

# STAVOVI I ZNANJA LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE O SINDROMU IRITABILNOG CRIJEVA

IVANA KELAVA<sup>1,4</sup>, VEDRAN KARABEG<sup>2</sup> i STANISLAVA STOJANOVIĆ ŠPEHAR<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Dom zdravlja Zagreb Zapad, Ordinacija opće medicine Prilaz Baruna Filipovića 11, <sup>2</sup>Dom zdravlja Zagreb Centar, Ordinacija opće medicine Kruge 44, <sup>3</sup>Privatna specijalistička ordinacija obiteljske medicine doc. dr. sc. Stanislava Stojanović-Špehar, Zagreb i <sup>4</sup>Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Katedra obiteljske medicine, Zagreb, Hrvatska

Dijagnosticiranje sindroma iritabilnog crijeva (SIC) je često problem liječniku obiteljske medicine (LOM) jer se oslanja na simptome bez konkretnih bioloških biljega. Cilj rada bio je ispitati stavove i znanja LOM u prepoznavanju i liječenju pacijenata oboljelih od SIC-a. Ispitivanje je provedeno na 51 LOM koji u skrbi imaju 87.000 pacijenata od kojih oko 1.530 sa SIC-om, iz dva doma zdravlja u Zagrebu, temeljem upitnika sastavljenog za ovo istraživanje. Upitnik je sadržavao pitanja o stavovima LOM-a, znanju o SIC-u temeljem *vignette* i općenito. U usporedbi s drugim bolnim stanjima, LOM imaju najmanje samopouzdanja, najmanje zadovoljstva, troše puno vremena i najteže im je dijagnosticirati i liječiti pacijente oboljele od SIC-a. U prikazu slučaja temeljem *vignette* LOM su točno odgovorili da se radi o SIC-u (84 %) i najviše bi ih dalo dijetetski savjet i pratili pacijenta (67 %). Za dijagnozu SIC-a najveći dio liječnika smatra nužnim uzeti u obzir dijagnostičke kriterije, isključiti alarmantne simptome i napraviti osnovne laboratorijske pretrage (39 %). Većina LOM smatra SIC funkcionalnim poremećajem crijeva (92 %), 63 % liječnika koristi dijagnostičke kriterije za SIC, a 61 % ih je upoznato s Rimskim III kriterijima za SIC. Gastroenterologa bi konzultiralo 53 % LOM u slučaju nesigurnosti u dijagnozu i 35 % LOM kod neučinkovitosti liječenja. Većina (51 %) u liječenju SIC-a prepisuje farmakoterapiju za funkcionalne poremećaje crijeva. LOM su pokazali veliko znanje u prepoznavanju i dijagnosticiranju SIC-a, ali u odnosu na druga bolna stanja imaju malo samopouzdanja, malo zadovoljstva, troše puno vremena i najteže im je dijagnosticirati i liječiti pacijente oboljele od SIC-a. Potrebna je daljnja edukacija s aktivnijim pristupom u obliku radionica koje bi uz napredovanje znanja mogle utjecati i na promjenu stavova.

**Ključne riječi:** sindrom iritabilnog crijeva, liječnici obiteljske medicine, stavovi, znanje

**Adresa za dopisivanje:** Ivana Kelava, dr. med.  
Ambulanta opće medicine  
Gandhijeva 5  
10 090 Zagreb, Hrvatska  
E-pošta: [ivana.kelava@yahoo.com](mailto:ivana.kelava@yahoo.com)

## UVOD

Sindrom iritabilnog crijeva (SIC) je funkcionalni poremećaj crijeva koji se prikazuje bolovima u trbuhu, poremećajima u pražnjenju crijeva, napuhanošću bez prisustva organske bolesti (1). Pacijenti sa sindromom iritabilnog crijeva (SIC) vrlo su česti posjetioci ambulanti liječnika obiteljske medicine (LOM) (2), a budući da je SIC kronična, recidivirajuća, a često i doživotna bolest, koja počinje u mlađoj životnoj dobi, važan je zdravstveni problem. Prevalencija u zapadnim zemljama svijeta je 10-15 % (3). Kod gotovo 50 % pacijenata SIC se javlja prije 35. godine života, a čak dvije treći-

ne oboljelih su žene (3-5). Unatoč visokoj prevalenciji bolesti liječničku pomoć potraži samo 30 % pacijenata (3,6-9).

Dijagnosticiranje funkcionalnih bolesti crijeva i diferencijalna dijagnoza prema upalnim bolestima crijeva vrlo je često problem liječniku obiteljske medicine i ne postavlja se s velikom sigurnošću zbog više razloga. Jedan od razloga je da se prigodom postavljanja dijagnoze oslanjamo isključivo na simptome bez konkretnih bioloških biljega ili dijagnostičkih pretraga. Iako istraživanja pokazuju da pacijenti koji ispunjavaju dijagnostičke kriterije za SIC, u manje od 1 % slučajeva imaju

neku drugu bolest, kao npr. upalnu bolest crijeva, karcinom kolona ili infektivni proljev, dijagnoza se i dalje često postavlja tek nakon brojnih dijagnostičkih pretraga (10,11). Yale i sur. navode kako je samo malom broju pacijenata, kojima je dijagnoza SIC-a unešena u medicinski karton, SIC dijagnosticiran prema važećim dijagnostičkim kriterijima, ukazujući da su postavljene dijagnoze upitne (12). Studija iz Velike Britanije pokazuje da manje od 50 % liječnika obiteljske medicine poznaje Rimske kriterije (13), iako prema važećoj literaturi Rimski kriteriji imaju pozitivnu prediktivnu vrijednost za SIC 98 % kada su isključeni alarmantni simptomi (14).

