

#2 만삭 모유수유 아기와 엄마를 위한 퇴원 지침: "퇴원 프로토콜,"

2014년 개정판

Amy Evans,^{1,2} Kathleen A. Marinelli,^{3,4} Julie Scott Taylor,⁵ 모유수유 아카데미

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

배경

모유수유의 궁극적인 성공은 부분적으로는 모유수유 기간과 완전모유수유 정도 이 두 가지로 가늠된다. 장기간의 성공적인 모유수유를 보장하기 위해서는 병원 퇴원 시 엄마와 아기의 필요에 미리 주의를 기울이는 것이 필수적이다. 다음 원칙과 실천을 엄마와 만삭아를 집으로 퇴원시키기 전에 고려할 것을 권장한다.

임상 지침

1. 모유수유의 정식 평가에 대해 교육을 받은 의료인이 엄마와 아기가 퇴원하기 전 마지막 8시간 동안 적어도 한번은, 모유수유의 유효성을 평가하고 문서화해야 한다. 입원 기간 중에도 비슷한 평가가 이루어졌어야 하며, 적어도 8-12시간에 한 번씩 실시하는 것이 바람직하다. 일본과 같이 입원 기간이 일주일 정도 지속될 수 있는 나라에서는, 모유수유가 성공적으로 확립될 때까지 평가를 계속해야 하며 그 이후 빈도를 줄일 수 있을 것이다. 여기에는 자세, 젖 물림, 엄마 젖 섭취, 임상적 황달, 대변 색깔과 이행, 대변 및 소변 배출량에 대한 평가와, 요산 결정이 있을 경우, 그에 대한 표기가 포함되어야 한다. 아기의 체중 및 체중감소 퍼센트를 평가해야 하나 자주 확인할 필요는 없다. 예를 들어, 호주에서는, 아기의 체중을 출생 시, 그리고, 퇴원과 생후 3일째 중 빠른 날짜에 측정한다. 유두 동통, 손 유착 불가능, 젖양 부족을 아는 방법과 보충이 필요하다고 느끼는 모든 이유와 같이 엄마가 제기한 모든 문제들도 다루어야 한다.¹⁻⁷(I, II-3; III) (각각의 권고에 대해 미국 예방서비스 대책위원회 부록 A 대책위원회 등급에서 정의한 증거의 질[증거의 단계 I, II-1, II-2, II-3, III]은⁸ 괄호 안에 표시되어 있다.) 세부적인 질문을 하는 것이 중요하다. 많은 엄마들이 직접적으로 질문하지 않으면 이러한 우려들을 제기하지 않을 수 있다.
2. 퇴원 전에, 예상되는 모유수유 문제를 엄마와/혹은 아기의 위험 요인에 근거하여 평가해야 한다(표 1과 2). (III) 모든 모유수유 문제는, 병원 직원이 관찰했던 엄마가 제기한 것이든 관계없이, 엄마와 아기가 퇴원하기 전에 처리하고 의무기록에 기록해 두어야 한다. 여기에는 젖 물림, 젖 생성, 그리고 미래의 모유수유에 영향을 줄 수 있는 단설소대에 대한 신속한 인지와 치료 계획이 포함된다.⁹⁻¹⁰(최신 임상 프로토콜이 개발 중에 있다.)(I) 퇴원 후 문제의 추적 진료를 포함하여 대처 방안을 반드시 마련해야 한다.¹¹⁻¹⁴(II-3) 엄마와 아기의 담당 의료진이 같은 사람이 아니라면, 최적의 추적 진료를 위해 산부인과와 소아청소년과 의사 간에 모든 문제에 대한 원활한 의사 소통이 필요하다(지침 #10 참고).

¹ University of California San Francisco—Fresno, Fresno, California.

² Center for Breastfeeding Medicine and Mother's Resource Center at Community Regional Medical Center, Fresno, California.

³ Division of Neonatology and Connecticut Human Milk Research Center, Connecticut Children's Medical Center, Hartford, Connecticut.

⁴ University of Connecticut School of Medicine, Farmington, Connecticut.

⁵ Alpert Medical School of Brown University, Providence, Rhode Island.

