

Общий уход в хирургии

Лекция №1



Введение

- Хирургия – огромный раздел медицины, использующий в ходе лечения особый метод механического воздействия на организм человека – хирургическую операцию.
- Хирургическая операция – это сложная лечебная или диагностическая манипуляция, направленная на доступ к патологическому очагу в организме с его последующей ликвидацией, включающая методическое разъединение и последующее восстановление анатомических взаимоотношений органов и тканей.

Особенности ухода

- Объем ухода зависит от заболевания, исходного состояния, возраста больного, объема и особенностей оперативного вмешательства, послеоперационного режима. У тяжелых послеоперационных больных уход заключается в помощи при удовлетворении всех естественных потребностей организма (прием пищи, жидкости, опорожнении кишечника, мочевого пузыря, гигиенические процедуры, движение, помощь при патологических состояниях, обезболивание).

Задачи ухода

- Помимо непосредственного ухода за больным, персонал должен организовать ряд санитарно-эпидемиологических мероприятий, направленных на поддержание чистоты в хирургическом отделении и предупреждение гнойно-септических осложнений у послеоперационных больных. К таким мероприятиям относятся уборка помещений, дезинфекция, дезинсекция, санитарная обработка больных, обработка инструментария, белья, одежды, предметов ухода, проветривание помещений, контроль противоэпидемического и лечебно-охранительного режима в отделении.

Этика и деонтология

- Наука о нравственных началах медицинской деятельности носит название медицинской этики. Это совокупность принципов поведения медицинских работников, обусловленных особенностями их деятельности. Эффективность лечения определяется не только профессиональными навыками персонала, но и их моральными и нравственными качествами, проявляющимися в отношении к пациенту.

Этика и деонтология

- Частью медицинской этики является медицинская деонтология, которая определяет, как должен вести себя в определенных ситуациях медицинский работник, руководствуясь принципами медицинской этики.

Этика и деонтология

- Одинаковое доброжелательное, заботливое отношение должно быть ко всем без исключения больным, независимо от их материального достатка, профессии, образования, прописки, эмоционального состояния, национальности, возраста, религиозных и политических взглядов.

Этика и деонтология

- Медицинский работник должен всегда выглядеть аккуратно, опрятно. Неряшливость, вызывающий внешний вид, легкомысленное поведение заставляют пациента усомниться в профессиональных качествах персонала. Чувство такта, субординация, доброжелательные взаимоотношения внутри медицинского коллектива, отсутствие высокомерия, уважение к коллегам также играют свою положительную роль.

Врачебная тайна

- Соблюдение врачебной тайны – не только медицинский, но и юридический аспект, который должен соблюдаться неукоснительно. Строго запрещается обсуждение медицинскими работниками личных качеств, достатка, религиозных верований пациента, обсуждение его заболевания без медицинской цели и в присутствии посторонних лиц, передача информации о больном третьим лицам, без согласия на то больного.

Устройство хирургического стационара

- Хирургическое отделение или несколько отделений хирургического профиля.
- Приемное отделение.
- Отделение реанимации и интенсивной терапии.
- Операционный блок и перевязочные кабинеты.
- Отделение анестезиологии.
- Диагностическое (параклиническое) отделение.
- Аптека
- Службы технического обеспечения (прачечные, стерилизационная служба, пищеблок, сантехнические службы и др.)

Приемный покой

Приемно-диагностическое отделение (приемный покой) – одно из важнейших подразделений стационара. Это первое отделение, в которое попадает пациент в ходе лечения. В его функции входит регистрация, обработка персональных данных больного, оказание первой медицинской помощи, первичная диагностика заболевания, санитарная обработка пациента, транспортировка его в профильное отделение стационара.

