025; Diana, 2025; Buryk, 2025). درنتیجه، بازاریابی خدمات سلامت از راه دور وقتی اثربخش و مشروع است که نه‌فقط پیامی مناسب به مخاطب مناسب برساند، بلکه در سطح سیاست و پلتفرم، قواعدی برای انصاف، شفافیت، رضایت آگاهانه و کنترل کاربر بر داده‌ها برقرار باشد.

در ایران نیز هم‌زمان با رشد تجربه‌های پزشکی از راه دور و توان‌بخشی از راه دور، دغدغه‌های اخلاقی، آموزش ارائه‌دهندگان و الزامات عملکردی سامانه‌ها برجسته شده است و نشان می‌دهد که توسعه‌ی این خدمات بدون حکمرانی چندبعدی و سیاست‌های روشن داده و کیفیت با مانع مواجه خواهد شد (ترابی‌پور همدانی، ۱۴۰۰؛ پورسلیمان، ۱۴۰۱؛ کهزادی، ۱۴۰۳). از سوی دیگر، جریان پژوهش‌های داخلی در حوزه‌ی بازاریابی دیجیتال و گردشگری سلامت بر اهمیت مدل‌سازی مفهومی، مدیریت محتوا و طراحی راهبردهای بازاریابی دیجیتال برای افزایش اعتماد و تقاضا تأکید کرده‌اند و می‌توانند برای تبیین سازوکارهای بازاریابی خدمات سلامت از راه دور الهام‌بخش باشند (صابری، ۱۴۰۲؛ خدایی سرخانلو، ۱۴۰۳؛ لطفی آشتیانی، ۱۴۰۲). همچنین پژوهش‌های حوزه‌ی حکمرانی هوشمند و سلامت شهروندان در داخل کشور نشان داده‌اند که ابعاد عدالت، مشارکت الکترونیکی و ارزش‌های خدمت عمومی باید در طراحی حکمرانی شهر/دولت هوشمند لحاظ شود؛ امری که در حکمرانی سلامت از راه دور نیز به‌صورت مستقیم موضوعیت دارد (عابدپور، ۱۴۰۳؛ فیض‌اللهی، ۱۴۰۲)؛ بنابراین، پیوند دادن دو قلمرو بازاریابی دیجیتال خدمت سلامت و حکمرانی هوشمند خدمات عمومی دیجیتال می‌تواند شکافی مهم را در ادبیات داخلی پر کند.

پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند تا کنون اجزای مسئله به‌صورت جداگانه بررسی شده‌اند، اما مدل مفهومی یکپارچه برای حکمرانی هوشمند بازاریابی سلامت از راه دور — با تأکید بر خدمات عمومی دیجیتال و ادغام مسئولانه‌ی هوش مصنوعی — کم‌تر تبیین شده است. Adewusi et al. (2024) در پژوهش خود دریافت یکپارچه‌سازی مسئولانه‌ی هوش مصنوعی در خدمات دیجیتال مواجهه‌پذیر با شهروندان نیازمند قواعد شفافیت، پاسخ‌گویی و حاکمیت پلتفرم است. Scholta & Lindgren (2023) نشان داد که پیش‌دستی در خدمات عمومی دیجیتال باید با ظرفیت نهادی و ملاحظات اخلاقی همراه باشد تا به تجربه‌ی بهتر شهروند منجر شود. Saputro et al. (2025) گزارش کرد که بهینه‌سازی مدیریت دولتی در اجرای حکمرانی هوشمند، مشروط به هم‌ترازی فناوری و فرایند، می‌تواند کارایی خدمات عمومی را ارتقا دهد. Rukayat et al. (2025) دریافت



بازتعریف حکمرانی هوشمند با ارزش‌های خدمت عمومی کیفیت تحول دیجیتال را تقویت می‌کند. [Dapko et al. \(2025\)](#) نشان داد بازاریابی سلامت از راه دور وقتی موفق‌تر است که بخش‌بندی مخاطب، پیام مناسب و انتخاب کانال با کاهش ادراک ریسک و افزایش اعتماد همراه شود. [Catapan et al. \(2025\)](#) دریافت اعتماد مصرف‌کننده به سلامت دیجیتال از مسیر ترکیبی کیفیت تجربه و اطمینان از حفاظت داده تقویت می‌شود. [Mansaray et al. \(2026\)](#) نشان داد ارائه خدمات عمومی مبتنی بر فناوری‌های ابری اگر بدون سیاست‌های هدفمند برای کاهش شکاف دیجیتال انجام شود، ممکن است باعث شود برخی گروه‌های اجتماعی از دسترسی به این خدمات محروم بمانند. [عابدپور \(۱۴۰۳\)](#) دریافت حکمرانی هوشمند با رویکرد عدالت شهری و مشارکت الکترونیکی می‌تواند به ارتقای سلامت شهروندان کمک کند. [کهزادی \(۱۴۰۳\)](#) نشان داد الزامات عملکردی و غیرعملکردی سامانه‌های پزشکی از راه دور برای مدیریت مؤثر و ایمن خدمت حیاتی است. این مجموعه شواهد، ضرورت تدوین مدل مفهومی تلفیقی‌ای را برجسته می‌کند که روابط میان حکمرانی، پلتفرم، داده، هوش مصنوعی مسئولانه و بازاریابی خدمت را در بستر خدمات عمومی دیجیتال توضیح دهد.

باوجوداین پیشرفت‌ها، چالش اصلی آن است که بازاریابی خدمات سلامت از راه دور در بستر خدمات عمومی دیجیتال باید بتواند به اهداف توسعه‌ی بازار و افزایش استفاده پاسخ دهد، درحالی‌که هم‌زمان در معرض قواعد عمومی حکمرانی داده، امنیت، عدالت و پاسخ‌گویی قرار دارد؛ بنابراین، مدل‌های رایج بازاریابی دیجیتال به‌تنهایی کافی نیستند و مدل‌های حکمرانی هوشمند نیز بدون درک منطق تجربه‌ی بیمار و رفتار پذیرش ناقص می‌مانند ([Varadarajan, 2024; Husin et al., 2026; Mustofa et al., 2025](#)). افزون بر این، ادغام هوش مصنوعی در چرخه‌ی بازاریابی و ارائه‌ی خدمت (از تحلیل تقاضا تا شخصی‌سازی) مستلزم سازوکاری برای کنترل سوگیری، توضیح‌پذیری، حفاظت از داده و مدیریت ریسک‌های اخلاقی است؛ موضوعی که باید در سطح معماری پلتفرم و نیز در سطح سیاست‌گذاری و نظارت عملیاتی در نظر گرفته شود ([Rajani, 2026; Satheesh et al., 2025; Lakadawala et al., 2026](#)). به عبارت دیگر، مسئله فقط دیجیتالی کردن یا بازاریابی کردن نیست، بلکه حکمرانی هوشمند بازاریابی در پلتفرم‌های سلامت از راه دور به مثابه‌ی خدمات عمومی دیجیتال است.

بر این اساس، هدف مقاله‌ی حاضر ارائه‌ی مدلی مفهومی برای حکمرانی هوشمند بازاریابی خدمات سلامت از راه دور با رویکرد خدمات عمومی دیجیتال است؛ مدلی که بتواند (۱) سازوکارهای خلق ارزش عمومی و رضایت شهروند/بیمار را در کنار کارایی و شفافیت تبیین کند، (۲) نقش حکمرانی پلتفرمی و سیاست داده را در اعتماد و پذیرش نشان دهد و (۳) چارچوب ادغام مسئولانه‌ی هوش مصنوعی را به عنوان پیش‌ران جدید بازاریابی و ارائه‌ی خدمت درون منطق خدمت عمومی جای دهد ([Chang, 2025; Latip et al., 2025; Adewusi et al., 2024](#)). چنین مدلی می‌تواند هم برای سیاست‌گذاران و مدیران سلامت دیجیتال در طراحی قواعد و استانداردها مفید باشد و هم برای مدیران بازاریابی و طراحان پلتفرم در انتخاب راهبردهای مبتنی بر داده، که با ارزش‌های خدمت عمومی و الزامات اخلاقی سازگارند، راه‌گشا واقع شود ([Diana et al., 2025](#)؛ [ترابی‌پور همدانی، ۱۴۰۰](#)). ازاین‌رو، پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سؤال است که مدل ساختاری حکمرانی هوشمند بازاریابی خدمات سلامت از راه دور در بستر خدمات عمومی دیجیتال به چه صورت است؟



پژوهش حاضر با رویکرد آمیخته و با غلبه‌ی بخش کیفی طراحی شد. در گام نخست، به‌منظور شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی هوشمند در بازاریابی خدمات سلامت از راه دور از تحلیل مضمون با رویکرد تفسیری استفاده شد. در گام دوم، به‌منظور تبیین روابط میان مؤلفه‌های استخراج‌شده و سامان‌دهی آن‌ها در قالب الگوی مفهومی منسجم، از روش مدل‌سازی ساختاری-تفسیری بهره گرفته شد. این ترکیب روشی، امکان کشف عمیق مفاهیم در بخش کیفی و نیز سازمان‌دهی منطقی و سلسله‌مراتبی روابط میان آن‌ها در بخش کمی را فراهم کرد و به طراحی مدل نهایی منجر شد.

