

بررسی نتایج مشاوره شیردهی در مادران ارجاع شده به کلینیک مشاوره شیردهی مراکز بهداشت

چکیده

دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۰ ویرایش: ۱۴۰۱/۱۲/۲۷ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۰۷ آنلاین: ۱۴۰۲/۰۱/۱۵

زمینه و هدف: میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در ایران در سنین سه و شش ماهگی به ترتیب برابر با ۴۴٪ و ۲۷٪ برآورد شده است که همچنان با شاخص مطلوب سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۳۰ (۷۰٪ در شش ماه اول) فاصله دارد. به همین منظور پایش مراکز مشاوره شیردهی که با هدف ارتقا شیردهی و حمایت مادرانی که دچار مشکلات شیردهی شده‌اند راه‌اندازی شده است.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی گذشته‌نگر می‌باشد و در آن کلیه مادران ارجاع شده حایز شرایط پژوهش به مرکز بهداشتی و درمانی شماره دو شهر مشهد در بازه زمانی فروردین تا اسفند ۱۳۹۹ مورد بررسی قرار گرفتند. این مرکز بهداشت دارای دو کلینیک مشاوره شیردهی فعال می‌باشد و جمع‌آوری اطلاعات براساس مستندات ثبت شده در دفاتر و رایانه می‌باشد. بنابراین نمونه‌گیری سرشماری انجام شد. داده‌ها با استفاده از SPSS software, version 16 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) و در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ آنالیز می‌گردند.

یافته‌ها: در ۴۲/۸٪ موارد مادران تغذیه توأم شیرخشک با شیر مادر را پیش از مراجعه آغاز کرده بودند و در ۲۸/۱٪ هنگام مراجعه به کلینیک‌های مشاوره شیر، تغذیه نوزاد تنها شیرخشک گزارش گردید. پس از مشاوره‌های شیردهی و پیگیری‌های انجام شده در پایان شش ماهگی، میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۳۴/۱٪ (۱۲٪ افزایش نسبت به بدو مراجعه) و تغذیه توأم شیرخشک با شیر مادر به ۲۷/۸٪ (کاهش ۲۲٪ نسبت به بدو مراجعه) و تغذیه با شیرخشک به تنهایی به میزان ۳۶/۵٪ (افزایش ۸/۴٪ نسبت به بدو مراجعه) محاسبه شد.

نتیجه‌گیری: نقش مثبت مرکز مشاوره شیر مادر در کاهش موارد تغذیه مصنوعی محرز است و توصیه می‌گردد که دستورالعمل مدون براساس چالش‌های موجود در شیردهی برای مشاوره شیر مادر در ماه اول پس از زایمان تهیه گردد.

کلمات کلیدی: شیردهی، مشاوره، تغذیه انحصاری با شیر مادر، خدمات بهداشتی، ارجاع.

زینب خزاعی شیر^۱، کبری میرزاخانی^۲، گلناز سادات احمدی نژاد^۳، سیده فاطمه نادری^۴، ناهید جهانی شوراب^{*۲}

۱- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲- مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳- گروه بهداشت باروری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴- گروه مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

* نویسنده مسئول: خراسان رضوی، مشهد، خیابان دانشگاه، چهارراه دکتر، خیابان ابن سینا، دانشگاه پرستاری و مامایی.

تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱

E-mail: jahani@tums.ac.ir

مقدمه

آسانترین روش جهت برطرف کردن نیازهای شیرخوار می‌باشد و در دستورات دینی و کتاب آسمانی قرآن نیز به آن توصیه شده است.^۱ سازمان بهداشت جهانی (WHO)، به انجام تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماهگی و تداوم شیردهی تا دو سالگی تاکید فراوان دارد.^۲ در حال حاضر سازمان یونسف (UNICEF) و سازمان بهداشت جهانی (WHO)، تغذیه انحصاری با شیر مادر را یک سیاست مهم و

شیر مادر بهترین غذا برای شیرخوار است و اثرات مثبت آن در کاهش مرگ و میر کودکان، سلامت کودک و مادر، تامین نیازهای عاطفی کودک و مادر و هم‌منظور ایجاد صرفه‌جویی اقتصادی در خانواده کاملاً روشن و واضح می‌باشد.^۱ تغذیه کودک با شیر مادر

Behzadifar و همکاران در یک مطالعه مروری متوسط نرخ تغذیه انحصاری در ایران را ۵۳٪ گزارش کرده‌اند.^۸ Ranjbaran و همکاران این میزان را در یک مطالعه سیستماتیک ۴۹/۱٪ گزارش نموده‌اند.^۹ در مطالعه Ghenaei و همکاران بیان شده که میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در سه و شش ماهگی به ترتیب برابر با ۴۴٪ و ۲۷٪ می‌باشد که همچنان با شاخص‌های مطلوب جهانی فاصله دارد.^۵ با وجود تاثیرات مثبت شیردهی، فاکتورهای زیادی بر تصمیم مادر برای آغاز و ادامه شیردهی از جمله دانش مادر درباره شیردهی، سیستم‌های حمایتی، شرایط اجتماعی و اقتصادی و میزان خودکارآمدی درک شده مادر موثر است. مطالعات زیادی نشان دادند که حمایت از زنان شیرده موجب افزایش تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر در نوزادان ترم و نارس می‌شود.^{۷،۳} Parsa و همکاران با عنوان استفاده از ابزار بریستول (Bristol breastfeeding assessment tool, BBAT) در مشاوره شیردهی و تاثیر آن بر وضعیت شیردهی مادران سزارینی نخست‌زا بیان کردند، انجام مشاوره در افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر بسیار موثر بوده و تفاوت آماری معناداری با گروهی که مشاوره را دریافت نکرده بودند مشاهده شد و همینطور بیان شد آموزش چهره‌به‌چهره در افزایش عملکرد و آگاهی مادران برای شیردهی موثر و مفید است.^۶ لازمه انجام موفق فرایند شیردهی دارا بودن از اطلاعات کافی و صحیح، داشتن مهارت انجام تکنیک‌های شیردهی، آرامش و اعتماد به نفس است که تمام موارد فوق با حضور یک مشاور توانمند و دوره‌دیده در کنار مادر شیرده میسر خواهد بود تا به مادر کمک نماید که درک بهتری از خود و شرایطش داشته باشد و بهترین تصمیم را با توجه به موقعیتش اتخاذ نماید.^۷ مطالعات نشان می‌دهند در صورت استفاده مادران از مراکز مشاوره شیردهی و مشاوران دوره‌دیده شیردهی پیامدهای شیردهی هم در شروع و ادامه شیردهی و هم در میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر نسبت به مادرانی که از این حمایت برخوردار نبودند، افزایش معناداری داشته است.^۸ مراکز مشاوره شیردهی با هدف آموزش و حمایت مادران باردار، و مادران پس از زایمان و حل مشکلات شیردهی آنها به‌ویژه در روزها و هفته‌های طلایی پس از ترخیص راه‌اندازی شده است و مادران با مشکل شیردهی از مراکز خدمات شهری به این مراکز هدایت می‌شوند.^۹ پژوهش حاضر با عنایت به مطالب بیان شده، گستردگی جهانی موضوع تغذیه کودک با شیر مادر و نقش ماما به‌عنوان