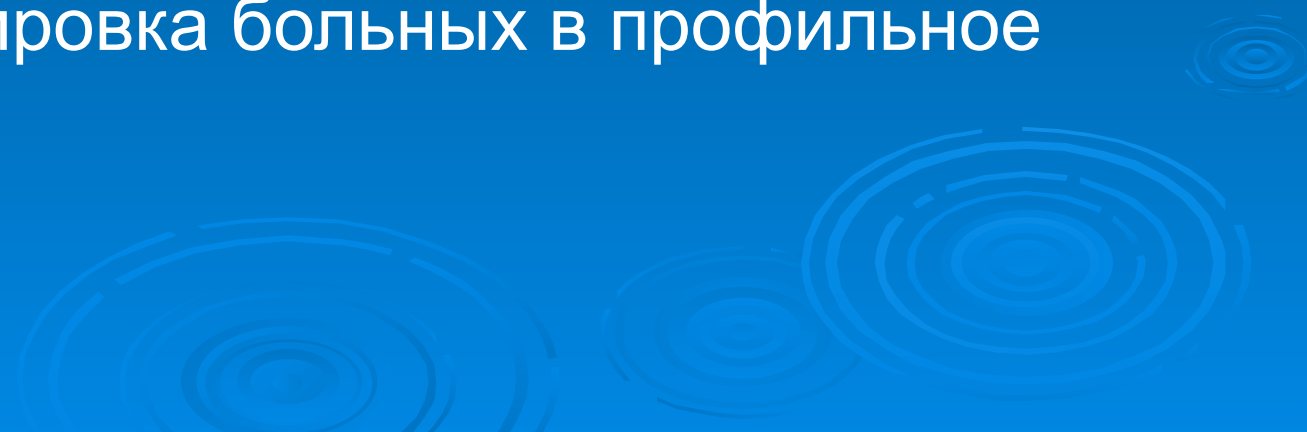
Организация приемного покоя

- Зал ожидания
- Регистратура
- Смотровые кабинеты
- Процедурный кабинет
- Перевязочная, малая операционная
- Реанимационный зал
- Санпропускник
- Экспресс-лаборатория
- Ванная комната
- Кабинеты функциональной диагностики

Медицинская документация приемного покоя

- История болезни.
- Карта амбулаторного больного.
- Журнал регистрации поступивших больных.
- Алфавитная книга справочной службы.
- Журнал отказов от госпитализации.
- Журнал осмотров на педикулез и чесотку.
- Журнал движения больных в стационаре.
- Журнал сообщений о происшествиях в полицию и ДПС.
- Журнал экстренных извещений в СЭС.
- Журнал учета медикаментов.
- Журнал учета генеральных уборок.

Функции приемного покоя

- Прием и регистрация пациентов.
 - Оформление медицинской документации.
 - Первичный врачебный осмотр.
 - Первичная санитарная обработка.
 - Первичная диагностика.
 - Первичная медицинская помощь.
 - Транспортировка больных в профильное отделение.
- 

Первичная санитарная обработка.

- Дезинсекция при наличие паразитов.
- Гигиеническая ванна, душ, обтирание больного.
- Стрижка волос и ногтей при необходимости.
- Переодевание в чистое больничное белье.
- Подготовка операционного поля.

Транспортировка больного

Из санпропускника пациент направляется в профильное отделение или операционную. Способ транспортировки выбирает врач. Больные в удовлетворительном состоянии могут идти в отделение пешком. В состоянии средней степени тяжести доставляются в отделение в кресле-каталке. Тяжелые больные транспортируются на носилках, установленных на специальной каталке.

Хирургическое отделение

В этом отделении оказывается хирургическая помощь больным, проводится предоперационная подготовка, дообследование, оперативное лечение, перевязки, процедуры, послеоперационное выхаживание. Хирургическое отделение может оказывать помощь общехирургическую, либо профильную, например, травматологическую, урологическую, гинекологическую, и т.д.

На 30 коек отделения:

- Пост палатной медицинской сестры
- Палаты по числу пациентов
- перевязочный кабинет
- процедурный кабинет
- Ординаторская
- Сестринская
- Комната сестры-хозяйки
- Столовая
- Санузел
- Ванная или душевая комната
- Клизменная
- вспомогательные специализированные кабинеты (цистоскопический, гипсовая, смотровой, эндоскопический, и др.)
- Технические помещения

Сестринский пост:

- Стол постовой медсестры
- Шкафы для хранения инвентаря
- Холодильники
- Шкаф для хранения медикаментов
- Раковина
- Столик для раздачи лекарств
- Шкаф для хранения документации

Столовая

- Кормление больных осуществляет буфетчица. К кормлению больных не допускается персонал, занятый в уборке помещений. Сначала принимают пищу больные с постельным режимом, затем больные со свободным режимом. Если столовые не разделены для «чистого» и «гнойного» постов, то сначала принимают пищу больные с чистыми послеоперационными ранами, а затем только больные с гнойно-септическими заболеваниями. После этого проводится обработка столовой и инвентаря.

Операционный блок

- Операционные залы организуются в составе хирургического отделения.
- Обособленное отделение – операционный блок.

