MHJ
LUMORA JOURNALS
المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية
المجلد 1، العدد 3 (2025) · e-ISSN 3152-8775
مراجعة سردية مستهدفة مع مقترح منهجي غير محقق الصلاحية · DOI: غير مسجل

من نتيجة إيجابية لتحري عنق الرحم إلى إكمال المتابعة: إطار مقترح للقياس على مستوى الأحداث في الخدمات السعودية والخليجية

أكشارا ميشرا جونيور[1]،*، العنود حمزة عسيري[2]، اليساندرو ليبريتي[3]، الكسندر هاريسون[4]، الكسندرا دوبينسكايا[5]

تاريخ التقديم	تاريخ القبول	تاريخ النشر
20 مارس 2025	25 مارس 2025	31 مارس 2025

[1] كلية الطب SGT، جورجاون، الهند

[2] كلية البترجي الطبية

[3] مستشفى جامعة ماجوري ديلا كاريتا، نوفارا، إيطاليا

[4] كلية الطب بجامعة كنتاكي، ليكسينغتون، الولايات المتحدة

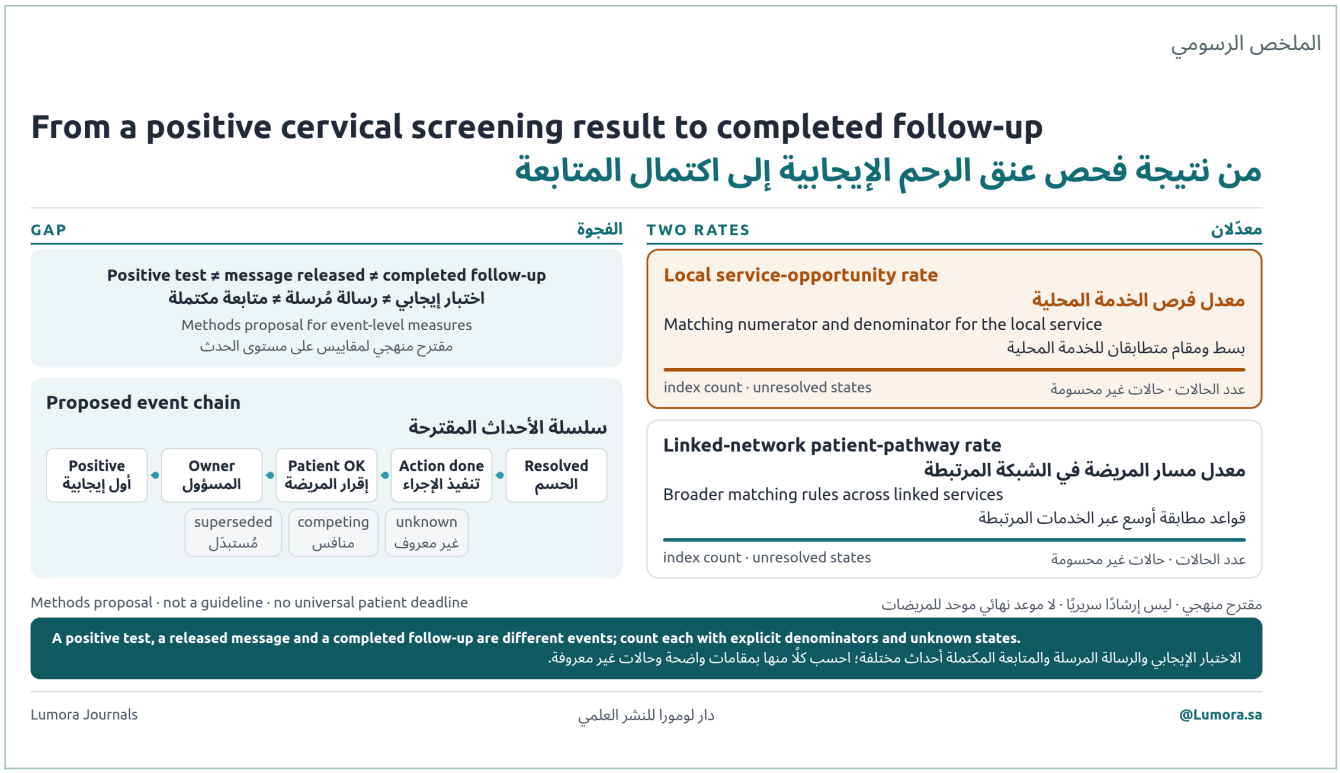
[5] مركز سيدارز سيناي الطبي، لوس أنجلوس، الولايات المتحدة