راهدری در ایجاد و تضمین رشد، بقا و سلامت کودکان می‌دانند.^۴ سازمان بهداشت جهانی تغذیه انحصاری با شیر مادر را تغذیه شیرخواری تعریف کرده است که هیچ نوع غذا یا نوشیدنی دیگری به‌جز شیر مادر در طی شش ماه اول زندگی دریافت نکند اما در استفاده از ویتامین‌ها، املاح، داروها و در صورت نیاز ORS مجاز است.^۵ مطالعات نشان می‌دهند کودکانی که از شیر مادر تغذیه می‌شوند به انواع بیماری‌ها از قبیل بیماری‌های تنفسی، گوارشی، کولیت اولسراتیو، کرون، عفونت‌های ادراری و گوش میانی، لنفوم، لوسمی و دیابت وابسته به انسولین کمتر مبتلا می‌شوند، همچنین میزان مرگ‌ومیر کودکان تغذیه شده با شیرخشک و غذاهای تکمیلی نسبت به آنهایی که فقط شیر مادر خورده‌اند به‌علت اسهال ۴/۲ برابر و به‌علت عفونت‌های تنفسی ۱/۶ برابر بیشتر است.^{۱۰} تغذیه با شیر مادر میزان سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، چاقی، آسم و آلرژی را در کودکان کمتر می‌کند. علاوه‌براین در کاهش بروز سرطان تخمدان و سرطان سینه در مادران موثر است.^۶ میزان افسردگی پس از زایمان در مادرانی که تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند در مقایسه با مادرانی که همراه با شیر مادر از تغذیه تکمیلی و همچنین مادرانی که کاملاً از شیر مصنوعی استفاده می‌کردند، کمتر بوده است.^۱ سرمایه‌گذاری کشورها در جهت بهبود شیوه‌های شیردهی به‌ازای هر دلار سرمایه‌گذاری، ۳۵ دلار بازده اقتصادی به‌همراه خواهد داشت. افزایش شیردهی می‌تواند از ۸۲۳۰۰۰ مرگ سالانه در کودکان زیر پنج سال و ۲۰۰۰۰ مرگ سالانه بر اثر سرطان سینه جلوگیری کند. لذا WHO از اوت ۲۰۱۷ با همکاری یونسف سازمانی را تحت‌عنوان مجمع جهانی تغذیه با شیر مادر (Global breastfeeding collective) با هدف ارتقا شیردهی راه‌اندازی کرده است و برای رسیدن به اهداف این برنامه تا سال ۲۰۳۰ یعنی رسیدن به ۷۰٪ شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد، ۷۰٪ ادامه تغذیه انحصاری با شیر مادر تا شش ماه اول، ۸۰٪ ادامه شیر مادر تا انتهای سال اول و ۶۰٪ برای سال دوم الویت‌هایی را مشخص کرده است که مشاوره شیردهی توسط پزشکان و مراقبین بهداشتی کارآزموده یکی از الویت‌های این برنامه است.^۷ با وجود اینکه تغذیه با شیر مادر دارای فواید زیادی برای مادران و کودکان می‌باشد اما همچنان میزان نرخ شیردهی در ایران نیز پایین‌تر از اهداف است. کمک و حمایت از شیردهی یک موضوع پیچیده است و تحت‌تاثیر عوامل درونی، ساختاری و محیطی می‌باشد.

عبارتند از عدم‌ابتلا به بیماری‌های پستان، داشتن فرزند شیرخوار، توانایی خواندن و نوشتن، سکونت در شهر مشهد. معیارهای خروج از مطالعه نیز عدم‌تمایل به شرکت در مطالعه و ابتلا نوزاد به بیماری‌های مغایر با شیردهی بود.

روش نمونه‌گیری در این پژوهش از نوع سرشماری بود. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه تدوین‌شده وزارت بهداشت استفاده شد، که ابزاری رواست. جهت روایی محتوا از نظرات هفت نفر از اعضا هیات‌علمی دانشکده استفاده شد و چون سوالات آن عینی و واضح است از پایایی برخوردار بود. این پرسشنامه ۲۷ سوالی مشتمل بر سه بخش مشخصات دموگرافیک (تحصیلات مادر، شغل مادر، برخورداری از حمایت اجتماعی) مامایی و طبی (نوع زایمان، رتبه تولد، ابتلا به بیماری طبی و روانی و مصرف دارو، سابقه تجربه موفق شیردهی) و بخش مشاوره شیردهی و پیگیری (واحد ارجاع‌دهنده، علت مراجعه، سن کودک در زمان مراجعه مادر، وضعیت تغذیه فعلی نوزاد، سابقه دریافت آموزش شیردهی، زمان اولین پیگیری، نتیجه مشاوره و وضعیت تغذیه پس از مشاوره و پیگیری) براساس مستندات ثبت شده دفاتر و رایانه موجود در مرکز بهداشتی شماره دو مشهد در سال ۱۳۹۹ بود.

