

2013년 개정판

Allison V. Holmes,¹ Angela Yerdon McLeod,² Maya Bunik³

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

병원 정책과 관행이 모유수유 성공에 커다란 영향을 미친다.¹⁻¹⁰ 아기에게 친근한 병원 운동(Baby Friendly Hospital Initiative-BFHI)은 성공적인 모유수유를 위한 10단계를 정의하였으며, 20년 간의 연구 결과 “아기에게 친근한 병원 운동의 업적이 모유수유 결과, 특히 모유수유 시작과 완전모유수유율을 상당히 많이 향상시킨다”¹는 것이 확인되었다.

병원에서의 주산기 경험에는 성공적인 모유수유 시작을 보장하는 적절한 지지, 교육, 및 진료가 포함되어야 한다. 이러한 관리는 산전에 시작되는 진료 및 교육의 연장선의 일부이며, 모유수유를 최적의 영아 섭식 방법으로 지원하며, 엄마와 아기의 이득에 관한 정보를 포함한다. 다음 원칙과 업무들은 주산기 병원 환경에서의 진료를 위해 권장되는 것들이다.

권고사항

증거의 질[증거의 단계 I, II-1, II-2, II-3, III]은 미국 예방업무¹³ 대책위원회(the U.S. Preventive Services Task Force) 부록 A 대책위원회 등급에 기초하며 괄호 안에 표시되어 있다.

산전

1. 모든 임산부는 영아 수유에 관하여 정보에 입각한 결정을 내릴 수 있도록 모유수유의 장점과 방법에 대한 교육을 받아야 한다.⁵⁻¹⁰ 모유수유 기간이나 시작을 개선시키는 업무를 근거에 입각하여 평가한 결과, “산전과 산후 중재가 모유수유 기간을 연장시키는 데 있어 일반적인 관리보다 더 효과적임...”을 발견하였다.¹² 미국산부인과학회와 미국가정의학과학회 역시 정책 선언을 통해 임신 초기에 의료인으로부터 받는 정보와 조언을 지지하고 있으며, “모유수유할 결정을 내리는 데는 산부인과 의사의 조언과 격려가 필수 불가결하며.”⁶ “가족 중심 진료(의료진과 가족이 환자의 요구에 가장 잘 응하기 위해 함께 협력하는 파트너라는 믿음)가 모든 가족 구성원들에게 전 생활주기에 걸쳐 모유수유 관행을 지지할 수 있도록 해 준다.”⁹ 라고 되어 있다.(I, II-1, II-2, II-3, III)
2. 산전 교육에는 분만 후 한 시간 이내에 개시되는 완전모유수유의 엄마와 아기에게 대한 이점이 포함되어야 한다.⁵ 분유 제조회사가 제작한 교육 자료는 영아 수유에 관한 적절하지 않은 정보이다.^{13,14}(I, III)

¹ Department of Pediatrics and of Community and Family Medicine, Geisel School of Medicine, Dartmouth, New Hampshire.

² Family Medicine, Concord, New Hampshire.

³ Department of Pediatrics, University of Colorado, Aurora, Colorado.

3. 출산 관리 시 아기에게 젖을 먹이는 엄마의 능력에 영향을 줄 수 있는 모든 의학적 또는 신체적 조건을 평가해야 한다. 어떤 경우는, 분만 전에 소아청소년과 의사 또는 수유 상담가나 전문가와 상담을 하고 분만 시 실천할 수 있도록 추적 진료 계획을 세우는 것이 도움이 될 것이다.⁶⁻⁸ 여성들은 출산에 앞서 진행자가 있는 집단 토론, 산전 단체 병원 모임, 체계적인 사례 관리와, 일반인 지지 단체 의뢰를 통해 도움을 얻곤 한다.^{6-8,12} 또래 수유모들의 상담이 모유수유 시작과 유지를 증진시킨다는 충분한 근거가 있다.^{15,16}(I, II-3, III)

