

ABM Clinical Protocol (모유수유 아카데미 임상 프로토콜) #7: Model Breastfeeding Policy (모유수유 정책 모델) (2010년 개정판)

모유수유 아카데미 프로토콜 위원회

모유수유 아카데미의 중심 목표는 모유수유 성공에 영향을 미칠 수 있는 흔한 의학적 문제에 대처하는 임상 프로토콜을 개발하는 것이다. 이들 프로토콜은 모유수유모와 아기들의 관리를 위한 지침 역할을 할 뿐이며 배타적인 치료나 표준 의학 관리 방법을 의미하는 것은 아니다. 치료에 있어서는 개별 환자의 필요에 따라 변용함이 적절할 것이다.

목적

본 프로토콜의 목적은 모유수유를 옹호하는 모자관리 철학과 실천을 장려하는 것이다. 이러한 모자 과정 확립에 포함된 생리적 정상 기능을 지원하고, 성공적이고 만족스러운 경험의 시작과 개발로써 가족들이 모유수유를 선택하도록 돕는 것이 필요하다.

이러한 정책은 미국 보건후생부 여성 건강 사무국,¹ 미국소아과학회,² 미국산부인과학회,³ 미국가정의학과학회,⁴ 세계보건기구,⁵ the Academy of Breastfeeding Medicine,⁶과 세계아동기금/세계보건기구의 근거에 입각한 성공적인 모유수유를 위한 10단계^{5,7-10}의 가장 최신의 모유수유 정책 성명서의 권장 사항에 근거를 두고 있다.

완전모유수유와 모유수유 기간을 증진하는 각각의 10 단계를 뒷받침하는 근거뿐만 아니라, 용량 반응 효과를 입증하는 문헌도 있다.: 한 보고에 따르면 연구 대상으로 삼은 7단계 중 6단계를 실천한 병원을 다닌 여성들은 1단계나 혹은 전혀 아무런 단계도 실현하지 못한 병원에 비해 완전모유수유 목표를 달성할 가능성이 6배 더 높았다.¹¹ 준수하는 정도 역시 중요한데, 모유수유 기간은 각 단계에 대한 병원의 자가 보고 준수 정도가 높을수록 길다.¹²

정책 성명서

1. “기관명” 직원들은 아기들에게 영양을 공급하는 우선적인 방법으로 모유수유를 적극 지원한다. 모유수유에 대한 기관 내 장벽을 확인하고 제거하기 위해 병원 운영진, 의사와 간호사, 수유상담가와 전문가, 영양 요원, 기타 적합한 직원들과 부모들로 구성된 집합적이며, 문화적으로 적절한 팀을 조직하고 유지한다. 이 모임은 해마다 모유수유 지원 서비스와 관련된 자료를 수집하고 평가하여 요구되는 변화를 실천할 활동 계획을 수립한다.
2. 문서화된 모유수유 정책을 개발하여 모든 의료 요원들에게 전달한다. “기관명” 모유수유 정책은 최근 연구를 근거에 입각한 지침으로 이용하여 2년마다 평가하여 갱신한다.
3. 모든 임산부와 그들의 타당한 조력자들에게 모유수유에 관한 정보를 제공하고 모유수유의 장점, 모유수유 금기 및 분유수유의 위험에 관하여 조언한다.¹³
4. 모유수유를 하고자 하는 산모의 요망 사항을 진료 기록에 문서로 남긴다.
5. 의학적 금기가 아니라면 산모들에게 완전모유수유를 장려한다. 모든 아기들의 진료 기록에 수유 방법을 문서로 남긴다. (유일한 영양 공급원으로 젖만 제공하는 것을 완전모유수유로 정의한다. 완전모유수유를 하는 아기에게는 의료인이 아기에게 처방한 경구약 이외에 다른 음료나 고형식을 주지 않는다.)