لازم به توضیح است که در این کلینیک‌ها با مشاهده وضعیت شیردهی مادر و توزین اولیه نوزاد، مشاهده و ثبت وضعیت منحنی رشد و بررسی اولیه پستان‌ها (خروج شیر و یا ضایعه) و شرایط فیزیکی نوزاد اقدامات لازم از جمله تاکید بر تصحیح وضعیت شیردهی و باورهای غلط، تاکید بر رژیم غذایی مناسب و درخواست از خانواده برای حمایت روحی و فیزیکی مادر انجام می‌شود و در صورت نیاز وسایل کمک شیردهی (رابط یا شیلد پستانی) در اختیار مادر گذاشته می‌شود و زمان و یا زمان‌های مراجعه بعدی را به مادر برای تعیین تکلیف وضعیت نوزاد و نیاز به شیرخشک یادآوری می‌کند. در تمامی این مراجعات، ملاک، برخورداری از سیر مطلوب در منحنی رشد نوزاد است. لذا آیتم نتیجه مشاوره و وضعیت تغذیه نوزاد براساس منحنی رشد توسط مامای شاغل به صورت تغذیه انحصاری و یا مصرف همزمان شیرخشک و شیر مادر و یا شیرخشک به تنهایی ثبت می‌گردد. چنانچه مادری بدون توجه به مشاوره و توصیه مامای مرکز اقدام به تغذیه شیرخشک بنماید از دریافت شیرخشک دولتی محروم خواهد شد که در پرونده ثبت می‌گردد. در صورتی که

مشاورین شیردهی در راستای پیشبرد هرچه بهتر تغذیه با شیر مادر از اهمیت بالایی برخوردار است و در راستای الویت‌های مجمع جهانی تغذیه با شیر مادر که پایش و نظارت مراکز مشاوره شیردهی را به منظور ارتقا تغذیه با شیر مادر توصیه نموده‌است، می‌باشد. از آنجاکه هدف مجمع جهانی تغذیه با شیر مادر دستیابی به ۷۰٪ تغذیه انحصاری نوزادان با شیر مادر در طی شش ماه اول تولد می‌باشد، در این مطالعه جهت بررسی نتایج مشاوره در کلینیک‌های شیردهی از این شاخص استفاده شد و علاوه بر تعیین درصد تداوم تغذیه انحصاری نوزادان ارجاع‌شده در طی شش ماه اول پس از تولد، فراوانی علل مراجعه مادران با مشکلات شیردهی و تعداد موارد مراجعه و پیگیری هر مادر با شیرخوار که از فرم‌های مرکز مشاوره شیردهی در طی شش ماه اخیر استخراج و گزارش می‌گردد، برای انجام این پژوهش در نظر گرفته شده است.^۷

مرکز بهداشت شماره دو مشهد دارای دو کلینیک مشاوره شیردهی است. جمعیت تحت‌پوشش آن، از شرایط اقتصادی پایینی برخوردارند و مادران پس از تولد نوزاد، عمده مراقبت‌های خود را از طریق مراکز بهداشتی دریافت می‌کنند و برای تهیه کپن شیرخشک به این مراکز ارجاع می‌شوند. از این رو تعداد مراجعین مادر با مشکلات شیردهی به این مراکز مشاوره نسبت به جمعیت مراکز دیگر که شیرخشک را آزاد خریداری می‌کنند، به مراتب بالاتر است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین نتایج مشاوره شیردهی در مادران ارجاع‌شده به کلینیک مشاوره شیردهی مرکز بهداشتی شماره دو مشهد در سال ۱۳۹۹ انجام گرفت تا نقاط مثبت و نقاط ضعف مربوط به این برنامه مشخص و در دسترس صاحب‌نظران قرار گیرد و بهترین تدابیر موجود براساس نتایج حاصل از این مطالعه اتخاذ گردد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی می‌باشد که به منظور تعیین نتایج مشاوره شیردهی در مادران مراجعه‌کننده به کلینیک شیردهی مرکز بهداشتی شماره دو مشهد در بازه زمانی فروردین تا اسفند ۱۳۹۹ با کد اخلاق IR.MUMS.NURSE.REC.1400.074 انجام شد. جامعه پژوهشی کلیه مادران شیرده مراجعه‌کننده به مرکز بهداشتی شماره دو مشهد با معیارهای ورود به مطالعه بودند. معیارهای ورود به مطالعه

محل ارجاع به کلینیک مشاوره شیردهی، مرکز بهداشت بود. سن کودک در ۹۵ مورد (۳۸/۲٪) در زمان ارجاع کمتر از یک ماه، ۱۳۱ مورد (۵۲/۶٪) بین یک تا چهار ماه و ۲۳ مورد (۹/۲٪) بین چهار تا پنج ماه بود.

مادر معتاد به شیشه باشد یا بیماری خاصی مانند HIV داشته باشد و جزو گروه دریافت کنندگان شیرخشک باشد در همان مراجعه اولیه کوین داده می شود.

یافته‌ها

۲۴۹ مادر جهت مشاوره شیردهی به دو کلینیک مشاوره شیر واقع در مرکز بهداشت دو مراجعه داشتند که از نظر فراوانی شغل، ۲۴۲ نفر خانه دار (۹۷/۲٪)، پنج نفر شاغل (۲٪) و دو نفر در حال تحصیل (۰/۸٪) بودند. به لحاظ سطح تحصیلات مادر، ۱۲۳ مورد (۴۹/۴٪) دیپلم و بالاتر و ۱۱۹ مورد (۴۷/۸٪) زیردیپلم و در هفت مورد (۲/۸٪) بی سواد بودند.

