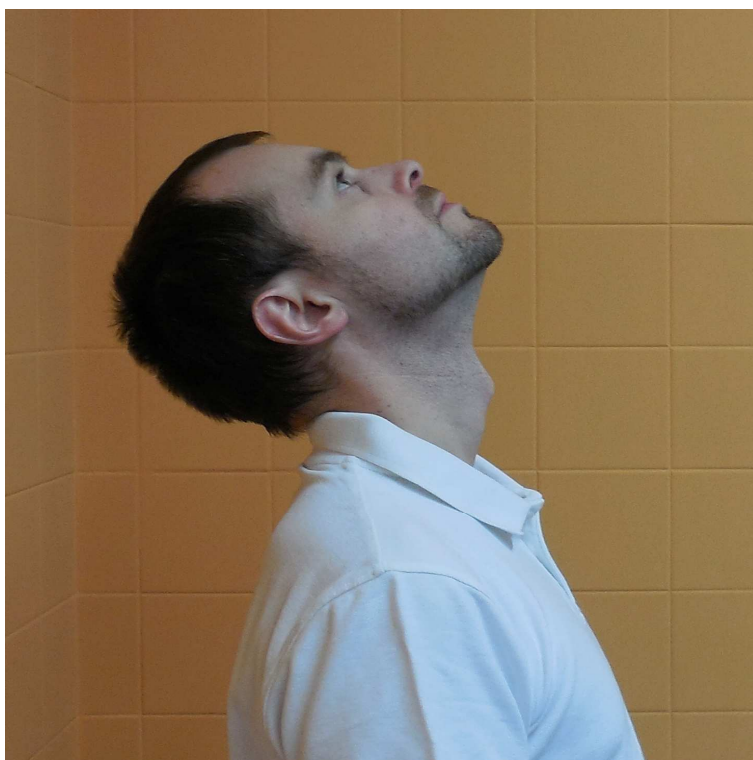
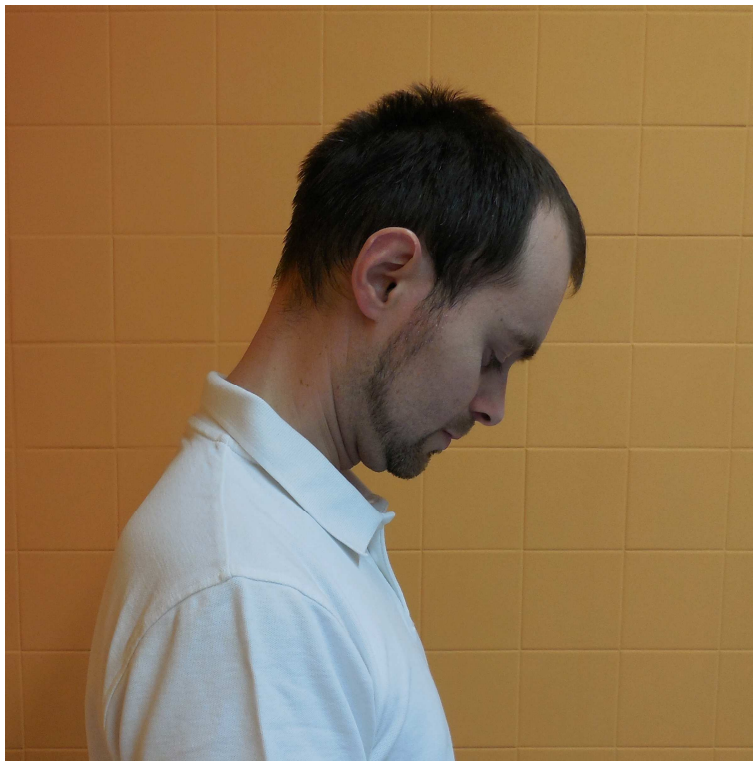