* المراسلة: fatemalumora@gmail.com

النسخة العربية من المقال. عند أي اختلاف تُعتمد النسخة الإنجليزية.

للاستشهاد: أكشارا ميشرا جونيور، العنود حمزة عسيري، اليساندرو ليبريتي، الكسندر هاريسون، الكسندرا دوبينسكايا. من نتيجة إيجابية لتحري عنق الرحم إلى إكمال المتابعة: إطار مقترح للقياس على مستوى الأحداث في الخدمات السعودية والخليجية. المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية. 2025;1(3):MHJ-2026-000348. © المؤلفون. منشور بنظام الوصول المفتوح بموجب رخصة المشاع الإبداعي نَسب المُصنَّف 4.0 الدولية (CC BY 4.0)، https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/.

الملخص



تتوقف فائدة تحري فيروس الورم الحليمي البشري على إتمام الفحوص أو إجراءات التشخيص والمتابعة الملائمة بعد النتيجة الإيجابية. تختلف الخطوات اللاحقة باختلاف النمط الجيني والاختبارات المرافقة والسوابق السريرية والطاقة الاستيعابية للخدمة. هذا العمل مراجعة سردية غير منهجية للأبحاث والإرشادات المتاحة حتى سبتمبر 2026، ويقترح عقدًا توثيقيًا لربط نتيجة الفحص وتكليف المسؤولية والتواصل مع المريضة ثم الإجراء المنفذ وحالة الحلقة. يجب التمييز بين مؤشر فرصة الخدمة ضمن مؤسسة واحدة ومؤشر مسار المريضة بين المؤسسات، لأن البسط والمقام ومصادر السجل تختلف. الإطار المقترح لم يُختبر في مجموعة مرضى ولم تُحسب له نسبة نجاح فعلية؛ ولا يغني عن الإرشادات السريرية المحلية.

الكلمات المفتاحية: فحص سرطان عنق الرحم؛ فيروس الورم الحليمي البشري؛ نتيجة غير طبيعية؛ المتابعة التشخيصية؛ قياس الجودة؛ المملكة العربية السعودية؛ مجلس التعاون الخليجي

الخلفية

تؤكد برامج الوقاية من سرطان عنق الرحم أن عدد اختبارات التحري وحده ليس مقياسًا كافيًا للفائدة. وللنتيجة الإيجابية معانٍ مختلفة حسب نوع اختبار فيروس الورم الحليمي البشري ونتائج الفحوص المصاحبة والعمر والتاريخ السابق. قد تحتاج المريضة تنظيرًا أو مراقبة مجدولة أو تدخلًا آخر وفق دليل ساري.

منهج مراجعة الأدلة

جُمعت بصورة مستهدفة دراسات المتابعة ومؤشرات الأداء والتدخلات وإرشادات WHO وASCCP المتاحة حتى 28 سبتمبر 2026. لم تُنفذ مراجعة منهجية ولم تُجرَ تجربة تدخل أو تحليل بيانات مرضى. تقدم النتائج تركيبًا نقديًا ومقترحًا تنفيذيًا لا دليلًا على فعالية محققة.

قاعدة الإجراء السريري ونسختها

يجب ربط النتيجة الأولية بالمختبر والتاريخ والنمط الجيني والاختبارات المرافقة وتاريخ المريضة السريري والدليل المستخدم وتاريخ سريانه. ولا يصح تحديد مهلة واحدة لجميع الحالات أو استبدال الحكم السريري الآمن بمؤشر زمني موحد.