Устройство оперблока

- Асептический блок
- Септический блок



Помещения оперблока

- Операционные залы
- Предоперационная
- Стерилизационная
- Наркозная
- Аппаратная
- Вспомогательные помещения
- Пропускник и шлюзы
- Помещения для персонала

Внутрибольничная инфекция

- Госпитальная (внутрибольничная) инфекция – это инфекционное заболевание, развившееся в результате заражения больных существующей в медицинском учреждении флорой, вирулентной и устойчивой против многих антибиотиков.
- Любое клинически проявившееся заболевание микробного происхождения, которое поражает больного в результате его пребывания в стационаре или обращения за медицинской помощью, вне зависимости от проявления симптомов заболевания во время госпитализации или после выписки, а также инфекционное заболевание сотрудника медицинского учреждения вследствие его инфицирования при работе в данной организации подлежит учету и регистрации как внутрибольничная инфекция.

Источник инфекции

- Основные клинические формы госпитальной инфекции: раневая инфекция, инфекция мочевыводящих путей, дыхательных путей, сепсис. Основным источником инфекции – больные с гнойно-воспалительными заболеваниями, бактерионосители среди посетителей, персонала, больных. Распространение возбудителей происходит в основном воздушно-капельным и контактным путем.
- В целях предупреждения госпитальной инфекции в лечебных учреждениях должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные санитарными правилами профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Обследование персонала

- При поступлении на работу в стационары хирургического профиля медицинские работники проходят предварительный медицинский осмотр врачей: терапевта, невролога, гинеколога, дерматовенеролога, отоларинголога, офтальмолога. В дальнейшем профосмотр проводится ежегодно.
- Проводятся следующие обследования: рентгенологическое обследование на туберкулез, исследование крови на гепатит С, исследование на гепатит В непривитых лиц (привитые обследуются 1 раз в 5 лет), исследование крови на сифилис, исследование мазков на гонорею, исследование крови на ВИЧ-инфекцию. Данные обследования также проводятся ежегодно.
- Также ежегодно проводятся исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи.
- При выявлении патологии у персонала проводятся дополнительные исследования.

Учет производственных травм

- В хирургическом отделении должен проводиться учет травм и чрезвычайных ситуаций (порезы, уколы, попадание крови на слизистые, поврежденные кожные покровы и др.), связанных с профессиональной деятельностью персонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий.

Возникновению и развитию ВБИ в хирургическом отделении способствуют:

- недооценка эпидемической опасности внутрибольничных источников инфекции и риска заражения при контакте с больным, страдающим гнойно-септическими инфекциями, и их несвоевременная изоляция;
- перегрузка хирургического отделения;
- наличие не выявленных носителей внутрибольничных штаммов среди медперсонала и больных;
- нарушение медперсоналом правил асептики и антисептики, личной гигиены;
- несвоевременное проведение текущей и заключительной дезинфекции, нарушение режима уборки;

Возникновению и развитию ВБИ в хирургическом отделении способствуют:

- недостаточное оснащение хирургического отделения дезинфицирующими средствами;
- нарушение режима дезинфекции и стерилизации медицинских инструментов, аппаратов, приборов и т.д.;
- устаревшее оборудование;
- неудовлетворительное состояние пищеблока, водоснабжения;
- отсутствие фильтрационной вентиляции.

Особенности внутрибольничной инфекции:

- 1. Возбудители устойчивы к основным антибиотикам и антисептикам.**
- 2. Возникает у ослабленных больных, часто является суперинфекцией**

Возбудители ВБИ

- ▣ 3. Возбудители - чаще условно-патогенные микроорганизмы: стафилококки, клебсиеллы, кишечная палочка, вульгарный протей и др.

Места локализации условно-патогенной микрофлоры:

- ▣ √ стафилококки (золотистый) - руки, подмышечные впадины, паховые складки, носоглотка;
- ▣ √ стрептококки - кожа рук и др.;
- ▣ √ синегнойная палочка - руки, глотка, кишечник, мочевыводящие пути;
- ▣ √ клебсиеллы - глотка, кишечник, мочевыводящие пути;
- ▣ √ кишечная палочка - руки, кишечник, мочевыводящие пути;
- ▣ √ протей - руки, мочевыводящие пути;
- ▣ √ энтерококки - руки.

Раневая инфекция

- Развиваясь в ране, инфекция вызывает гнойно-септические осложнения, которые разрушают результаты технически сложных операций, значительно удлиняют сроки лечения, часто несут угрозу жизни больного.