Upotreba Rimskih III kriterija može smanjiti nesigurnost liječniku u dijagnosticiranje SIC-a, bez upućivanja pacijenta na nepotrebne dijagnostičke pretrage. Rimski III dijagnostički kriteriji su: rekurentne abdominalne boli koje traje barem 3 dana/mjesec tijekom proteklih tri mjeseca udružena s dva ili više simptoma: popuštanje bolova nakon defekacije, pojava boli povezana s promjenama u učestalosti pražnjenja stolice, pojava boli povezana s promjenama u obliku stolice. Prilikom postavljanja dijagnoze SIC-a treba isključiti simptome alarma „crvene zastave“ za moguće organske bolesti (krv u stolici, anemija, febrilitet, gubitak tjelesne težine, bolovi ili proljevi koji bolesnika bude noću)(15).

Istraživanja pokazuju da pacijenti sa SIC-om, nezadovoljni ishodom liječenja ili u strahu od težih bolesti, učestalo koriste zdravstvenu zaštitu obilazeći liječnike obiteljske medicine i sekundarne zdravstvene zaštite, što može rezultirati nezadovoljstvom i frustracijom i liječnika i pacijenta (16,17). Također, liječnici mogu razviti negativne stereotipe za pacijente sa SIC-om (17,18), što može ozbiljno poremetiti odnos liječnik-pacijent, povjerenje pacijenta, a na kraju dovesti i do bespotrebnog multipliciranja dijagnostičkih pretraga. Istraživanje Dixon-Woods i Crichley je pokazalo da liječnici obiteljske medicine mogu razviti čak i neprijateljski stav prema pacijentima sa SIC-om koji često posjećuju njihove ambulante i kod kojih nije došlo do poboljšanja stanja (16).

U Hrvatskoj do sada nisu provedena istraživanja o znanju i stavovima LOM u svezi prepoznavanja i liječenja pacijenata oboljelih od SIC-a, te je to cilj našeg probnog istraživanja među LOM u domovima zdravljia Zagreb Zapad i Zagreb Centar.

## ISPITANICI I METODE

Prospektivno presječno istraživanje provedeno je tijekom listopada 2015. godine među 51 liječnikom obi-

teljske medicine Doma zdravlja Zagreb Zapad i Doma zdravlja Zagreb Centar, koji u skrbi imaju oko 87 000 pacijenta, anonimnim upitnikom putem elektroničke pošte.

### Ispitanici

Upitnik je poslan na 130 adresa elektroničke pošte, od toga 60 LOM-a Doma zdravlja Zagreb Zapad i 70 Doma zdravlja Zagreb Centar. Na upitnik je odgovorilo 51 LOM iz oba doma zdravlja.

**Tablica 1.**

*Karakteristike liječnika obiteljske medicine i ordinacija*

Karakteristike	N (%)
Spol	
M	11 (22)
Ž	40 (78)
Spec. obit .med	31 (61)
Radni staž (godine)	
<5	11 (22)
5-15	19 (37)
16-25	12 (23)
>25	9 (18)
Broj pacijenata	
<1500	16 (31)
1500-2000	25 (49)
>2000	10 (20)

### Metoda

Upitnik je sastavljen za ovo istraživanje, a sastojao se od četiri skupine pitanja.

Prva skupina pitanja su sociodemografski podatci ispitanika (dob, spol, godine rada, specijalizacija) te karakteristike pojedinih ordinacija (tablica 1). U drugoj skupini pitanja ispitivani su stavovi LOM u liječenju pet bolnih sindroma (artralgije, bolova u leđima, glavobolje, žgaravice i SIC) pitanjima ocijenjenima na ljestvici od 1 do 5 (1 - najviše, 5 - najmanje) : S koliko samopouzdanja postavljate dijagnozu pacijentu?, Koliko Vam je teško učiniti pacijenta zadovoljnim?, Koliko vremena potrošite na brigu o pacijentu?, Koliko Vam pričinja zadovoljstvo raditi s takvim pacijentom?, Koliko Vam je teško odlučiti se za daljnju dijagnostičku obradu ili liječenje? Treća skupina pitanja procjenjivala je znanje LOM-a temeljem prikaza slučaja (*vignette*). Četvrta skupina pitanja ispitivala je znanje o SIC-u, korištenju dijagnostičkih kriterija i dijagnostičkih postupaka te potrebu za daljnjom edukacijom iz tog područja.