سلسلة الأحداث

يبدأ العقد المقترح بنتيجة نهائية صحيحة، يليها إسناد واضح لمسؤولية القراءة، ثم توثيق وصول المعلومة إلى المريضة، وتحديد الإجراء المطلوب، وقبول الإحالة أو الطلب، وتنفيذ الزيارة أو الإجراء، وتوثيق نتيجته وحالة المتابعة. يجب تسجيل النتائج المبطلة والمكررة والحالات غير المعروفة والتحويل والرفض والوفاة دون إسقاطها بلا مبرر من المقام.

المؤشرات والمقامات

يُقترح تجميد مجموعة من أولى النتائج الإيجابية الصحيحة لكل مريضة خلال الفترة المحددة. ثم قياس فرص الإنجاز المناسبة ضمن الخدمة المحلية على نحو منفصل عن إنجاز المسار عبر شبكة مترابطة من مقدمي الرعاية. لكل مؤشر تعريف خاص للمقام والبسط ونطاق تغطية الجهات والنتائج غير المحسومة؛ وتصحيح السجلات المكررة يستدعي تحديثًا قابلاً للتتبع.

الحوكمة والإنصاف

قد تتوزع النتائج المختبرية والمواعيد والإحالات والنسجيات بين نظم مستقلة، مما يستدعي اتفاقيات ربط سجلات وحماية خصوصية وتحديد من يملك القرار السريري. ويجب فحص تأخر الخدمات بين الفئات والمناطق دون الإيحاء بأن الأداة المقترحة مثبتة الفائدة.

الحدود والخلاصة

لا تكفي سجلات الأحداث وحدها للحكم على ملاءمة كل قرار طبي. يجب اختبار صحة التصنيف والمقام وإمكان الربط والتغطية والتكاليف في مشروع محلي قبل الاعتماد على المؤشرات المقترحة في تقييم المؤسسات.

الجداول

جدول 1. أدوار الأدلة ومستوى التقييم وخيارات التنفيذ المتبقية.

Evidence role and setting	What was checked and supplied	Remaining implementation choice
WHO indicators and strategy [1,2,3,9,10]	Original global documents: screening, eligible treatment, retention and follow-up capacity.	Bind each required step and horizon to local events.
ASCCP guidance [4,5,6,7,8]	U.S. risk/specimen actions; official recommendations and bibliographic records.	Approve a governing local protocol before action assignment.
Italian/PROSPR/Cameroon [11,12,13,14]	Prior process and programme measures; bibliographic records and accessible reports.	Specify episode keys, linkage and evidence provenance.
Reviews and Atlas trial [20,21,22,23]	Open pivotal reports: heterogeneous completion and trial endpoints, mostly outside the Gulf.	Validate applicability and avoid pooling unlike clocks.
Atlas decision support [24]	U.S. case-finding comparison checked through PubMed record.	Validate local eligibility, precision and recall.
Saudi/Gulf context [15,16,17,18,19]	Survey/review records: awareness and uptake, not linked follow-up.	Test local data linkage and patient acceptability.

جدول 2. سجل الحدث المقترح لحلقة متابعة إيجابية لفيروس الورم الحليمي البشري.

Field or event	Minimum auditable content	Why a binary status alone is insufficient
Index result	Patient key, accession, specimen, final category, amendment/duplicate status, timestamp, source [2,3,8].	An order or invalidated positive is not a valid index.
Action rule	Approved version, relevant history, route and due date [3,4,5,6,7,8].	HPV positivity has several appropriate routes.
Review/owner	Acknowledgment, named service, acceptance and escalation [23,24,31,32].	EHR routing does not prove ownership.
Communication	Channel, language, attempts, direct patient contact and acknowledgment evidence [17,29,30].	Dispatch, proxy contact, receipt and comprehension differ.
Service	Order, accepted referral, offered slot, performed action [21,23,28].	Booking does not prove attendance.

Why a binary status alone is insufficient	Minimum auditable content	Field or event
An attended visit may create another obligation.	Triage/pathology, decision, indicated treatment, surveillance [3,9,10,12,13].	Resolution
Competing states and missing records are not completion.	Dated death, accepted responsibility transfer, informed decline, supersession, unknown status.	Exceptions

جدول 3. قواعد القاسم والساعة المقترحة ليتم اختبارها محليًا.