در بخش کیفی پژوهش، ۱۹ نفر از خبرگان حوزه‌های مرتبط با موضوع مشارکت داشتند. این افراد از میان اعضای هیئت‌علمی دانشگاه‌ها، مدیران و کارشناسان حوزه‌ی سلامت دیجیتال، متخصصان مدیریت خدمات سلامت، کارشناسان فناوری اطلاعات سلامت و صاحب‌نظران حوزه‌ی بازاریابی دیجیتال انتخاب شدند. ترکیب نمونه به‌گونه‌ای در نظر گرفته شد که تنوع تخصصی و تجربه‌ی حرفه‌ای در آن رعایت شود. بیش‌تر مشارکت‌کنندگان دارای مدرک دکتری یا در حال تحصیل در مقطع دکتری بودند و سوابقی مانند تألیف مقاله‌ی علمی، مشارکت در طرح‌های پژوهشی یا فعالیت اجرایی در حوزه‌ی سلامت دیجیتال داشتند. سابقه‌ی فعالیت حرفه‌ای این افراد بین ۵ تا ۱۸ سال متغیر بود و همگی به‌نوعی با سیاست‌گذاری، طراحی، اجرا یا ارزیابی خدمات سلامت از راه دور و بازاریابی دیجیتال آن آشنایی داشتند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و تا رسیدن به اشباع مفهومی ادامه یافت.

ابزار گردآوری داده‌ها در بخش کیفی مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بود که بر اساس چارچوب نظری پژوهش و مرور ادبیات طراحی شدند. پرسش‌ها درباره‌ی موضوعاتی از این قبیل تنظیم شده بودند: چه عواملی در موفقیت بازاریابی خدمات سلامت از راه دور مؤثرند؟ نقش حکمرانی هوشمند در مدیریت و توسعه‌ی این خدمات چیست؟ چه چالش‌هایی در اعتماد، شفافیت و امنیت داده در این حوزه وجود دارد؟ چه سازوکارهایی می‌تواند تعامل میان دولت، ارائه‌دهندگان خدمت و کاربران را بهبود بخشد؟ مصاحبه‌ها به‌صورت حضوری یا برخط انجام شد و پس از ضبط، به‌طور کامل پیاده‌سازی و آماده تحلیل شدند.

داده‌های کیفی بر اساس الگوی شش‌مرحله‌ای براون و کلارک (۲۰۰۶) تحلیل شدند. در این فرایند، ابتدا پژوهشگر با داده‌ها آشنا شد و متن مصاحبه‌ها را چندین بار مرور کرد. سپس کدهای اولیه استخراج و مفاهیم مشابه در قالب مضامین اولیه دسته‌بندی شدند. در ادامه، مضامین شناسایی‌شده بازبینی شدند و روابط میان آن‌ها بررسی شد. پس از آن، مضامین نهایی تعریف و نام‌گذاری شدند و در قالب سه سطح مضامین پایه، مضامین سازمان‌دهنده و مضامین فراگیر سامان‌دهی شدند. کدگذاری داده‌ها به‌صورت دستی انجام شد و در طول فرایند تحلیل، بازبینی‌های مکرر برای افزایش دقت مفهومی صورت گرفت.

در مرحله‌ی کمی پژوهش، از روش مدل‌سازی ساختاری-تفسیری (ISM) برای تعیین نوع و جهت روابط میان مضامین فراگیر استفاده شد. در این مرحله، پرسش‌نامه‌ای مبتنی بر مقایسه‌های زوجی میان مضامین اصلی طراحی شد و در اختیار همان ۱۹ نفر از خبرگان قرار گرفت. در این



پرسش‌نامه رابطه‌ی هر دو مضمون بر اساس چهار حالت مشخص شد:

V: مضمون اول بر مضمون دوم اثرگذار است.

A: مضمون دوم بر مضمون اول اثر می‌گذارد.

X: دو مضمون بر یکدیگر اثر متقابل دارند.

O: میان دو مضمون رابطه‌ای وجود ندارد.

پس از گردآوری داده‌های بخش کمی، مراحل مدل‌سازی ساختاری-تفسیری به‌ترتیب اجرا شد. ابتدا مضامین فراگیر به‌عنوان متغیرهای اصلی مدل شناسایی شدند. سپس ماتریس خودتعاملی ساختاری (SSIM) بر اساس نظر خبرگان تشکیل شد. در مرحله‌ی بعد، این ماتریس به ماتریس دستیابی اولیه تبدیل شد و پس از اعمال روابط انتقالی، ماتریس دستیابی نهایی استخراج شد. در ادامه، سطوح سلسله‌مراتبی مضامین تعیین و ساختار نهایی مدل در قالب نمودار ISM ترسیم شد. در گام پایانی، نفوذ و وابستگی مضامین تحلیل شد تا جایگاه هر مؤلفه در ساختار کلی مدل مشخص شود.

روایی و پایایی داده‌های کیفی با استفاده از معیارهای قابلیت اعتماد لینکلن و گوبا (۱۹۹۴) ارزیابی شد. به‌منظور افزایش اعتبار، متن مصاحبه‌ها و نتایج کدگذاری اولیه در اختیار دو متخصص آشنا با روش‌های کیفی قرار گرفت و اصلاحات پیشنهادی آن‌ها اعمال شد. همچنین، بخشی از یافته‌ها در اختیار برخی مشارکت‌کنندگان قرار گرفت تا صحت برداشت‌های پژوهشگر تأیید شود. برای تقویت قابلیت انتقال، ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان، زمینه‌ی پژوهش و شیوه‌ی نمونه‌گیری به‌طور دقیق تشریح شد. به‌منظور تأییدپذیری، تمامی مراحل تحلیل، تصمیم‌گیری‌ها و اصلاحات در قالب گزارش مستند ثبت شد. درنهایت، برای سنجش اطمینان‌پذیری، دو کدگذار مستقل بخشی از داده‌ها را بررسی کردند و میزان توافق میان کدگذاری‌ها محاسبه شد.

پردازش داده‌های بخش کمی و انجام محاسبات مربوط به مدل‌سازی ساختاری-تفسیری در محیط نرم‌افزار اکسل انجام شد. خروجی نهایی شامل مجموعه‌ای از مضامین سازمان‌یافته، سطوح سلسله‌مراتبی آن‌ها و مدل مفهومی حاصل از گراف ISM بود که روابط میان مؤلفه‌های حکمرانی هوشمند و بازاریابی خدمات سلامت از راه دور را در قالب خدمات عمومی دیجیتال نشان می‌داد.