Виды ран:

- - чистые раны (неинфицированные операционные раны без признаков воспаления);
- - условно чистые раны (операционные раны, проникающие в дыхательные пути, желудочно-кишечный тракт, половые или мочевыводящие пути при отсутствии необычного заражения);
- - загрязненные (контаминированные) раны (операционные раны со значительным нарушением техники стерильности или со значительной утечкой содержимого желудочно-кишечного тракта);
- - грязные (инфицированные) раны (операционные раны, в которых микроорганизмы, вызвавшие послеоперационную инфекцию, присутствовали в организме до начала операции).

Виды раневой инфекции:

1. Поверхностная инфекция разреза возникает не позднее 30 суток после операции и вовлекает только кожу и подкожные ткани в области разреза.

Признаки:

- гнойное отделяемое из поверхности разреза,
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически пункцией области поверхностного разреза или из мазка из раны при наличии микроскопических признаков воспаления,
- имеется не менее 2 из перечисленных симптомов – боль или болезненность, ограниченная припухлость, краснота, местное повышение температуры.

В данном случае лечащим врачом ставится диагноз – нагноение послеоперационной раны, и др.

Виды раневой инфекции:

2. Глубокая инфекция в области хирургического вмешательства возникает не позднее 30 суток после операции при отсутствии имплантата или не позднее года при наличии имплантата в месте операции и вовлекает глубокие мягкие ткани (например, мышечный, фасциальный слой) в области разреза.

Признаки:

- гнойное отделяемое из глубины разреза в месте хирургического вмешательства, но не из органа/полости,
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученное асептически пункцией области глубокого разреза или из мазка из глубины раны при наличии микроскопических признаков гнойного воспаления,
- спонтанное расхождение краев раны или намеренное ее открытие хирургом, когда у пациента имеются симптомы: лихорадка, локализованная боль или болезненность,
- при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции в области разреза.

Хирургом устанавливается диагноз – абсцесс, флегмона и др.

Виды раневой инфекции:

3. Инфекция полости/органа возникает не позднее 30 дней после операции при отсутствии имплантата или не позднее одного года при наличии имплантата в месте операции, вовлекает любую часть организма (например, органа или полости), кроме области разреза, которая была вскрыта или подверглась манипуляциям в процессе операции.

Признаки:

- гнойное отделяемое из дренажа, установленного в органе/полости через специальный разрез,
- выделение микроорганизмов из жидкости или ткани, полученной асептически из полости или органа,
- лихорадочное состояние,
- при непосредственном осмотре, во время повторной операции, при гистологическом или рентгенологическом исследовании обнаружен абсцесс или иные признаки инфекции, вовлекающие орган, полость. Хирургом устанавливается диагноз – перитонит, остеомиелит, пневмония, пиелонефрит, медиастенит, эндометрит и другие, возникшие после операции на соответствующем органе.

Антисептика

- Антисептика – это комплекс мероприятий, направленный на уничтожение микробов в ране, патологическом образовании или органе в целом. Антисептика обычно проводится посредством комплекса следующих методов: биологический, химический, механический, физический.

Асептика

- Профилактические мероприятия, обеспечивающие предупреждение попадания патогенных микроорганизмов в операционную рану называются асептикой.
- Основной принцип асептики – все, что соприкасается с раной должно быть стерильным.

Гигиена персонала

- Клиническая гигиена – комплекс мер, направленных на защиту медицинского персонала, пациентов, людей, контактирующих с персоналом вне стен больницы, от внутрибольничной инфекции.

Униформа:

- Медицинский халат
- Хирургический костюм
- Колпак или шапочка
- Сменная обувь, бахилы
- Маска
- Перчатки

Профилактика ВБИ:

- Перед проведением плановых операций необходимо выявление и санация очагов инфекции, имеющихся у пациента еще на догоспитальном этапе. Провести коррекцию клинических показателей у больных в предоперационном периоде.
- Следует максимально сокращать сроки пребывания пациента в стационаре в период предоперационной подготовки. При поступлении пациента на операцию в плановом порядке предварительное обследование проводится амбулаторно, без проведения повторного обследования в стационаре.

Профилактика ВБИ:

- Сроки выписки пациента из стационара определяется состоянием его здоровья, особенностью операции, течением послеоперационного периода, однако оправдана ранняя выписка пациентов.
- Посещение пациентов родственниками разрешается в установленном администрацией учреждения порядке.
- Для пациентов, не требующих постоянного круглосуточного наблюдения, организуются отделения дневного пребывания больных.