از لحاظ فراوانی بیماری‌های زمینه‌ای ۴۴ نفر از مادران (۱۷/۶٪) به بیماری زمینه‌ای اشاره داشتند. ۹ مورد (۳/۶٪) از کل مادران مراجعه کننده (۲۴۹ نفر) سابقه افسردگی و سایکوز پس از زایمان را ذکر می کردند. چهار مورد (۱/۶٪) ابتلا مادر به HTLV1، چهار مورد (۱/۶٪) اعتیاد و چهار مورد (۱/۶٪) نیز سابقه مشکلات پستانی را بیان کردند. از میان مادران با بیماری‌های زمینه‌ای ۳۲ مورد (۱۲/۹٪) از آنها تحت درمان بودند، به طوری که ۲۸ مورد (۱۱/۲٪) مصرف دارو را ذکر می کردند. بیشترین داروهای مصرفی آنان داروهای ضد افسردگی بود چهار مورد (۱/۶٪)، از دیگر ترکیبات دارویی پرمصرف ایمنوساپرسیو، سه مورد (۱/۲٪) بود. در سه مورد (۱/۲٪) مادران از داروهای مخدر استفاده می کردند.

از لحاظ فراوانی بیماری‌های کودک مراجعه کننده به کلینیک مشاوره شیردهی می توان گفت، در ۶/۴٪ (۱۶ مورد از ۲۴۹ مراجعه) مراجعات به مرکز مشاوره شیردهی، کودک مبتلا به ناهنجاری بود. در پنج مورد کودک با ناهنجاری شکاف کام به تنهایی یا همراه با شکاف لب و لارنگومالاسی داشتند. بیشترین مورد شکاف صورتی (۲/۲٪) مشکلات شکاف کام به تنهایی یا همراه با شکاف لب و لارنگومالاسی) و در چهار مورد (۱/۶٪) کودک مبتلا به بیماری قلبی بود (جدول ۱).

از نظر سابقه موفق شیردهی فراوانی به شرح زیر بود، سابقه قبلی شیردهی موفق در ۱۰۷ مورد (۴۳٪) مادران و سابقه شیردهی ناموفق در ۱۴۲ مورد (۵۷٪) از مادران وجود داشت. در ۲۴۸ مورد (۹۹/۶٪)

جدول ۱: فراوانی بیماری‌های زمینه‌ای کودکان مراجعه کننده به مرکز مشاوره شیردهی

نوع بیماری	تعداد	درصد
آلرژی به شیر مادر	۱	۰/۴٪
بیماری قلبی	۴	۱/۶٪
دیسترس تنفسی	۱	۰/۴٪
هرنی دیافراگم	۱	۰/۴٪
هیپوتیروییدی	۱	۰/۴٪
هماتوری-مشکلات کلیه نوزاد	۱	۰/۴٪
جراحی-مشکل هیپ	۱	۰/۴٪
شکاف کام	۲	۰/۸٪
شکاف کام و لب	۲	۰/۸٪
شکاف کام و لارنگو مالاسی	۱	۰/۴٪
زردی	۱	۰/۴٪
کل	۱۶	۶/۴۲٪

جدول ۲: فراوانی علل مراجعه مادران به کلینیک مشاوره شیردهی مرکز بهداشت شماره دو مشهد در سال ۱۳۹۹

علت مراجعه مادر	تعداد (۲۴۹)	درصد
احساس ناکافی بودن شیر	۱۱۹	۴۷/۸٪
امتناع شیرخوار	۳۱	۱۲/۴٪
چند قلوبی	۲۰	۸٪
مشکلات پستانی (آبسه، درد نوک پستان و درد سینه)	۱۷	۶/۸٪
نارسی	۵	۲٪
نارسی نوزاد، چند قلوبی، مشکلات پستانی و بیماری مادر	۵۷	۲۳٪
کل	۲۴۹	۱۰۰٪

جدول ۳: فراوانی آموزش شیردهی پیش از مراجعه

تعداد	درصد	تغذیه کودک در زمان مراجعه
۵۵	۲۲/۱٪	تغذیه انحصاری با شیر مادر
۱۲۴	۴۹/۸٪	تغذیه شیر مادر توأم با شیر مصنوعی
۷۰	۲۸/۱٪	تغذیه با شیر مصنوعی
۲۴۹	۱۰۰٪	کل

جدول ۴: فراوانی مرکز آموزش دهنده به مادران مراجعه کننده به کلینیک مشاوره شیردهی

تعداد	آموزش شیردهی پیش از مراجعه
۱۲۲	بلی
۳۹	خیر
۱۶۱	کل

جدول ۵: توزیع فراوانی تغذیه کودک در زمان مراجعه به مرکز مراجعه

تعداد	درصد	تغذیه کودک در زمان مراجعه
۵۵	۲۲/۱٪	تغذیه انحصاری با شیر مادر
۱۲۴	۴۹/۸٪	تغذیه شیر مادر توأم با شیر مصنوعی
۷۰	۲۸/۱٪	تغذیه با شیر مصنوعی
۲۴۹	۱۰۰٪	کل

جدول ۶: فراوانی توصیه های مشاورین شیردهی پس از بررسی مادر و نوزاد در کلینیک مشاوره شیر مرکز بهداشت شمار دو مشهد

تعداد	درصد	توصیه های مشاورین در کلینیک
۷۵	۳۰/۱٪	تغذیه انحصاری با شیر مادر
۶۳	۲۵/۳٪	تغذیه شیر مادر توأم با شیر مصنوعی
۳۶	۱۴/۵٪	تغذیه شیر مادر توأم با کاهش شیر مصنوعی
۷۵	۳۰/۱٪	تغذیه کامل با شیر مصنوعی
۲۴۹	۱۰۰٪	کل

جدول ۷: فراوانی نتایج مشاوره های شیردهی انجام شده کلینیک مشاوره شیر مرکز بهداشت شماره دو مشهد در پایان شش ماهگی شیرخوار

تعداد	درصد	نتیجه مشاوره در پایان شش ماهگی شیرخوار
۸۵	۳۴/۱٪	تغذیه انحصاری با شیر مادر
۶۹	۲۷/۸٪	تغذیه شیر مادر توأم با شیر مصنوعی
۹۱	۳۶/۵٪	تغذیه کامل با شیر مصنوعی
۴	۱/۶٪	سایر موارد (انتقال به مرکز دیگر)

فراوانی علل مراجعه مادران به کلینیک مشاوره شیردهی به شرح زیر بود، احساس ناکافی بودن شیر در ۱۱۹ مورد (۴۷/۸٪)، امتناع شیرخوار در ۳۱ مورد (۱۲/۴٪) چندقلویی در ۲۰ مورد (۸٪)، مشکلات پستانی به صورت آبسه، درد نوک پستان و درد سینه (۶/۸٪) نارسی در پنج مورد (۲٪) علت مراجعه را به تنهایی تشکیل می دادند، درحالی که دلایل به صورت ترکیبی نارسی نوزاد، چند قلویی، مشکلات پستانی و بیماری مادر ۵۷ مورد (۲۳٪) از دیگر علل مشکلات مادر هنگام مراجعه بودند (جدول ۲).