표1. 모유수유 문제에 대한 수유모 위험 요인

요인

과거력 / 사회적

- 초산모
- 6주 이내 혼합수유 혹은 분유수유할 의향
- 6주 이내 노리개젓꼭지나 인공젓꼭지/우유병젓꼭지를 사용할 의향
- 조기에 학교나 직장으로 돌아갈 의향/필요성
- 이전의 모유수유 문제 또는 체중 증가가 부진했던 모유수유아의 과거력
- 불임 과거력
- 보조 생식 기술에 의한 임신
- 심각한 의학적 문제 (예; 치료 받지 않은 갑상선기능저하증, 당뇨병, 남성성유증, 다낭성난소)
- 극단적인 엄마의 연령 (예; 청소년기 엄마 혹은 40세 이상)
- 심리사회적 문제 (예; 우울증, 불안, 모유수유에 대한 사회적 지지 부족)
- 자연 분만
- 장 시간의 유도분만 혹은 분만 촉진
- 분만 중 약물 사용 (벤조디아제핀, 모르핀, 또는 신생아에서 졸음을 유발할 수 있는 기타 약물들)
- 분만 전후 합병증 (예; 산후출혈, 고혈압, 감염)
- 모유수유 확립 전 호르몬 피임 방법의 의도적 사용 (6주)
- 인지된 젓양 부족
- 엄마의 약물 사용 (모유수유와의 양립에 관한 부적절한 조언이 흔하다)

해부적 / 생리적

- 사춘기 또는 임신 중 눈에 띄는 유방 확대 부재
- 편평, 함몰 혹은 너무 큰 유두
- 유방 형태 변이 (뚜렷한 비대칭, 저형성, 관모양)
- 미용 시술을 포함하여 모든 유방 수술 과거력 (질문하는 것이 중요-진찰로 항상 명확하지는 않음)
- 과거 유방 농양
- 엄마의 비만 (체질량지수 $\geq 30\text{kg/m}^2$)
- 지나친 혹은 지속적인 유두 통증
- “분비 활성화” 모유생성 2기 부재 (분만 후 72시간까지 젖이 눈에 띄게 “돌지 않은” 경우. 엄마와 아기가 분만 후 첫 24-48시간 이내에 퇴원하면 평가가 어려울 수 있다.)
- 초유를 손으로 짜지 못하는 엄마
- 퇴원 시 모유수유 보조 도구나 기구 필요 (유두보호기, 유축기, 또는 수유보충기 등)

Neifert^{51,p.285}와 의사를 위한 모유수유 지침서^{2, p.90}의 내용을 허가를 받아 수정함 (III)

표2. 모유수유 문제에 대한 아기의 위험 요인

요인

의학적 / 해부적 / 생리적

- 저출생체중아 혹은 미숙아 (<37주)
- 다태아
- 한쪽 또는 양쪽 유방의 젖 물림 어려움
- 비효과적인 또는 비지속적인 젖 빨기
- 구강의 해부학적 이상 (예; 구순열/구개열, 거대혀, 소하악증, 훈련된 의학적 평가로 확인된 단설소대)
- 의학적 문제 (예; 저혈당, 감염, 황달, 호흡 곤란)
- 신경학적 문제 (예; 유전 증후군, 근긴장 항진, 근긴장 저하)
- 지속적으로 졸린 아기
- 아기의 과도한 체중 감소 (첫 48시간 동안 출생 체중의 >7-10%)

환경적

- 모자 분리
- 유축기 의존성
- 분유 보충
- 퇴원 시까지 효과적인 모유수유 미확립
- 생후 48시간 이내 조기 퇴원⁵⁰
- 노리개젓꼭지 조기 사용

Neifert ^{51,p.285}와 의사를 위한 모유수유 지침서^{2, p.90}의 내용을 허가를 받아 수정함 (III)