6. 아기와 산모 상태가 안정적이라면, 분만 시 혹은 분만 직후부터 모든 신생아를, 어머니와 피부 접촉을 할 수 있도록 놓아 준다. 피부 접촉이란 벌거벗긴 아기를 어머니의 맨 가슴에 엮드린 상태로 안겨 주는 것을 포함한다. 그리고 나서 아기와 엄마의 젖은 것을 닦아 주고 두 사람을 따뜻한 담요로 적절하게 덮어 준 채 이 상태로 함께 있게 해 준다. 어머니와 아기에게 분만 후 첫 1시간 이내에 모유수유를 시작할 기회를 준다. 제왕절개로 태어난 아기는 어쩌면 수술실이나, 회복실에서 가능한 빨리 모유수유를 하도록 장려한다(표1). 모자 접촉과 모유수유를 중단하지 않고 허용하기 위해 비타민 K와 신생아 안염 예방을 위한 항생제 투여는 분만 후 첫 1시간 동안은 연기해야 한다.¹⁴⁻¹⁶

표1. 제왕절개 후 모유수유 지원을 위한 최선의 방법

<p>엄마와 아기의 조기 접촉. 의학적 이유가 없는 분리 방지 분만 후 1시간 이내 조기 모유수유. 분만실이나 회복실에서도 가능 제왕절개 시 부위마취 절개 부위 불편을 최소화할 수 있는 아기의 자세. 옆으로 눕기, 미식축구식 자세 이용. 절개 부위 보호를 위한 배개 사용 수술 후 마약제제 사용 절감을 위한 제대 결찰 후 부위 마취 이용 신생아 행동에 악영향을 덜 미치는 마약제제의 우선적 사용 질식분만의 경우 일상적으로 이루어지는 잦은 모유수유와 모자동실 조산과 같은 의학적 이유로 아기와 떨어져 지내야 하는 경우 조기 유축을 위한 프로토콜. 분만 당일 시작해야 필요 시 추가의 지원과 도움을 위한 수유 전문가의 용이한 접근성 산모의 지연된 모유생성 시작과 신생아의 과도한 체중 감소 감시 새로운 가족 내 모유수유를 지원하는 방법에 대한 가족 구성원 교육과 장려</p>

7. 모유수유하는 어머니와 아기가 병원 입원 기간 동안 내내, 밤에도 함께 지내도록 권장한다(모자동실). 되도록 많은 피부 접촉을 장려한다.

8. 교대 근무 시마다 그리고 가능하면 모든 직원이 어머니를 만날 때마다 모유수유 평가, 교육과 기록을 행한다. 매 수유 후, 직원이 수유에 관한 정보를 아기의 진료 기록에 문서로 남긴다. 매 수유 시마다 젖물림, 자세, 발견된 모든 문제들을 아기의 의무 기록에 문서로 남긴다. 직접 관찰하지 않은 수유에 대해서는, 어머니의 보고를 사용할 수 있다. 교대 근무 시마다, 수유 중 아기의 자세와 젖물림을 직접 관찰하고 기록한다.

9. 강좌, 문서화된 자료, 비디오 상연 등 적합한 것으로 어머니들이 유용한 모유수유 자료를 이용할 것을 장려한다. 임상적으로 필요하다면, 추가적인 교육과 지원을 위해 의료 전문가나 간호사가 수유상담가나 전문가에게 의뢰한다.

10. 모유수유모에게 다음 사항들을 교육한다

- a. 적절한 자세와 젖물림
- b. 영양적 빨기와 삼키기
- c. 젖 생산과 배출
- d. 수유 빈도/수유 신호
- e. 손으로 젖 짜기와 필요 시 유축기 사용
- f. 아기가 적절하게 먹고 있는지 평가하는 방법
- g. 의료 전문가에게 연락을 취해야 하는 경우

이러한 기술들을 초산부와 경산부에게 가르치고, 서면으로 제공하고,¹⁷ 어머니가 퇴원하기 전에 다시 확인한다.

11. 제왕절개로 출생한 아기를 포함하여 모유수유아는 24시간에 최소 8-12회 이상 젖을 물려야 하며, 어떤 아기들은 이보다 좀더 자주 먹일 필요가 있다는 점을 부모들에게 교육한다. 아기의 수유 신호(예, 뺨뺨떨떨해지거나 움직임이 활발해지고, 입을 오물거리고, 먹이찾기 반사)를 아기가 먹을 준비가 된 신호로 이용한다. **모유수유아는 밤에도 젖을 먹인다.**

12. 양쪽 유방에서의 수유 시간 제한은 두지 않는다. 매 수유 시마다 아기에게 양쪽 젖을 먹여 볼 수 있으나 초기 수 일 동안 한 번에 한쪽 젖만 먹으려고 할 수도 있다.