در پاسخ به سوال آیا آموزش شیردهی پیش از مراجعه مادر به کلینیک مشاوره شیردهی انجام شده است، از ۱۶۱ مورد پاسخی که درباره این سوال ثبت شده بود ۱۲۲ مورد (۷۵/۸٪) مادران دریافت آموزش شیردهی پیش از مراجعه را قید کرده بودند و در ۳۹ مورد (۲۴/۲٪) باقیمانده آموزش انجام نشده بود. فراوانی مادرانی که پیش از مراجعه آموزش شیردهی دیده بودند در جدول ۳ گزارش شده است. از اطلاعاتی که در ۱۲۲ مورد ثبت شده بود، تنها یک مورد (۰/۸٪) آموزش در دوران بارداری انجام شده بود و در ۱۰۱ مورد (۸۲/۷٪) اتاق زایمان، ۱۱ مورد (۹٪) پس از زایمان و در بخش مامایی آموزش شیردهی انجام شده بود. فراوانی مراکز آموزش دهنده به مادران مراجعه کننده در پیش از مراجعه به کلینیک به تفکیک در جدول ۴ گزارش شده است.

مشاورین ماما در زمان مراجعه با مشاهده نحوه شیردهی مادر و نوزاد گزارش کردند که ۱۴۲ مورد (۵۷٪) تکنیک نحوه شیردهی مادر، صحیح و مطلوب بوده است و ۱۰۷ مورد (۴۳٪) نحوه شیردهی مادران نامطلوب بوده است. همچنین در بررسی انجام شده مشخص شد که فراوانی تعداد پیگیری مادران مراجعه کننده به کلینیک شیردهی در ۹۶ مورد (۳۸/۶٪) یکبار و ۸۴ مورد (۳۳/۷٪) دوبار و ۶۹ مورد (۲۷/۷٪) سه بار پیگیری ثبت شده بودند و در پاسخ به این سوال که پیگیری پس از دریافت مشاوره اول شیردهی در کلینیک چه زمانی بوده است، مشخص شد که در ۲۰۷ مورد (۸۳/۱٪) کمتر از یک ماه، ۱۱ مورد (۴/۴٪) بین یک تا دو ماه، ۳۰ مورد (۱۲٪) بین سه تا چهار ماه و یک نفر پس از چهار ماه پیگیری انجام شده است. نحوه میزان تغذیه با شیر مادر تعداد ۵۵ مورد (۲۲/۱٪)، تغذیه شیر مادر توأم با شیر مصنوعی ۱۲۴ مورد (۴۹/۸٪) و تغذیه با شیر مصنوعی ۷۰ مورد (۲۸/۱٪) را داشتند (جدول ۵).

آغاز کرده بودند و در ۲۸/۱٪ هنگام مراجعه به کلینیک‌های مشاوره شیر، تغذیه نوزاد شیرخشک گزارش گردید (جدول ۷) و بیش از ۵۰٪ از مراجعات مادران هنگامی انجام شده که سن کودک بین یک تا چهار ماه بوده است و تعداد مادران مراجعه‌کننده با زایمان سزارین تقریباً دو برابر مادران با زایمان طبیعی بوده است. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که پس از مشاوره‌های شیردهی و پیگیری‌های انجام شده در پایان شش ماهگی، میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۳۴/۱٪ موارد گزارش شده است که نشان دهنده ۱۲٪ افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر نسبت به بدو مراجعه به این کلینیک‌ها است و نیز در پایان شش ماهگی تغذیه توأم شیرخشک با شیر مادر به ۲۷/۸٪ برآورد شد که کاهش ۲۲٪ تغذیه توأم شیرخشک با شیر مادر را نسبت به بدو مراجعه را نشان می‌دهد. افزایش در میزان تغذیه انحصاری و کاهش در میزان تغذیه توأم با شیرخشک اهمیت مشاوره و آموزش صحیح و به‌موقع به مادران را بیش از پیش آشکار می‌سازد. مطالعه‌ای متاآنالیز با تجزیه و تحلیل ۶۳ مطالعه کارآزمایی تصادفی نشان می‌دهد که انجام مشاوره‌های شیردهی در فواصل چهار تا شش هفتگی سن کودک و شش ماهگی شانس تغذیه انحصاری با شیر مادر را افزایش می‌دهد و مشاوره‌ای که و حداقل چهاربار پس از زایمان ارائه می‌شود موثرتر از مشاوره‌ای است که فقط پیش از زایمان و یا کمتر از چهار بار ارائه می‌شود و بر مشاوره حضوری یا تلفنی تأکید دارد.^{۱۱} افزایش تغذیه انحصاری با شیر مادر و کاهش تغذیه توأم شیرخشک با شیر مادر همسو با نتایج مطالعه متاآنالیز ذکر شده است. لازم به ذکر است مادران مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره شیر مرکز بهداشت شماره دو مشهد در مطالعه ما، در ۶۱/۴٪ موارد مادران دو تا سه بار پیگیری و از مشاوره‌های حضوری و تلفنی بهره‌مند گردیده‌اند که می‌تواند دلیلی بر موفقیت بالای اثربخشی این مشاوره‌ها باشد.