Ordinacije su grupirane po veličini temeljem odredbe HZZO o prosječnom broju pacijenata od oko 1700 ± 20 %, te su manjim ordinacijama smatrane ispod 20 % od normativa, tj. do 1500 pacijenata, a većim s više od 20 % od normativa, tj. preko 2000 pacijenata.

### Statistička analiza

Socio-demografske karakteristike LOM-a (spol, specijalizacija, radni staž, broj pacijenata), procjena znanja općenito i temeljem *vignette* prikazani su apsolutnim i relativnim frekvencijama. Dob pacijenta, broj pacijanata sa SIC-om s obzirom na veličinu ordinacija, stavovi LOM u svezi liječenja artralgijske, križobolje, glavobolje, žgaravice i SIC prikazani su srednjim vrijednostima i standardnim devijacijama. Statistička analiza je rađena na programu Statistika 10 Stat Soft.

### REZULTATI

Od oko 87 000 pacijenta u skrbi 51 liječnika obiteljske medicine koji su ispunili upitnik, po slobodnoj procjeni samih liječnika, 1530 pacijenata boluje od SIC-a, tj. oko 1,76 %.

**Tablica 2.**

*Raspodjela pacijenata sa sindromom iritabilnog crijeva na temelju veličine ordinacije*

Broj pacijenata sa SIC				
Broj pacijenata u ordinaciji	$\bar{x}$	sd	Minimum	Maksimum
Do 1500	21,06	26,188	3	100
1500-2000	31,16	41,709	2	200
više od 2000	41,9	30,395	14	100
Ukupno	30,1	35,519	2	200

S porastom veličine ordinacije raste i broj pacijenata sa SIC-om. U ordinacijama s brojem pacijenata do 1500, prosječan broj pacijenata sa SIC je oko 21 ( $\bar{x}$  =21,06; sd= 26,19), dok je u najvećim ordinacijama s preko 2000 pacijenata prosječan broj pacijenata sa SIC dvostruko veći - oko 42 ( $\bar{x}$ =41,9; sd= 30,39). Prosječan broj pacijenata sa SIC-om u ordinacijama LOM u našem istraživanju bio je 30 ( $\bar{x}$ =30,01; sd= 35,52) (tablica 2).

**Tablica 3.**

*Usporedba procjena stavova liječnika obiteljske medicine (n=51) u svezi liječenja križobolje, artralgijske, žgaravice, glavobolje i SIC-a*

Samopouzdanje u dijagnosticiranju			Poteškoće u postizanje zadovoljstva pacijenta			Potrošeno vrijeme			Zadovoljstvo u radu			Poteškoće o odluci o dijagnozi/liječenju		
Stanje	$\bar{x}$	sd	stanje	$\bar{x}$	sd	stanje	$\bar{x}$	sd	stanje	$\bar{x}$	sd	stanje	$\bar{x}$	sd
Križobolja	1,97	1,42	žgaravica	2,71	1,45	SIC	1,94	0,95	žgaravica	2,35	0,87	SIC	3,04	1,06
Artralgijska	2,08	1,07	SIC	2,73	0,94	glavobolja	2,71	0,92	križobolja	2,71	1,06	glavobolja	3,31	1,12
Žgaravica	2,1	1,33	artralgijska	2,73	0,87	artralgijska	2,78	0,9	glavobolja	2,8	0,96	artralgijska	3,35	1,16
Glavobolja	2,27	1,2	križobolja	2,8	1,11	križobolja	2,82	1,05	artralgijska	2,82	0,77	žgaravica	3,45	0,97
SIC	2,69	0,93	glavobolja	2,88	0,86	žgaravica	3,06	1,1	SIC	2,88	1,03	križobolja	3,47	1,11

LOM imaju najmanje samopouzdanja u dijagnosticiranju SIC-a, te najviše poteškoća u donošenju odluka o dijagnozi i liječenju i ujedno potroše najviše vremena za skrb. Po poteškoćama u postizanju zadovoljstva pacijenta, SIC je rangiran na 2. mjestu, a po zadovoljstvu u radu koji pricina LOM na zadnjem, 5. mjestu (tablica 3).

LOM se osjećaju najsamopouzdaniji u dijagnosticiranju križobolje, a u svezi poteškoća u postizanju zadovoljstva pacijenata križobolja je na 4. mjestu, a isto tako je rangirana i u svezi potrošnje vremena za skrb, dok je na 2. mjestu po pricinjenom zadovoljstvu u radu, a na zadnjem, 5. mjestu po poteškoćama u dijagnosticiranju i liječenju (tablica 3).

Najviše poteškoća u postizanju zadovoljstva pacijenta LOM pricina žgaravica, ali ujedno i najviše zadovoljstva u radu LOM. Prema samopouzdanju u dijagnosticiranju žgaravica je rangirana na 3. mjestu, dok je temeljem poteškoća u odlučivanju o dijagnozi /liječenju na 4. mjestu, a na zadnjem je mjestu prema potrošnji vremena za skrb o pacijentima sa žgaravicom (tablica 3).