نتایج

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان بخش کیفی

کد مشارکت‌کننده	جنسیت	تحصیلات	حوزه‌ی تخصصی	سمت شغلی	سابقه‌ی کاری (سال)
E1	مرد	دکتری	مدیریت خدمات سلامت	عضو هیئت‌علمی	۱۴
E2	زن	دکتری	بازاریابی دیجیتال	عضو هیئت‌علمی	۱۱
E3	مرد	دکتری	فناوری اطلاعات سلامت	مدیر پروژه‌ی سلامت دیجیتال	۹
E4	زن	دکتری	سیاست‌گذاری سلامت	پژوهشگر ارشد	۱۲
E5	مرد	دکتری	مدیریت ورزشی و سلامت	عضو هیئت‌علمی	۱۰
E6	زن	دکتری	ارتباطات سلامت	عضو هیئت‌علمی	۱۳



کد مشارکت کننده	جنسیت	تحصیلات	حوزه تخصصی	سمت شغلی	سابقه‌ی کاری (سال)
E7	مرد	دکتری	سلامت الکترونیک	مشاور فناوری سلامت	۸
E8	زن	دکتری	مدیریت دولتی	عضو هیئت علمی	۱۵
E9	مرد	دکتری	سیستم‌های اطلاعاتی	مدیر فنی پلتفرم سلامت	۷
E10	زن	دکتری	جامعه‌شناسی سلامت	پژوهشگر دانشگاهی	۹
E11	مرد	دکتری	بازاریابی خدمات	عضو هیئت علمی	۱۶
E12	زن	دکتری	مدیریت فناوری	مدیر نوآوری دیجیتال	۸
E13	مرد	دکتری	سیاست‌گذاری عمومی	عضو هیئت علمی	۱۷
E14	زن	دکتری	سلامت دیجیتال	کارشناس ارشد وزارت بهداشت	۶
E15	مرد	دکتری	مدیریت اطلاعات سلامت	مدیر سامانه‌های سلامت	۱۰
E16	زن	دکتری	اقتصاد سلامت	عضو هیئت علمی	۱۲
E17	مرد	دکتری	مهندسی پزشکی	پژوهشگر فناوری سلامت	۷
E18	زن	دکتری	رسانه‌های دیجیتال	عضو هیئت علمی	۹
E19	مرد	دکتری	مدیریت استراتژیک	مشاور راهبردی سلامت	۱۸

در راستای پاسخ به هدف اصلی پژوهش، یعنی تبیین ابعاد و مؤلفه‌های حکمرانی هوشمند در بازاریابی خدمات سلامت از راه دور، مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۹ نفر از خبرگان تحلیل شد. فرایند تحلیل داده‌ها بر مبنای الگوی شش مرحله‌ای براون و کلارک انجام شد و طی مراحل کدگذاری اولیه، جمع‌بندی مفاهیم و شکل‌گیری مضامین، ساختار مفهومی حکمرانی هوشمند در بازاریابی سلامت از راه دور استخراج شد. هدف این مرحله، شناسایی مؤلفه‌های کلیدی و الگوهای رفتاری و نهادی مؤثر بر بازاریابی خدمات سلامت از راه دور در بستر خدمات عمومی دیجیتال بود.

پس از کدگذاری، پالایش و ادغام مفاهیم مشابه، درمجموع ۴۴ مضمون پایه شناسایی شد که در قالب چند مضمون سازمان‌دهنده و درنهایت مضامین فراگیر دسته‌بندی شدند. جدول زیر نمونه‌ای از کدگذاری اولیه را نشان می‌دهد که شامل مضامین فراگیر، کدهای اولیه و ارجاع به مشارکت‌کنندگان است.

جدول ۲. کدگذاری اولیه‌ی مؤلفه‌های حکمرانی هوشمند در بازاریابی خدمات سلامت از راه دور

مضمون فراگیر	مضمون پایه (کد اولیه)	کد مشارکت‌کنندگان
اعتماد و مشروعیت دیجیتال	شفافیت در اطلاع‌رسانی خدمات	E2, E6, E11
	حفاظت از حریم خصوصی بیماران	E4, E9, E14
	ارائهی اطلاعات دقیق و قابل اعتماد	E1, E7, E10
	نشان دادن مجوزها و اعتبار حرفه‌ای	E5, E12, E18
	پاسخ‌گویی به شکایات کاربران	E3, E8, E15
حکمرانی داده و امنیت اطلاعات	سیاست‌های روشن مالکیت داده	E4, E13, E16
	رمزنگاری و امنیت تبادل اطلاعات	E7, E9
	کنترل دسترسی به اطلاعات بیماران	E2, E11, E14
	نظارت نهادی بر استفاده از داده‌ها	E6, E8, E19
	تدوین استانداردهای امنیتی	E1, E10, E15
تعامل و تجربه‌ی کاربر	طراحی کاربرمحور پلتفرم	E3, E12, E18
	ساده‌سازی فرایند ثبت‌نام و استفاده	E2, E5



مضمون فراگیر	مضمون پایه (کد اولیه)	کد مشارکت کنندگان
راهبردهای بازاریابی دیجیتال	پشتیبانی برخط و پاسخ سریع	E6, E14, E17
	شخصی سازی خدمات سلامت	E4, E11, E16
	استفاده از بازخورد کاربران در بهبود خدمت	E1, E8, E13
	تولید محتوای آموزشی سلامت	E5, E10, E12
	استفاده از شبکه های اجتماعی برای جذب کاربر	E2, E7
	بخش بندی مخاطبان هدف	E3, E11, E19
	پیام های متناسب با نیاز کاربران	E6, E14, E15
	مدیریت شهرت دیجیتال خدمات	E4, E9, E16
زیرساخت و نوآوری فناوریانه	یکپارچه سازی سامانه های سلامت	E1, E7, E17
	استفاده از هوش مصنوعی در ارائه ی خدمات	E3, E12, E18
	توسعه ی اپلیکیشن های سلامت از راه دور	E5, E10, E14
	تحلیل داده های کاربران برای تصمیم گیری	E2, E9, E16
	بهره گیری از فناوری های ابری	E4, E11, E15
	تدوین قوانین برای سلامت از راه دور	E6, E13
	تعیین استانداردهای کیفیت خدمات	E1, E8, E10
	نظارت بر تبلیغات خدمات سلامت	E5, E12, E14
تنظیم گری و سیاست گذاری	ایجاد چارچوب اخلاقی برای هوش مصنوعی	E3, E7, E18
	حمایت قانونی از حقوق کاربران	E2, E9, E16
	همکاری دولت و بخش خصوصی	E4, E11, E17
	مشارکت کاربران در طراحی خدمات	E6, E10, E15
	ایجاد شبکه های تخصصی ارائه دهندگان	E1, E8, E13
	تعامل با انجمن های بیماران	E5, E12, E19
	توسعه ی اکوسیستم سلامت دیجیتال	E3, E7, E14
	کاهش شکاف دیجیتال در مناطق محروم	E2, E9, E18
مشارکت و هم آفرینی ارزش	طراحی خدمات برای گروه های آسیب پذیر	E4, E11, E16
	آموزش سواد سلامت دیجیتال	E6, E10, E13
	ارائه ی تعرفه های حمایتی	E1, E5
	بهینه سازی دسترسی در بستر موبایل	E3, E8, E14
	پایش کیفیت خدمات آنلاین	E2, E7, E12
	سنجش رضایت کاربران	E4, E9, E16
	تحلیل شاخص های عملکردی	E1, E11, E15
	بازنگری مستمر سیاست ها	E6, E13, E18
شمول و دسترسی عادلانه	استفاده از داده برای بهبود تصمیم گیری	E3, E8, E19
ارزیابی و بهبود مستمر		

تحلیل مضامین نشان داد حکمرانی هوشمند در بازاریابی خدمات سلامت از راه دور، ساختاری چندبعدی دارد و از ترکیب مؤلفه های فناوریانه، نهادی، ارتباطی و تنظیم گرانه شکل می گیرد. در میان مضامین فراگیر، دو حوزه ی اعتماد و مشروعیت دیجیتال و حکمرانی داده و امنیت اطلاعات بیش ترین فراوانی و عمق معنایی را در اظهارات خبرگان داشتند. این یافته ها نشان می دهند موفقیت بازاریابی خدمات سلامت از راه دور، بیش از آن که به ابزارهای تبلیغاتی وابسته باشد، به ایجاد اعتماد، شفافیت و چارچوب های حکمرانی داده بستگی دارد.

در مرحله ی بعدی پژوهش، مضامین فراگیر به عنوان متغیرهای کلیدی وارد فرایند مدل سازی ساختاری-تفسیری شدند تا روابط میان آن ها از



منظر میزان نفوذ و وابستگی بررسی و ساختار نهایی مدل مفهومی حکمرانی هوشمند بازاریابی خدمات سلامت از راه دور استخراج شود.