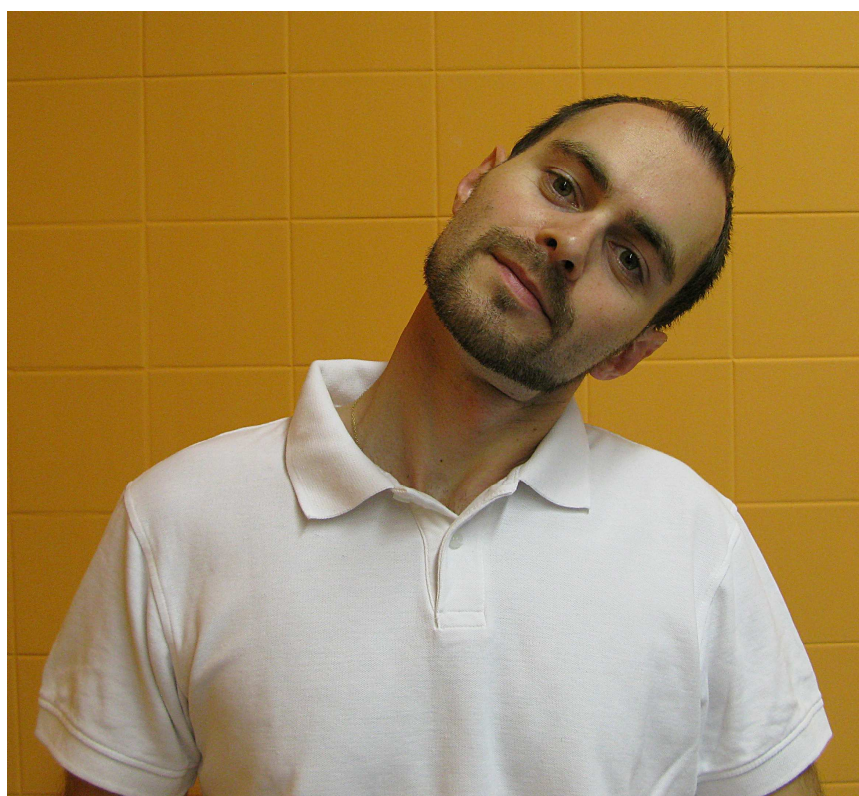
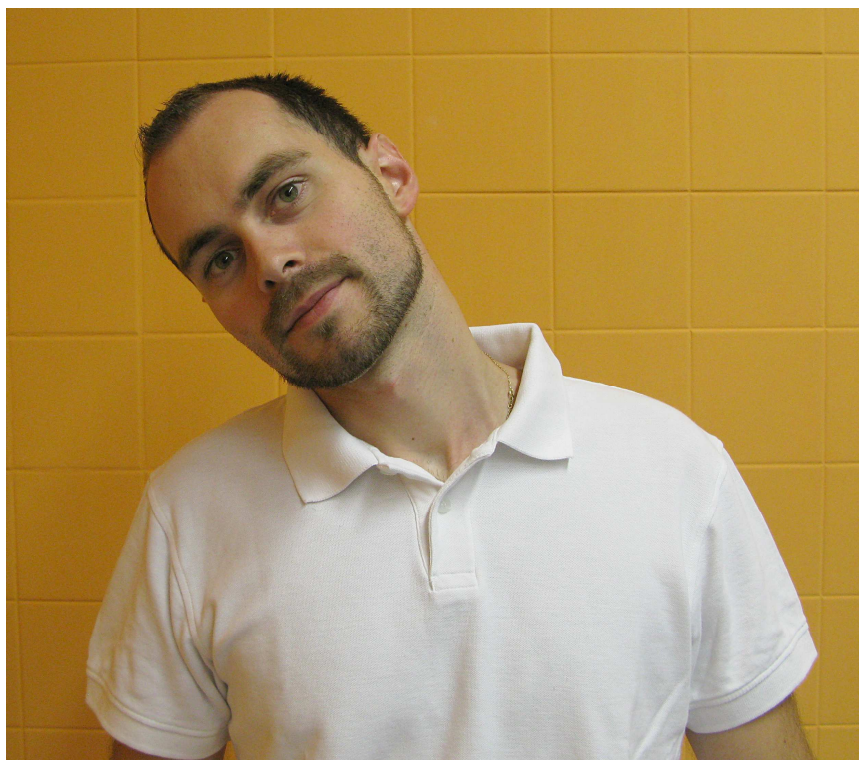