از دیگر نتایج مطالعه حاضر دستیابی به تغذیه با شیرخشک در پایان شش ماهگی به میزان ۳۶/۵٪ در جمعیت مراجعه‌کننده است که افزایش ۸/۴٪ تغذیه با فرمول را نسبت به بدو مراجعه مادران نشان می‌دهد. هرچند افزایش تغذیه با شیرخشک در پایان شش ماهگی چندان موفقیت‌آمیز به‌نظر نمی‌رسد اما لازم به ذکر است که مجمع جهانی تغذیه با شیر مادر برنامه‌ریزی برای دستیابی به ۷۰٪ شروع تغذیه با شیر مادر در ساعت اول تولد، ۷۰٪ تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر تا پایان شش ماهگی را با به‌کارگیری و مشاوره شیردهی

شیردهی تغذیه کودک در زمان مراجعه به کلینیک مشاوره شیردهی در جدول ۶ گزارش شده است. طبق این جدول در زمان مراجعه مشاوره شیردهی براساس مشاهده نحوه شیردهی مادر و ارزیابی نوزاد، توصیه مشاورین منجر به نتایج زیر گردید، تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۷۵ مورد (۳۰/۱٪)، کاهش تغذیه با شیر مصنوعی همزمان با شیر مادر ۹۹ مورد (۳۹/۸٪) (با کاهش تعداد دفعات و دو مورد استفاده از بطری مخصوص شکاف کام) تغذیه کامل با شیر مصنوعی ۷۵ مورد (۳۰/۱٪) بوده است (جدول ۶).

آنالیز داده‌ها نشان داد که پس از انجام مشاوره‌ها و پیگیری‌های لازم، در پایان شش ماه اول زندگی تغذیه انحصاری با شیر مادر در ۸۵ مورد (۳۴/۱٪) شیرخواران ادامه یافته است. ۶۹ مورد (۲۷/۸٪) تغذیه شیر مادر توأم با شیر مصنوعی، ۹۱ مورد (۳۶/۵٪) تغذیه کامل با شیرخشک و در چهار مورد (۱/۶٪) شامل سایر موارد (انتقال به مرکز دیگر) بوده است. وضعیت تغذیه شیرخواران مراجعه‌کننده پس از مشاوره و پیگیری در پایان شش ماهگی در جدول ۷ گزارش شده است.

بحث

هدف کلی مطالعه حاضر تعیین نتایج مشاوره شیردهی در مادران ارجاع‌شده به کلینیک مشاوره شیردهی بود، همچنین پژوهش حاضر اولین مطالعه‌ای است که به بررسی وضعیت تغذیه نوزادان شیرخوار پیش و پس از مراجعه به مرکز مشاوره شیردهی و در پایان شش ماهگی پرداخته است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که بیشترین علل مراجعه مادران به کلینیک مشاوره شیردهی در درجه نخست احساس ناکافی بودن شیر مادر (۴۷/۸٪)، بوده است و به‌ترتیب امتناع نوزاد از شیرخوردن (۱۲/۴٪)، چندقلوبی (۸٪)، بروز مشکلات پستانی به‌صورت آبسه، درد نوک پستان و درد سینه (۶/۸٪) و نارسی (۲٪) سایر علل مراجعه به مراکز مشاوره شیر را تشکیل می‌دادند، نارسی نوزاد، چندقلوبی، مشکلات پستانی و بیماری مادر به میزان ۲۳٪ از دیگر علل ترکیبی مشکلات مادر هنگام مراجعه بوده است. تنها در ۲۲/۱٪ موارد در بدو مراجعه مادران ابراز داشتند که شیرخوار را با شیر مادر تغذیه کرده‌اند (تغذیه انحصاری)، درحالی‌که در ۴۲/۸٪ موارد مادران تغذیه توأم شیرخشک با شیر مادر را پیش از مراجعه

مادر می‌شود.^{۱۱} ابتلا به کرونا نیز منعی برای شیردهی نمی‌باشد. در پسونیزیس بعید است که درمان موضعی دور از پستان روی شیرخوار تاثیر بگذارد.^{۱۵} درمان موضعی ناحیه نوک پستان و استفاده از اکثر کورتیکواستروئیدهای موضعی در این نواحی نگرانی‌های را به‌دنبال دارد.^{۱۶} در تمامی این موارد نیاز به مشاوره و آگاه‌سازی مادر است تا مادر بتواند تصمیم صحیح را اتخاذ نماید. مطالعه‌ای در ایالت متحده نشان داد که حتی مشاوره ساختاریافته کوتاه مدت پنج دقیقه‌ای در مورد اثرات شیردهی بر سلامت مادر می‌تواند آگاهی از فواید تغذیه با شیر مادر برای سلامتی مادر را افزایش و تمایل زنان به شیردهی را تقویت کند.^{۱۷} احساس ناکافی بودن شیر مادر در ۴۷/۸٪ و امتناع نوزاد از شیرخوردن در ۱۲/۴٪ موارد بیشترین علل مراجعه مادران به کلینیک مشاوره شیردهی را تشکیل می‌داد که از دیگر نتایج این مطالعه می‌باشد. این نتایج هم‌راستا با نتایج مطالعه Mehrparvar و همکاران در شهر کرمان است که مادران شایعترین مشکل شیردهی خود را کافی نبودن شیر بیان می‌داشتند و نگرفتن پستان یا همان امتناع از شیرخوردن و وجود بیماری از علل بعدی عدم‌ادامه تغذیه انحصاری با شیر مادر بود.^{۱۸} مطالعه‌ای در سریلانکا نشان می‌دهد که از علل اصلی کاهش یا توقف تغذیه انحصاری شیر مادر و مراجعه به کلینیک‌های شیردهی شروع کار مادران و نگرانی در مورد کفایت شیر مادر بوده است.^{۱۹} مطالعه Bellu و همکاران گزارش کرد بیماری مادر، درد سینه، ناراحتی در شیردهی در مکان عمومی یا بیماری نوزاد نیز از جمله علل فروانی علل کاهش شیردهی می‌باشد.^۳ در مطالعه‌ای دیگر بر روی ۳۷۲ مادر مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی رفسنجان گزارش شد که بیشترین عامل شروع شیرخشک در ۲۰۸ مادر (۵۵/۹٪) موارد به‌دلیل تصور مادر از ناکافی‌بودن شیر و در ۱۰۷ مادر (۲۸/۸٪) عدم‌وزن گرفتن نوزاد بوده است و میانگین سن شروع شیرخشک برای شیرخوار ۳۹/۴±۴۰/۷ روز گزارش شده است.^{۲۰} با توجه به اینکه تنها ۲۳ مورد (۹/۲٪) مراجعین به مرکز بهداشت شماره دو را کودکان با سن چهار تا پنج ماه تشکیل می‌دادند لزوم انجام مشاوره‌های زودهنگام و در ماه‌های اول پس از زایمان مشخص می‌گردد.