جدول ۳. ماتریس خودتعاملی ساختاری (SSIM)

متغیرها / مقایسه‌ها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. اعتماد و مشروعیت دیجیتال	—	A	V	V	A	A	V	V	V
۲. حکمرانی داده و امنیت اطلاعات	V	—	V	A	V	A	V	V	V
۳. تعامل و تجربه‌ی کاربر	A	A	—	V	A	O	V	V	V
۴. راهبردهای بازاریابی دیجیتال	A	V	A	—	A	O	V	V	V
۵. زیرساخت و نوآوری فناورانه	V	A	V	V	—	V	V	V	V
۶. تنظیم‌گری و سیاست‌گذاری	V	V	O	O	A	—	V	V	V
۷. مشارکت و هم‌آفرینی ارزش	A	A	A	A	A	A	—	V	V
۸. شمول و دسترسی عادلانه	A	A	A	A	A	A	A	—	V
۹. ارزیابی و بهبود مستمر	A	A	A	A	A	A	A	A	—

این ماتریس بر پایه‌ی قضاوت خبرگان و مقایسه‌های زوجی میان مضامین فراگیر استخراج‌شده در مرحله‌ی کیفی تنظیم شد. هدف از تدوین این جدول، تعیین جهت و نوع ارتباط میان مؤلفه‌ها پیش از تبدیل آن‌ها به ساختار عددی و ورود به مرحله سطح‌بندی مدل بود. نمادهای به‌کاررفته نوع تأثیر میان متغیرها را نشان می‌دهند و مبنای تشکیل ماتریس دستیابی در گام بعدی قرار گرفتند.

جدول ۴. ماتریس دستیابی نهایی (FRM)

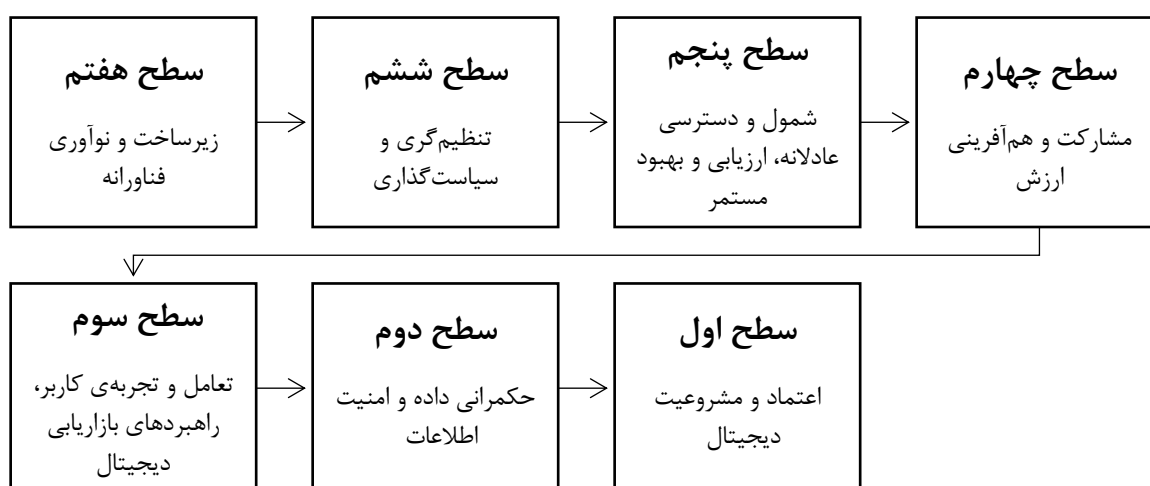
متغیر / سطح‌بندی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. اعتماد و مشروعیت دیجیتال	1	1	1	1	1	1	1	1	1
۲. حکمرانی داده و امنیت اطلاعات	1	1	1	1	1	1	1	1	1
۳. تعامل و تجربه‌ی کاربر	0	0	1	1	1	0	1	1	1
۴. راهبردهای بازاریابی دیجیتال	0	0	1	1	1	0	1	1	1
۵. زیرساخت و نوآوری فناورانه	1	1	1	1	1	1	1	1	1
۶. تنظیم‌گری و سیاست‌گذاری	1	1	0	0	0	1	1	1	1
۷. مشارکت و هم‌آفرینی ارزش	0	0	0	0	0	0	1	1	1
۸. شمول و دسترسی عادلانه	0	0	0	0	0	0	0	1	1
۹. ارزیابی و بهبود مستمر	0	0	0	0	0	0	0	0	1

این ماتریس از تبدیل ماتریس خودتعاملی به ماتریس دودویی و اعمال روابط انتقالی به‌دست آمد. اعداد ۱ بیانگر وجود مسیر دسترسی مستقیم یا غیرمستقیم میان دو متغیرند و اعداد ۰ بیانگر نشان می‌دهند چنین رابطه‌ای وجود ندارد. این جدول مبنای استخراج سطوح سلسله‌مراتبی مؤلفه‌ها در مدل ساختاری-تفسیری قرار گرفت.



جدول ۵. سطح‌بندی نهایی مؤلفه‌ها در مدل ISM

سطح مدل	مؤلفه‌ها
سطح ۱	اعتماد و مشروعیت دیجیتال
سطح ۲	حکمرانی داده و امنیت اطلاعات
سطح ۳	تعامل و تجربه‌ی کاربر، راهبردهای بازاریابی دیجیتال
سطح ۴	مشارکت و هم‌آفرینی ارزش
سطح ۵	شمول و دسترسی عادلانه، ارزیابی و بهبود مستمر
سطح ۶	تنظیم‌گری و سیاست‌گذاری
سطح ۷	زیرساخت و نوآوری فناوریانه



شکل ۱. مدل ساختاری تفسیری ابعاد حکمرانی هوشمند بازاریابی خدمات سلامت از راه دور با رویکرد خدمات عمومی دیجیتال

بر اساس نتایج سطح‌بندی، مؤلفه‌ی زیرساخت و نوآوری فناوریانه در پایین‌ترین سطح مدل قرار گرفت و بیش‌ترین قدرت نفوذ را بر سایر مؤلفه‌ها نشان داد. پس از آن، تنظیم‌گری و سیاست‌گذاری به‌عنوان بستر نهادی اثرگذار بر سایر ابعاد در سطح بالاتر قرار گرفت. در سطوح میانی، مؤلفه‌های مربوط به شمول، ارزیابی، مشارکت و تجربه کاربر جای گرفتند که نقش واسطه‌ای در تبدیل زیرساخت‌ها و سیاست‌ها به نتایج ملموس برای کاربران ایفا می‌کنند. درنهایت، اعتماد و مشروعیت دیجیتال در رأس مدل قرار گرفت که پیامد نهایی تعامل سایر مؤلفه‌ها در نظام حکمرانی هوشمند بازاریابی خدمات سلامت از راه دور تلقی می‌شود.

تحلیل قدرت نفوذ و وابستگی مؤلفه‌ها (تحلیل MICMAC)

به‌منظور تعیین جایگاه هر یک از مؤلفه‌ها در ساختار کلی مدل، تحلیل تأثیرات متقابل یا MICMAC انجام شد. در این روش، متغیرها بر اساس میزان نفوذ و سطح وابستگی در چهار ناحیه طبقه‌بندی می‌شوند.

ناحیه ۱: متغیرهای خودمختار

در این پژوهش، هیچ‌یک از مؤلفه‌ها در این دسته قرار نگرفتند. این امر نشان می‌دهد تمامی مؤلفه‌ها نوعی ارتباط ساختاری با سایر عناصر مدل دارند و هیچ‌کدام به‌طور کامل مستقل از شبکه‌ی مفهومی عمل نمی‌کنند.



ناحیه ۲: متغیرهای وابسته

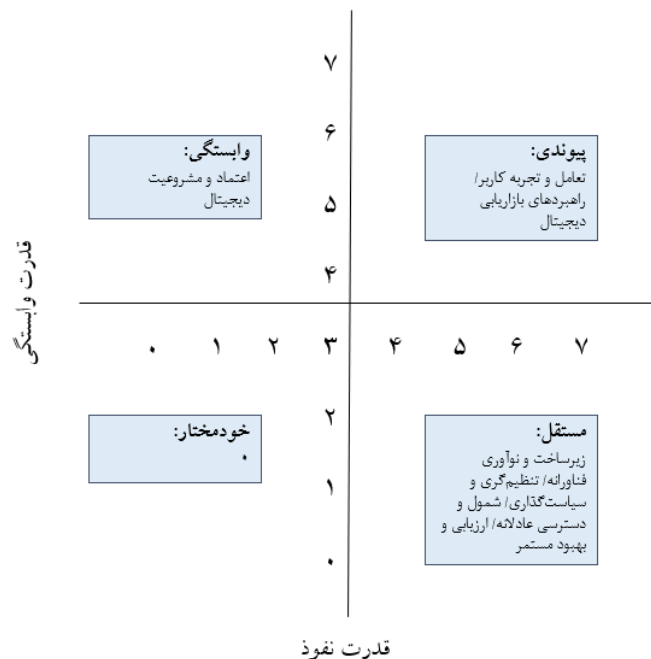
مؤلفه‌ی اعتماد و مشروعیت دیجیتال در این بخش جای گرفت. این متغیر بیش از آن‌که بر سایر مؤلفه‌ها اثرگذار باشد، تحت تأثیر آن‌ها قرار می‌گیرد و درواقع، نتیجه‌ی نهایی عملکرد سایر ابعاد حکمرانی و بازاریابی است.