13. 의료 전문가(예, 의사, 공인 조산사, 혹은 전문 간호사-2010년 현재 한국에는 전문 간호사가 없음)의 처방이나 정보 제공 후 문서화된 어머니의 요구가 없다면 보충을 위해 물, 포도당이나 분유를 먹이지 않는다. 비영양적인 이유로 보충을 할 때는 사전에 어머니에게 보충수유의 위험들을 알려 준다. 가능하면 보충수유는 컵으로 먹이고 만삭아의 경우 (첫 1~2일 동안은) 10-15mL(1회 수유 시)를 넘지 않는다. 주사기나 숟가락수유 등 대안 수유 방법을 사용할 수도 있다; 그러나 이러한 방법들은 모유수유를 유지하는 효과가 있는 것으로 밝혀진 바 없다. 우유병은 모유수유하는 아기의 요람 안이나 근처에 두지 않는다.¹⁸⁻²⁰
14. 본 기관은 분유 사용에 대한 단체 교육을 시행하지 않는다. 적절한 상담 후, 아기에게 분유를 먹이기로 결정한 부모들은 개별적으로 교육한다.
15. 정상 만삭 모유수유아에게는 노리개젓꼭지를 물리지 않는다. “기관명”의 노리개젓꼭지 지침 상 미숙아집중치료실이나 특수치료실 혹은 특정한 의학적 조건이 있는 아기들(예, 신생아 급단 증후군)에게는 비영양적 빨기를 위해 노리개젓꼭지를 줄 수 있는 것으로 되어 있다. 고통스러운 시술(예, 포경수술)을 받는 신생아들에게는 시술하는 동안 통증 관리 방법으로 노리개젓꼭지를 줄 수 있다. 노리개젓꼭지를 물린 채로 아기를 어머니에게 돌려 주지 않는다. “기관명”은 신생아 대사이상 검사 시 발꿈치 찌르는 시술 동안 모유수유를 하는 것을 포함하여 “통증 없는 신생아 관리”를 장려한다.²¹
16. 건강한 만삭 정상체중아에게는 일률적 혈당 검사를 시행하지 않는다. 저혈당과 탈수의 임상 징후에 대한 평가를 지속한다.²²
17. 산욕기 산모에게는 절대로 젖 끊는 약을 주지 않는다.
18. 피부과 문제로 인한 적응증이 아니라면, 일상적으로 유두 크립, 연고, 혹은 기타 국소 제제 사용을 피한다. 유두 동통이 있는 어머니들은 젖물림 방법을 관찰하고 매 수유 후마다 짠 초유나 젖을 유륜/유두에 바르도록 교육한다.
19. 젖물림 문제를 치료하거나 유두 동통이나 상처를 예방 혹은 관리하기 위해, 혹은 편평 유두나 함몰 유두일 때 관례적으로 유두보호기나 우유병 꼭지를 어머니의 유두에 붙이는 것을 피한다. 유두보호기는 수유상담가의 지도 하에서, 그리고 문제를 교정하기 위한 다른 시도들이 실패하였을 때만 사용한다.
20. 24시간이 지나서도, 아기가 젖을 잘 물지 않거나 효과적으로 먹지 못하면, 젖을 먹일 때 어머니가 유방 마사지를 시작하고 아기 입에 초유를 손으로 짜서 넣어주도록 알려 준다. 피부 접촉을 격려한다. 부모들에게 수유 신호를 찾아보고, 이를 발견할 때마다 아기를 깨워 먹이도록 가르친다. 아기가 계속 잘 먹지 못하면, 엄마 스스로 손으로 혹은 양측 전동식 유축기로 젖을 짜기 시작하여 대략 3시간마다 혹은 하루에 최소 8회 이상 유축을 계속해 나간다. 짠 초유나 모유는 조금이라도 아기에게 다른 방법을 이용하여 먹인다. 처음 몇 차례는 젖을 짜도 유축을 많이 하지 못하고 심지어 젖이 거의 나오지 않을 수 있다는 점을 어머니에게 알려 준다. 젖이 나올 때까지는, 아기에게 대한 보충수유 필요성에 대해 산모, 간호사, 의료 전문가(예, 의사/전문 간호사/공인 조산사)가 협의하여 결정해야 한다. 보충량과 종류에 대해 책임을 맡고 있는 의료 전문가와 매일 상의해야 한다. 노리개젓꼭지는 피한다. 수유에 문제가 있는 경우, 수유상담가나 전문가에게 의뢰한다.²²
21. 퇴원 시에도 아기가 젖을 잘 물거나 먹지 못하면 일반적인 모유수유 교육 외에 수유/유축/보충 계획도 검토한다. 퇴원 후 외래 방문이나 연락 일정을 24시간 이내로 잡는다. 임상 상황에 따라 좀더 모유수유 중재, 지지, 및 교육을 제공하기 위해 모자의 퇴원을 연기하는 것이 바람직할 것이다.
22. 아기들은 모두 출생 후 수 일 내에 외래 진료를 받아야 한다. 진료 시에는 모유수유 실제에 대한 공식적인 평가와 체중 확인, 황달과 나이에 맞는 대소변 평가를 위해 소아청소년과 의사나 기타 자격을 갖춘 의료인을 만나야 한다: (a) 생후 2일 이전(<48시간)에 퇴원한 아기는 생후 2-4일째 외래 진료; (b) 생후 48-72시간에 퇴원한 아기는 생후 4-5일째 외래 진료. 생후 5-6일 이후에 퇴원한 아기들은 1주 후에 진료를 받아도 된다.
23. 미숙아나 아픈 아기와 떨어져 있는 어머니들에게는:
 - a. 능숙하게 손으로 혹은 양측 전동식 유축기로 젖 짜는 방법을 가르쳐 준다. 밤낮을 가리지 말고 하루 종일 8회 이상 혹은 대략 3시간마다 15분간 젖을 짜고(혹은 젖이 더 이상 떨어지지 않을 때까지, 둘 중 더 많이 나오는 쪽으로) 밤에도 유축을 거르지 않는 것의 중요성이 교육 내용에 포함되어야 한다.
 - b. 아기 상태가 허락하면 곧, 배고파할 때마다 젖을 먹이도록 한다