Clock and explicit alternative states	Proposed numerator and denominator	Measure
Finalization to clinician acknowledgment; show feed failure.	Acknowledged results / N_0 index episodes.	Review [23,24]
Finalization to acknowledgment; show dispatch, proxy and unknown separately.	Direct patient acknowledgment / N_0 index episodes.	Communication [29,30]
Due-date clock; accepted responsibility transfer before local completion is a visible competing state.	C_a(local) / D_a(local) for each rule-assigned action.	Next action, originating service [3,4,5,6,7,8]
Retain transfers in denominator; verify receiving-service performance, show unknown outcomes.	C_a(network) / D_a(network) for the same action and cohort version.	Next action, linked network [3,4,5,6,7,8]
Procedure/pathology to decision; show missing pathology.	Signed clinical decision / performed diagnostic actions.	Disposition [9,12,26]
Indication to delivery; show decline and alternative plans.	Delivered / adjudicated treatment-eligible people.	Treatment [9,10]
Preserve each WHO horizon; report non-equivalence to both proposed action rates.	Attendance / WHO step-eligible population.	WHO retention [3,10]

جدول 4. أسئلة التحقق من الصحة قبل أن تستخدم الخدمة العقد المقترح.

A finding that requires repair before scale-up	Test in a local pilot	Domain
Wrong triage, colposcopy or surveillance route.	Independently adjudicate stratified cases.	Eligibility [3,4,5,6,7,8,24]
Missed cases or false overdue flags.	Compare extraction with accession and chart lists.	Capture [12,13,24,31,32]
Impossible sequences or interface artefacts.	Reconcile result, import, referral and pathology times.	Linkage [3,9,10]

Domain	Test in a local pilot	A finding that requires repair before scale-up
Communication [17,29,30]	Audit dispatch, receipt and comprehension.	Dispatch coded as confirmed receipt.
Missingness [21,25]	Stratify unknown, external, transfer and not-yet-due.	Data loss coded as success or nonadherence.
Equity [15,16,17,18]	Co-design messages; audit access and capture by group.	Aggregate rate hides unequal opportunity.

الإقرارات

التمويل: لم يتلقَّ هذا البحث أي تمويل خارجي. تضارب المصالح: يقر المؤلفون بعدم وجود تضارب في المصالح.

المراجع

1. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. Geneva: WHO; 2020. ISBN 9789240014107. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336583/9789240014107-eng.pdf.

2. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. Geneva: WHO; 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240030824.

3. World Health Organization. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention: use of human papillomavirus (HPV) DNA genotyping. Geneva: WHO; 2026. https://www.who.int/publications/i/item/9789240121744.

4. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. J Low Genit Tract Dis. 2020;24(2):102-131. doi:10.1097/LGT.0000000000000525. PMID:32243307.

5. Perkins RB, Guido RS, Castle PE, et al. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines: Updates Through 2023. J Low Genit Tract Dis. 2024;28(1):3-6. doi:10.1097/LGT.0000000000000788. PMID:38117563.

6. Massad LS, Clarke MA, Perkins RB, et al. Applying Results of Extended Genotyping to Management of Positive Cervicovaginal Human Papillomavirus Test Results: Enduring Guidelines. J Low Genit Tract Dis. 2025;29(2):134-143. doi:10.1097/LGT.0000000000000865. PMID:39791481.

7. Clarke MA, Wentzensen N, Perkins RB, et al. Recommendations for Use of p16/Ki67 Dual Stain for Management of Individuals Testing Positive for Human Papillomavirus. J Low Genit Tract Dis. 2024;28(2):124-130. doi:10.1097/LGT.0000000000000802. PMID:38446575.

8. Wentzensen N, Massad LS, Clarke MA, et al. Self-Collected Vaginal Specimens for HPV Testing: Recommendations From the Enduring Consensus Cervical Cancer Screening and Management Guidelines Committee. J Low Genit Tract Dis. 2025;29(2):144-152. doi:10.1097/LGT.0000000000000885. PMID:39982254.