## 8.1 Obrázkový atlas „chairside stretching“ cvičení (obr. 1-15)

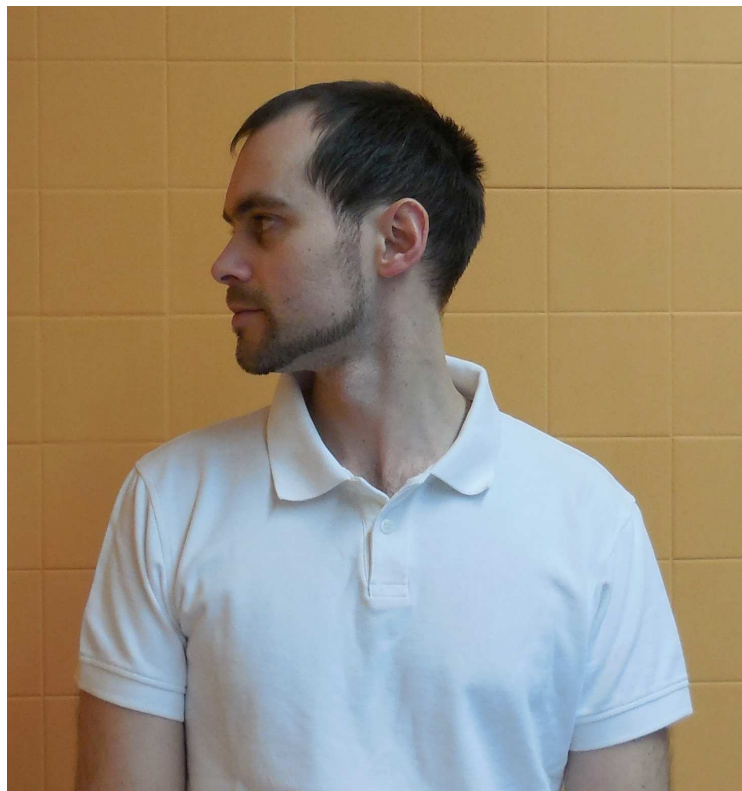
**Obr. 1.** Předklon a záklon hlavy



**Obr. 2.** Úklony hlavy vlevo, vpravo



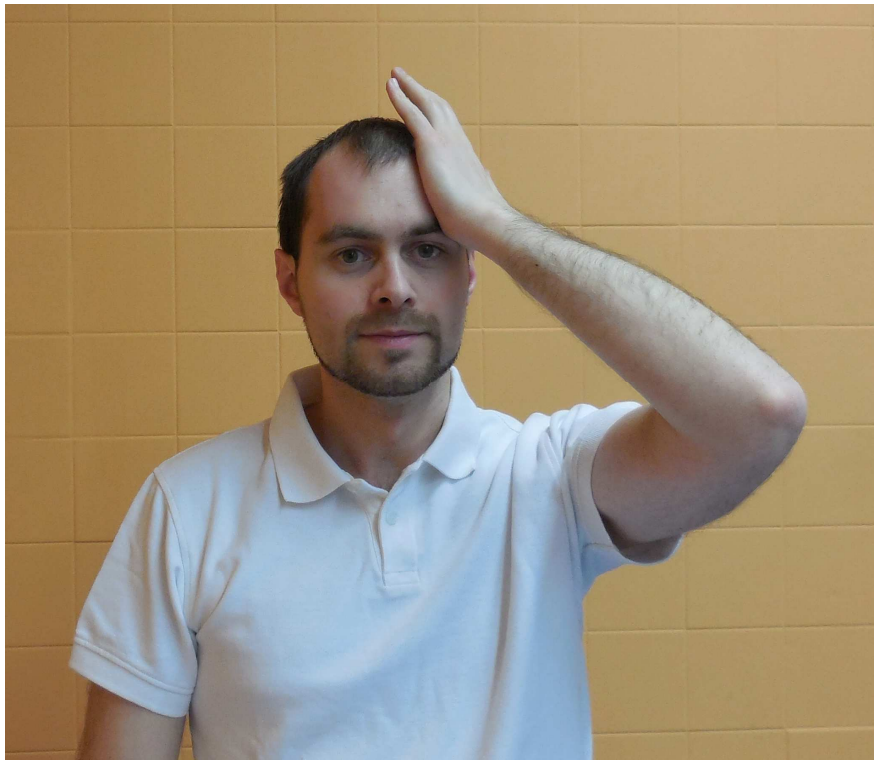
**Obr. 3.** Rotace hlavy vlevo, vpravo



**Obr. 4.** Rotace a sklon hlavy pohledem na loket vpravo, vlevo



**Obr. 5.** Tlak hlavy proti dlani levé, pravé



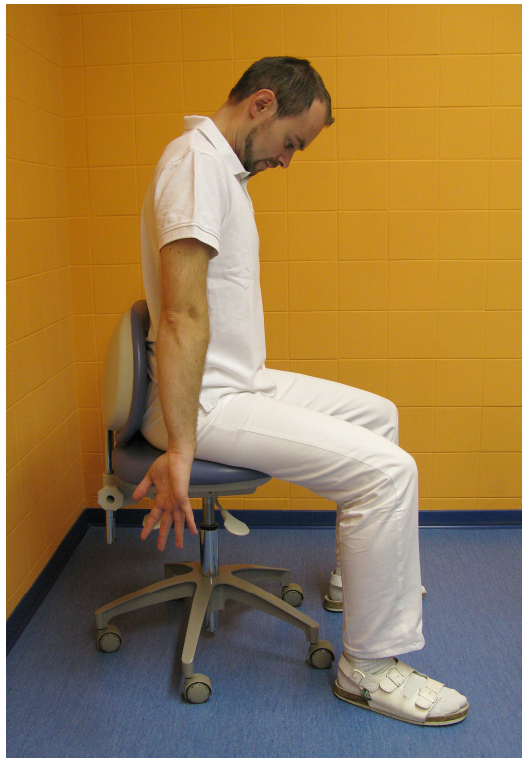
**Obr. 6.** Tah za lokty k sobě a tlak na lokty od sebe