3. 의사, 조산사, 간호사 및 기타 모든 직원들이 엄마가 생후 첫 6개월 동안 젖만 먹고 적어도 첫 1년간, 가능하면 2년 이상 모유수유를 지속하도록 권장해야 한다.^{3,15,16(III)} 이는 세계보건기구와, 호주의 국민보건의료협회와 같은 많은 개별 국가 단체들에서도 권하는 바이다.¹⁷ 미국과 전세계 병원과 의료기관을 인증하는 기관인 공동위원회는 현재 미국의 병원과 분만센터에서 인증 과정의 일환으로 완전모유수유율을 문서화하도록 의무화하고 있다. 미국 질병통제예방센터도 유사한 권고를 하고 있다.^{14,18-21(III)} 생후 6개월에는 적절한 이유식을 추가하기 시작해야 한다.^{22(I)} 엄마들은 완전모유수유의 근거에 대한 교육과 실질적인 충고로 도움을 받는다. 엄마와 아기 모두를 위한 의학적, 심리사회적, 사회적 이득과 인공분유 보충을 반대하는 이유를 강조해야 한다. 이러한 교육은 문화적으로 민감한 방식으로 개개인의 신념과 관행을 다루는 예측 지도의 기본적인 요소이다.²³⁻²⁵ 집 밖의 직장이나 학교로 돌아갈 예정인 엄마들에게는 특별한 상담이 필요하다(지침 #7 참조).^{26(II-2)}
4. 가족들은 모유수유에 관한 적절한 비영리 교육 자료에서 (소아 건강 관리의 다른 측면들 뿐 아니라) 도움을 받을 것이다.^{27(I)} 영아 조제분유, 노리개젓꼭지, 특히 영아용 조제분유와 식품을 언급하는 상업적 광고 자료 및 모유수유모와 아기에게 적합하지 않은 어떤 물품이든 포함된 퇴원 선물은 배포하지 말아야 한다. 이 제품들은 잘못된 모유수유 방식을 조장하여, 조기 이유를 초래할 수 있다.²⁷
5. 모유수유 중인 엄마와 적절한 다른 사람들(아빠, 배우자, 할머니, 도우미 등)은 퇴원 전에 즉각적인 주요 문제에 대해 단순화된 예측 지도를 받으면 도움이 될 것이다.(I) 엄마에게 과중한 부담을 주지 않도록 주의를 기울여야 한다. 다음과 관련하여 구체적인 정보를 서면으로 모든 부모들에게 주어야 한다:
 - a) 울혈에 대한 예방과 관리
 - b) 아기의 신호에 대한 해석과 “요구에 따른” 수유
 - c) 적절한 섭취 지표 (모든 태변 배출, 4일째는 하루 3-4회의 대변, 5일째는 노란 색 대변으로 이행, 5일째에는 하루에 최소 5-6회의 소변, 그리고 늦어도 10-14일째까지는 출생 체중 회복)
 - d) 중증 황달 징후^{4,28(III)}
 - e) 안전한 동침 관행을 포함한 신생아 수면 양상^{29(III)}
 - f) 엄마의 약물, 담배, 및 알코올 사용
 - g) 저녁 무렵 정상 군집 수유를 포함하여 개별 수유 양상;
 - h) 노리개젓꼭지 사용에 관해서는 (영아돌연사증후군을 예방하기 위해 위생적인 노리개젓꼭지 사용이 일반적으로 권장되는 지역에서는), 모유수유가 확립될 때까지, 적어도 3-4주 동안은, 노리개젓꼭지 사용 반대. (이러한 권고는 영아돌연사증후군의 가능한 예방을 위해 노리개젓꼭지를 사용하는 것에 대한 미국 소아과학회의 권고에 부합하는 것이다. 모유수유 자체만으로 영아돌연사증후군이 예방될 것으로 생각되고 있다. 일본 후생노동성도 모유수유, 금연, 및 똑바로 누워 자는 것을 권하지만 노리개젓꼭지 사용은 권하지 않는다.)^{30-34(I)}
 - i) 추적 진료 및 연락처 정보
6. 모든 모유수유모는 손으로 젖 짜는 방법을 배움으로써 (유축기 사용 여부에 상관없이) 울혈을 완화하고, 젖양을 증가시키고, 젖양을 유지하며, 또한 엄마와 아기가 떨어져 지내야 하거나, 아기가 유방에서 직접 수유를 하지 못하는 경우 아기에게 먹일 젖을 얻을 수 있어야 한다.^{35-37(II-1)}