Glavobolja je rangirana na 4. mjestu po samopouzdanju u dijagnosticiranju, ali stvara najmanje poteškoća u postizanju zadovoljstva pacijenta te je na 2. mjestu po potrošenom vremenu i poteškoćama u odlučivanju o dijagnozi i liječenju, a na 3. mjestu po zadovoljstvu u radu koje pricina LOM (tablica 3).

Artralgijska je rangirana na 2. mjestu po samopouzdanju u dijagnosticiranju, a na 3. mjestu po poteškoćama u postizanju zadovoljstva pacijenta, potrošenom vremenu i poteškoćama u odlučivanju o dijagnozi i liječenju, dok je na 4. mjestu po zadovoljstvu koje pricina u radu LOM (tablica 3).

**Tablica 4.**

Procjena znanja liječnika obiteljske medicine o sindromu iritabilnog crijeva na temelju vignette

Pitanja	N	%	
Najvjerojatnija dijagnoza	SIC	43	84
	Upalna bolest crijeva	0	0
	Kronična opstipacija	6	12
	Nešto drugo	1	2
	Ne znam	1	2
Daljnje postupanje	Konzultacija gastroenterologa	2	4
	Sami napravili daljnju obradu	15	29
	Dijetetski savjeti i praćenje pacijenta	34	67
Daljnja obrada	Kolonoskopija	4	8
	UZV abdomena	4	8
	tTG / EMA	13	25
	Stolica na parazite	0	0
	Test na okultno krvarenje	9	18
	Dodatni testovi	3	6
	Bez daljnje obrade	18	35

Procjena znanja LOM o hipotetskom slučaju pacijentice (*vignette*) pokazalo je da je većina liječnika procijenila da se radi o SIC (84 %) te o kroničnoj opstipaciji (12 %). Podjednaki broj liječnika je procijenio da se radi o nečem drugom osim ponuđenog ili nisu mogli donijeti odluku na osnovi iznesenih podataka (2 %). Nitko od ispitanih liječnika nije procijenio da se radi o upalnoj bolesti crijeva (tablica 4).

U svezi daljnjih postupanja preko polovice liječnika se odlučilo za dijetetske upute i praćenje pacijenata (67 %), dok se za daljnju obradu odlučila gotovo trećina (29 %). Najmanji broj liječnika bi se odlučio za konzultaciju sa specijalistom gastroenterologom (4 %) (tablica 4).

U svezi daljnje obrade, najviše liječnika (oko trećine) je odlučilo da nije potrebno provesti dodatnu dijagnostičku obradu (35 %). Od ponuđenih dodatnih mogućnosti četvrtina (25 %) bi se odlučila za dodatne testove dokazivanja celijakije (tTG/EMA), potom ih 18 % za test na okultno krvarenje. Podjednaki broj liječnika (8 %) se odlučio za kolonoskopiju odnosno UZV pregled abdomena. Dodatne testove osim ponuđenih bi napravilo 6 %. Nitko od ispitanih liječnika nije se odlučio za parazitološku obradu (tablica 4).

**Tablica 5.**

Procjena znanja liječnika obiteljske medicine o sindromu iritabilnog crijeva

Pitanje	N	%	
Dijagnoza SIC-a se postavlja na osnovi:	Dijagnostički kriteriji i isključenje alarmantnih simptoma	15	29
	Dijagnostički kriteriji, isključenje alarmantnih i osnovne laboratorijske obrade	20	39
	Isključivanje drugih bolesti	16	31
	Kolonoskopija	0	0
	Na drugi način	0	0
	Sindrom iritabilnog crijeva je:	Organska bolest crijeva	0
Funkcionalna bolest crijeva		47	92
Psihička bolest		4	8
Korištenje dijagnostičkih kriterija za SIC	32	63	
Poznavanje Rimskih kriterija za dijagnosticiranje SIC-a	31	61	
Alarmantni simptomi („crvene zastave“) kod SIC-a?	Nenamjerni i neobjašnjivi gubitak tjelesne težine	4	8
	Rektalno krvarenje	0	0
	Bolovi u trbuhu ili proljevi koji bolesnika bude noću	1	2
	Pozitivna obiteljska anamneza na tumore crijeva ili ovarija	0	0
	Svi navedeni simptomi	27	53
	Prva tri navedena simptoma	19	37
	Uvijek	1	2
Konzultacija gastroenterologa	Na zahtjev pacijenta	4	8
	Nesigurnost u svezi dijagnoze	27	53
	Neučinkovitost liječenja	18	35
	Nikada	1	2
Samostalno propisivanje terapije	47	92	
Vrsta terapije	Probiotici	3	6
	Kortikosteroidi	0	0
	Laksativi	0	0
	Antidepresivi	0	0
	Spazmolitik- mebeverin	11	21
	Ostali lijekovi za funkcionalne crijevne poremećaje (dimetikon, simetikon, alverim + simetikon,	26	51
	Nešto drugo	4	8
Određena dijeta / s fibrinskim vlaknima i /ili bez glutena, i/ili bez laktoze	7	14	

Za dijagnozu SIC-a najveći dio liječnika smatra da je nužno uzeti u obzir dijagnostičke kriterije, isključiti alarmantne simptome i napraviti laboratorijske nalaze



(39 %), dok 29 % smatra da je samo nužno slijediti dijagnostičke kriterije i isključiti alarmantne simptome. Temeljem isključivanja drugih dijagnoza 31 % LOM postavlja dijagnozu SIC. Samo temeljem kolonoskopije nitko ne bi postavio dijagnozu SIC-a (tablica 5).