- c. 모유를 적절히 보관하고 표시하는 방법을 가르친다;
 - d. 퇴원 전에 능숙하게 손으로 젓 짜는 방법을 배우거나 양측 전동식 유축기를 마련하도록 돕는다.
24. 모유수유모들은 퇴원 전에²³
- a. 젓 먹이는 동안 유방이 아프지 않게 아기를 정확하게 안고
 - b. 아기에게 유방을 정확하게 물리고
 - c. 언제 아기가 언제 젓을 삼키는지 알고
 - d. 24시간 동안 아기에게 최소한 8-12회 배부를 때까지 젓을 먹이고, 일부는 이보다 더 자주 젓을 먹일 필요가 있음을 알고
 - e. 나이에 맞는 적절한 대소변 양상 (생후 4일째까지는 하루에 소변 6회, 대변 3-4회 이상)을 알고
 - f. 의료 전문가에게 연락을 취해야 하는 경우를 알고
 - g. 유방에서 손으로 젓을 짤 수 있어야 한다
25. 퇴원 전, 어머니들에게 모유수유에 대한 도움을 위해 연락을 취할 수 있는 지역 내 기관(지치 단체나 “기관명”에서 추천하는 기관자원)의 명칭과 전화번호를 제공한다.
26. “기관명”은 무료 조제분유나 무료 모유대체품을 받지 않는다. 모든 어머니들에게 제공하는 신생아실이나 미숙아집중치료실 퇴원 가방에는 영아용 조제분유, 분유 쿠폰, 분유 회사 로고나 분유 회사 로고가 들어 있는 인쇄물이 들어 있지 않다.
27. “기관명” 의료진들은 젓을 먹이고자 하는 모든 어머니들에게 정확하고, 최신의, 그리고 일관된 정보를 제공하기 위해 수유 관리와 모유수유 증진에 관한 교육 활동에 참여한다.²⁴

적용

모유수유하는 모든 환자들.