**Obr. 7.** Tlak lokte proti dlani levé, pravé

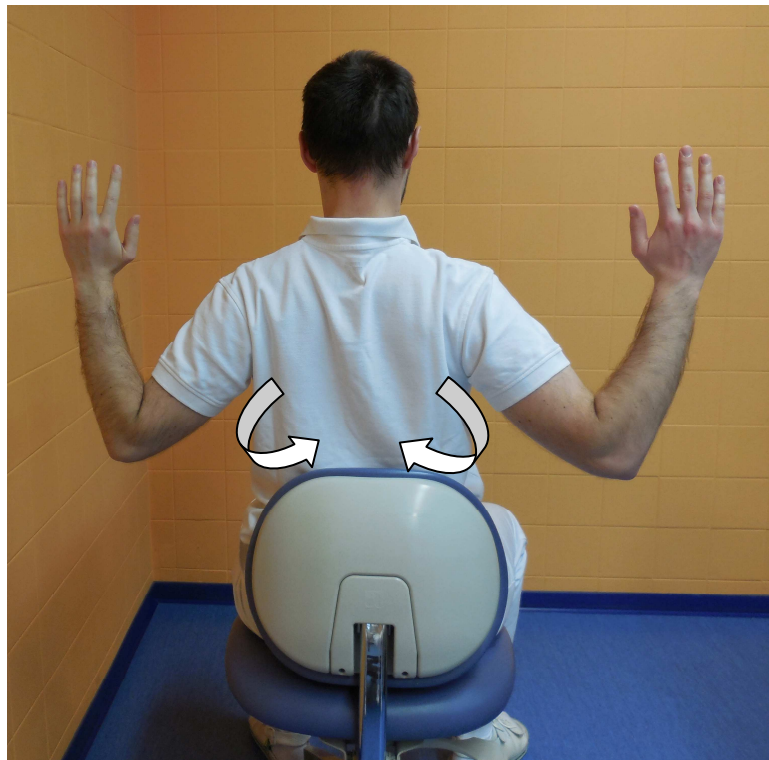


**Obr. 8.** Rotace paží a dlaní s pohybem hlavy „tučňák“

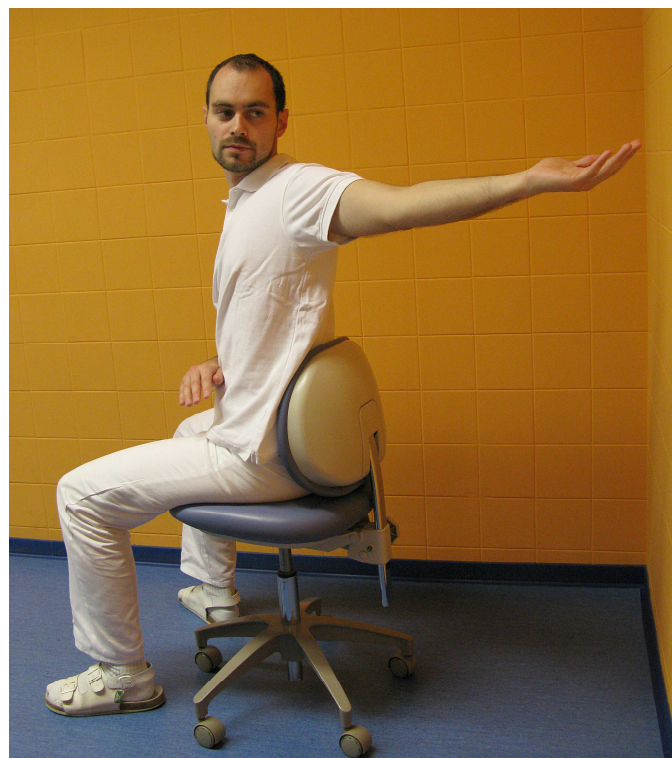