Većina LOM SIC smatra funkcionalnim poremećajem (92 %), a tek 8 % psihičkom bolesti.

U svom svakodnevnom radu 63 % liječnika koristi dijagnostičke kriterije za SIC, a 61 % ih je poznato s Rimskim III klasifikacijskim kriterijima za SIC (tablica 5).

Za alarmantne simptome SIC-a, oko polovica (53 %) ispitivanih liječnika smatraju sve navedene simptome: nenamjerni i/ili neobjašnjivi gubitak tjelesne težine, krvarenje, pozitivna obiteljska anamneza, noćni bolovi u trbuhu, dok ih oko trećine (37 %) smatra da su alarmantni simptomi: nenamjerni i/ili neobjašnjivi gubitak tjelesne težine, rektalno krvarenje i noćni bolovi u trbuhu bez pozitivne obiteljske anamneze. Samo gubitak tjelesne težine je alarmantni simptom u SIC-u za 8 % ispitivanih LOM, dok ih 2 % uvažava samo noćne bolove u trbuhu kao alarmantni simptom. Nitko od ispitivanih liječnika ne misli da su rektalna krvarenja i pozitivna obiteljska anamneza bez drugih simptoma dovoljno alarmantni za SIC (tablica 5).

Nešto više od polovine ispitivanih liječnika (53 %) bi se konzultiralo sa specijalistom - gastroenterologom u svezi potvrđivanja dijagnoze SIC-a, a u slučaju potrebe korigiranja neučinkovite terapije 35 %. Na inzistiranje pacijenta 8 % LOM bi uputilo pacijenta gastroenterologu. Podjednaki je udio liječnika koji ne bi nikad ili koji bi svakog pacijenta uputili specijalistu gastroenterologu (2 %) (tablica 5).

Većina ispitivanih liječnika (92 %) propisuju terapiju samostalno i to u najvećem udjelu (51 %) simptomatsku, tj. dimetikon, simetikon ili u kombinaciji. Potom slijedi spazmolitička terapija u 21 % ispitanih liječnika, dok ih 14 % liječenje provodi određenim dijetama. Probiotici su zastupljeni u terapijskom izboru kod 6 % ispitivanih liječnika, dok bi ih 8 % izabralo neke druge terapijske opcije (tablica 5).

**Tablica 6.**

*Oblik daljnje edukacije o sindromu iritabilnog crijeva*

Oblik edukacije	N	%
Općenito o SIC-u	1	2,0
Radionice ili <i>peer</i> grupe s analizama različitih slučajeva iz prakse	24	47,1
Više informacija o dijagnostičkim testovima	8	15,7
Više informacija o smjernicama	14	27,5

Velika većina, 47 (92 %) LOM se izjasnila da bi željeli više naučiti o SIC-u i to 24 (47 %) putem radionice ili izjednačene (*peer*) grupe s analizama različitih slučajeva iz prakse te 14 (27 %) više informacija o smjernicama i 8 (16 %) LOM više informacija o dijagnostičkim testovima (tablica 6).

## RASPRAVA

U našem istraživanju, na upitnik poslan elektroničkom poštom odgovorilo je oko 40 % liječnika obiteljske medicine što je usporedivo s istraživanjima o SIC-u u Njemačkoj gdje je stopa odgovora bila 46 % liječnika (14), a u Islandu 41 % (19).

Liječnici obiteljske medicine prema našem istraživanju imaju u svojim ordinacijama u prosjeku 30 pacijenata oboljelih od SIC-a s velikim rasponom od 2 do 200 pacijenata, što bi bilo manje od prevalencije SIC-a za opću populaciju u zapadnim zemljama koja je 10-15 % (3). Manja prevalencija u svakodnevnom radu, između 1-10 %, dobivena je i u istraživanju među liječnicima opće medicine u Njemačkoj (14), dok u Velikoj Britaniji liječnici obiteljske medicine imaju između 5-8 pacijenata sa SIC-om/tjedan (14,20). Ti rezultati bi potkrepljivali podatak da se samo jedna trećina pacijenata sa sindromom SIC-a javlja svom liječniku (3,6-9). U našem istraživanju, u usporedbi SIC-a s drugim bolnim stanjima (artralgije, križobolje, glavobolje, žgaravice), liječnici obiteljske medicine imaju najmanje samopouzdanja u dijagnosticiranju SIC-a, najviše poteškoća u donošenju odluka o dijagnozi i liječenju i ujedno potroše najviše vremena za njihovu skrb. Prema poteškoćama u postizanju zadovoljstva pacijenta, SIC je rangiran na 2. mjestu, a po zadovoljstvu u radu koji pričinja LOM na zadnjem, 5. mjestu. Stavovi naših liječnika u usporedbi s američkim istraživanjem (21) pokazuju vrlo slične rezultate. I američkim liječnicima najteže se odlučiti za daljnju dijagnostičku obradu ili liječenje SIC-a, vrlo im je teško zadovoljiti takvog pacijenta i imaju najmanje zadovoljstva u radu s njima.