예외 상황

다음 상황에서는 모유수유가 금기이다^{2,25}:

- 인공수유가 만족스럽고, 실현 가능하며, 비용을 감당할 수 있고, 지속적이고 안전한 지역에 사는 인면역결핍바이러스-양성 산모들²⁶
- 아기의 주치의에게 개별적으로 하나하나 허가를 받지 않은 불법 약물(예, 코카인, 헤로인)을 현재 사용 중인 산모들
- 특정 약물을 사용하는 산모들. 대부분의 처방약과 일반약은 모유수유아에게 안전하다. 방사성 동위원소, 항대사물질, 항암치료제, 일부 향정신성 약물과 기타 소수의 약물 등 일부 약물들은 모유수유를 중단할 필요가 있을 수 있다. “기관명”에서는 Thomas Hale의 약물과 모유(*Medications and Mothers' Milk*)²⁷와 미국립 의학도서관의 약물 및 수유 데이터베이스인 TOXNET: 독성학 자료 네트워크(LactMed)²⁸, R.A. Lawrence와 R.M. Lawrence가 집필한 모유수유:의료 전문가를 위한 지침 (*Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*)²⁹, G.C. Briggs, R.K. Freeman과 S.J. Yaffe가 집필한 임신과 수유 중 약물(*Drugs in Pregnancy and Lactation*)³⁰, 그리고 미국소아과학회에서 발표한 약물의 모유 내 전달에 관한 지침을³¹ 참고 자료로 활용하고 있다.(주의: 만약 구할 수 있다면, 대안이 되는 지역 내 참고 문헌이나 자료로 대체할 수 있다.)
- 치료 받고 있지 않은 활동성 결핵을 앓고 있는 산모들. 전염력이 없어질 때까지 젓을 짤 수 있다.
- 갈락토스혈증 아기들
- 유방에 활동성 헤르페스 병변이 있는 산모들. 병변이 없는 쪽 유방으로는 젓을 먹이는 것을 권한다(의심스러운 감염 질환 문제에 대해서는 감염질환 부문에 의뢰한다.)
- 분만 5일 전부터 분만 후 48시간까지의 기간 동안 수두가 발생한 산모들은 감염력이 없어질 때까지
- 인간 T 세포 림프 영양성 바이러스(HTLV1:human T-cell leukemia virus) I형 혹은 II형 양성 산모들

표2 성공적인 모유수유를 위한 10단계

1. 모든 의료 요원에게 일상적으로 소통되는 모유수유 방침을 문서화한다.
2. 이 방침을 실행하기 위해 필요한 모유수유 기술을 모든 의료요원에게 훈련시킨다.
3. 모유수유의 장점 및 방법을 모든 임산부에게 교육시킨다.
4. 분만 후 1시간 이내에 어머니가 모유수유를 시작할 수 있도록 돕는다.
5. 아기가 떨어져 지낼 때에도 젖을 먹이고 모유수유를 유지하는 방법을 어머니에게 가르친다.
6. 의학적 이유가 없다면 신생아에게 모유 이외의 다른 음식이나 마실 것을 주지 않는다.(병원은 원내에서 사용되는 모든 조제분유와 영아 섭식 물품을 정당한 시장 가격으로 구입해야 하며 무료 혹은 대폭 할인된 조제분유나 물품을 받을 수 없다.)
7. 어머니와 아기가 하루 24시간 내내 같이 지낼 수 있도록 모자동실을 실천한다.
8. 배고파할 때마다 젖을 먹이도록 권장한다.
9. 모유수유아에게 엄마 젖 이외에 인공젖꼭지나 노리개젖꼭지를 물리지 않는다.
10. 모유수유지지 모임을 만들어 병원이나 의원에서 퇴원 후 어머니를 의뢰한다.