ناحیه ۳: متغیرهای پیوندی

مؤلفه‌های تعامل و تجربه‌ی کاربر و راهبردهای بازاریابی دیجیتال در این دسته قرار گرفتند. این متغیرها هم از مؤلفه‌های زیربنایی تأثیر می‌پذیرند و هم بر سطوح بالاتر اثرگذارند؛ از این‌رو، نقشی واسطه‌ای و کلیدی در انتقال تأثیرات ساختاری ایفا می‌کنند.

ناحیه ۴: متغیرهای مستقل

دو مؤلفه‌ی زیرساخت و نوآوری فناورانه و تنظیم‌گری و سیاست‌گذاری در این ناحیه قرار گرفتند. این متغیرها بیش‌ترین قدرت نفوذ و کم‌ترین وابستگی را نشان دادند و عناصر پایه‌ای و محرک نظام حکمرانی هوشمند بازاریابی خدمات سلامت از راه دور شناخته شدند. همچنین مؤلفه‌های شمول و دسترسی عادلانه و ارزیابی و بهبود مستمر در مرز این ناحیه قرار گرفتند و نقش پشتیبان ساختاری را در مدل ایفا کردند. نتایج تحلیل MICMAC نشان می‌دهد که ساختار حکمرانی هوشمند بازاریابی خدمات سلامت از راه دور از لایه‌های زیرساختی و سیاستی آغاز و پس از عبور از مؤلفه‌های تعاملی و بازاریابی، درنهایت به شکل‌گیری اعتماد و مشروعیت دیجیتال در سطح جامعه منجر می‌شود. این ساختار سلسله‌مراتبی، منطق درونی مدل مفهومی پژوهش را در قالب روابط نفوذ و وابستگی میان مؤلفه‌ها تبیین می‌کند.



شکل ۲. ماتریس قدرت نفوذ و وابستگی

در این شکل، موقعیت هر مؤلفه نسبت به محور افقی (قدرت وابستگی) و محور عمودی (قدرت نفوذ) نمایش داده شده است.



بحث و نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد حکمرانی هوشمند بازاریابی خدمات سلامت از راه دور در قالب خدمات عمومی دیجیتال پدیده‌ای چندلایه و شبکه‌ای است که از تعامل هم‌زمان مؤلفه‌های فناورانه، نهادی، ارتباطی و عدالت‌محور شکل می‌گیرد. ساختار سلسله‌مراتبی به‌دست‌آمده از ISM بیانگر آن است که زیرساخت و نوآوری فناورانه، به‌عنوان بنیان و محرک اصلی، بیش‌ترین قدرت نفوذ را بر سایر ابعاد دارد و بدون آن امکان شکل‌گیری سازوکارهای پایدار بازاریابی و ارائه‌ی خدمت در بسترهای دیجیتال فراهم نیست. این نتیجه با ادبیات خدمات عمومی دیجیتال هم‌سوست که موفقیت خدمات دیجیتال را وابسته به معماری فنی، هم‌کنش‌پذیری، مقیاس‌پذیری و ظرفیت بهره‌گیری از داده می‌داند (Chang, 2025; Janošková et al., 2024). همچنین تأکید خبرگان بر نقش زیرساخت در امکان‌پذیر کردن تحلیل داده، شخصی‌سازی و پاسخ‌گویی سریع با نگاه داده‌محور به حکمرانی هوشمند هم‌خوانی دارد که نقش فناوری را نه ابزاری جانبی، بلکه پیش‌ران تحول خدمت عمومی می‌بیند (Han, 2025).

پس از زیرساخت، تنظیم‌گری و سیاست‌گذاری در جایگاه لایه‌ی اثرگذار بعدی قرار گرفت و نشان داد که در خدمات سلامت از راه دور، صرف توسعه‌ی فناوری و کانال‌های دیجیتال کافی نیست، زیرا نبود استانداردهای کیفیت، قواعد حفاظت از داده و سازوکارهای نظارتی بر بازاریابی و تبلیغات می‌تواند مشروعیت خدمت را تضعیف کند. این یافته با پژوهش‌های حوزه‌ی حکمرانی هوشمند در خدمات عمومی هم‌راستاست که تنظیم‌گری را شرط لازم برای کارایی و اعتماد در تحول دیجیتال معرفی می‌کنند (Saputro et al., 2025; Sulistiyo, 2024). همچنین با مطالعاتی که به نقش تنظیم‌گری هوش مصنوعی، شفافیت الگوریتمی و پاسخ‌گویی در خدمات عمومی اشاره کرده‌اند، هم‌خوانی قابل‌توجهی دارد؛ یعنی همه‌ی آن‌ها اتفاق نظر دارند که فناوری‌های هوشمند، در صورت فقدان چارچوب مسئولیت‌پذیری، می‌توانند به تصمیم‌های غیرشفاف و آسیب به اعتماد عمومی منجر شوند (Adewusi et al., 2024; Satheesh et al., 2025; Rajani, 2026). در همین راستا، توجه به حکمرانی پلتفرمی و ضرورت قواعد شفاف برای مدیریت داده و تعامل ذی‌نفعان با یافته‌های این پژوهش درباره‌ی جایگاه بالای سیاست‌گذاری و نظارت هم‌سوست (Haida, 2025).

در سطوح میانی مدل، شمول و دسترسی عادلانه و ارزیابی و بهبود مستمر همراه با مشارکت و هم‌آفرینی ارزش قرار گرفتند که نشان‌دهنده‌ی نقش واسطه‌ای این مؤلفه‌ها در تبدیل ظرفیت‌های فناورانه و قواعد سیاستی به نتایج ملموس برای شهروندان و بیماران است. قرار گرفتن شمول دیجیتال در سطح میانی حاکی از آن است که عدالت دسترسی نه‌فقط پیامد نهایی، بلکه سازوکاری است که بر تجربه‌ی کاربر، پذیرش خدمت و حتی اعتماد اثر می‌گذارد. این نتیجه با پژوهش‌های مرتبط با شکاف دیجیتال و عدالت سلامت دیجیتال هم‌سویی دارد که نشان داده‌اند سواد دیجیتال و امکان دسترسی، پیش‌شرط بهره‌مندی از خدمات عمومی دیجیتال است و بدون آن گروه‌هایی از چرخه خدمت کنار گذاشته می‌شوند (Lohr, 2025; Ji, 2024; Mansaray et al., 2026). همچنین، تأکید مدل بر ارزیابی و بهبود مستمر با ادبیات کیفیت خدمات عمومی دیجیتال هم‌خوان است که کیفیت ادراک‌شده و اعتماد عمومی را نتیجه‌ی پایش مستمر و اصلاح فرایندها می‌داند (Husin et al., 2026; Buryk et al., 2025).

هم‌زمان، نقش مشارکت و هم‌آفرینی ارزش در ساختار مدل نیز با مطالعاتی هم‌سوست که هم‌آفرینی ارزش عمومی و مشارکت ذی‌نفعان را موتور



یکی از یافته‌های مهم این پژوهش، قرار گرفتن تعامل و تجربه‌ی کاربر و راهبردهای بازاریابی دیجیتال در ناحیه‌ی پیوندی MICMAC بود؛ یعنی این دو مؤلفه هم اثرپذیری زیادی از زیرساخت، سیاست‌گذاری، شمول و مشارکت دارند و هم تأثیری معنادار بر شکل‌گیری اعتماد و مشروعیت دارند. چنین جایگاهی نشان می‌دهد بازاریابی سلامت از راه دور در خدمات عمومی دیجیتال باید از حالت تبلیغ صرف فاصله بگیرد و به مدیریت تجربه، ارتباطات شفاف، پشتیبانی کارآمد و ارائه‌ی ارزش ادراک‌شده تبدیل شود. این نتیجه با شواهد حوزه‌ی بازاریابی سلامت دیجیتال هم‌راستاست که نشان داده‌اند طراحی تجربه‌ی بیمار و پیام‌رسانی هدفمند نقشی کلیدی در کاهش ریسک ادراک‌شده و افزایش اعتماد دارد (Dapko et al., 2025; Todua et al., 2024). همچنین با یافته‌های پژوهش‌های مرتبط با وفاداری و تداوم استفاده در محیط دیجیتال هم‌خوان است که نقش کیفیت خدمت، اعتماد و رضایت را در وفاداری تقویت‌شده در خدمات پریسک نشان می‌دهند (Pereira et al., 2025; Mayasari, 2025; Rachmat, 2025; Aboalghanam & Alzghoul, 2025). افزون بر این، جایگاه پیوندی تجربه‌ی کاربر با ادبیات اعتماد در سلامت دیجیتال هم هم‌سوست، به گونه‌ای که اعتماد نه فقط از طریق وعده‌های تبلیغاتی، بلکه از مسیر تجربه‌ی واقعی، احساس امنیت داده و کیفیت تعامل شکل می‌گیرد (Catapan et al., 2025).