진통과 분만

1. 여성들은 진통과 분만 과정 동안 친밀한 동반자(예를 들어, 둘라, 배우자/파트너, 또는 식구)가 계속 함께 한다면 도움을 얻을 것이다. 둘라의 존재는 모유수유 시작과 기간을 향상시키는 것으로 알려져 있다.¹⁷ 평균 진통 시간, 수술적 개입의 필요, 경막외 주사 및 기타 약물 등 통증 완화를 위한 중재와 같이 조기에 모유수유를 중단시키는 여러 위험 요소들이 있다. 이러한 많은 위험들을 둘라가 같이 있음으로 해서 줄일 수 있다.¹⁸⁻²⁰(I, II-2, III)
2. 분만 중 마취 시 진통제 역시 모유수유에 영향을 줄 수 있기 때문에, 진통제 종류와 용량을 고려해야 한다.^{6, 21-23} 경막외 마취, 아편양제제 근육주사, 외인성 옥시토신 및 ergometrine 투여가 모두 낮은 모유수유 시작율과 관련이 있는 것으로 알려져 왔다.²⁴(I, II-2, III)

출산 직후

1. 건강한 신생아는 첫 수유가 끝날 때까지 엄마와 직접적으로 피부-대-피부 접촉을 유지해야 한다. 엄마와 함께 있는 상태에서 신생아의 몸을 말리고, 아프가 점수를 매기고, 첫 신체 진찰을 시행할 수 있다. 이와 같은 신체 접촉은 아기에게 최상의 심리적 안정, 따뜻함과 첫 번째 수유 기회를 제공한다.¹⁰⁻²⁵⁻²⁹ 광범위한 초기 피부-대-피부 접촉은 모든, 그리고 완전모유수유 기간을 연장시킬 것이다.²⁷⁻³⁵ 체중과 키 측정, 목욕과 비타민 K 뿐 아니라 예방적 안약 투여를 생후 6시간까지 연기하면 초기 엄마와 아기의 상호작용이 강화될 것이다.^{10,36} 엄마와 아기 둘 다에게 적합하면 가능한 출산 후 곧, 이상적으로는 한 시간 이내에, 아기를 유방 가까이에 올려 주어, 아기가 빨고 수유할 수 있게 해 준다.^{28,31-35} 이러한 행위는 분만실, 수술실, 또는 회복실에서 시작할 수 있으며, 모든 엄마들에게 적절한 모유수유 기술을 교육해야 한다.^{5,10,31,37}(I, II-2, II-3, III)
2. 24시간 기준 모자동실은 유대감을 강화하고 최적의 모유수유를 시작할 기회를 제공한다. 가능하면 언제나, 분만 병원 입원 기간 내내 엄마와 아기는 함께 지내야 한다.^{10,30,35,42-45} 불필요한 분리를 피하기 위해, 출산 직후 기간과 그 이후 아기의 평가는 엄마 병실에서 수행하는 것이 이상적이다. 엄마가 밤에 아기와 모자동실을 하거나 신생아실로 보내거나 엄마의 수면의 양과 질은 같다는 근거가 있다.⁴²⁻⁴⁴(II-1, II-2, II-3, III).
3. 24시간 모자동실의 이점에 대한 교육을 하면 부모가 모자동실을 가족을 위한 표준 병원 진료 방식으로 사용하도록 장려된다. 동시에, 직원 배치 관점에서, 간호 인력이 아기가 환자 가족들의 방에 있는 동안 아기와 수유 상태를 평가하고 기록하러 올 수 있는 시간을 마련해야 한다.^{5,10,41,45,46}(I,II-3,III)
4. 의료인들이 엄마가 아기의 자세를 잡아주고 아기가 유방을 물 수 있도록 도와주어야 할 것이다. 제왕절개로 분만한 엄마는 편안한 자세를 취하기 위해 간호 인력의 추가적인 도움이 필요할 수 있다. 숙련된 관찰자가 엄마와 아기가 퇴원할 때까지 분만 후 적어도 8-12시간마다 한 번씩 유방에서의 모유수유 효율을 평가하고 기록해야 한다. 분만 병원 입원이 1주일까지 지속될 수 있는 국가에서는, 모유수유가 성공적으로 확립될 때까지 평가를 계속해야 한다.^{1,10} 엄마와 아기의 분만 전후 관리에서는 아기의 자세, 젖 물림, 모유 전달, 아기의 체중, 임상적 황달, 그리고 유두 통증이나 모유 생성 부족 인식과 같이 엄마가 제기한 모든 문제들이 다루어져야 한다. 입원 환자의 공식적인 수유 교육 프로그램은 효과와 최선의 실천을 위해 신중하게 평가되어야 한다.³⁸⁻⁴¹ 어떤 아기들은 출생 후 첫 24시간 동안 졸려 한다. 둘째 날이 되면, 모유수유가 잘 되는 아기들은 배고플 때마다 먹을 것이다. 보통 24시간 동안 8~12번 이상, 최소한 8회 수유한다. 아기가 유방에 머무는 시간을 제한하는 것은 불필요하며 충분한 모유 공급을 확립하는데 해가 될 수 있다. 아기들은 배가 부르면 보통 잠이 들거나 스스로 엄마 유방을 놓는다. (I,II-2,II-3,III)