از نقاط قوت این مطالعه استفاده از اطلاعات ثبت‌شده در پرونده الکترونیک مادران بود که اطلاعات دقیق و یکسانی را در اختیار پژوهش‌گر قرار می‌داد و به‌دلیل داشتن شماره تلفن تماس امکان دریافت اطلاعات صحیح از مادران در مواردی که ابهام وجود داشت

توسط پزشکان و مراقبین بهداشتی کارآزموده را به‌عنوان اهداف ارتقا شیردهی تا سال ۲۰۳۰ اعلام داشته است.^۷ بنابراین فاصله زیادی با تلاش‌های جهانی در این زمینه نیست گرچه نباید از برنامه‌ریزی برای ارتقا برنامه مشاوره و دستیابی به نتایج بهتر غفلت نمود. توجه به این نکته هم ضروری است که ناهنجاری‌های صورت به‌صورت شکاف کام و شکاف لب و ابتلا به بیماری‌های قلبی و غیره از مواردی است که با درصد بالاتری از شکست شیردهی روبرو می‌شوند و نیاز به مشاوره‌های تخصصی‌تر و زودهنگام برای پیشگیری از ابتلا به نارسایی رشد دارند به‌کارگیری وضعیت‌های مطلوب تغذیه‌ای و استفاده از تجهیزاتی چون محافظ کام به تغذیه این شیرخواران کمک نمایند در مطالعه حاضر انجام شده ۶/۴٪ کودکان مبتلا به ناهنجاری یا بیماری بودند.^{۱۲،۱۱} ابتلا به بیماری و بستری‌شدن میزان شکست در شیردهی را افزایش می‌دهد. مشاوره‌های تخصصی در مورد شیوه‌های تغذیه با شیر مادر به ایجاد شیردهی مجدد حتی در نوزادان مبتلا به بیماری حاد کمک می‌کند. در مطالعه آینده‌نگری که در در بین سال‌های ۲۰۱۵-۲۰۱۱ بر روی ۳۴۲۰ شیرخوار کمتر شش ماه بستری در بیمارستان داکای اندونزی انجام شد ۴۲۹ (۱۲/۵٪) کودکان تغذیه غالب شیر مادر داشتند و در ۲۴۵۷ (۷۱/۸٪) شیر مادر توام با شیرخشک و در ۵۳۱ (۱۵/۵٪) با شیر مادر تغذیه نمی‌شدند و تنها ۰/۱٪ تغذیه انحصاری با شیر مادر داشتند پس از ترخیص و انجام مشاوره در طی ۲۴ ساعت اول مبنی‌بر اینکه کودک آب یا مایعات ساده دریافت نکند میزان تغذیه انحصاری به ۲۲۱۲ (۶۵٪) افزایش یافته است.^{۱۳} همچنین مطالعه حاضر، حدود ۱۷٪ مادران به وجود مشکلات و یا بیماری‌های زمینه‌ای اشاره داشتند و مصرف داروهای ضدافسردگی، اعتیاد و داروهای ساپرس‌کننده ایمنی را ذکر کرده بودند. افسردگی مادر با قطع زودرس شیردهی همراه است.^{۱۴} موارد اندکی است که با شیردهی نوزاد تداخل داشته باشد حل مشکلات پستانی و انجام مشاوره و تاکید بر مواردی چون تغذیه کودک با شیر مادر برای مادری که مشکلات قلبی یا پرفشاری خون دارد، مفیدتر است در بسیاری از موارد ترس مادر را از شیردهی و قطع آن کاهش می‌دهد در بیماری مولتیپل اسکلروزیس مادر چون علت بیماری تغییر در سیستم ایمنی مادر است، لذا از طریق شیر قابل انتقال نیست. برای مادری که مشکلات قلبی یا پرفشارخون دارد، شیردهی امتیاز بیشتری محسوب می‌شود چون پرولاکتین یا هورمون تولید شیر سبب آرامش

بیماری و آگاهی بخشی به مادران در زمینه تصورات نادرست مادر از عدم کفایت شیر مادر و امتناع نوزاد از پیشنهادات دیگر این پژوهش می‌باشد. همچنین اثربخشی این مرکز در کاهش میزان تغذیه فرمولا توام با شیر مادر به میزان ۲۲٪ و اثربخشی آن در میزان تغذیه انحصاری ۱۲٪ برآورد شد جهت پی‌بردن به بهترین نتایج این مراکز پیشنهاد می‌گردد که نتایج سایر مراکز مشاوره شیر گزارش گردد تا قابلیت قیاس فراهم گردد و بهترین پروتکل‌های مشاوره‌ای به لحاظ تاثیر مشخص گردند.

سپاسگزاری: این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مشهد در سال ۱۳۹۹ به کد ۴۰۰۸۹۴ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی مشهد اجرا شده است.