Može postojati više razloga takvih stavova liječnika obiteljske medicine u odnosu pacijenata sa SIC-om i pacijenata s drugim bolnim stanjem. Neki od razloga sigurno bi bili oslanjanje liječnika na dijagnostičke testove u dijagnosticiranju SIC-a, nerealna očekivanja pacijenata, kronicitet SIC-a, te povezanost psihosocijalnih faktora sa SIC-om (17,22,23). Križobolja i žgaravica su ocijenjene kao stanja kod kojih liječnici imaju najviše samopouzdanja, potroše najmanje vremena, imaju najviše zadovoljstva u radu i najlakše im se odlučiti za daljnju obradu i liječenje, a razlog tome bi bio vjerojatno jednostavniji simptomi i bolji odgovor na farmakoterapiju u odnosu na pacijente sa SIC-om što ih čini lakšim pacijentima (21).

Smatramo da prikaz pacijentice sa SIC-om iz *vignette* nije bio težak, jer je u prikazu upotrijebljena opsežna dijagnostička obrada, što je pokazao i rezultat sa 84 % točnih odgovora ispitanika, dok su u međunarodnom istraživanju 31 % liječnika prepoznali SIC temeljem *vignette* kad se radilo o obliku sa opstipacijom, a oblik s dijarejom je prepoznalo 72 % (29).

Što se tiče daljnje dijagnostike većina ispitanika samo bi pratila bolesnicu bez daljnje obrade, dok bi 25 % ispitanika uputilo pacijenticu na testiranje na celijakiju. Recentna literatura pokazuje da bi svakog pacijenta sa SIC-om koji ima učestale proljeve ili miješani oblik SIC-a, odnosno izmjenjuju se proljevi i optipacije trebalo poslati na testiranje na celijakiju (24,25). S obzirom da naša pacijentica ima oblik SIC-a s konstipacijom, nije ju potrebno uputiti na testiranje na celijakiju. Kao što je i naše istraživanje pokazalo, većina liječnika smatra savjetovanje i dijetetski savjet najvažnijim u procesu liječenja SIC-a kod ove pacijentice u prikazu slučaja, što bi bio i točan odgovor. Bijekerk i sur. u svom radu pokazali su da dijetetski savjet nije cijenjen među pacijentima, jer ih je većina prije dolaska liječniku već isprobala neke dijetetske mjere (26), što nas opet vraća na stavove liječnika koji doživljavaju oboljele od SIC-a kao teške i zahtjevne pacijente

Trećina naših ispitanika odgovorila je da se dijagnoza SIC-a postavlja isključenjem drugih dijagnoza, što se može objasniti tradicionalnim strahom liječnika da ne previde neku težu organsku bolest (14,20). Najveći broj ispitanika (39 %) smatra da se dijagnoza može postaviti na temelju simptoma, isključenjem alarmantnih simptoma i osnovnom laboratorijskom obradom. Prema preporuci Američkog gastroenterološkog društva, u početnoj fazi se preporučuje učiniti i osnovne laboratorijske nalaze (24), dok za daljnjom obradom nema potrebe s obzirom na visoku prediktivnu vrijednost Rimskih III kriterija (10,27,28).

U našem istraživanju, gotovo su svi ispitanici (92 %) prepoznali SIC kao funkcionalnu bolest crijeva. Većina ih (63 %) poznaje i služi se (61 %) Rimskim III kriterijima prilikom dijagnosticiranja SIC-a te prepoznaje alarmantne znakove. Ovi rezultati dosta odudaraju od literature gdje uglavnom manje od polovice liječnika poznaje, a još manje koristi Rimske III kriterije u dijagnosticiranju SIC-a (14,26,29). Razlog tako dobroj educiranosti naših ispitanika možda je u tome što oko 60 % ispitanika koji su ispunili upitnik ima specijalizaciju iz obiteljske medicine, na što ukazuju i literaturni podatci, tj. da uz više obrazovanje ide i bolje znanje (29).

Samo mali broj ispitanika u našem istraživanju šalju pacijente gastroenterologu i to polovica kada su nesigurni u dijagnozu, trećina kada nema dobrog odgo-

vora na terapiju. Ovi rezultati se slažu s drugim rezultatima u literaturi, i mogu se objasniti činjenicom da gastroenterolozi vide uglavnom teže oblike SIC-a kao i one pacijente koje je teže zadovoljiti (14,20,30).