7. 모든 모유수유모에게 모유수유와 관련하여, 이상적으로는 하루 24시간 내내, 조언, 상담 및 건강 평가를 받을 수 있는 개인 및 의료 서비스의 이름과 전화번호를 제공해야 한다.^{1,3(I)}
8. 모든 모유수유모에게 다양한 인근 동료 지지 모임과 서비스 목록을 전화번호, 담당자 이름, 주소와 함께 제공해야 한다.(II-1; III) (예를 들어, 라리체리그와 같은 엄마들간의 지지 모임, 호주 모유수유협회, 병원/개인의원 기반 지지 단체, 정부 지원 단체 [예를 들어 미국의 여성, 영아 및 소아(WIC: Women, Infants, and Children)를 위한 특별 보충 영양 프로그램]) 엄마들에게 이 중 한 단체를 알아보고 가입할 것을 고려하도록 권장해야 한다.^{38-44 (II-3; III)}
9. 엄마가 출산 후 곧 학교나 집 밖의 직장으로 복귀할 계획이라면, 추가 정보로 도움을 받을 수 있을 것이다.^{36,37(II-1)} 여기에는 계속되는 사회적 지지, 젖양 문제 가능성, 집 밖에서 젖을 짜고 보관, 휴식 시간에 아기에게 직접 수유할 수 있는 가능성, 및 직장 내 모유수유 및 유축을 위한 설비와 관련된 지역 및/또는 국내법에 관한 정보가 포함되어야 한다. 직장이나 학교로 복귀하기 위해 준비할 시간이 되었을 때 참고할 수 있도록 이런 정보를 엄마에게 서면으로 제공하는 것이 현명하다.
10. 출산 후 72시간 이내에 퇴원하는 것이 일반적인 국가에서는, 퇴원 전에, 의사, 조산사, 혹은 의사의 감독 하에 모유수유 훈련을 받은 의료인이 생후 3-5일 이내에 진료실이나 가정 방문을 통해 직접 모유수유하는 것을 볼 수 있도록 퇴원 전에 엄마와 아기를 미리 예약해 주어야 한다. 모든 아기들은 퇴원 후 48-72시간 내에 보아야 하며, 생후 48시간 이내에 퇴원한 아기들은 퇴원 후 24-48시간 이내 보아야 한다.^{1-3(III)} 출산 후 5-7일에 퇴원하는 국가에서는, 퇴원 전에 의사가 아기를 여러 번 볼 수 있다. 이 경우와 같은, 일본에서는, 문제가 없는 한 일상적인 다음 방문은 2주로 권장된다. 엄마의 산후 방문은 엄마의 선택에 따라, 퇴원 전에 예약하거나, 집에서 안정을 찾고 나서 본인이 예약하도록 정보를 줄 수 있다. 많은 국가에서 이러한 예약은 아기의 분만에 참여한 산과 전문의, 가정의, 또는 조산사에게 하게 된다. 그러나 호주와 같은 다른 나라에서는, 엄마가 공공 의료기관에서 출산했다면, 분만에 관여하지 않은 산모의 일반의 또는 가정의에게 예약될 것이다.
11. 생후 5일 이후에 퇴원을 하더라도, 적절한 대소변 배출, 황달, 그리고 생후 10-14일째까지 아기의 출생 체중 회복 등 모든 임상 문제가 해결되기까지는 엄마와 아기가 재차 방문하도록 권한다. 생후 10일째 출생 체중을 회복하지 않은 아기라도, 수일 간 지속적으로 적절한 체중 증가를 보였다면, 괜찮을 것이다. 이런 아기는 지속적인 추적 진료가 필요하지만 중재는 필요하지 않을 수 있다.