References

- Ghasemzadeh MJ, Masomi A, Karamali J, Sharif MR, Mohebi S. Association of Postpartum Depression and Exclusive Breastfeeding. *health system research* 2013;9(6):579-86
- Aghajani F, Radmehr M. Infant temperament in exclusive breastfeeding and dominant formula feeding. *Journal of Nursing Education* 2019;8(4):19-25.
- Bellù R, Condò M. Breastfeeding promotion: evidence and problems. *La Pediatria Medica e Chirurgica* 2017;39(2).
- Hoseini F, Rasekhi A, Lamyian Myandoab M. Investigating the relationship between exclusive breast-feeding and health literacy in primiparous women. *Daneshvar Medicine* 2020;26(4):31-6.
- Mansour Ghanaei M, Kazemnezhad Leili E, Amin A. Mothers' Knowledge and Attitude toward Exclusive Breastfeeding. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2020;29(2):1-3.
- Parsa P, Khodabaneloo R, Soltani F, Mohamadi Y. The Use of Bristol's tool in lactation Counseling and its Impact on the Breastfeeding Status in Primiparous Mothers Undergone Cesarean Section. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care* 2020;27(6):424-31.
- World Health Organization. Global breastfeeding scorecard, 2019: increasing commitment to breastfeeding through funding and improved policies and programmes. *World Health Organization* 2019.
- Behzadifar M, Saki M, Behzadifar M, Mardani M, Yari F, Ebrahimzadeh F, Mehr HM, Bastami SA, Bragazzi NL. Prevalence of exclusive breastfeeding practice in the first six months of life and its determinants in Iran: a systematic review and meta-analysis. *BMC pediatrics* 2019;19(1):1-0.
- Ranjbaran M, Nakhaei MR, Chizary M, Shamsi M. Prevalence of exclusive breastfeeding in Iran: Systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Health System Journal* 2016;3(3):294-301.
- McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, Gavine A, Girard LC, Symon A, MacGillivray S. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *International Breastfeeding Journal* 2019; 14(1):1-9.
- Aryeetey R, Dykes F. Global implications of the new WHO and UNICEF implementation guidance on the revised Baby-Friendly Hospital Initiative. *Maternal & child nutrition* 2018;14(3): e12637.
- María CZ, María MD, Emilia CH. Maternal perception of breastfeeding in children with unilateral cleft lip and palate: A qualitative interpretative analysis. *International Breastfeeding Journal* 2022;17(1):88.
- Nuzhat S, Islam R, Ahmed T, Sarker SA, Khan AI, Purkayastha S, Chisti MJ. Impact of routine counseling on breastfeeding status in hospitalized infants below 6 months: Observation from a large diarrheal disease hospital in Bangladesh. *Global Pediatric Health* 2019;6:2333794X19854942.
- Bascom EM, Napolitano MA. Breastfeeding duration and primary reasons for breastfeeding cessation among women with postpartum depressive symptoms. *Journal of Human Lactation* 2016;32(2):282-91.
- Demirci JR. Breastfeeding Support in the Time of COVID-19. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2020;34(4):297-9.
- Anderson PO. Treating Psoriasis During Breastfeeding. *Breastfeeding Medicine* 2022;17(4):287-9.
- Ross-Cowdery M, Lewis CA, Papić M, Corbelli J, Schwarz EB. Counseling about the maternal health benefits of breastfeeding and mothers' intentions to breastfeed. *Maternal and child health journal* 2017;21:234-41.
- Mehrpour S, Varzandeh M. Investigation of decreasing causes of exclusive breastfeeding in children below six months old, in Kerman city during 2008-2009. *Journal of Fasa University of Medical Sciences* 2011;1(1):45-52.
- Perera PJ, Ranathunga N, Fernando MP, Sampath W, Samaranyake GB. Actual exclusive breastfeeding rates and determinants among a cohort of children living in Gampaha district Sri Lanka: A prospective observational study. *International breastfeeding journal* 2012;7:1-6.
- F Fatehi A, Sharifi F, Kamiab Z, Bazmandegan G. Reasons for the Consumption of Formula Milk in Infants under One-Year-Old in Rafsanjan in 2016. *Community Health Journal* 2021;14(4):88-92.

Investigating the results of breastfeeding counseling in mothers referred to the breastfeeding counseling clinic of the health centers

Abstract

Received: 11 Mar. 2023 Revised: 18 Mar. 2023 Accepted: 27 Mar. 2023 Available online: 4 Apr. 2023

Zeinab Khazaee Shir M.Sc.¹
Kobra Mirzakhani Ph.D.²
Golnaz Sadat Ahmadinezhad M.Sc.³
Fatemeh Sadat Naderi B.Sc.⁴
Nahid Jahani Shoorab Ph.D.^{*2}

1- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

2- Nursing and Midwifery Care Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

3- Department of reproductive Health, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

4- Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

* Corresponding author: Faculty of Nursing and Midwifery, Doctor's Crossroad, Ibn Sina St., Khorasan Razavi, Mashhad, Iran.
Tel: +98-51-38591511
E-mail: jahanishn@mums.ac.ir

Background: The rate of exclusive breastfeeding in Iran at the ages of 3 and 6 months is estimated to be 44% and 27%, respectively, which is still far from the optimal index of the World Health Organization until 2030 (70% in the first six months). In order to monitor breastfeeding counseling centers, which have been set up with the aim of promoting breastfeeding and supporting mothers who have problems with breastfeeding.

Methods: This is a descriptive-retrospective study and all the mothers who were referred to the Health and Treatment Center No. 2 in Mashhad between April 2019 and March 2019 were examined. This health center has two active counseling clinics and the collection of information is based on documents registered in offices and computers. The inclusion criteria for study were not having breast diseases, having an infant child, being able to read and write and living in Mashhad city. The exclusion criteria were also the unwillingness to participate in the study and the newborn suffering from diseases that are incompatible with breastfeeding. Therefore, census sampling was done. The data were analyzed using SPSS 16 software and the significance level was less than 0.05.

Results: In 42.8% of cases, mothers had started feeding combined formula with breast milk before visiting, and in 28.1% of cases, when referring to counseling milk clinics, it was reported that the baby was fed only with formula. After breastfeeding consultations and follow-ups at the end of six months, the rate of exclusive breastfeeding is 34.1% (12% increase compared to the initial reference) and combined formula feeding with breastmilk is 27.8% (a 22% decrease compared to the first visit). And feeding with powdered milk alone was calculated to be 36.5% (an increase of 8.4% compared to the first visit).

Conclusion: The positive role of breastfeeding counseling center in reducing the cases of artificial feeding is clear, and it is recommended to prepare written instructions based on the challenges in breastfeeding for breastfeeding counseling in the first month after delivery.

Keywords: breastfeeding, counseling, exclusive breastfeeding, health services, refer.