9. World Health Organization. Framework for Monitoring the Implementation of the WHO Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem: Indicator Metadata. Geneva: WHO; 2023. https://www.who.int/publications/m/item/framework-for-monitoring-the-implementation-of-the-who-global-strategy-to-accelerate-the-elimination-of-cervical-cancer-as-a-public-health-problem.

10. World Health Organization. Evidence-informed guidance for the implementation of HPV-based cervical cancer screening programmes. Geneva: WHO; 2026. https://www.who.int/publications/i/item/9789240124172.

11. Zorzi M, Giorgi Rossi P, Gruppo di lavoro GISCI sugli Indicatori dello screening con test HPV primario. Indicators for monitoring screening programs with primary HPV test. Epidemiol Prev. 2017;41(1 Suppl 1):1-32. doi:10.19191/EP17.1S1.P001.001. PMID:28322534.

12. Beaber EF, Kim JJ, Schapira MM, et al. Unifying screening processes within the PROSPR consortium: a conceptual model for breast, cervical, and colorectal cancer screening. J Natl Cancer Inst. 2015;107(6):djv120. doi:10.1093/jnci/djv120. PMID:25957378.

13. Barlow WE, Beaber EF, Geller BM, et al. Evaluating Screening Participation, Follow-up, and Outcomes for Breast, Cervical, and Colorectal Cancer in the PROSPR Consortium. J Natl Cancer Inst. 2020;112(3):238-246. doi:10.1093/jnci/djz137. PMID:31292633.

14. Levy J, de Preux M, Kenfack B, et al. Implementing the 3T-approach for cervical cancer screening in Cameroon: preliminary results on program performance. Cancer Med. 2020;9(19):7293-7300. doi:10.1002/cam4.3355. PMID:32757469.

15. Azzi A, Al-Dhelaan R, Al-Fahd A, et al. Assessment of awareness level among women about cervical smears, human papillomavirus (HPV), and HPV vaccine in Saudi Arabia. Sci Rep. 2025;15(1):44171. doi:10.1038/s41598-025-27814-z. PMID:41419744.

16. Mahmoud I, Al Eid MMA, Mohamed MA, et al. Human papillomavirus vaccination and Pap test uptake, awareness, and barriers among young adults in Gulf Cooperation Council countries: a comparative cross-sectional survey. J Infect Public Health. 2024;17(10):102525. doi:10.1016/j.jiph.2024.102525. PMID:39243689.

17. Jradi H, Bawazir A. Knowledge, attitudes, and practices among Saudi women regarding cervical cancer, human papillomavirus (HPV) and corresponding vaccine. Vaccine. 2019;37(3):530-537. doi:10.1016/j.vaccine.2018.11.065. PMID:30503079.

18. Bakraa RM, Al Tayeb YA, Al Dughaither AA. Knowledge and attitude toward Pap smear, human papilloma virus, and human papilloma virus vaccine among Saudi women. J Family Med Prim Care. 2026;15(4):1779-1785. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1310_25. PMID:42453220.

19. Alzamil L. Human papillomavirus vaccination and screening in GCC countries: review of current status, challenges, and future directions. J Clin Virol Plus. 2025;5(4):100235. doi:10.1016/j.jcvp.2025.100235.

20. Lopez Varon M, Geng Y, Fellman BM, et al. Interventions to increase follow-up of abnormal cervical cancer screening results: a systematic literature review and meta-analysis. PLoS One. 2024;19(2):e0291931. doi:10.1371/journal.pone.0291931. PMID:38381754.

21. Martinez-Gutierrez J, Chima S, Boyd L, et al. Failure to follow up abnormal test results associated with cervical cancer in primary and ambulatory care: a systematic review. BMC Cancer. 2023;23(1):653. doi:10.1186/s12885-023-11082-z. PMID:37438686.

22. Wang M, Maimaitiming M, Bi Y, et al. Compliance Rate With Triage Test and Treatment for Participants Screening Positive in Cervical Cancer Screening Programs: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2024;144(6):791-800. doi:10.1097/AOG.0000000000005723. PMID:39265171.