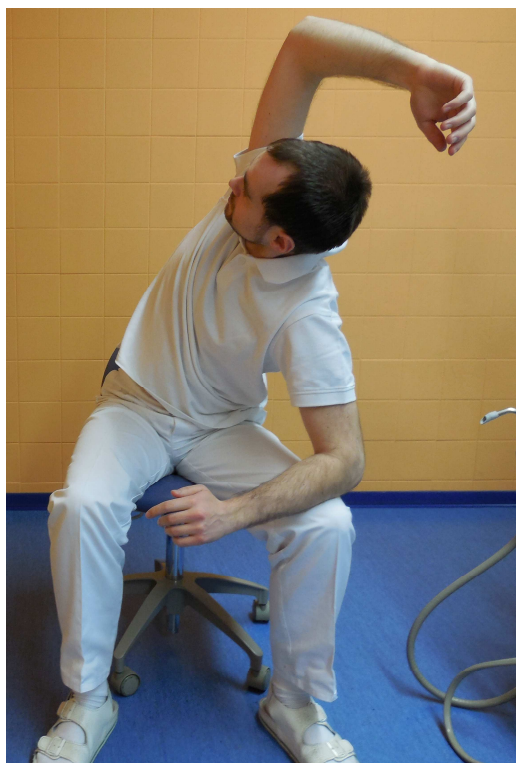
**Obr. 9.** Tlak lopatek k sobě a dolů, zvedání paží



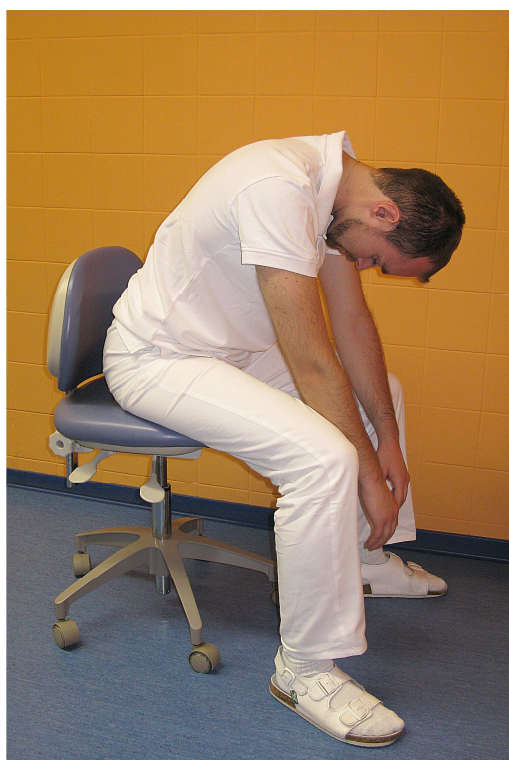
**Obr. 10.** Rotace těla a hlavy za rukou vlevo, vpravo