Профилактика ВБИ:

- Персонал должен строго соблюдать все меры эпидемиологической предосторожности по отношению к любому пациенту. Каждый пациент рассматривается как потенциальный источник инфицирования для персонала.
- Все инвазивные диагностические и лечебные манипуляции проводятся в перчатках. Также перчатки необходимы при контакте со слизистыми больного и инфицированными инструментами.

Профилактика ВБИ:

- Независимо от использования перчаток, до и после контакта с пациентом, после снятия перчаток и каждый раз после контакта с кровью, биологическими жидкостями, секретами, выделениями и потенциально инфицированными предметами и оборудованием проводится гигиеническая обработка рук.
- При нарушении целостности перчаток и загрязнении рук кровью или другими биологическими жидкостями необходимо:
 - снять перчатки;
 - вымыть руки проточной водой с мылом;
 - тщательно высушить руки чистым полотенцем;
 - обработать кожным антисептиком.

Профилактика ВБИ:

- При проведении манипуляций/операций, которые могут сопровождаться образованием брызг крови, секретов, экскретов, персонал надевает маску, приспособления для защиты глаз (очки, щитки). При загрязнении средств индивидуальной защиты производится их незамедлительная замена. Предпочтительно использовать одноразовые средства защиты.
- Запрещается надевание колпачков на использованные инъекционные иглы. После использования иглы, скальпели, прочие острые предметы сбрасываются в непрокальваемые контейнеры.

Профилактика ВБИ:

- Пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями изолируют в отделение гнойной хирургии. перевязки пациентов с гнойными ранами производятся в отдельной специализированной перевязочной. Осмотр таких пациентов производят в одноразовых перчатках и фартуках.
- Пациенты с сочетанием острого инфекционного и острого хирургического заболевания подлежат госпитализации в специализированный стационар, а при его отсутствии в общехирургический стационар, но при обязательной изоляции в отдельную палату или бокс. При необходимости персонал принимает дополнительные меры предосторожности, соответствующие эпидемиологическим особенностям конкретной инфекции, организует весь комплекс противоэпидемических мероприятий.

Профилактика ВБИ:

- Медицинский персонал, имеющий поражение кожи, отстраняется от работы и направляется на обследование и лечение.

Профилактика ВБИ:

- При обработке операционного поля перед хирургическим вмешательством или другими манипуляциями, связанными с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек (пункции, биопсии), следует отдавать предпочтение спиртосодержащим кожным антисептикам с красителем.
- Перед обработкой кожи операционного поля антисептиком следует тщательно вымыть и очистить ее от видимых загрязнений.
- Обработку операционного поля производят путем как минимум двукратного протирания отдельными стерильными марлевыми салфетками, смоченными кожным антисептиком, в течение времени обеззараживания, рекомендованного инструкцией к конкретному средству.

Профилактика ВБИ:

- Кожный антисептик при обработке неповрежденной кожи следует наносить концентрическими кругами от центра к периферии, а при наличии гнойной раны от периферии к центру.
- Подготовленная область должна быть достаточно велика, чтобы в случае необходимости продолжить разрез, или сделать новые разрезы для дренажей.
- Волосяной покров в области операционного поля должен быть сбрит перед операцией.
- Для изоляции кожи операционного поля применяются стерильные простыни, полотенца, салфетки, или специальные одноразовые стерильные пленки с антимикробным покрытием, через которую непосредственно делается разрез.

Профилактика ВБИ:

- Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживания кожи в месте инъекции спиртосодержащим кожным антисептиком. Обработку производят последовательно, двукратно, стерильной салфеткой, смоченной кожным антисептиком. Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям в инструкции к конкретному антисептику.

Профилактика ВБИ:

- Профилактическое назначение антибиотиков является наиболее эффективным мероприятием по предупреждению инфекционных осложнений после хирургических вмешательств.
- При выборе антибиотика следует отдавать предпочтение активному в отношении наиболее вероятного при определенных операциях возбудителя инфекционных осложнений.
- Рекомендуется отдавать предпочтение внутривенному введению препаратов.
- Антибиотикопрофилактику следует начинать до (в крайнем случае, во время) оперативного вмешательства, с учетом периода полувыведения данного препарата. Целесообразно вводить антибиотик одновременно с началом анестезии.