23. Atlas SJ, Tosteson ANA, Wright A, et al. A Multilevel Primary Care Intervention to Improve Follow-Up of Overdue Abnormal Cancer Screening Test Results: A Cluster Randomized Clinical Trial. JAMA. 2023;330(14):1348-1358. doi:10.1001/jama.2023.18755. PMID:37815566.

24. Atlas SJ, Burdick TE, Wright A, et al. Comparing clinical decision support systems for improving follow-up of abnormal cervical cancer screening test results. J Biomed Inform. 2025;170:104908. doi:10.1016/j.jbi.2025.104908. PMID:40935221.

25. Tiro JA, Lykken JM, Chen PM, et al. Delivering Guideline-Concordant Care for Patients With High-Risk HPV and Normal Cytologic Findings. JAMA Netw Open. 2025;8(1):e2454969. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.54969. PMID:39821397.

26. Feldman S, Lykken JM, Haas JS, et al. Factors associated with timely colposcopy following an abnormal cervical cancer test result. Prev Med. 2022;164:107307. doi:10.1016/j.ypmed.2022.107307. PMID:36270434.

27. Carrillo T, Montealegre JR, Bracamontes CG, et al. Predictors of timely diagnostic follow-up after an abnormal Pap test among Hispanic women seeking care in El Paso, Texas. BMC Womens Health. 2021;21(1):11. doi:10.1186/s12905-020-01161-9. PMID:33407351.

28. Paskett ED, Dudley D, Young GS, et al. Impact of Patient Navigation Interventions on Timely Diagnostic Follow Up for Abnormal Cervical Screening. J Womens Health. 2016;25(1):15-21. doi:10.1089/jwh.2014.5094. PMID:26625131.

29. Joseph NT, Namuli A, Kakuhikire B, et al. Implementing community-based human papillomavirus self-sampling with SMS text follow-up for cervical cancer screening in rural, southwestern Uganda. J Glob Health. 2021;11:04036. doi:10.7189/jogh.11.04036. PMID:35003710.

30. Mungo C, Ibrahim S, Bukusi EA, et al. Scaling up cervical cancer prevention in Western Kenya: treatment access following a community-based HPV testing approach. Int J Gynaecol Obstet. 2021;152(1):60-67. doi:10.1002/ijgo.13171. PMID:32347550.

31. Saraiya M, Colbert J, Bhat GL, et al. Computable Guidelines and Clinical Decision Support for Cervical Cancer Screening and Management to Improve Outcomes and Health Equity. J Womens Health. 2022;31(4):462-468. doi:10.1089/jwh.2022.0100. PMID:35467443.

32. Rim SH, Colbert J, Kobernik E, et al. Building Computable Guidelines and Clinical Decision Support Tools for Cervical, Breast and Colorectal Cancer Screening and Risk Management: A CDC Initiative Update. J Womens Health. Published online September 22, 2026. doi:10.1177/15409996261489070. PMID:42773784.

33. Mooses K, Šavrova A, Pajusalu M, et al. Using electronic health records to evaluate the adherence to cervical cancer prevention guidelines: a cross-sectional study. Prev Med. 2024;183:107982. doi:10.1016/j.ypmed.2024.107982. PMID:38701952.

34. Liang LA, Zeissig SR, Schauberger G, et al. Colposcopy non-attendance following an abnormal cervical cancer screening result: a prospective population-based cohort study. BMC Womens Health. 2022;22(1):285. doi:10.1186/s12905-022-01851-6. PMID:35810270.

35. Kristiansen BK, Andersen B, Bro F, et al. Impact of GP reminders on follow-up of abnormal cervical cytology: a before-after study in Danish general practice. Br J Gen Pract. 2017;67(661):e580-e587. doi:10.3399/bjgp17X691913. PMID:28716995.

المجلة متعددة التخصصات للرعاية الصحية · المجلد 1، العدد 3 (2025) · https://creativecommons.org/licenses/by/4.0 · CC BY 4.0/