**Obr. 11.** Paže přes hlavu pravá, levá a pohled na strop



**Obr. 12.** Předklon a postupné zvedání



**Obr. 13.** Cvičení prstů



**Obr. 14.** Cvičení zápěstí v kombinaci s krkem



**Obr. 15.** Cvičení zápěstí



## 8.2 Dotazník

Vážená paní kolegyně / Vážený pane kolego,

prosíme Vás o spolupráci při dotazníkovém šetření, které je zaměřeno na výskyt muskuloskeletálních obtíží mezi zubními lékaři v naší republice.

Cílem šetření je: 1. zjistit prevalenci muskuloskeletálních obtíží u zubních lékařů  
2. zhodnotit vztah těchto obtíží k pracovním návykům a pracovnímu prostředí  
3. porovnat pracovní návyky a pracovní prostředí před rokem 1989 a nyní.

Zjištěné informace poslouží ke srovnání naší situace se situací v evropských zemích a budou podkladem pro výuku ergonomických aspektů v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání zubních lékařů.

Šetření je anonymní.

Děkujeme Vám za spolupráci.

Doc. MUDr. Radovan Slezák, CSc.,  
Přednosta  
Stomatologická klinika LFUK a FN  
Hradec Králové

MUDr. Zdeňka Šustová  
Vedoucí projektu  
Stomatologická klinika LFUK a FN  
Hradec Králové

---

**Odpovědi které se nejvíce blíží Vašemu názoru označte kroužkem. Pokud se rozhodnete změnit odpověď, škrtněte to co neplatí a zakroužkujte to co platí.**

Pohlaví :            muž                      žena

Věk :            .....let                      Výška: .....cm                      Váha: .....kg

Jako zubní lékař pracujete:            ..... let

Odbornost :            Praktické zub.lékařství                      Ortodontie                      Maxilofaciální chirurgie

1.Pracujete jako provozovatel vlastní zubní praxe (OSVČ)?                      Ano - Ne

2.Pracujete jako zubní lékař – zaměstnanec v privátním zařízení?                      Ano - Ne

3.Pracujete jako zubní lékař – zaměstnanec ve státním zařízení?                      Ano - Ne

4.Vyskytlo se u Vašich pokrevních příbuzných onemocnění pohybového aparátu?                      Ano - Ne

5.Máte vrozenou vadu pohybového aparátu?                      Ano - Ne

6.Prodělali jste nějaké onemocnění související s poškozením pohybového aparátu                      Ano - Ne

7.Utrpěli jste vážnější úraz pohybového aparátu?                      Ano - Ne

8.Sportujete pravidelně alespoň 1x týdně?                      Ano – Ne



9.Sportujete rekreačně?	Ano - Ne
10. Kouříte během pracovní doby?	Ano - Ne
11.Máte-li obtíže s pohybovým aparátem, léčíte je pohybem, cvičením?	Ano - Ne
12.Máte-li obtíže s pohybovým aparátem, léčíte je sami medikamenty?	Ano - Ne
13.Máte- li obtíže s pohybovým aparátem , navštěvujete odborného lékaře?	Ano - Ne
14.Museli jste pro tyto obtíže snížit v posledním roce svoji pracovní zátěž?	Ano - Ne
15.Museli jste pro tyto obtíže snížit až v posledním měsíci svoji pracovní zátěž?	Ano - Ne
16.Měli jste pro tyto obtíže v posledním roce pracovní neschopnost?	Ano - Ne
17.Měli jste pro tyto obtíže až v posledním měsíci pracovní neschopnost?	Ano - Ne
18.Byly tyto obtíže důvodem k výraznému omezení či ukončení profese?	Ano - Ne
19.Vedly tyto zdravotní obtíže k operativnímu výkonu?	Ano - Ne
20.Pocítujete svoji práci v posledním roce za psychicky náročnou?	Ano - Ne
21.Jste výhradně pravák?	Ano - Ne
22.Jste výhradně levák?	Ano - Ne