 생후 5-6일까지 출생 체중의 7% 가까이 감소된 모든 아기는 반드시 체중 증가가 잘 확립될 때까지 면밀히 관찰해야 한다. 생후 5-6일 이후에 7% 이상의 체중 감소가 확인되면, 더 많은 관심과 주의 깊은 추적 진료가 지속되어야 한다. 이런 아기들은 주의 깊게 평가해야 한다. 생후 4-6일이 되면 아기는 매일 체중이 증가해야 하기 때문에, 매일 체중 증가가 없다는 것을 염두에 두면 이들의 체중 감소 퍼센트는 실제로 훨씬 더 중요해진다. 이러한 문제에 주의를 기울일 뿐 아니라, 이러한 우려 중 하나라도 있는 아기들은 모유수유와 모유 섭취에 대해 구체적으로 평가해야 한다.^{1-7(III)}
12. 엄마는 의학적으로 퇴원할 준비가 되었지만, 아기가 그렇지 않은 경우, 완전모유수유를 지원하기 위해 엄마가 아기에게 접근할 수 있도록 엄마가 환자나, 혹은 “거주하는 엄마(mother-in-residence)”로 계속 병원에 머물 수 있도록 모든 노력을 기울여야 한다. 아기의 장기 입원 동안 아기와 24시간 모자동실하는 것이 가장 바람직하다.^{19, 20, 43(II-1)}
13. 아기가 퇴원하기 전에 엄마가 먼저 퇴원한다면 (아픈 아기인 경우처럼), 엄마에게 가능한 많은 시간을 아기와 함께 지내고, 아기와 피부-대-피부 접촉을 실천하고, 가능하면 언제나 쾅거루케어를 하고, 정기적으로 모유수유를 지속하도록 격려해야 한다.^{45-49(I, II-2)} 엄마가 병원에 없는 동안에는, 젖을 짜서 보관해서 아기를 위해 병원에 가져오는 방법을 가르쳐 주어야 한다. 적어도 엄마는 퇴원하기 전에 성공적으로 젖 짜는 것을 입증해야 한다. 엄마에게 젖 공급에 문제가 있다면, 수유상담가 그리고/또는 모유수유 관리 및 약물에 숙련된 의사에게 조기에 의뢰해야 한다.(III) 젖을 집에서 짜서 아기에게 먹이기 위해 병원으로 가져올 수

있다. 일부 국가에서는 이 방법을 권하지 않지만, 이 권고와 모순되는 증거는 없으며, 이러한 취약한 아기들에게 엄마 젖을 먹이는 것을 뒷받침하는 많은 증거들이 있다.³

미래 연구에 대한 제안

이 프로토콜의 임상 권고 대부분은 근거가 확실하지만, 아직 향후 연구할 분야가 남아있다. 세계 일부 지역에서, 병원에서는 모유수유 개시율이 높지만 퇴원 후에는 급격히 감소한다는 것을 우리는 알고 있다. 엄마와 아기가 병원에서 가능한 최상의 근거에 기초한 정보와 도움을 받았다면, “집에 가는” 과정이 원활하게 진행될 수 있도록 어떠한 최상의 실천 방안을 수립해야 할 것인가? 살고 있는 곳과 사회경제적 또는 교육 수준에 관계없이, 지원, 도움, 및 조언에 대하여, 문화적으로 적절한 어떤 안전망이 항상 갖추어져 있어야 쉽게 이용될 수 있는가? 이 영역에서는 완전모유수유를 지원하기 위한 최상의 실천 방법을 결정하기 위해 비슷한 영역에서 복제할 만한 여러 모델 정책과 계획들을 개발하고 시험하기 위해 이 분야에서 수행할 수 있는 많은 작업이 있다.

2002년 코크레인 리뷰는 “조기 퇴원”(48-72시간 이내)이 6개월까지 모유수유를 포함하여 엄마와/아기의 결과에 미치는 영향을 살펴보았다.⁵⁰ 그 결과는 모호하였고, 표본 집단과 대조군 간에 차이가 없었지만, 여기에는 정의의 표준화나 병원 내 교육과 “집으로 돌아갈” 때 추적 진료의 정상화에 대한 어떠한 시도도 없었다. 이는 엄마와 아기가 퇴원할 준비가 되는 시점을 분별하려고 시도할 때 연구할 시기가 무르익은 분야이다.⁵ 마지막으로, 미래 연구가 의도적으로 최근 문헌에서 기술되고 있는 동일한 1차 및 2차 결과 측정을 사용한다면, 이들 자료에 대한 메타 분석이 가능할 것이다.⁴⁹

감사의 말씀

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

번역자: 허경 (Hur Kyong, MD, IBCLC), 정유미 (Yoo-Mi Chung, MD, FABM)

Breastfeeding Medicine, March 2014, 9(1): 3-8

The date of translation: June 2017.