5. 의학적 근거가 없이 모유수유아에게 보충수유를 하지 말아야 한다.^{10,13,47-49} 보충수유는 엄마의 모유 공급 확립을 방해하거나 지연시키고 모유수유에 악영향을 줄 수 있다.(예, 모유 생성 지연, 엄마의 유방 울혈). 보충수유는 아기의 장내 세균총을 변화시키고, 아기를 알레르기 항원에 감작시키고(수유 내용과 먹이는 방법에 따라), 엄마와 아기의 애착과 아기의 체중증가를 방해할 수 있다.^{14,47-49} 탈수되지 않은 아기에게 물이나 포도당액을 일상적으로 보충할 원칙은 없으며; 사실, 이러한 관행이 고빌리루빈혈증을 일으킬 수 있다.⁵⁰ 보충수유를 시작하기 전에는 언제나, 모유수유 훈련을 받은 요원이 모유수유를 직접 관찰하는 것을 포함하여 각각의 엄마와 아기에 대한 공식적인 평가를 완료하는 것이 중요하다.^{14(I, II-2,III)}
6. 신생아기에 노리개젓꼭지는 조심해서 사용해야 한다. 초기 연구에서는 신생아 시기에 노리개젓꼭지를 사용하면 완전모유수유와 전반적인 모유수유에 불리한 것으로 나타났으나,^{51,52} 최근 코크레인 리뷰에 따르면, 건강한 만삭 모유수유 영아에서는, 출생 시나 수유가 확립된 후에 노리개젓꼭지를 사용해도 4개월까지는 완전모유수유와 혼합수유 기간에 의미 있는 영향을 끼치지 않았다.⁵³ 다른 최근 연구들은 노리개젓꼭지, 모유수유, 그리고 보충수유 사이의 관계는 이전에 알려진 것보다 더 복잡하다는 것을 시사한다.^{54(I).}
7. 일반적으로 엄마의 급성 감염병, 진단되지 않은 발열, 및 흔한 산후 감염은, 그 질병을 쉽게 조절하고 치료할 수 있다면, 모유수유 금기가 아니다. 엄마에게 치료받지 않는 활동성 결핵이나 유방에 헤르페스 감염 부위가 있을 때는 모유수유를 하지 말아야 한다.⁵⁵⁻⁵⁷ 세계보건기구는 엄마가 인면역결핍바이러스(HIV)에 감염된 경우, “각 나라의 국가 당국이 어떤 영아 수유 행위를 할지, 즉 전염을 줄이기 위해 항바이러스제를 복용하면서 수유를 할지 또는 완전히 모유수유를 금할지를 결정해야 한다”고 권고한다.⁵⁵ 감염성 주산기 수두인 경우, 엄마와 신생아를 격리하여, 직접 모유수유는 제한하지만, 유축한 모유는 먹이도록 해야 할 수 있다.¹⁰ 전염성 질환 외에 모든 금기 사항은 본 문서의 범위를 벗어나지만, 약물과 방사성 화합물에 대한 정보를 포함하여 신뢰할만한 정보를 쉽게 구할 수 있다.^{56-63(III)}
8. 모든 모유수유아는 생후 3-5일 또는 퇴원 후 48-72시간 이내에 아기의 건강 상태와 모유수유를 성공적으로 확립했는지 평가하기 위해 의료인의 진료를 받아야 한다.^{10,64-66} 병원 입원 기간이나 출생 국가에 따라, 이러한 산후 관리는 다양하다. 예를 들어, 일본과 호주에서는 엄마와 아기가 병원에 4-5일간 머물며, 영국에서는 엄마들이 약 10일 동안 간호조산사의 가정방문을 받는다.(I, III) 수유모들 간의 지원도 제공되어야 하며 모유수유 성공을 촉진하는데 도움이 되는 것으로 입증되었다.^{16, 46(I, 1-2)}