درنهایت، اعتماد و مشروعیت دیجیتال به عنوان خروجی و سطح نهایی مدل قرار گرفت و در تحلیل MICMAC نیز در ناحیه‌ی وابسته شناسایی شد؛ یعنی بیش‌ترین وابستگی را به سایر مؤلفه‌ها دارد و محصول عملکرد کلی نظام حکمرانی هوشمند بازاریابی است. این نتیجه از منظر نظری معنادار است، زیرا در خدمات سلامت از راه دور اعتماد نتیجه‌ی زنجیره‌ای علی است: زیرساخت مناسب امکان کیفیت و تداوم خدمت را فراهم می‌آورد، سیاست‌گذاری و تنظیم‌گری مرزهای اخلاقی و حقوقی را روشن می‌کند، شمول و مشارکت مشروعیت اجتماعی به وجود می‌آورد، تجربه‌ی کاربر و بازاریابی دیجیتال ارزش ادراک‌شده را افزایش می‌دهد و درنهایت اعتماد عمومی تثبیت می‌شود. این تبیین با ادبیات خدمات عمومی دیجیتال هم‌خوان است که ارزش عمومی و اعتماد شهروند را پیامد نهایی تحول دیجیتال می‌داند (Guo et al., 2025; Chang, 2025). همچنین با نتایج پژوهش‌هایی که نقش کیفیت خدمات الکترونیک دولت را در اعتماد عمومی برجسته کرده‌اند هم‌راستاست (Husin et al., 2026). در سطح کاربردی نیز این یافته با مطالعات داخلی درباره‌ی توسعه‌ی پزشکی از راه دور هم‌خوانی دارد که نشان داده‌اند چالش‌های کیفیت، آموزش ارائه‌دهندگان و الزامات عملکردی سامانه‌ها، در صورت حل‌نشدن، مانع گسترش پایدار این خدمات می‌شود (پورسلیمان، ۱۴۰۱؛ ترابی‌پور همدانی، ۱۴۰۰؛ کهزادی، ۱۴۰۳). از سوی دیگر، پیوند میان حکمرانی و بازاریابی در این پژوهش با جریان پژوهش‌های داخلی در حوزه‌ی مدل‌سازی بازاریابی دیجیتال و سلامت‌محور هم‌راستاست؛ با این تفاوت که در اینجا بازاریابی، نه صرفاً در منطق بازار و رقابت، بلکه درون منطق خدمت عمومی دیجیتال و حکمرانی داده قرار داده شده است (خدایی‌سرخانلو، ۱۴۰۳؛ صابری، ۱۴۰۲؛ لطفی‌آشتیانی، ۱۴۰۲). همچنین نوعی هم‌سویی مفهومی با پژوهش‌های داخلی مرتبط با حکمرانی هوشمند و عدالت/مشارکت الکترونیکی دیده می‌شود که اهمیت ارزش‌های عمومی در طراحی مدل‌های حکمرانی را برجسته کرده‌اند (عابدپور، ۱۴۰۳؛ فیض‌اللهی، ۱۴۰۲).

با وجود دستاوردهای پژوهش، برخی محدودیت‌ها باید در تفسیر نتایج لحاظ شود. نخست، داده‌های کیفی مبتنی بر دیدگاه ۱۹ خبره بود و



هرچند تنوع تخصصی رعایت شد، امکان دارد برخی ذی‌نفعان اجرایی مانند مدیران میانی سازمان‌های بیمه، ارائه‌دهندگان خصوصی سلامت از راه دور یا نمایندگان گروه‌های بیمار به‌اندازه‌ی کافی در نمونه حضور نداشته باشند؛ بنابراین، ممکن است برخی ابعاد اجرایی یا تجربه‌محور کم‌تر بازتاب یافته باشد. دوم، روابط ISM بر اساس قضاوت خبرگان و مقایسه‌های زوجی شکل گرفت و هرچند این رویکرد برای ساختارسازی مفهومی مناسب است، شدت و وزن روابط را به‌صورت کمی برآورد نمی‌کند و قابلیت آزمون تجربی مستقیم ندارد. سوم، تحلیل در سطح مفهومی و کلان انجام شد و تفاوت‌های زمینه‌ای مانند نوع خدمت (مشاوره، پایش از راه دور، تریاژ)، سطح بلوغ دیجیتال سازمان‌ها و تفاوت‌های جمعیتی کاربران در مدل تفکیک نشده است. چهارم، استفاده از اکسل برای محاسبات و سطح‌بندی محدودیت‌هایی در تحلیل‌های پیشرفته‌تر و سناریوهای جایگزین ایجاد می‌کند.

با توجه به یافته‌ها و محدودیت‌ها، پیشنهادهای کاربردی زیر قابل طرح است. برای تقویت لایه‌ی زیرساختی، لازم است نهادهای متولی سلامت دیجیتال یکپارچه‌سازی سامانه‌ها، استانداردسازی تبادل داده و ارتقای پایداری و مقیاس‌پذیری پلتفرم‌ها را در اولویت قرار دهند تا ارائه‌ی خدمت بدون اختلال، تحلیل داده و شخصی‌سازی و نیز مدیریت ارتباط با کاربر در کانال‌های دیجیتال امکان‌پذیر شود. در سطح تنظیم‌گری، تدوین دستورالعمل‌های شفاف برای بازاریابی و تبلیغات خدمات سلامت از راه دور ضروری است، به‌گونه‌ای که حدود ادعاهای بازاریابی، الزامات اطلاع‌رسانی دقیق، سازوکار رسیدگی به شکایات و قواعد روشن برای حفاظت از حریم خصوصی و بهره‌گیری از ابزارهای هوش مصنوعی مشخص شود. برای ارتقای تجربه‌ی کاربر و اثربخشی بازاریابی توصیه می‌شود تمرکز از تبلیغ صرف به سمت مدیریت تجربه حرکت کند که شامل طراحی کاربرپسند، ساده‌سازی مسیر دریافت خدمت، پشتیبانی پاسخ‌گو، تولید محتوای آموزشی قابل فهم و تقویت اعتماد از طریق شفافیت در فرایند ارائه‌ی خدمت می‌شود. در حوزه‌ی شمول و عدالت دسترسی، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های توانمندسازی کاربران به‌ویژه گروه‌های آسیب‌پذیر و مناطق کم‌برخوردار طراحی شود، ازجمله آموزش سواد سلامت دیجیتال، طراحی رابط‌های ساده و پیش‌بینی راهکارهای حمایتی برای کاهش هزینه‌های دسترسی. برای تثبیت اعتماد و مشروعیت دیجیتال نیز لازم است نظام ارزیابی کیفیت و رضایت کاربران به‌صورت مستمر اجرا شود، شاخص‌های عملکردی به‌طور دوره‌ای پایش و گزارش شود و بازخوردهای کاربران به اصلاحات عملیاتی و بازنگری سیاست‌ها تبدیل شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، دامنه‌ی مشارکت ذی‌نفعان گسترش یابد و علاوه بر خبرگان، دیدگاه کاربران نهایی، ارائه‌دهندگان بخش خصوصی و بیمه‌ها نیز وارد فرایند مدل‌سازی شود تا مدل از نظر اجرایی واقع‌گرایانه‌تر گردد و امکان آزمون تجربی روابط میان مؤلفه‌ها فراهم شود.

تعارض منافع

درانجام مطالعه حاضر، هیچگونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

نگارندگان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که به تیم پژوهش کمک کردند و نظرات ارزشمندشان را در مورد متن مقاله‌ی حاضر ارائه دادند،



مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

این پژوهش با رعایت تمامی اصول اخلاق در پژوهش های انسانی انجام شده است.