참고문헌

1. Langan RC. Discharge procedures for healthy newborns. *Am Fam Physician* 2006;73:849–852.
2. Schanler RJ, Krebs N, Mass S, eds. *Breastfeeding Hand-book for Physicians*, 2nd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics and American College of Obstetrics and Gynecologists, 2014.
3. American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding. Policy statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e327–e341.
4. Gartner L. ABM Clinical Protocol #22: Guidelines for management of jaundice in the breastfeeding infant equal or greater than 35 weeks gestation. *Breastfeed Med* 2010;5:87–93.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 570. Breastfeeding in underserved women: Increasing initiation and continuation of breastfeeding. *Obstet Gynecol* 2013;122:323–428.
6. Academy of Breastfeeding Medicine Board of Directors. Position on breastfeeding. *Breastfeed Med* 2008;3:269–70.
7. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Professional*, 7th ed. Philadelphia: Saunders, 2010.
8. Appendix A Task Force Ratings. *Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force*. 2nd edition. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed December 15, 2013).

9. Buryk M, Bloom D, Shope T. Efficacy of neonatal release of ankyloglossia: A randomized trial. *Pediatrics* 2011;128:280–288.
10. Ballard J, Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. Clinical protocol #11: Guidelines for the evaluation and management of neonatal ankyloglossia and its complications in the breastfeeding dyad, 2004 [Members Only page]. <http://www.bfmed.org/Media/Files/Protocols/ankyloglossia.pdf> (accessed December 19, 2013).
11. Yanicki S, Hasselback P, Sandilands M, et al. The safety of Canadian early discharge guidelines. *Can J Public Health* 2002;93:26–30.
12. Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics* 2005;116:1408–1412.
13. Britton JR, Baker A, Spino C, et al. Postpartum discharge preferences of pediatricians: Results from a national survey. *Pediatrics* 2002;110:53–60.
14. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: Hospital practices to support breastfeeding, United States, 2007 and 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2011;60:1020–1025.
15. American Academy of Family Physicians. Breastfeeding Policy Statement, 2013. www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding.html (accessed December 13, 2013).
16. James DC, Dobson B; American Dietetic Association. Position of the American Dietetic Association: Promoting and supporting breastfeeding. *J Am Diet Assoc* 2005;105:810–818.
17. National Health and Medical Research Council. Infant Feeding Guidelines. Canberra: National Health and Medical Research Council, 2012.
18. 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 Gynaecol Obstet* 1990;31:171–183.
19. U.S. Department of Health and Human Services. The Surgeon General’s Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: Office of the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services, 2011.
20. Joint Commission Perinatal Core Measures. <http://manual.jointcommission.org/releases/TJC2013A/PerinatalCare.html> (accessed December 13, 2013).
21. World Health Organization. The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding: Report of an Expert Consultation. March 2001. www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf (accessed December 13, 2013).
22. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1): CD003517.
23. Setrakian HU, Rosenman MB, Szucs K. Breastfeeding and the Baha’i’ faith. *Breastfeed Med* 2011;6:221–225.
24. Centers for Disease Control and Prevention. Racial and ethnic differences in breastfeeding initiation and duration, by state—National Immunization Survey, United States, 2004–2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010;59:327–334.
25. Segawe M. Buddhism and breastfeeding. *Breastfeed Med* 2008;3:124–128.
26. Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, et al. Juggling work and breastfeeding: Effect of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics* 2009;123:e38–e46.
27. Sadacharan R, Grossman X, Matlak S, et al. Hospital discharge bags and breastfeeding at 6 months: Data from the Infant Feeding Practices Study II. *J Hum Lact* 2013 Dec 4 [Epub ahead of print]. DOI: 10.1177/0890334413513653. [http://jhl.sagepub.com/content/early/2013/11/25/0890334413513653.full.pdf + html](http://jhl.sagepub.com/content/early/2013/11/25/0890334413513653.full.pdf+html) (accessed December 19, 2013).
28. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
29. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #6: Guideline on co-sleeping and breastfeeding. Revision, March, 2008. *Breastfeed Med* 2008; 3:38–43.

30. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, et al. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior. *JAMA* 2001;286:322–326.
31. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2011;128:1030–1039.
32. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Technical report: SIDS and other sleep related infant deaths: Expansion of recommendations for a safe infant sleep environment. *Pediatrics* 2011;128:e1341–e1367.
33. Blair PS, Sidebotham P, Evason-Coombe C, et al. Hazardous cosleeping environments and risk factors amenable to change: Case control study of SIDS in South West England. *BMJ* 2009;339:b3666.
34. Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, et al. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: A metaanalysis. *Pediatrics* 2011;128:1–8.
35. Eglash A; Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #8: Human milk storage information for home use for full-term infants (original protocol March 2004; revision #1 March 2010). *Breastfeed Med* 2010;5:127–130.
36. Eldridge S, Croker A. Breastfeeding friendly workplace accreditation. Creating supportive workplaces for breastfeeding women. *Breastfeed Rev* 2005;13:17–22.
37. Health Resources and Services Administration. The Business Case for Breastfeeding. Steps for Creating a Breastfeeding Friendly Worksite: Bottom Line Benefits. 2008. <http://mchb.hrsa.gov/pregnancyandbeyond/breastfeeding/> (accessed December 13, 2013).
38. Phillip BL. Every call is an opportunity. Supporting breastfeeding mothers over the telephone. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:525–532.
39. Anderson AK, Damio G, Young S, et al. A randomized trial assessing the efficacy of peer counseling on exclusive breastfeeding in a predominantly Latina low-income community. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005;159:836–841.
40. Graffy J, Taylor J. What information, advice, and support do women want with breastfeeding? *Birth* 2005;32:179–186.
41. Bronner Y, Barber T, Vogelhut J, et al. Breastfeeding peer counseling: Results from the national WIC survey. *J Hum Lact* 2001;17:119–168.
42. Bronner Y, Barber T, Davis S. Breastfeeding peer counseling: Policy implications. *J Hum Lact* 2001;17:105–109.
43. Mickens AD, Modeste N, Montgomery S, et al. Peer support and breastfeeding intentions: Among black WIC participants. *J Hum Lact* 2009;25:157–162.
44. Gross SM, Resnik AK, Nanda JP, et al. Early postpartum: A critical period in setting the path for breastfeeding success. *Breastfeed Med* 2011;6:407–412.
45. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008; 122(Suppl 2):S43–S49.
46. Browne JV. Early relationship environments: Physiology of skin-to-skin contact for parents and their preterm infants. *Clin Perinatol* 2004;31:287–298.
47. Carfoot S, Williamson PR, Dickson R. A systematic review of randomized controlled trials evaluating the effect of mother/baby skin-to-skin care on successful breastfeeding. *Midwifery* 2003;19:148–155.
48. Kirsten GF, Bergman NJ, Hann FM. Kangaroo mother care in the nursery. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:443–452.
49. Moore ER, Anderson GC, Bergman NJ. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(3):CD003519.
50. Brown S, Small R, Argus B, et al. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(3):CD002958.
51. Neifert MR. Prevention of breastfeeding tragedies. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:273–297.

ABM 프로토콜은 발표 후 5년 경과 시점에서 폐기된다. 5년, 혹은 근거에 심대한 변화가 생길 경우는 그보다 더 일찍 근거에 입각한 개정이 이루어질 것이다.

Academy of Breastfeeding Medicine 프로토콜 위원회

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson

Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-Chairperson

Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson

Nancy Brent, MD

Amy E. Grawey, MD

Alison V. Holmes, MD, MPH, FABM

Ruth A. Lawrence, MD, FABM

Tomoko Seo, MD, FABM

Julie Scott Taylor, MD, MSc, FABM

For correspondence: abm@bfmed.org