기타 관련 정책들

- 정책 #
- 기타 참고 자료³²⁻³⁵

기안하신 분들

해당 인물이나 부서의 목록

기여하신 부서들

상기 정책 개발에 참여한 모든 부서의 목록

연구의 필요성

병원 체제를 변화시키는 일은 어렵다. 모자병동 직원들에게 명확하게 전달되는 포괄적인 병원 모유수유 정책이야말로 모유수유 산모와 아기를 지원하기 위한 변화 과정의 핵심 단계일 것이다. Rosenberg 등은 문서화된 모유수유 정책의 존재가 통계적으로 의미 있는 모유수유율 증가와 독립적으로 관련이 있다고 보고한 바 있다³⁶.

세계보건기구/유니세프의 아기에게 친근한 병원 운동의 뼈대인 성공적인 모유수유를 위한 10단계(표2)와 같은 특정 분만 기관 관행들이 모유수유 결과에 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 영아섭식관행연구 II (the Infant Feeding Practices Study II: IFPS II) 분석 결과, 이러한 단계 중 단 하나도 경험하지 못한 모유수유 여성들은 최소 6단계를 경험한 여성들에 비해 조기에 모유수유를 중단할 확률이 13배 더 높았다. 더욱이, 더 많은 단계들이 실천될수록, 모유수유 기간과 2개월 제 완전모유수유율이 더 높았다.³⁷ 영아섭식관행연구 II에서 조사한 여성 중 8%만이 대상으로 하였던 아기에게 친근한 6가지 단계 모두를 경험하였다고 보고하였으므로, 앞으로도 수행할 많은 과제들이 남아 있다.

앞으로의 연구를 위한 제언:

1. 병원 체계 내에서 아기에게 친근한 관행의 실천을 증가시킬 효과적인 전략은 무엇인가?
2. 병원의 모유수유 정책에 대한 직원들이 충실히 지키는지를 감시하는 가장 효과적인 방법은?
3. 본래의 10단계에 포함되지 않은, 모유수유 시작과 기간에 미치는 추가적인 방법들의 효과는 무엇인가?

감사의 말씀

본 작업은 일부 미국 보건후생부 (Department of Health and Human Services) 모자보건국(the Maternal and Child Health Bureau)의 재정 지원을 받아 수행되었다.

참고문헌

1. U.S. Department of Health and Human Services. HHS Blueprint for Action on Breastfeeding. Office on Women's Health, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, DC, 2000.
2. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
3. Queenan JT, ed. ACOG Educational Bulletin Number 258. Breastfeeding: Maternal and Infant Aspects. Committees on Health Care for Underserved Women and Obstetric Practice, American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC, July 2000, pp. 1-16.
4. AAFP Breastfeeding Advisory Committee. Family Physicians Supporting Breastfeeding: Breastfeeding Position Paper 2008. www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/b/breastfeedingpositionpaper.html (accessed January 27, 2010).
5. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services (a joint WHO/UNICEF statement). *Int J Gynecol Obstet* 1990; 31(Suppl 1):171-183.
6. Academy of Breastfeeding Medicine Board of Directors. Position on breastfeeding. *Breastfeed Med* 2008;3:267-270.
7. WHO/UNICEF meeting on infant and young child feeding. *J Nurse Midwifery* 1980;25:31-38.
8. Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding. UNICEF, New York, 1990.
9. World Health Organization, United Nations Children's Fund, Academy of Breastfeeding Medicine Board of Directors. Celebrating Innocenti 1990-2005: Achievements, Challenges and Future Imperatives. World Alliance for Breastfeeding Action. www.innocenti15.net/index.htm (accessed March 24, 2010).
10. United Nations Children's Fund, World Health Organization. Section 1. In: Baby Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. World Health Organization, UNICEF and Wellstart International, Geneva, 2009.
11. Declercq E, Labbok MH, Sakala C, et al. Hospital practices and women's likelihood of fulfilling their intention to exclusively breastfeed. *Am J Public Health* 2009;99:929-935.
12. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do babyfriendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics* 2005;116:e702-e708.
13. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical protocol number #19: Breastfeeding promotion in the prenatal setting. *Breastfeed Med* 2009;4:43-45.
14. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeed Med* 2009;4:175-182.
15. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Boltruszko I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: A prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91:1301-1306.
16. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105-1107.
17. Eidelman AI, Hoffmann NW, Kaitz M. Cognitive deficits in women after childbirth. *Obstet Gynecol* 1993;81:764-767.
18. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111:511-518.
19. Howard CR, de Blicke EA, ten Hoopen CB, et al. Physiologic stability of newborns during cup- and bottle-feeding. *Pediatrics* 1999;104:1204-1207.
20. Marinelli KA, Burke GS, Dodd VL. A comparison of the safety of cup feedings and bottle feedings in premature infants whose mothers intend to breastfeed. *J Perinatol* 2001;21:350-355.
21. Gray L, Miller LW, Philipp BL, et al. Breastfeeding is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2002;109:590-593.
22. Wight N, Marinelli KA, Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #1: Guidelines for glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in breastfed neonates revision June, 2006. *Breastfeed Med* 2006;1:178-184.
23. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #2 (2007 revision): Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother: "The going home