شفافیت داده ها

داده ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Abedpour, H., Keramati, M., Mehrmanesh, & Kasraei, A. (2024). Designing a smart city governance model based on urban justice with an electronic participation approach for citizens' health. *Journal of Health Management*, 15(3), 55–77. (Persian). <https://www.sid.ir/paper/1590351/fa>.
- Aboalganam, K. M., & Alzghoul, A. (2025). The impact of digital marketing on the reputation of insurance companies: The role of service quality and brand trust. *Insurance Markets and Companies*, 16(1), 1. [https://doi.org/10.21511/ins.16\(1\).2025.01](https://doi.org/10.21511/ins.16(1).2025.01)
- Adewusi, B. A., Adekunle, B. I., Mustapha, S. D., & Uzoka, A. C. (2024). A conceptual model for responsible AI integration in public-facing digital services and platform governance. *International Journal of Scientific Research in Computer Science Engineering and Information Technology*. 10(3):735-767. DOI:10.32628/CSEIT2425416
- Aytekin, A., Alan, H., Demirel, H., Onur, N., Yalman, A., Livberber, T., & Yiğit-Açıkgöz, F. (2025). Digital health technologies in patient experience literature: A scoping review and future outlook for sustainable digital health interventions. *Sustainability*, 17(2), 456. DOI:10.3390/su17020456
- Bitomsky, L., Pfitzer, E., Nißen, M., & Kowatsch, T. (2025). Advancing health equity and the role of digital health technologies: A scoping review. *BMJ Open*, 15(6), e099306. DOI:10.1136/bmjopen-2025-099306
- Buryk, Z., Buryk, M., & Lapshyn, S. (2025). The quality management of public services in the digital age. *Public Management and Policy*. DOI:10.70651/3041-2498/2025.11.06
- Catapan, S. D. C., Taylor, M. L., Scuffham, P., Smith, A. C., & Kelly, J. T. (2025). Improving consumer trust in digital health: A mixed methods study involving people living with chronic kidney disease. *Digital Health*. DOI:10.1177/20552076241312440
- Chang, C.-C. (2025). Digital transformation and public value in sustainable governance: The role of Taiwan's smart city mobile payment platform in development, digital service, and citizen engagement. *Sustainability*. DOI:10.20944/preprints202511.0443.v1
- Dapko, J. L., Krause, E. A., & Falcon, S. (2025). Optimising marketing of telehealth services: Marketing to the right audience with the right message. *Management in Healthcare*, 9(4), 378–397. DOI:10.69554/QGZZ4913
- Diana, D., Salasaiah, S., & Boonsayan, R. (2025). Public service innovation in the era of Society 5.0: Data protection, governance, and regulation in Indonesia. *DISCOURSE Indonesian Journal of Social Studies and Education*. 3(1):61-72. DOI:10.69875/djosse.v3i1.315
- Duminićă, R., & Ilie, D. M. (2025). Building a digital future: Governance, smart cities and digital rights in a globalized world. *Journal of Law and Administrative Sciences*. 24:27-42. DOI:10.51865/JOLAS.2025.24.03
- Efendi, E. C., & Ningsih, Y. (2025). The implementation of smart cities in Indonesia: A literature study on technology based governance and public services. *JIAN - Journal Ilmiah Administrasi Negara*. 9(2):15-28. DOI:10.56071/jian.v9i2.1202
- Feizollahi, Y., Keshtkar-Hranaki, M., Norouzi, A. (2023). Presenting a conceptual model of the dimensions and components of organizational knowledge governance based on a systems approach. *Organizational Knowledge Management*, (23), 111–145. (Persian). <https://civilica.com/doc/1879184>.
- Guo, Y., Zhao, X., & Dong, Q. (2025). How digital government empowers public service delivery in China: Mechanisms from



- public value and technological empowerment perspectives. *Systems*, 14(1), 30. DOI:10.3390/systems14010030
- Haida, A. (2025). La gouvernance des services public's à l'ère du digital: Dynamiques relationnelles entre État, citoyens ET entreprises / Public service governance in the digital age: Relational dynamics between the state, citizens, and businesses. *International Journal of Research in Economics and Finance*. 2. 11:155-173. DOI:10.71420/ijref.v2i11.188
- Hajar, S., & Arma, N. A. (2024). Co-creating public value into digital-based public service innovation in the village governance. *Otoritas Journal Ilmu Pemerintahan*. 14(3):516-538. DOI:10.26618/ojip.v14i3.15891
- Han, Q. (2025). Data-driven smart governance for national fitness public services. *Economics & Management Information*. DOI:10.62836/emi.v4i5.517
- Husin, H., Hakim, L., & Huda, C. (2026). From digital literacy to public trust: The strategic role of e-government service quality. *Kinetik Game Technology Information System Computer Network Computing Electronics and Control*. DOI:10.22219/kinetik.v11i1.2418
- Janošková, P., Bajza, F., Repková-Štofková, K., Štofková, Z., & Loučanová, E. (2024). Business models of public smart services for sustainable development. *Sustainability*, 16(17), 7420. DOI:10.3390/su16177420
- Ji, H., Dong, J., Pan, W., & Yu, Y. (2024). Associations between digital literacy, health literacy, and digital health behaviors among rural residents: Evidence from Zhejiang, China. *International Journal for Equity in Health*. 23(1), 68. DOI:10.1186/s12939-024-02150-2
- Khodayi Sarkhanlou, J., Iranzadeh, S., Shahinpour, A., & Qarabiglou, H. (2024). Presenting the content marketing model with the approach of strengthening health tourism: a case study of Tehran city. *Space Geographic Survey*, (51), 39–56. (Persian). DOI:10.30488/gps.2024.437241.3723
- Kohzadi, Z., Dabbagh, A., Taheri, M., Emami, H., Ghasemi, M., & Kohzadi, Z. (2024). Functional and non-functional requirements of a telemedicine system for chronic pain management. *Journal of Health and Biomedical Informatics*, 11(4), 282–290. (Persian). <http://jhbmj.ir/article-1-900-fa.html>.
- Lakadawala, H., Dzigbede, K., & Chen, Y. (2026). Blockchain technology for public services: A polycentric governance synthesis. (Preprint). DOI:10.48550/arXiv.2602.05109
- Latip, Mirza, D., Lastri, N., & Aditiya, V. (2025). Optimizing digital public services for enhanced citizen satisfaction and transparent governance. *Urnl Ilmiah Manajemen Kesatuan*. 13(6):4563-4574. DOI:10.37641/jimkes.v13i6.4100
- Lohr, K. D. (2025). Digital literacy and access: Equity from a global and local perspective. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 2025(185), 39–43. DOI:10.1002/ace.20559
- Lotfi Ashtiani, SM., Andrewage, L., & Albonaimi, E. (2023). Presenting a digital marketing model in the Iranian medical tourism industry. *Tourism Management Studies*, 18(62), 161–202. (Persian). <https://doi.org/10.22054/tms.2023.73715.2837>.
- Mansaray, A., Bangura, M., Kamara, E., Gbongbor Mansaray, S., & Josiah, E. (2026). Digital inclusion and cloud-based public service delivery: Who gets left behind and why. *Journal of Scientific Reports*. 12(1):207-225. DOI:10.58970/JSR.1165
- Mayasari, R. A., & Rachmat, B. (2025). Digital marketing, patient satisfaction and loyalty in public healthcare: The role of digital marketing and service quality. *Journal of Business and Banking*. 15(01):1-20. DOI:10.14414/jbb.v15i01.5214
- Müller, A., & Schaaf, J. (2025). User or patient/human or person? Development of a practical framework for applying user-centered design to vulnerable populations for digital transformation in healthcare. *Digital Health*, 11. DOI:10.1177/20552076251375835
- Mustofa, A., Haryati, E., & Ismail, S. (2025). The impact of digital transformation on public services governance: A quality assessment scale approach in urban municipalities. *Journal of Governance and Regulation*. 14(4):156. DOI:10.22495/jgrv14i4art15
- Pereira, M. D. S., de Castro, B. S., Cordeiro, B. A., Peixoto, M. G. M., da Silva, E. C. M., & Gonçalves, M. C. (2025). Factors of customer loyalty and retention in the digital environment. *Journal of Theoretical and Applied Electronic Commerce Research*, 20(2), 71. DOI:10.3390/jtaer20020071
- Poursoliman, L., Sadeghi, M. (2022). Training of remote health service providers during the COVID-19 pandemic; perspectives, challenges and solutions. *Paramedical Sciences and Military Health*, 17(1), 48–57. (Persian). <http://jps.ajaums.ac.ir/article-1-307-fa.html>.
- Priowidodo, G., Indrayani, I. I., & Yogatama, A. (2024). Smart government-based governance through digital transformation of public services: Experience of Surabaya city government, Indonesia. *PERSPEKTIF*. 13(4):1176-1186. DOI:10.31289/perspektif.v13i4.12001
- Rajani, T. S. (2026). Smart governance: AI-driven public services for future India. DOI:10.37648/ijps.v21i02.003
- Ramadhan, E., Saparudi, E., & Nurani Hakim, G. P. (2025). Digital transformation of public services: Evaluation of the Jakarta Kini (JAKI) application in Jakarta's special capital region. *Monas Jurnal Inovasi Aparatur*. 7(2):92-104. DOI:10.54849/monas.v7i2.289
- Rukayat, Y., Kushendar, D. H., & Sopandi, E. (2025). Reframing smart governance in West Java: Embedding new public service values in digital transformation. *Jurnal Manajemen Pelayanan Publik*. 9(3):763-773. DOI:10.24198/jmpp.v9i3.66368
- Saberi, S., Zakipour, M., & Miri, A. (2023). Presenting a health tourism marketing model using a hybrid approach. *Advertising and Sales Management*, (15), 195–210. (Persian). *JABM*.3.2.15564.980251521
- Saputro, S. D., Muda, S. K., Triambodo, F., Gumilang, I., & Amelia, N. W. (2025). Optimization of government management in the implementation of smart governance to enhance the efficiency of public services in Bekasi city. *Journal of Law Politic and*