문제점과 부작용

1. 모유수유 문제의 위험이 있는 엄마와 아기는 조기에 발견하고 도움을 받는 것이 유리하다. 수유관리 전문가와 상담이 다음 경우뿐 아니라 다른 상황에서도 도움이 될 것이다:
 - (a) 엄마의 요구/불안
 - (b) 이전의 부정적인 모유수유 경험
 - (c) 엄마의 편평/함몰유두
 - (d) 엄마의 유방 수술 과거력
 - (e) 다태아 출산(쌍둥이, 세쌍둥이, 고위다태임신)
 - (f) 조기 만삭아(재태연령 37-38 6/7주) 또는 미숙아(재태연령 37주 미만)
 - (g) 아기의 선천적 기형, 신경학적 장애, 또는 아기의 모유수유 능력에 영향을 미치는 기타 건강 상태
 - (h) 모유수유를 일시적으로 연기하거나 젓을 유축해야 하는 엄마나 아기의 건강 상태.
 - (i) 처음 몇 차례 수유 후 모유수유 확립에 어려움이 있음을 입증하는 기록(예, 젓 물림 어려움, 졸린 아기 등)
 - (j) 고빌리루빈혈증
2. 엄마와 아기가 48시간 이내에 병원에서 퇴원하는 경우, 성공적인 모유수유에 대한 위험을 적시에 확인함으로써 병원에 입원하고 있는 시간을 최대한 유익하게 활용하도록 해야 한다.⁶⁴ 일찍 퇴원하는 엄마와 아기는 가까운 추적 진료가 중요하다.

3. 신생아를 중급 또는 집중치료실로 옮겨야 한다면, 엄마의 모유수유를 유지하기 위한 조치를 취해야 한다. 가능한 경우, 모유수유를 지속하기 위해 엄마를 중급 또는 집중치료실로 이송하는 것이 가장 이상적이다. 모유수유가 불가능한 경우, 신생아에게 계속 인간 젖을 먹일 방도를 마련해야 한다. 엄마에게 손과 기계 유축 두 가지를 모두 이용하여 수유를 유지하는 방법을 보여 주어야 한다.^{5,10} 손으로만 유축하는 것보다 전동식 유축기를 사용하면 엄마의 젖 생산량이 더 많아질 수 있다는 증거가 있다.^{67,68} 손과 기계 유축을 결합하면 (손을 쓰면서 유축기 사용) 최적의 모유 생산을 가져올 수 있다. (I,1-2,III)
4. 병원에서 퇴원할 때 아기가 유방에서 지속적이고 효과적으로 수유를 하지 못하는 경우, 집으로 퇴원하기 전에 엄마에게 손과 기계 유축으로 수유를 유지하는 방법을 보여 주어야 하며, 엄마는 자신의 유방을 효과적으로 비우는 능력을 보여야 한다.^{67,68} 보충물과 보충수유 방법 선택을 고려하여, 아기에 대한 보충수유가 필요할 가능성을 알려주어야 한다. 엄마가 유축할 수 있는 젖은 조금이라도 모두 사용해야 하며, 엄마의 젖양이 불충분할 경우에만 추가로 보충해야 한다. 컵 수유는 유두 혼동이나 우유병 선호와 관련된 우려 때문에 여러 차례 보충수유를 해야 하는 아이들에게 모유수유 기간을 유지하는데 도움이 될 수 있다.⁵² 지속적인 도움과 지지를 위해 엄마와 아기를 수유 전문가에게 의뢰해야 할 것이다.