**Pokud jste pracovali již před rokem 1989 vyplňte prosím také druhý sloupec.**

	<b>Nyní</b>	<b>před r.1989</b>
23.Pracujete u zubního křesla <b>více</b> než 40 hodin týdně?	Ano - Ne	Ano - Ne
24.Pracujete u zubního křesla <b>méně</b> než 30 hodin týdně?	Ano - Ne	Ano - Ne
25.Pracujete u zubního křesla <b>denně více</b> než 8 hod?	Ano - Ne	Ano - Ne
26.Pracujete u zubního křesla <b>denně méně</b> než 6 hodin?	Ano - Ne	Ano - Ne
27.Ošetříte během své pracovní doby obvykle <b>více než 20</b> pacientů ?	Ano - Ne	Ano - Ne
28.Ošetříte během své pracovní doby obvykle <b>méně než 10</b> pacientů ?	Ano - Ne	Ano - Ne
29.Děláte během pracovní doby dvě a více přestávek?	Ano - Ne	Ano - Ne
30.Pracujete převážně pouze s jedinou přestávkou na oběd?	Ano - Ne	Ano - Ne
31.Provádíte krátká relaxační cvičení v průběhu pracovní doby?	Ano - Ne	Ano - Ne
32.Pracujete v místnosti s jednou zubní soupravou?	Ano- Ne	Ano - Ne

33. Pracujete převážně v sedě?	Ano - Ne	Ano - Ne
34. Pracujete převážně ve stoje?	Ano - Ne	Ano - Ne
35. Střídáte pozice vsedě a ve stoje?	Ano - Ne	Ano - Ne
36. Pracujete převážně v pozici vedle hlavy pacienta?	Ano - Ne	Ano - Ne
37. Pracujete převážně za hlavou pacienta?	Ano - Ne	Ano - Ne
38. Pozice Vašeho pacienta je převážně v leže?	Ano - Ne	Ano - Ne
39. Pozice vašeho pacienta je převážně v sedě?	Ano - Ne	Ano - Ne
40. Pracujete se zubní soupravou s horním vedením?	Ano - Ne	Ano - Ne
41. Pracujete se soupravou s dolním vedením?	Ano - Ne	Ano - Ne
42. Pracujete s elektrickým mikromotorem?	Ano - Ne	Ano - Ne
43. Pracujete se vzduchovým mikromotorem?	Ano - Ne	Ano - Ne
44. Pracujete se světelnými preparačními násadci?	Ano - Ne	Ano - Ne
45. Pracujete převážně s asistencí metodou čtyřruční práce?	Ano - Ne	Ano - Ne
45. Ošetřujete častěji v nepřímém pohledu než v přímém?	Ano - Ne	Ano - Ne
47. Používáte při práci lupové brýle nebo zvětšovací skla?	Ano - Ne	Ano - Ne
48. Používáte při práci operační mikroskop?	Ano - Ne	Ano - Ne
49. Máte nad svoji zubní soupravou stropní osvětlení?	Ano - Ne	Ano - Ne
50. Pracujete v ordinaci s klimatizací ?	Ano - Ne	Ano - Ne
51. Sedíte při ošetřování na stoličce s opěrkou zad?	Ano - Ne	Ano - Ne
52. Používáte při endodoncii převážně strojové techniky?	Ano - Ne	Ano - Ne
53. Odstraňujete zubní kámen převážně ručně?	Ano - Ne	Ano - Ne
54. Máte RTG přístroj instalován u zubní soupravy?	Ano - Ne	Ano - Ne
55. Používáte rukavice při ošetření <b>každého</b> pacienta?	Ano - Ne	Ano - Ne
56. Používáte rukavice <b>jen</b> u chirurgických výkonů?	Ano - Ne	Ano - Ne
57. Vedete lékařskou dokumentaci i v elektronické podobě?	Ano - Ne	Ano - Ne
58. Získali jste doposud informace o ergonomii práce zubního lékaře?	Ano - Ne	Ano - Ne