- protocol.” *Breastfeed Med* 2007;2:158–165.
24. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. *Breastfeeding Handbook for Physicians*. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2006.
 25. World Health Organization, UNICEF. *Acceptable Medical Reasons for the Use of Breast-Milk Substitutes*. World Health Organization, Geneva, 2009.
 26. World Health Organization. *HIV and Infant Feeding*. 2007
http://www.who.int/hiv/pub/mtct/infant_feeding/en/index.html (accessed June 8, 2010).
 27. Hale TW. *Medications and Mothers’ Milk*, 13th ed. Hale Publishing, Amarillo, TX, 2008.
 28. US National Library of Medicine. TOXNET: Toxicology Data Network. Drugs and Data Base (LactMed). toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT (accessed January 27, 2010).
 29. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 6th ed. Mosby, Philadelphia, 2005.
 30. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation*, 8th ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 2009.
 31. Committee on Drugs, The American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 2001;108:776–789.
 32. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. *Sample Hospital Breastfeeding Policy for Newborns*, 2009. www.aap.org/bookstore (accessed January 27, 2010).
 33. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. *ABM clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term revision*, June 2008. *Breastfeed Med* 2008;3:129–132.
 34. Ip S, Chung M, Raman G, et al. *Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*. Evidence Report/Technology Assessment No. 153 (prepared by Tufts–New England Medical Center Evidence-Based Practice Center, under contract no. 290-02-0022). AHRQ Publication number 07-E007. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2007.
 35. American Academy of Pediatrics. *Redbook: 2009 Report of the Committee on Infectious Diseases*, 28th ed. American Academy of Pediatrics, Elk Grove, IL, 2009.
 36. Rosenberg KD, Stull JD, Adler MR, et al. Impact of hospital policies on breastfeeding outcomes. *Breastfeed Med* 2008;3:110–116.
 37. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008;122(Suppl 2):S43–S49.

모유수유 아카데미 프로토콜은 발표 후 5년 경과 시점에서 폐기된다. 5년, 혹은 근거에 중대한 변화가 있을 시 그보다 더 일찍 근거에 입각한 개정이 이루어진다.

Contributor

*Barbara L. Philipp, M.D., FABM
 Protocol Committee

Maya Bunik, M.D., MSPH, FABM

Caroline J. Chantry, M.D., FABM, Co-Chairperson

Cynthia R. Howard, M.D., MPH, FABM, Co-Chairperson

Ruth A. Lawrence, M.D., FABM

Kathleen A. Marinelli, M.D., FABM, Co-Chairperson

Lawrence Noble, M.D., FABM, Translations Chairperson

Nancy G. Powers, M.D., FABM

Julie Scott Taylor, M.D., M.Sc., FABM

*Lead author

번역자: 정유미 (Yoo-Mi Chung)

역-번역자: 윤아영 (Ahyoung Yun Kim)

교신 이메일: abm@bfmed.org

Breastfeeding Medicine. August 2010, 5(4): 173–177

The date of the translation : November 13th 2010