Humanities. 6(2):1193-1198. DOI:[10.38035/jlph.v6i2.2674](https://doi.org/10.38035/jlph.v6i2.2674)

Satheesh, T., Babu, S., Mathew, F. A., Bhosale, Y. H., & Garg, R. K. (2025). Regulating AI in public services: Local governance approaches to emerging technologies. *Advances in Consumer Research*, 2(5), 2055-2062.

Scholta, H., & Lindgren, I. (2023). Proactivity in digital public services: A conceptual analysis. *Government Information Quarterly*. (Government Information Quarterly. DOI:[10.1016/j.giq.2023.101832](https://doi.org/10.1016/j.giq.2023.101832)

Sulistiyo, H. (2024). Dimension of smart governance in supporting public services in Madiun city, East Java province. *Jurnal Politik Pemerintahan Dharma Praja* 17(2):47-58. DOI:[10.33701/jppdp.v17i2.4812](https://doi.org/10.33701/jppdp.v17i2.4812)

Todua, N., Jashi, C., & Todua, N. (2024). The role of social media in healthcare marketing. In *Modern healthcare marketing in the digital era* (pp. 26–41). IGI Global. DOI:[10.4018/979-8-3693-0679-6.ch002](https://doi.org/10.4018/979-8-3693-0679-6.ch002)

Torabipour Hamedani, A., Minaei, F., Jahanbani-Vashare, E., & Zarei, J. (2021). Providing a model for implementing telemedicine: A case study of Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences. *Modern Medical Informatics*, 7(4), 4–13. (Persian). [10.52547/jmis.7.4.4](https://doi.org/10.52547/jmis.7.4.4)

Varadarajan, R. (2024). Inclusive innovations in services: Leveraging digital technologies for inclusive innovations in healthcare services. *European Journal of Marketing*. 58(13):107-129. DOI:[10.1108/EJM-02-2023-0080](https://doi.org/10.1108/EJM-02-2023-0080)



Structural Modeling of Smart Governance of Telehealth Services Marketing in the Context of Digital Public Services

Extended Abstract

Introduction

Digital transformation in the last decade has shifted the traditional boundaries of public service delivery and has pushed governments towards digital public services; services that are supposed to be scalable, transparent, citizen-centric, and data-driven, while simultaneously generating public value. In the meantime, the health sector is considered one of the most complex areas for digital governance due to the high sensitivity of data, information asymmetry between the provider and the recipient, and the need for institutional trust; especially when remote health services (telehealth/telemedicine) are expanded as part of digital public services. Therefore, the present study seeks to answer the question of what is the structural model of smart governance of remote health services marketing in the context of digital public services.

Methodology

The present study was designed with a mixed approach and with a predominance of the qualitative part. In the first step, in order to identify the dimensions and components of smart governance in telehealth marketing, content analysis with an interpretive approach was used. In the second step, in order to explain the relationships between the extracted components and organize them in the form of a coherent conceptual model, the structural-interpretive modeling method was used. This combination of methods enabled the deep exploration of concepts in the qualitative part as well as the logical and hierarchical organization of the relationships between them in the quantitative part and led to the design of the final model.

In the qualitative part of the research, 19 experts from related fields participated. These individuals were selected from among university faculty members, managers and experts in the field of digital health, health services management specialists, health information technology experts, and experts in the field of digital marketing. The sample composition was considered in such a way that diversity of specialization and professional experience was observed. Most participants had a PhD or were pursuing a PhD and had a background in digital health, such as authoring a scientific paper, participating in research projects, or working in the field. Their professional experience ranged from 5 to 18 years, and they all had some level of familiarity with policymaking, design, implementation, or evaluation of telehealth services and their digital marketing. Purposive sampling continued until conceptual saturation was reached.

Results

As a result of the analyses, 44 basic themes were identified in the form of 9 overarching themes. In the second stage, the structural-interpretive modeling method was used to explain the relationships between overarching themes. The results showed that infrastructure and technological innovation, regulation and policymaking are located in the basic layers of the model and have the greatest influence on other components. At the intermediate levels, the components of inclusion and equitable access, continuous evaluation and improvement, participation and co-creation of value, interaction and user experience, and digital marketing strategies were placed, which play an intermediary role in the transmission of structural effects. Finally, digital trust and legitimacy were placed at the top of the model as the final outcome. The results of the influence and dependency analysis also showed that the smart governance structure of telehealth services marketing begins from the infrastructure and policy layers and ultimately leads to the formation of public trust. This model can be used as a conceptual framework for policymakers, digital health managers, and telehealth platform designers to improve efficiency, transparency, and trust in digital public services.



Discussion and Conclusion

The findings of this study showed that smart governance of telehealth marketing in the form of digital public services is a multilayered and networked phenomenon that is formed by the simultaneous interaction of technological, institutional, communicational, and justice-oriented components. The hierarchical structure obtained from ISM indicates that technological infrastructure and innovation, as the main foundation and driver, have the greatest influence on other dimensions, and without it, the formation of sustainable marketing and service delivery mechanisms in digital platforms is not possible. This result is in line with the digital public services literature, which considers the success of digital services to be dependent on technical architecture, interoperability, scalability, and data utilization capacity. At the regulatory level, it is essential to develop transparent guidelines for telehealth marketing and advertising, so that the limits of marketing claims, accurate information requirements, complaint handling mechanisms, and clear rules for protecting privacy and using artificial intelligence tools are specified. To improve user experience and marketing effectiveness, it is recommended to shift the focus from mere advertising to experience management; including user-friendly design, simplifying the service delivery path, responsive support, producing understandable educational content, and strengthening trust through transparency in the service delivery process. In the area of inclusion and access equity, it is recommended to design user empowerment programs, especially for vulnerable groups and underserved areas; including digital health literacy training, designing simple interfaces, and anticipating support solutions to reduce access costs. To establish digital trust and legitimacy, it is also necessary to continuously implement a quality and user satisfaction evaluation system, periodically monitor and report performance indicators, and convert user feedback into operational improvements and policy revisions. It is also suggested that in future studies, the scope of stakeholder participation be expanded and, in addition to experts, the perspectives of end users, private sector providers, and insurers be included in the modeling process to make the model more realistic in terms of implementation and to enable empirical testing of the relationships between components.

Keywords: Smart Governance, Digital Marketing, Telehealth Services, Digital Public Services, Digital Trust.

Conflict of Interest

The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this study.

Acknowledgment

The authors would like to express their sincere gratitude to all individuals who assisted the research team and provided valuable feedback on the manuscript of this article. This article was extracted from a doctoral dissertation.

Author Contributions

All authors contributed equally to the preparation of this manuscript.

Ethical Considerations

This study was conducted in accordance with all ethical principles for human research.

Data Transparency

The data and references supporting the findings of this study are available from the corresponding author upon reasonable request, provided that copyright and privacy policies are respected.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