Профилактика ВБИ в оперблоке:

- Территория операционного блока делится на три зоны: неограниченная, полусвободная и ограниченная.
- При подготовке стерильных столов для инструментария необходимо придерживаться правил асептики.
- Члены операционной бригады входят в оперблок через санпропускник, где принимают душ и надевают операционное белье, шапочки, маски, закрывающие нос, рот и область подбородка. В предоперационной проводится обработка рук хирурга. После этого в операционной надевается стерильный халат и перчатки с помощью операционной сестры.
- При подготовке к работе перевязочной и операционной до начала работы проводится влажная уборка помещения с обработкой всех поверхностей дезинфектантом.

ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ:

1. Доброе, чуткое, внимательное, заботливое и бескорыстное отношение к больному.
2. Помощь больному при удовлетворении им основных, жизненных потребностей (еда, питьё, движение, опорожнение кишечника и мочевого пузыря и пр.).
3. Помощь во время болезненного состояния (рвота, кашель, кровотечение, нарушение дыхания и т.д.).
4. Гигиеническое содержание больного и помещения, где он находится (палата, перевязочная), содержание в чистоте постели.
5. Выполнение врачебных назначений.
6. Подготовка больного к выполнению лечебных и диагностических процедур.

ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ:

7. Подготовка больного к оперативному вмешательству.
8. Уход за больным в операционной.
9. Выхаживание больного в послеоперационном периоде.
10. Организация досуга больного.
11. Регулирование посещений больного родственниками, сослуживцами и знакомыми

Сестринский процесс в хирургической практике

- Одним из основных понятий сестринского дела является сестринский процесс.
- Сестринский процесс - метод организации и оказания сестринской помощи, которая включает в себя больного и сестру как взаимодействующих лиц.

Цели сестринского процесса

1. Определение конкретных потребностей больного в уходе перед, во время и после операции.
2. Выделение приоритетных проблем по уходу:
 - проблемы безопасности (операционной, инфекционной, социокультурной, психологической);
 - проблемы, связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем;
 - проблемы, связанные с операционным стрессом и тревожностью;
 - проблемы, связанные с сохранением достоинства, так как ни в одной другой области медицины больной не оказывается столь беззащитным и уязвимым, как во время операции.

Цели сестринского процесса

- ▣ 3. Прогнозирование последствий ухода, определение сроков восстановления после операции.
- ▣ 4. Применение сестринской стратегии, направленной на удовлетворение нужд больного с учётом особенностей конкретной хирургической патологии.
- ▣ 5. Оценка эффективности проведённой сестрой работы и её профессионализма.
- ▣ 6. Гарантия качества оказанной помощи.

Организационная структура сестринского процесса

1. Сестринское обследование больного включает данные:
 - √ субъективные - предположения больного о состоянии своего здоровья (чувства и эмоции, выраженные словами мимикой, жестами);
 - √ объективные - наблюдения и данные, полученные сестрой. Источниками данных могут быть сами больные, члены их семьи, а также медицинские документы (история болезни, амбулаторная карта).

Организационная структура сестринского процесса

- ▣ 2. Диагностирование состояния больного, которое основано не на распознавании болезней, а на определении потребностей его и выявлении проблем (ограниченность самообслуживания, нарушения сна, отдыха, питания, боль, эмоциональная неустойчивость и т.д.).
- ▣ Во время установления сестринского диагноза принимаются во внимание физические, психологические и интеллектуальные данные больного.

Организационная структура сестринского процесса

3. Планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей (проблем), связанных с состоянием здоровья больного. Цель планирования - предупредить, облегчить, уменьшить или свести до минимума трудности, возникающие у больного при его активном участии в этом процессе.
- План должен включать кратковременные и долгосрочные цели.

Организационная структура сестринского процесса

4. Выполнение плана необходимых сестринских вмешательств, который включает помощь при болезни, в профилактике и укреплении здоровья. Выделяют три вида сестринского вмешательства:
- ✓ **зависимое** - по назначению врача должны использоваться знания и навыки сестры (постановка очистительной клизмы, подготовка к операции и т.д.);
 - ✓ **независимое** - действия сестры регулируются каким-либо правовым актом (закон о сестринской деятельности, инструкции и т.д.);
 - ✓ **взаимозависимое** - деятельность медсестры осуществляется совместно с какими-либо специалистами (работа в бригаде хирургической, анестезиологической, реанимационной и т.д.).

Организационная структура сестринского процесса

5. Оценка полученных результатов с их коррекцией в случае необходимости. Оценка включает:
- ✓ реакцию больного на вмешательство;
 - ✓ мнение больного;
 - ✓ достижение поставленных целей;
 - ✓ качество оказанной помощи в соответствии с определёнными стандартами.