U liječenju pacijenata oboljelih od SIC-a vrlo je važan individualni pristup, ovisno o vrsti, težini i trajanju simptoma, prisutnosti psihosocijalnih poteškoća i bolesti ostalih organskih sustava. Prvi korak u liječenju SIC-a trebao bi biti objašnjavanje prirode bolesti, promjene u načinu života, izbjegavanje stresa, tehnike relaksacije i dijetetski savjet (25). Unatoč tome većina liječnika u našem istraživanju prepisuje farmakoterapiju pacijentima, a najviše ih propisuje lijekove za funkcionalne poremećaje crijeva. Razlog tome mogao bi ležati u istraživanju koje je potvrdilo da većina pacijenata sa SIC-om očekuje nekakvu farmakoterapiju (26), a i liječnici u drugim istraživanjima potvrdili su da kod oboljelih od SIC-a uvode farmakoterapiju (14,31).

U našem istraživanju većina liječnika (92 %) izrazila je želju za dodatnom edukacijom o SIC-u, što je vjerujemo povezano sa stavovima u kojima su izrazili najmanje samopouzdanja u liječenje i dijagnosticiranje SIC-a nego u drugim bolnim stanjima.

Prednost ovog istraživanja je što je to po našim saznanjima prvo istraživanje u Hrvatskoj o znanju i stavovima LOM o SIC-u s obzirom da većinu pacijenata sa SIC-om dijagnosticiraju i liječe liječnici obiteljske medicine (20). Nedostatak ovog istraživanja je mali uzorak od svega 51 LOM koji nije ni slučajna ni reprezentativna pa se daljnja istraživanja treba napraviti na većem uzorku.

## ZAKLJUČAK

Liječnici obiteljske medicine pokazali su razmjerno veliko znanje u prepoznavanju i dijagnosticiranju SIC-a, ali u odnosu na druga bolna stanja imaju malo samopouzdanja, malo zadovoljstva, troše puno vremena i najteže im je dijagnosticirati i liječiti pacijente oboljele od SIC-a. Stoga ne začuđuje njihova želja za daljnjom edukacijom i to s aktivnijim pristupom u obliku radionica koje bi uz unaprjeđenje znanja mogle utjecati i na promjenu stavova.

## L I T E R A T U R A

1. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130: 1480-91.
2. Agarwal N, Spiegel BM. The effect of irritable bowel syndrome on health-related quality of life and health care expenditures. *Gastroenterol Clin North Am.* 2011; 40: 11-9.
3. Hungin AP, Whorwell PJ, Tack J, Mearin F. The prevalence, patterns and impact of irritable bowel syndrome: an international survey of 40,000 subjects. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 643-650.
4. Spiegel BM, Gralnek IM, Bolus R i sur. Clinical determinants of health-related quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *Arch Intern Med.* 2004; 164: 1773-80.
5. Mayer EA. Clinical practice. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2008; 358: 1692-9.
6. Wilson S, Roberts L, Roalfe A, Bridge P, Singh S. Prevalence of irritable bowel syndrome: A community survey. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 495-502.
7. Malagelada JR. A symptom based approach to making a positive diagnosis of irritable bowel syndrome with constipation. *Int J Clin Pract* 2006; 60: 57-63.
8. Mayer EA. Clinical practice. Irritable bowel syndrome. *N Engl J Med* 2008; 358: 1692-9.
9. Jones R. IBS: Prime problem in primary care. *Gut* 2000; 46: 7-8.
10. Cash BD, Schoenfeld P, Chey WD. The utility of diagnostic tests in irritable bowel syndrome patients: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2812-9.
11. Khan S, Chang L. Diagnosis and management of IBS. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2010; 7: 565-81.
12. Yale SH, Musana AK, Kieke A, Hayes J, Glurich I, Chyou PH. Applying case definition criteria to irritable bowel syndrome. *Clin Med Res* 2008; 6: 9-16.
13. Longstreth GF, Burchette RJ. Family practitioners attitudes and knowledge about irritable bowel syndrome: effect of a trial of physician education. *Fam Pract* 2003; 20: 670-74.
14. Franke A, Singer MV, Dumitrașcu DL. How general practitioners manage patients with irritable bowel syndrome. Data from a German urban area. *Rom J Intern Med* 2009; 47: 47-53.
15. Rome III diagnostic criteria for functional gastrointestinal disorders. U: Drossman D, Corazzini E, Delvaux M i sur. *The functional gastrointestinal disorders.* Lawrence, KS: Alen Press Inc., 2006, 885-915.
16. Dixon-Woods M, Critchley S. Medical and lay views of irritable bowel syndrome. *Fam Pract* 2000; 17: 108-13.
17. Casiday RE, Hungin AP, Cornford CS, de Wit NJ, Blell MT. Patients' explanatory models for irritable bowel syndrome: symptoms and treatment more important than explaining aetiology. *Fam Pract* 2009; 26: 40-7.
18. Casiday RE, Hungin AP, Cornford CS, de Wit NJ, Blell MT. GPs' explanatory models for irritable bowel syndrome: a mismatch with patient models? *Fam Pract* 2009; 26: 34-9.
19. Bjork Olafsdottir L, Gudjonsson H, Jonsdottir HH, Jonsson JS, Bjornsson E, Thjodleifsson B. Irritable bowel syndrome: Physicians' awareness and patients' experience. *World J Gastroenterol* 2012; 18: 3715-20.
20. Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome: the view from general practice. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997; 9: 689-92.
21. Longstreth GF, Burchette RJ. Family practitioners' attitudes and knowledge about irritable bowel syndrome. Effect of a trial of physician education. *Fam Pract* 2003; 20: 670-4.
22. Halder S, Macfarlane GJ, Thompson D, O'Brien SJ, Musleh M, McBeth J. Predictors of persistent gastrointestinal symptoms among new presenters to primary care. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2010; 22:296-305.
23. Farndale R, Roberts L. Long-term impact of irritable bowel syndrome: a qualitative study. *Prim Health Care Res Dev* 2011; 12: 52-67.
24. American College of Gastroenterology Task Force on IBS. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 2009; 104:1-35.
25. Marušić M, Bilić A i sur. Sindrom iritabilnog crijeva: od proljeva do opstipacije. Dijagnostika i diferencijalna dijagnostika. Monografija. Zagreb: KB "Sveti Duh", 2014.
26. Bijkerk CJ, de Wit NJ, Stalman WA, Knottnerus JA, Hoes AW, Muris JW. Irritable bowel syndrome in primary care: the patients' and doctors' views on symptoms, etiology and management. *Can J Gastroenterol* 2003; 17: 363-8.
27. Hamm LR, Sorrells SC, Harding JP i sur. Additional investigations fail to alter the diagnosis of irritable bowel syndrome in subjects fulfilling the Rome criteria. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 1279-82.
28. Thompson WG, Hungin AP, Neri M i sur. The management of irritable bowel syndrome: a European, primary and secondary care collaboration. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13: 933-9.
29. Andresen V, Whorwell P, Fortea P, Auzière S. An exploration of the barriers to the confident diagnosis of irritable bowel syndrome: A survey among general practitioners, gastroenterologists and experts in five European countries. *United European Gastroenterol J* 2015; 3: 39-52.
30. Thompson WG, Heaton KW, Smyth GT, Smyth C. Irritable bowel syndrome in general practice: prevalence, characteristics, and referral. *Gut* 2000; 46: 78-82.
31. Al-Hazmi AH . Knowledge, Attitudes, and Practices of Primary Care Physicians About Irritable Bowel Syndrome in Northern Saudi Arabia. *Saudi J Gastroenterol.* 2012; 18: 173-81.