후속 연구를 위한 제언

1. 진통 중 약물이 모유수유에 미치는 영향에 대해 여전히 논란이 남아있다. 사용 가능한 다양한 진통 중 약물이 장단기적으로 모유수유 결과에 주는 영향을 평가하기 위해 좀더 많은 연구가 필요하다.
2. 산후 신생아에 대한 중재를 연기하는 것이 모유수유 결과 개선과 관련이 있다는 증거에도 불구하고, 많은 병원 정책은 아직도 출산 직후 체중 측정, 신체계측, 예방적 안약과 비타민 K 투여와 목욕을 시행하여, 이 모든 것들이 출산 직후 조기의 지속적인 피부-대-피부 접촉과 모유수유 시작을 방해한다. 이러한 결과가 지속된다면, 병원 정책 변화에 긍정적인 영향을 주기 위해 대규모 시행 및/또는 다기관 임상 시험이 필요할 수 있다.
3. 노리개젓꼭지와 모유수유와의 관계는 이전에 알려진 것보다 더 복잡하다. 단기적인 모유수유 장애 및 장기적인 모유수유 지속 기간에 대한 노리개젓꼭지의 영향을 평가하기 위해 더 많은 연구가 필요하다.
4. 더 많은 병원들이 10단계를 채택하여 아기에게 친근한 병원으로 인증됨에 따라, 바람직한 모유수유 결과를 성취하는 데 있어서 어떤 특정 주산기 관행이 가장 중요한지에 관한 자료를 모을 필요가 있다.

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

번역자: 정유미 (Yoo-Mi Chung, MD, FABM)

Breastfeeding Medicine, Dec 2013, 8(6): 469-473.

The date of translation: August 2017.

참고 문헌

1. Holmes AV. Establishing successful breastfeeding in the newborn period. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:147-168.
2. UNICEF Breastfeeding Initiatives Exchange. The Baby Friendly Hospital Initiative. www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm (accessed October 31, 2013).
3. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A cluster-randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-420.
4. Martens PJ. What do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. *J Hum Lact* 2012;28:335-342.

5. World Health Organization, UNICEF, Wellstart International. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. 2009. www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s1.pdf (accessed October 31, 2013).
6. American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians; Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 570: Breastfeeding in underserved women: Increasing initiation and continuation of breastfeeding. *Obstet Gynecol* 2013; 122:423–428.
7. Rotundo G. Centering pregnancy: The benefits of group prenatal care. *Nurs Womens Health* 2011;15:508–517.
8. Caine VA, Smith M, Beasley Y, et al. The impact of prenatal education on behavioral changes toward breastfeeding and smoking cessation in a healthy start population. *J Natl Med Assoc* 2012;104:258–264.
9. American Academy of Family Physicians. Family Physicians Supporting Breastfeeding, Position Paper. www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html (accessed October 31, 2013).
10. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
11. 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 October 31, 2013).
12. Chung M, Raman G, Trikalinos T, et al. Interventions in primary care to promote breastfeeding: An evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149:565–582.
13. Howard CR, Howard FM, Lawrence RA, et al. The effect on breastfeeding of physicians' office-based prenatal formula advertising. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
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. Erratum in: *Breastfeed Med* 2011;6:159.
15. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, et al. Review: Breastfeeding peer counseling: From efficacy through scale-up. *J Hum Lact* 2010;26:314–332.
16. Sudfeld CR, Fawzi WW, Lahariya C. Peer support and exclusive breastfeeding duration in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;7:e45143.
17. Kozhimannil KB, Attanasio LB, Hardeman RR, et al. Doula care supports near-universal breastfeeding initiation among diverse, low-income women. *J Midwifery Womens Health* 2013;58:378–382.
18. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD003766.
19. Nommsen-Rivers LA, Mastergeorge AM, Hansen RL, et al. Doula care, early breastfeeding outcomes, and breastfeeding status at 6 weeks postpartum among low-income primiparae. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38:157–173.
20. Mottl-Santiago J, Walker C, Ewan J, et al. A hospital-based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicultural setting. *Matern Child Health J* 2008;12:372–377.
21. Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, et al. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breastfeeding. A prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology* 2005;103:1211–1217.
22. Gizzo S, DiGangi S, Saccardi C, et al. Epidural analgesia during labor: Impact on delivery outcome, neonatal well-being, and early breastfeeding. *Breastfeed Med* 2012;7:262–268.
23. Montgomery A, Hale TW; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeed Med* 2012;7:547–553.
24. Jordan S, Emery S, Watkins A, et al. Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: Analysis of the Cardiff Births Survey. *BJOG* 2009;116:1622–1629.
25. Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992; 81:488–493.
26. Marin-Gabriel MA, Llana-Martin I, Lopez-Escobar A, et al. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: Effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr* 2010; 99:1630–1634.
27. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Bo1truszko I, et al. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: A prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91: 1301–1306.

28. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD003519.
29. Bramson L, Lee JW, Moore E, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact* 2010;26:130–137.
30. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, et al. Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomized trial in St. Petersburg. *Int Breastfeed J* 2007;2:9.
31. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after Cesarean to improve breastfeeding. *Am J Matern Child Nurs* 2011;36:318–324; quiz 325–326.
32. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Heim SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008; 122(Suppl 2):S43–S49.
33. Mahmood I, Jamal M, Khan J. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: A randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surgeons Pakistan* 2011;21:601–605.
34. Thukral A, Sankar MJ, Agarwal R, et al. Early skin-to-skin contact and breast-feeding behavior in term neonates: A randomized controlled trial. *Neonatology* 2012;102:114–119.
35. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: Results from a population-based study. *Birth* 2007;34:202–211.
36. Preer G, Pisegna JM, Cook JT, et al. Delaying the bath and in-hospital breastfeeding rates. *Breastfeed Med* 2013;8:485–490.
37. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105–1107.
38. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19:185–189.
39. Cordova do Espirito Santo L, Dias de Oliveira L, Justo Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth* 2007;34: 212–219.
40. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: A randomized trial. *Birth* 2001;28:236–242.
41. Kervin BE, Kemp L, Pulver LJ. Types and timing of breastfeeding support and its impact on mothers' behaviours. *J Paediatr Child Health* 2010;46:85–91.
42. Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 1988;17:122–126.
43. Waldenstrom U, Swenson A. Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery* 1991;7:82–89.
44. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, et al. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child*. 2006;91:1005–1010.
45. Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, et al. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breastfeeding success: An analytical overview. *Am J Public Health* 1994;84:89–97.
46. Renfrew MJ, McCormick FM, Quinn WA, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD001141.
47. Bystrova K, Matthiesen AS, Widstrom AM, et al. The effect of Russian maternity home routines on breastfeeding and neonatal weight loss with special reference to swaddling. *Early Hum Dev* 2007;83:29–39.
48. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, et al. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994;83:1122–1126.
49. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, et al. Baby-Friendly Hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics* 2012;130:54–60.
50. 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.
51. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadat MS, et al. Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378–382.
52. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111: 511–518.

53. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;7: CD007202.
54. Kair LR, Kenron D, Etheredge K, et al. Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e1101–e1107.
55. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/ (accessed October 30, 2013).
56. Lawrence RM. Circumstances when breastfeeding is contraindicated. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:295–318.
57. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 7th ed. Elsevier/Mosby, Philadelphia, 2011.
58. Sachs HC; Committee on Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. *Pediatrics* 2013;132:e796–e809.
59. Toxnet: Toxicology Data Network. Drugs and Lactation Database (LactMed). <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> (accessed October 31, 2013).
60. Hale TW. *Medications and Mothers' Milk*, 15th ed. Pharmasoftware, Amarillo, TX, 2012.
61. Webb JA, Thomsen HS, Morcos SK, et al. The use of iodinated and gadolinium contrast media during pregnancy and lactation. *Eur Radiol* 2005;15:1234–1240.
62. Chen MM, Coakley FV, Kaimal A, et al. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2008;112:333–340.
63. American Thyroid Association Taskforce on Radioiodine Safety, Sisson JC, Freitas J, et al. Radiation safety in the treatment of patients with thyroid diseases by radioiodine 131I: Practice recommendations of the American Thyroid Association. *Thyroid* 2011;21:335–346.
64. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical 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.
65. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayril AS. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005; 115:e139–e146.
66. American Academy of Pediatrics Committee on the Fetus and Newborn. Hospitalstay for healthy term newborns. *Pediatrics* 2010;125:405–409.
67. Becker GE, Cooney F, Smith HA. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (12):CD006170.
68. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, et al. Randomized trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:F18–F23.
69. Morton J, Hall JY, Wong RJ, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 2009;29:757–764.

The 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