## SUMMARY

### ATTITUDES AND KNOWLEDGE OF GENERAL PRACTITIONERS ABOUT IRRITABLE BOWEL SYNDROME

I. KELAVA<sup>1,4</sup>, V. KARABEG<sup>2</sup> and S. STOJANOVIĆ ŠPEHAR<sup>3,4</sup>

*<sup>1</sup>General Practitioner Office, Zagreb West Health Center, <sup>2</sup>General Practitioner Office, Zagreb Health Center, <sup>3</sup>Stanislava Stojanović-Špehar Private General Practitioner Office and <sup>4</sup>University of Zagreb, School of Medicine, Andrija Štampar School of Public Health, Department of Family Medicine, Zagreb, Croatia*

Diagnosing irritable bowel syndrome (IBS) is often a problem for general practitioners (GPs) because they rely on symptoms without specific biological markers. The objective was to examine the attitudes and knowledge of GPs in identifying and treating patients with IBS. The study included 51 GPs who take care of 87,000 patients, approximately 1,530 of them with IBS, on the basis of a questionnaire developed for this study in two health centers in Zagreb. The questionnaire contained questions with a case vignette on GP attitudes and knowledge about IBS. In comparison with other pain conditions, GPs were found to have least confidence and pleasure, while spending a lot of time and finding it most difficult to diagnose and treat patients suffering from IBS. In the case vignette, GPs answered correctly that it was IBS (84%) and most of them would give dietary advice and follow up the patient (67%). For the diagnosis of IBS, most physicians considered necessary to take diagnostic criteria into account, exclude alarming symptoms and do basic laboratory tests (39%). Most GPs considered IBS to be a functional bowel disorder (92%), 63% used diagnostic criteria for IBS, and 61% were familiar with the Rome III criteria for IBS. Gastroenterologists would be consulted by 53% of GPs in case of uncertain diagnosis and 35% of GPs for therapeutic inefficiency. In the treatment of IBS, most GPs (51%) prescribe pharmacotherapy for functional bowel disorders. The authors conclude that GPs showed great knowledge in recognizing and diagnosing IBS, but compared to other painful conditions they have little self-confidence and pleasure. They spend a lot of time and find it most difficult to diagnose and treat patients suffering from IBS. Additional education is needed with a more proactive approach in the form of workshops, which may bring change in their attitudes and improve their knowledge.

**Key words:** irritable bowel syndrome, general practitioners, attitudes, knowledge